



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA
CLAVE DE INCORPORACION UNAM: 8898-25

**“ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO
HERRAMIENTA AUXILIAR EN EL TRABAJO
TERAPÉUTICO: ADICCIONES EN
ADOLESCENTES.”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A:

CIPRES CABRERA JAIME

OCHOA SOLARES DIANA LAURA

DIRECTORA DE TESIS:

Mtra. DELIA KARINA PICHARDO MORON

Ozumba, México.

Julio 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS DE DIANA LAURA OCHOA SOLARES

A MI MADRE: Silvia Solares García por esforzarte día con día para brindarme la oportunidad de poder estudiar una licenciatura, por acompañarme durante estos cuatro años, motivarme siempre a continuar cuando sentía ganas de rendirme y recordarme de lo que soy capaz, por ser mi guía y darme mil razones para seguir adelante cuando quise desertar. Este es uno de los logros más grandes que he tenido a lo largo de mi vida, gracias por nunca abandonarme en el camino, de igual manera le agradezco a Dios y a los santos por permitirte estar a mi lado en este momento porque el logro es mío pero te lo debo a ti. Te admiro por la gran mujer que eres y porque sin tu ejemplo de luchar por lo que se quiere no hubiera llegado hasta aquí, te amo mamá.

A MIS HERMANOS: Fátima Carolina, Bárbara Michelle y Ricardo Rubén Ochoa Solares porque siempre estuvieron para animarme y hacerme reír en momentos difíciles por recordarme que al ser la hermana mayor debía darles un ejemplo a seguir y guiar sus pasos de la mejor manera posible, porqué siempre confiaron en mí y me recordaron el potencial que tengo para lograr cada meta que he fijado en mi vida.

A MI PRIMO: Iker Octavio Vallarino Rivera: A quien le agradezco haber tomado el papel de hermano mayor ayudándome a aprender de mis errores para ser mejor persona, además de brindarme su cariño incondicional y siempre tener las palabras correctas para alentarme a seguir con todos mis planes.

Gracias por tomarte el tiempo de compartir tus conocimientos para mejorar la presentación de este proyecto.

A MI SOBRINO: Rafael Ruiz Ochoa quien a pesar de su corta edad siempre fue una motivación para mí quien con sus apapachos, sonrisas y ocurrencias de infante me recordaba a cada momento porque decidí estudiar psicología y como podía aportar un granito de arena para ayudarlos desde pequeños a ser adultos plenos y felices.

A MI AMIGO: José Antonio Celestino Benítez a quien le agradezco que a pesar de la distancia y del poco tiempo de conocernos siempre estuvo a mi lado en cada paso que di durante mi formación profesional, por ofrecerme su amistad incondicional, por siempre ser sincero, por desvelarse conmigo haciendo tareas y animarme a seguir adelante.

A MI AMIGA: Stephanie Ginés Almazán te doy gracias por siempre estar a mi lado por enseñarme lo que es ser realmente incondicional, porque en cada paso que di durante estos años estuviste ahí para levantarme cuando era necesario y siempre confiar en mi haciéndome creer que lograría ser una gran psicóloga cuando a veces ni yo misma confiaba en mí, gracias por tanto.

A MI AMIGO Y COMPAÑERO: Jaime Cipres Cabrera a quien admiro por el gran ser humano que es (leal, sincero, trabajador, empático). Te agradezco por aceptar trabajar a mi lado en este proyecto para lograr una meta que ambos teníamos desde el inicio de la licenciatura la cual era titularnos y no solo cursar los semestres. Durante este trayecto pasamos por muchas situaciones complicadas en las cuales nunca desertaste ni tuviste una actitud negativa, al contrario buscaste alternativas para darle solución al problema y continuar con el trabajo que debíamos realizar.

Desde el momento que comenzamos a realizar el servicio social sabía que juntos podríamos lograr algo grande y estoy segura que este proyecto llegará tan lejos como lo tenemos planeado porque hemos aprendido a trabajar en equipo, siempre al mismo paso sin dejar atrás al otro y apoyándolo cuando es necesario, de igual manera te doy gracias por tenerme paciencia, comprenderme, guiarme, compartir conmigo tu tiempo, tus sueños, tus conocimientos, brindarme tu amistad y hacerme sentir parte de tu familia las ocasiones que conviví con ella. No me queda más que desearte que cumplas todo lo que tienes planeado a futuro y recordarte que tienes una amiga con la cual contar siempre. ¡Te quiero Jaime!

A MIS PROFESORES Y PROFESORAS: Por todo lo compartido durante los cuatro años de la carrera porque cada uno de ellos aportó sus conocimientos y

experiencias en el aula de clases para mi formación profesional, me llevo mucho de cada uno de ustedes, sé que tuve la fortuna de tener excelentes profesores.

A MI MAESTRA Y ASESORA: Delia Karina Pichardo Morón a quien admiro por la calidad de humano y profesional que ha mostrado ser. Agradezco infinitamente su apoyo, paciencia, tiempo y dedicación en este proyecto. Siempre me brindo su sabiduría en el tema, guio mis ideas y llevo esto más allá de lo que se tenía pensado pero sobre todo porque cada paso que dimos en la creación de esta tesis fue especial y lo hizo una experiencia realmente agradable, la cual recordare como el mejor aprendizaje a lo largo de mi formación profesional. De todo corazón le doy gracias por haber aceptado trabajar a mi lado.

A MIS SINODALES: Profesora Adriana Reyes y profesor Juan Martínez por aceptar formar parte de este equipo de trabajo por su tiempo, paciencia y conocimientos para lograr la realización de esta tesis.

A MI PROFESORA Y PSICOTERAPEUTA: Monserrat Hurtado Pliego a quien admiro por la gran maestra que es, la vocación que tiene para enseñar detalladamente en el aula de clases y por guiarme mediante un proceso terapéutico que me ayudo a confiar en mí y a salir de los problemas que se presentaron.

A MI DIRECTOR DE CARRERA: Noel Morales Sosa por siempre estar presente durante mi formación profesional, por impartirme sus conocimientos tanto de psicólogo como de lingüista, por acompañarme y ser una guía en este proceso de titulación.

AL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EN ADICCIONES ATLAUTLA-VOLCANES: Por permitirme ser parte de su equipo en la realización del servicio social, por compartirme sus conocimientos en el tratamiento de adicciones en adolescentes, además de siempre resolver mis dudas y despertar mi interés en dicho tema para poder escribir este trabajo y porque siempre me hicieron sentir parte de ustedes

AGRADECIMIENTOS DE CIPRES CABRERA JAIME:

A MI MADRE: Por aparecer siempre como la guía dentro del mar que ha sido nuestra vida compartida; porque aprendí a ser hijo a través de tu maternidad tan singular y estoy seguro que tu aprendiste a ser madre conmigo; por haber resistido con humanidad todo lo que bueno y malo que ha sido este camino y por haber estado ahí en cuerpo y mente siempre. No te puedo agradecer más que con la dicha de saber que somos los primeros en hacer muchas cosas y en saber que siempre se puede ser mejor. No conozco amor más grande que el que tienes hacia mí y estoy orgulloso de que seas mi madre, te amo.

A MI HERMANA: Karen, siempre has sido mi compañera; desde que naciste sentí la felicidad más grande porque sabía que tendría una amiga para toda la vida, eres la mejor mujer que conozco y estoy orgulloso de poder vivir a tu lado desde entonces; soy feliz con solo saber que estas aquí y ten por seguro que estaré para ti en todo momento. A través de la vida que hemos vivido he aprendido a compartir todo contigo y a ser siempre honesto, te agradezco el enseñarme a ser un hermano mayor y a mostrarme lo capaz que soy de hacer cuando sentía que nada me motivaba. Eres una estrella en el cielo hermana, te amo.

A MI AMIGA Y COMPAÑERA: Diana Laura Ochoa Solares; porque a través de esta serie de casualidades que ha sido la universidad ha surgido una amistad de la que no me arrepiento ni un poco; hemos estado juntos en muchas ocasiones, desde ser la punta de la lanza para nuestra generación contra todo lo que nos molestaba a nuestro alrededor -incluso si eso hacía enojar a nuestros profesores-, hasta formar un equipo en los primeros pasos como profesionistas –y vivir todas esas caminatas y pláticas por lugares que no conocíamos-, hasta ser equipo en este proyecto, esto ha sido una experiencia que agradezco haber vivido a tu lado; eres una mujer fuerte y te admiro. Gracias por nunca quedarte quieta y por brindarme un lugar en tu vida, gracias por siempre poner todo de tu parte para que funcione lo que parece no funcionar y por estar aquí hoy.

A MI ASESORA: Delia Karina Pichardo Morón, por siempre estar dispuesta a brindar un apoyo lleno de comprensión y humanidad, hoy además de respetarla aún más como profesionalista y ser humano, la considero una colega y amiga en quien sé que encontrare un consejo y una revitalización a través de su opinión siempre tan sincera y cariñosa. Gracias por mirar con buenos ojos a nuestro proyecto y por siempre estar dispuesta a ayudarnos.

A MIS SINODALES: Profesora Adriana Reyes y Profesor Juan Martínez, gracias por formar parte de este equipo y también por brindar sus valiosos conocimientos y personalidad, no solo en este proyecto sino en todo el tiempo que estuvimos trabajando juntos.

A MIS MAESTROS Y PROFESORES: Dedico este pequeño espacio como homenaje a todos los profesores con los que tuve la dicha de compartir espacio y opiniones; desde que comencé esta etapa me he encontrado con nada más que conocimiento y experiencias -experiencias que guardo en el corazón como recordatorio de este tiempo que he vivido- porque he sido estudiante más la mitad de mi vida y he notado lo indispensables que son los maestros para continuar aprendiendo. Siéntanse seguros de que, si tan solo hubiera una sola tarea del profesor, hoy quedaría satisfecha, pues lograron que un alumno quedara prendido de lo que ustedes con tanto esmero han enseñado a través de sus clases y hoy está recogiendo esos frutos sembrados.

Y dedico un especial agradecimiento al Profesor Noel Morales Sosa, porque a pesar de todo, me causa una dicha enorme saber que hoy lo puedo llamar amigo y colega, gracias por estar aquí con nosotros y por mostrarse como líder en tiempos de incertidumbre.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS: Por formar parte de mí, porque los llevo en mi corazón todo el tiempo y por haber sido tantas veces un apoyo en mi vida, aun cuando la tragedia acudió a mí ustedes estuvieron ahí -antes incluso que la tristeza-, es por eso que les dedico estas palabras a todos a quienes en mi camino he encontrado y hemos seguido caminando juntos, a quienes por la distancia no he visto y a quienes veo diario, espero siempre que sean felices y que encuentren en esta vida salud y el gozo de vivirla en plenitud.

Adán García González, gracias por estar aquí como amigo y apoyo en este momento de mi vida, me has mostrado lo que alguien por amor está dispuesto a hacer y me has enseñado las recompensas de las virtudes del trabajo del hombre en esta vida –y ese es un regalo invaluable-.

A MI PAPÁ: Porque sé que estaría orgulloso de sus hijos. En tu memoria guardo un amor especial manchado con melancolía, con gotas de esperanza y una motivación enorme.

“He sido un hombre afortunado en la vida; nada se me ha hecho fácil” S.F.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	10
JUSTIFICACIÓN	13
MÉTODO.....	14
MARCO TEÓRICO.....	14
1 LAS ADICCIONES A LAS DROGAS EN MEXICO.....	18
1.1 ¿Qué es una adicción?.....	18
1.1.1 Neurobiología de la Adicción	32
1.1.2 El ciclo de las adicciones.....	34
1.1.3 Factores de vulnerabilidad.....	37
La adolescencia.....	37
1.1.4 El proceso adictivo	42
1.2 Antecedentes Históricos de las Adicciones en México.....	44
1.2.1 Situación Actual de las Adicciones en México.....	48
1.2.2 Incremento de las adicciones.....	53
1.3 TRATAMIENTO DE ADICCIONES:	57
1.3.1 Instituciones Públicas.....	58
1.3.2 Instituciones Privadas.....	73
1.3.3 Asociaciones Civiles.....	79
1.4 Diversificación de metodologías y enfoques en los tratamientos.....	82
1.4.1 El tratamiento psicológico en las adicciones.....	82
1.4.2 El Enfoque Sistémico en el Tratamiento de adicciones.....	83
1.4.3 La postura Psicoanalítica en el tratamiento de adicciones.....	85
1.4.4 El enfoque Cognitivo Conductual en el tratamiento de adicciones.....	88
2 LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	91
2.1 ¿Qué es la entrevista Motivacional?	91
2.2 Aplicación de la entrevista motivacional	93
3 DISEÑO Y PROPUESTA DE MANUAL BASADO EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....	95
3.1 Etapa previa a la EM.....	97
LA ESPIRITUALIDAD Y EL CAMBIO	102
SEGUIMIENTO	108
RECUERDA QUE ERES UN GUIA.....	109

3.2 Etapa 1: EMPATIA.....	111
3.3 Etapa 2: CREAR DISCREPANCIA.....	115
3.4 Etapa 3: EVITAR LA DISCUSIÓN.....	118
3.5 Etapa 4: DARLE UN GIRO A LA RESISTENCIA.....	120
3.6 Etapa 5: FOMENTAR LA AUTOEFICACIA.....	122
CONCLUSIONES.....	124
ANEXOS Y MANUAL:.....	127
BIBLIOGRAFÍA.....	156

INTRODUCCIÓN.

Con base en la experiencia que obtuvimos en el trabajo terapéutico orientado hacia las adicciones en adolescentes -durante el tiempo propuesto para la realización del servicio social dentro de una institución de salud de carácter público- y en vista de la presencia de la posibilidad de mejoría en la visión en el potencial humano de cada individuo, que notamos dentro de dicha institución durante ese tiempo, hemos determinado que la actualización en torno a las herramientas auxiliares –basadas en un enfoque humanista- son útiles y necesarias, ya que pueden facilitar el proceso para la formación de una cooperación paciente-terapeuta que se desarrolle en un proceso óptimo de salud.

Esto a su vez puede lograr una compensación del tiempo dispuesto para el tratamiento y dicho enfoque puede lograr una mejoría en el objetivo del tratamiento; que puede ser la funcionalidad de los usuarios de dichas sustancias dentro de la sociedad *ergo* una notable mejoría en su calidad de vida.

Esta resolución se da gracias a los factores que hemos observado desde el inicio de los tratamientos más usados actualmente –especialmente los de corte cognitivo conductual- con respecto al terapeuta y la comunicación de factores importantes con el paciente. Dichos factores pueden mejorar, especialmente en donde los terapeutas dirigen la entrevista hacia la historia personal, convirtiendo muchas veces a las sesiones en un proceso monótono y mecanizado de obtención de información más que en un puente de comunicación entre la búsqueda de la resolución de problemas y su impacto en la vida del paciente.

Este trabajo se enfoca en buscar soluciones mediante la mutua cooperación y los recursos que el paciente tenga a su disposición, tratando de responder principalmente la pregunta “¿Cómo solucionarlo?” buscando la relación del momento clave durante la sesión terapéutica, cuando el individuo comience a creer en su propio potencial para resolver los problemas que tiene al respecto de su adicción y las consecuencias positivas que tendrá el adherirse al tratamiento.

Podemos determinar también que la necesidad de propuestas positivas, pensadas para la utilidad práctica del terapeuta, surge siempre ante la necesidad de mejorar los modelos presentados y determinar nuevos paradigmas de los cuales se puedan basar diversos enfoques y competencias al respecto de los problemas que se van presentando puede ser una solución eficaz.

Es así que los hechos determinados por la misma causa diagnosticada pueden estar influenciados, a su vez, por la relación de los pacientes con sus terapeutas y la manera en que estos últimos llevan a cabo la labor psicológica.

Se trata de usar un lenguaje cómodo para ambos y servirse de las herramientas individuales de comunicación para la correcta obtención de datos y su aplicación útil en una práctica terapéutica que pretende ser más efectiva.

Mucha de la efectividad de los tratamientos se anulan cuando se determina que no hay un significado real concedido por el paciente y que se lleva a cabo una mecanización nociva del proceso en donde el sistema sólo permite categorizar a las personas, pero ahonda muy poco en las soluciones que se pueden obtener, esto debido en gran medida a la comunicación entre ambas partes y a la enorme valorización que se le da a la historia personal por sobre las soluciones futuras.

La Entrevista Motivacional es una herramienta auxiliar de los enfoques mismos del desarrollo de la entrevista, pues puede ser aplicada desde la etapa preliminar de la segunda fase del tratamiento de las adicciones (entendiéndose como primera fase las campañas de información y prevención) para así mejorar tanto el espacio desde el cual el terapeuta construye su tratamiento como la reincidencia de los pacientes y la obtención de dicho conocimiento que demuestre una mejora en su calidad de vida y en las soluciones para las consecuencias de las adicciones.

Y esto puede ser obtenido a través de una serie de manuales de carácter didáctico que sean entregadas a terapeutas (con su respectiva actualización y capacitación previa) para obtención de información y uso útil del mismo.

No hay que perder de vista que el objetivo claro de esta herramienta auxiliar terapéutica es el de facilitar y mejorar la calidad de los servicios terapéuticos y profesionales en contra de las adicciones basándose en la comprensión humana, cambiando el enfoque hacia una reorientación positiva de los hechos para que estos sean vistos como oportunidades de mejora de calidad de vida y de ayuda para los tratamientos futuros.

JUSTIFICACIÓN

Con base en la experiencia obtenida durante el servicio social realizado en la institución Centro de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA) y observando el gran índice de deserción de los adolescentes en el tratamiento psicoterapéutico contra las adicciones, el cual se lleva a cabo bajo los lineamientos de distintos manuales realizados por el Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA), Secretaría de Salud (SS) y el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), hemos determinado que una actualización de los procesos terapéuticos puede ser de gran utilidad dentro del uso tipificado de procesos establecidos que estén previstos de un carácter especializado en aquellos detalles que pueden ser cruciales en el análisis y obtención de datos. Esto con la finalidad de facilitar el trabajo del psicólogo y llevar un control más eficaz (cifras) de los pacientes que concluyen y desertan de los tratamientos; cabe resaltar que los manuales que se usan hasta ahora no han tenido modificación ni actualización alguna desde el año 2012, ésta es la principal razón por la que se busca diseñar herramientas que puedan ser utilizadas de manera fácil y práctica durante las sesiones de entrevista y tratamiento. Todo esto visto con la finalidad de que el paciente se sienta cómodo y comprometido con el trabajo que se esté realizando para que se culmine correctamente. El diseño de las herramientas y auxiliares se hará con base en la población adolescente actual, es decir, se buscará que éstas hagan que los adolescentes se sientan identificados con los caminos que se plantean, logrando así un apego seguro al tratamiento.

Además de eso, hemos resuelto que los modelos cooperativos –de acción terapéutica- pueden ser de mayor efectividad debido al amplio espectro que pueden abarcar y a su aplicación. Hay entonces una necesidad casi intrínseca de realizar más modelos de cooperación mutua –inter y transdisciplinarios en diversos casos- en ámbitos de salud para hacerles frente a los problemas actuales y para encontrar soluciones efectivas en el futuro.

MÉTODO

MARCO TEÓRICO

TIPO DE ESTUDIO:	Estudio Cualitativo con alcance Exploratorio.
TIPO DE DISEÑO:	Descriptivo
POBLACION OBJETIVO:	Adolescentes

- **TIPO DE ESTUDIO:**

CUALITATIVO: “Utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de investigación” (Sampieri, 2014, pág. 7).

Usamos la observación analítica y la práctica para formular preguntas de investigación y usarlas para generar soluciones útiles para el proceso terapéutico, es por eso que determinamos que el tipo de estudio Cualitativo es el más apropiado para nuestro estudio.

El carácter Exploratorio se refiere a “... cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura revelo que tan solo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos **indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas**” (Sampieri, 2014, pág. 91)

Es en este sentido que nos enfocamos más hacia la indagación de temas y áreas desde nuevas perspectivas; en este caso la Entrevista Motivacional.

- TIPO DE DISEÑO:

DESCRIPTIVO: (También llamados TRANSECCIONALES) “Indagan la incidencia de las modalidades, categoría o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos” (Sampieri, 2014, pág. 155).

Este estudio pretende ser descriptivo con respecto a la incidencia de las adicciones –como modalidad principal de estudio-, dentro de las variables a estudiar –como lo son las adicciones en adolescentes-; por lo que pretende ser descriptivo y propositivo hacia la metodología usada y al potencial de resolución de problemas a través de un enfoque específico.

- POBLACION OBJETIVO:

ADOLESCENTES: El hecho de escoger a los adolescentes como población objetivo corresponde a la experiencia profesional con respecto al tratamiento contra las adicciones; en donde se ha determinado que es un factor de riesgo exponencial (Conyer, 2000) el pertenecer a este rango de edad, por lo que además se es susceptible a comenzar el consumo.

Además de estos factores, se aconseja la aplicación dentro de este rango de edad para mayor efectividad, pues se espera que su uso mejore la percepción que se genera del tratamiento a corto, mediano y largo plazo.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
Las adicciones en adolescentes.	<p>“Adicción” según la NOM-028-SSA2-1999 es definido como: “...conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva.” (AVILA, 2006) Y La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (Organizacion Mundial de la Salud, 2020)</p>	<p>Las adicciones en adolescentes se entienden como el abuso en el consumo de las distintas sustancias entre los 12 y 19 años, dichas sustancias consideradas como drogas ya sea legales o ilegales por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Tabaco *Alcohol *Marihuana *Cocaína, etc.
Entrevista Motivacional.	<p>“La Entrevista Motivacional es una herramienta clínica, orientada hacia objetivos, con una particular atención en el lenguaje que promueve el cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación y el compromiso de las personas</p>	<p>La entrevista motivacional se basa en distintas técnicas las cuales serán usadas para lograr que la comunicación con el paciente sea más amena y se logre establecer un ambiente de confianza para que el paciente pueda</p>

	<p>para lograr un cambio específico a través de la inducción y exploración de las razones que tiene la persona para realizar una modificación a su conducta. Todo ello dentro de una atmosfera de aceptación y compasión” (Miller & Rollnick, 1999)</p>	<p>desenvolverse de mejor manera y con la información recabada en cada sesión se pueda diseñar una mejor estrategia de trabajo para lograr el objetivo del tratamiento (dejar la adicción).</p>
<p>Efectividad del tratamiento.</p>	<p>La efectividad del tratamiento puede estar dispuesta partir de los procesos en los cuales los factores involucrados funcionan de acuerdo a lo que se espera. La Efectividad también pretende medir lo mismo que la eficacia pero bajo condiciones reales de actuación que difieren de las condiciones óptimas o experimentales (Machado, 2020)</p>	<p>Con respecto a la efectividad, dependerá en gran medida del compromiso del paciente con el tratamiento y la labor de guía del terapeuta, ya que dentro de la EM el paciente se debe ver como un ser lleno de potencial el cual puede lograr los objetivos que se plantee, para esto el terapeuta debe convencer al paciente de que realmente lo es.</p>

1 LAS ADICCIONES A LAS DROGAS EN MEXICO.

1.1 ¿Qué es una adicción?

El termino adicción hace alusión a una enfermedad, tanto física como mental, de aparentes necesidades o necesidades insatisfechas; esto desde el punto de vista más básico; pero también es entendida como una situación social en donde una persona llega a sentir una aparente necesidad por ciertas circunstancias, social y culturalmente conocidas por el usuario, que lo llevan a un estado “satisfactorio” o sensorial / perceptual aumentado.

Las siguientes definiciones van a ayudar a aclarar el término para conocer más a profundidad lo que se busca definir.

La Real Academia de la Lengua Española define a la adicción como:

- Del lat. Addictio, -ōnis ‘adjudicación por sentencia’; cf. Adicto.
 - f. Dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico.
 2. f. Afición extrema a alguien o algo.

(REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2019)

A través de esta definición básica podemos entender que una adicción es una dependencia a sustancias –vista desde una perspectiva más específica podría hacerse referencia tanto a dependencia física como psicológica- pero también una afición hacia actividades que perjudican la salud.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (2008) define la adicción como:

Una enfermedad física y psico-emocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2008)

Como podemos entender en esta definición, existen factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales que afectan de manera directa al individuo y que modifican el desarrollo cotidiano del mismo. Lo destacable de la definición de la OMS está en la valoración de, no solo la adicción hacia una sustancia, sino hacia alguna actividad o relación siendo estos factores desprendidos de la misma conducta base analizada por los procesos de salud enfermedad. La complejidad de la adicción por todos los factores involucrados, lo que enfatiza la complicación del tratamiento, el cual se debe adecuar a los diferentes tipos de pacientes tomando en cuentas las esferas en las que se desarrollan para que los resultado sean fructíferos.

Desde aquí, la problemática queda entendida como la definición directa de la salud y menciona al equilibrio como parte fundamental de la primicia resolutive del problema, pues al tener la mente un desbalance –como queda entendido en la definición al mencionar “equilibrio psíquico”- ésta tendera a formar parte del origen y objeto primordial de la adicción, lo que se desprende un poco de los procesos médicos que clasifican a las adicciones como un desorden orgánico más que psíquico y se le dota de un carácter más fármaco-biólogo que psicológico.

Por su parte, también hace mención de la afición extrema a alguien o algo, volviendo aún más la mirada hacia la conducta y el carácter del involucrado en la adicción hacia un proceso de desequilibrio mental.

Queda por entendido que el proceso no solo se basa en características orgánicas, sino que se abarcan procesos mentales de salud.

Para entender a las adicciones, y su correlación en la vida de los adictos, se ha establecido un proceso básico determinado por signos y síntomas que puedan ser identificados a través del análisis del mismo usuario, pues queda claro que las adicciones distan mucho de ser una espontaneidad y responden más a un proceso completo en donde se ven involucrados diversos contextos y factores que facilitan tanto el consumo como la obtención de las mismas en un primer plano.

Es por eso que la American Society of Adiction Medicine, a través de su página web (2019) ha definido la adicción como:

Addiction is a treatable, chronic medical disease involving complex interactions among brain circuits, genetics, the environment, and an individual's life experiences. People with addiction use substances or engage in behaviors that become compulsive and often continue despite harmful consequences.

Prevention efforts and treatment approaches for addiction are generally as successful as those for other chronic diseases. (Board of Directors ASAM, 2019)

El principal aporte de esta definición médica es que la adicción es concebida en un principio una enfermedad en la cual interviene el cerebro. Y se puede entender que requiere de un tratamiento enfocado principalmente por los procesos médicos que ayuden a mejorar las conexiones dañadas en el cerebro, volviendo entonces la atención al deterioro cerebral y sus características.

En este caso es el enfoque médico / neurológico del problema de las adicciones lo que es más destacable, pues pone especial atención a los procesos orgánicos con especialización en los daños hacia el cerebro y sus funciones.

Según la información obtenida a través del sitio web "*National Institute of Drug Abuse*" (2019) entendemos que la mayoría de las drogas afectan el circuito de recompensa del cerebro inundándolo del neurotransmisor dopamina. Este sistema de recompensa controla la capacidad del cuerpo de sentir placer y motiva a la persona a repetir las actividades necesarias para prosperar, tales como comer y pasar tiempo con sus seres queridos. El sobre-estimulo del circuito de recompensa causa el estado de euforia o "high" intensamente placentero que puede llevar a consumir drogas una y otra vez.

Para ajustarse al exceso de dopamina a medida que la persona continúa consumiendo drogas, el cerebro disminuye la producción natural de dopamina o reduce la capacidad de las células del circuito de recompensa de reaccionar a ella. Esto disminuye la euforia que la persona siente en comparación con lo que sintió la primera vez que consumió la droga, un efecto conocido como tolerancia. Es

probable que consuma más droga en un intento de sentir la misma euforia. También puede suceder que sienta menos placer con otras cosas de las que antes disfrutaba, como comer o realizar actividades sociales.

Por su parte la NOM-028-SSA2-1999 define a la adicción como:

“**3.1** Adicción o dependencia, al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva.” (AVILA, 2006)

A partir de esta definición podemos observar y complementar los términos anteriores con la adición de los caracteres cognoscitivos y fisiológicos que al ser estudiados retornan al desarrollo de una dependencia, que como se mencionó, no solo es física.

El uso de drogas a largo plazo también causa cambios en otros sistemas químicos y circuitos del cerebro, afectando las siguientes funciones:

- Aprendizaje
- Criterio
- Capacidad de tomar decisiones
- Estrés
- Memoria
- Comportamiento

Además de que toma algunos síntomas como consecuencias directas de este deterioro cerebral, lo que genera toda una explicación medica del problema. (NIH, 2019)

Por su parte el MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADISTICO DE ENFERMEDADES MENTALES 5ª. EDICIÓN (2018) describe a los TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS (181) desde el código F10.2x: Dependencia del alcohol (201) hasta el

F19.9: Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado (278)

En cada uno se especifican criterios en donde se explican los criterios específicos para la clasificación médica y mental de los trastornos asociados con el consumo de sustancias. Es además, todo un capítulo de especificaciones para poder determinar qué tipo de sustancia provoca la adicción y hacia qué efectos desarrolla en la mente y en el cuerpo del adicto.

En el DSM-IV-TR se establecen 7 criterios para el diagnóstico de Dependencia a Sustancias, en el siguiente orden:

- Criterios para la dependencia de sustancias:

Un patrón des adaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

Para este fin se deben de tomar en cuenta los siguientes criterios:

-Criterios para el abuso de sustancias

Un patrón es adaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias,

suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)

2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)

4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

-Criterios para la intoxicación por sustancias

A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.

B. Cambios psicológicos o comportamentales des adaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

-Criterios para la abstinencia de sustancias

A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. (López-Ibor & Valdés Miyar, 2002)

Queda entonces definido que los criterios diagnósticos responden más hacia un tipo de conducta desadaptativa (termino que hace referencia a la complicación de un individuo por formar parte integral de la sociedad y desarrollar sus capacidades individuales) y hacia un problema de carácter emocional y social.

Por su parte el CIE 10 tiene un capítulo titulado “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10–F19)” en donde especifica que:

“Este grupo incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico. La sustancia en cuestión se indica por medio del tercer carácter, mientras los códigos del cuarto carácter especifican el cuadro clínico. Los códigos deben usarse para cada sustancia especificada, según sea necesario, pero debe notarse que no todos los códigos de cuarto carácter son aplicables a todas las sustancias. La identificación de la sustancia psicoactiva debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. Estas incluyen el informe del paciente, análisis de la sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y otra evidencia, tal como la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien informadas. Muchas personas que utilizan drogas toman más de una sustancia psicoactiva. El diagnóstico principal debería clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se

presenta. Los otros diagnósticos deben codificarse cuando se han tomado otras drogas en cantidades tóxicas (cuarto carácter común .0) o en cantidades suficientes para causar daño (cuarto carácter común .1), dependencia (cuarto carácter común .2) u otros trastornos (cuarto carácter común .3–.9). Sólo debe usarse el código de diagnóstico de trastornos resultantes del uso de múltiples drogas (F19. –) en los casos en los que los patrones de uso de drogas psicoactivas son caóticos e indiscriminados, o en los que las contribuciones de diferentes drogas psicoactivas están mezcladas inseparablemente. Excluye: abuso de sustancias que no producen dependencia (F55) Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter son para ser usadas con las categorías F10–F19:

- F10 Trastornos mentales y del comportamiento –debidos al uso de alcohol.
- F11 Trastornos mentales y del comportamiento –debidos al uso de opiáceos.
- F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides.
- F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos.
- F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína
- F15 Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína.
- F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos.
- F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco
- F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles
- F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas

En el caso del código F19 se debe usar la categoría cuando se sabe que hay en cuestión dos o más sustancias psicoactivas, pero es imposible determinar cuál contribuye más al trastorno. Esta categoría debe emplearse también cuando es incierta o desconocida la identidad de alguna o incluso de todas las sustancias psicoactivas que han sido usadas, ya que muchas personas que consumen múltiples drogas a menudo no conocen en detalle cuáles están tomando.

Incluye: mal uso de drogas SAI”

(ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2008)

Muchas de las clasificaciones para el tratamiento en adicciones que se usan son basados en el criterio diagnóstico F19 debido a la determinación del uso de varias sustancias. Y debido a la etapa “recreativa” de muchas de ellas, como lo son el alcohol y la marihuana y por la media que presentan en comparación con otro tipo de sustancias.

Dentro de los signos y síntomas que las adicciones muestran al respecto, los que están presentes (y para poder hablar de dependencia física y psicológica las personas presentan) se debe de respetar los criterios de los mismos y cumplir tres o más de ellos en un período de 12 meses (similar a los manuales típicos de carácter de salud mental, como el CIE o el DSM). Y estos son:

a. Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (adicción).

Es uno de los principales factores que determinan la adicción, pues como tal describe una conducta irracional basada en el deseo (que puede ser racional o no) hacia una sustancia. Esta parte se determina casi de inmediato después de un periodo continuo de consumo y es la principal motivación para la expresión de conductas agresivas o asociales.

b. Dificultades para controlar dicho consumo.

En esta etapa el consumo se hace reiterado y se hace evidente el hecho de que los pensamientos recurrentes con respecto a estar consumiendo dichas sustancias son

tan constantes que abarca mucho tiempo de la vida cotidiana. Responde al factor de relación de aumento y consumo.

c. Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.

Este síndrome se abarca desde diversos enfoques, y primordialmente es la conducta y respuesta del organismo hacia la interrupción abrupta del consumo y sus efectos nocivos sobre el mismo.

d. Tolerancia.

La tolerancia es el momento durante el proceso adictivo en donde el cuerpo se habitúa al consumo continuo de dicha sustancia y ésta se asimila con mayor rapidez y eficacia, lo que conlleva al aumento de dosis en el sistema.

e. Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. (Inversión cada vez de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia).

Este punto se centra en la degeneración progresiva de las actividades sociales en las que participaba cada individuo que le generaban un sentimiento de agrado o placer, como las de esparcimiento y entretenimiento, pero también a las de ámbito escolar o laboral, hacia la obtención y consumo de las sustancias. Es en este punto en donde es más evidente el consumo, pues es común que conlleve a la separación o ruptura de vínculos sociales que no estén directamente asociados con los relacionados al consumo de drogas.

f. Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

Uno de los puntos en donde los pacientes más comúnmente solicitan ayuda profesional es este, pues es cuando se dan cuenta que ya existen daños orgánicos graves y que hay un deterioro significativo de su cuerpo y de las relaciones que le provocaban placer, salvo por las relacionadas al consumo.

Hagamos ahora una recopilación breve de términos para comprender mejor el concepto; por una parte, se ha hablado acerca de la dependencia física. La dependencia física hace referencia a una adaptación (el cuerpo la necesita para funcionar bien) del cuerpo a cierta sustancia, se acompaña de otros términos como la tolerancia, entendida como la situación en la que el cuerpo se acostumbra al efecto que la droga causa y posteriormente a la necesidad de ingerirla en dosis más grandes para obtener el efecto deseado, lo que crea un estado de bienestar en el sujeto.

Esta dependencia es usada desde el ámbito médico para explicar las consecuencias negativas del abuso de sustancias, pues muchas veces se entiende como la causa principal el deterioro orgánico y se dejan de lado otros posibles factores que generen la adicción (como las emocionales o sociales por ejemplo).

Por otro lado, el término de “dependencia psicológica” hace una distinción de la causa orgánica, pues se distingue debido a lo que el sujeto le atribuye a las sustancias características positivas o expresivas; o sea a los efectos que tiene sobre él. Independientemente al bienestar físico, el sujeto continúa con el consumo, pues al hacerlo, se acerca a un estado mental específico que conlleva a una sensación de satisfacción y auto realización personal, lo que en el estado de adicción hace creer al individuo que podrá lograr cosas que en un estado sobrio no se atrevería a hacer o simplemente le resultarían imposibles de lograr.

Esta correlación está determinada por un sistema de creencias en el individuo que dista de la relación de la realidad con el mismo.

Tal vez esta sea la causa por la que muchos de los individuos que consumen drogas aleguen un desapego mediático de la realidad, es decir, se sientan en un estado aparte de todos los problemas que su estilo y calidad de vida representan. Va entonces más allá de un simple problema de relación de satisfacción y se vuelve entonces un estilo de vida que interfiere con el desarrollo del potencial de ese individuo, pues toda adicción conlleva una carga de energía autodestructiva que se expresa, casi siempre, en problemas de toda índole en dichos individuos.

Ahora bien, a través del informe titulado “*DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?*” (Lazcano, 2015) Hemos encontrado algunas diferencias significativas con respecto al tratamiento de sustancias con respecto a la quinta edición del DSM con respecto a la edición anterior, dichos cambios afectan directamente la manera en cómo se concibe y como se trata la enfermedad.

En el siguiente esquema comparativo mostraremos las diferencias con respecto las características que más destacan debido a su reestructuración o modificación.

DSM-IV	DSM-V
Abuso de sustancias	Dependencia de sustancias
El sujeto no ha perdido libertad frente a su consumo.	Ausencia de libertad y voluntad personal frente al consumo.
“ <i>Adicción</i> ” como termino clínico.	No usa el término “ <i>Adicción</i> ” como clínico.
Uso no apropiado, peligroso, des adaptativo o perjudicial	Desaparece las categorías de abuso y dependencia; Aparece en cambio Croving
Dependencia física y dependencia psicológica como ejes de estudio.	Mayor influencia de los datos asociados con la dependencia psicológica que física.
Problemas legales asociados a sustancias como una característica específica.	Desaparece los problemas legales como característica.

Como podemos observar, una de las principales características es la que se asocia al cambio de perspectiva hacia una más establecida con la dependencia psicológica, lo cual puede parecer como una ventaja para el ámbito clínico – psicoterapéutico en específico-, pero también puede representar un desconocimiento sistemático con respecto al espectro que afecta a los consumidores de estas sustancias.

Por otra parte, del lado legal podemos argumentar que los esfuerzos por legislar y convertir en *legal* o *ilegal* a muchas sustancias ya no estará asociada con la clasificación medica de la misma, pues al modificar el apartado en donde se asocian

los problemas legales con el consumo excesivo se da por entendido que se busca principalmente abordar el ámbito psico-dependiente y no sólo el legislativo.

Y quizá uno de los puntos más destacables es el de *“Abuso de Sustancias”* como termino clínico, pues mientras en el DSM-IV se establece que es un término esencial, en el DSM-V se opta por modificarse hacia *“Dependencia de Sustancias”* lo cual refleja el interés de mover el punto focal hacia un ámbito menos libertario de la conducta humana y se vuelve un poco más incapacitante.

El punto a destacar de toda esta comparación es el relacionado con el término *“Adicción”* pues hasta el DSM-IV se había usado, pero en la nueva edición pasa a ser ignorado; de esta manera en el informe se explica al respecto que:

Sin embargo, cuando trata los trastornos por consumo de sustancias, explícitamente, rehúsa utilizar el término “adicción”, por lo que habría que deducir que, o bien reserva el término de “trastorno adictivo” para el juego patológico incluido en este capítulo y a futuros tras - tornos adictivos conductuales, o bien es un “olvido” del título, ya que en los trabajos previos se estaba utilizando ese término (Lazcano, 2015)

Y ya sea un olvido o una intención de erradicar el término en los capítulos relacionados, los cambios serán aún más significativos con el pasar del tiempo en la adición o erradicación de los mismos.

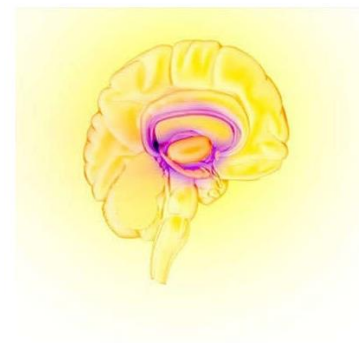
1.1.1 Neurobiología de la Adicción

La mayoría de las drogas afectan el circuito de recompensa del cerebro inundándolo del neurotransmisor dopamina. Este sistema de recompensa controla la capacidad del cuerpo de sentir placer y motiva a la persona a repetir las actividades necesarias para prosperar, tales como comer y pasar tiempo con sus seres queridos. El sobre-estimulo del circuito de recompensa causa el estado de euforia o “high” intensamente placentero que puede llevar a consumir drogas una y otra vez.

Para ajustarse al exceso de dopamina a medida que la persona continúa consumiendo drogas, el cerebro disminuye la producción natural de dopamina o reduce la capacidad de las células del circuito de recompensa de reaccionar a ella. Esto disminuye la euforia que la persona siente en comparación con lo que sintió la primera vez que consumió la droga, un efecto conocido como tolerancia. Es probable que consuma más droga en un intento de sentir la misma euforia. También puede suceder que sienta menos placer con otras cosas de las que antes disfrutaba, como comer o realizar actividades sociales.

El uso de drogas a largo plazo también causa cambios en otros sistemas químicos y circuitos del cerebro, afectando las siguientes funciones:

- Aprendizaje
- Criterio
- Capacidad de tomar decisiones
- Estrés
- Memoria
- Comportamiento



El circuito de recompensa del cerebro

Image by NIDA

(NIH, 2019)

El principal aporte de esta definición clínica es que la adicción es concebida en un principio una enfermedad en la cual interviene el cerebro. Y se puede entender que requiere de un tratamiento enfocado principalmente por los procesos médicos que ayuden a mejorar las conexiones dañadas en el cerebro, volviendo entonces la atención al deterioro cerebral y sus características.

En este caso es el enfoque medico / neurológico del problema de las adicciones lo que es más destacable, pues pone especial atención a los procesos orgánicos con especialización en los daños hacia el cerebro y sus funciones.

¿Qué aprendizaje nos deja esta definición?

Primero: Que la adicción es una enfermedad compleja, pues intervienen muchos factores –tanto médicos, como psicológicos, como biológicos, como sociales-; lo cual nos lleva a considerar variables enfocadas tanto en la salud pública, como en los procesos químicos del cerebro.

Segundo: Que, visto desde el punto de vista médico, la adicción es una enfermedad crónica pero tratable, ¿esto que implica? Que se tendrán que hacer modificaciones en el proceso del cerebro “enfermo” a través de terapias especializadas antes de poder determinar un estado de salud completo; una idea un tanto desalentadora hasta que se considera que esos mismos factores son los que hacen a esta enfermedad tratable, pues existe el campo de acción para hacerlo de esa manera, basta con afirmar que existe una relación entre el estado actual del paciente y su estado anterior para comprender que es una conexión directa entre el consumo y su cambio positivo.

1.1.2 El ciclo de las adicciones

El ciclo de las adicciones (Instituto Mexicano de la Juventud, 2018) engloba desde el primer consumo de cualquier sustancia tóxica hasta el consumo frecuente cotidiano, el cual genera en el cuerpo la aparente necesidad de ella y el desarrollo de la adicción en diversas etapas.

Este ciclo está diseñado para guiar, de manera pedagógica, a las personas a conocer el nivel de daño que la adicción genera en sí mismos y cómo puede afectar un nivel superior si se mantiene la adicción.

Pero también está diseñada para ubicar los planes de intervención terapéuticos en un estrato más efectivo debido a las características que estas presenten. Esto es para brindar la mejor atención posible durante el momento indicado.

Según la Instituto Mexicano de la Juventud, a través del Gobierno de México (Instituto Mexicano de la Juventud, 2018) ha clasificado los niveles de adicciones de la siguiente manera:

1. **USO:** El consumo con la droga es bajo y poco habitual. Aquí existe deterioro laboral, social o familiar en niveles que son bajos pero notorios en la vida cotidiana de la persona. No presenta episodios de intoxicación. El consumidor sólo busca un cambio de sensaciones. Sin embargo toda droga genera dependencia física o psíquica progresivamente y es fácil caer en el abuso.
2. **ABUSO:** El uso se hace regular durante casi todas las semanas y hay episodios de intoxicación. La droga va dirigiendo progresivamente la vida de la persona, se presenta deterioro académico, laboral, social y familiar. El estado de ánimo es cambiante. Las sensaciones placenteras o de goce disminuyen y el cuerpo genera resistencia hacia los efectos de las sustancias. Los problemas de carácter pueden agravarse y es muy común que las personas se aislen en los medios sociales en donde existe un consumo común de esta sustancia; reuniones sociales, un grupo de amigos

o conocidos, entornos familiares o lugares específicos que agravan el consumo.

3. **DEPENDENCIA:** Esta es la etapa de mayor deterioro y riesgo de muerte. Aquí la relación de amigos y familia se rompe, se presentan dificultades académicas y laborales. La búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva. Es difícil la abstinencia. Hay compromiso orgánico. Hay conductas de riesgo como: promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas, el estado de ánimo depende de la etapa consumidor/abstinencia.

Por lo tanto, la clasificación del IMJUVE con respecto a la frecuencia de consumo queda distribuida de la siguiente manera:

Uso	<ul style="list-style-type: none">• Experimental: Todo consumo de sustancias psicoactivas comienza en este punto. Es cuando una persona prueba una o más sustancias, una o dos veces, y decide no volverlo a hacer.• Recreativo: El consumo empieza a presentarse de manera más regular, y enmarcado en contextos de ocio con más personas, generalmente amistades, con quienes hay confianza.• Habitual: Para llegar aquí se tuvo que haber pasado por una fase previa. Se tiene una droga de preferencia (quizás después de probar muchas) y un gusto por la sensación que produce.
Abuso	Cuando el uso de sustancias psicoactivas se vuelve compulsivo, se depende de la droga y del contexto y estilo de vida en torno a ella. Es probable que ese “estilo de vida” no se refiera sólo al consumo, sino al círculo social, reconocimiento y aceptación dentro de un grupo.

Dependencia	<ul style="list-style-type: none"> • Física: Implica un cambio permanente en el funcionamiento del cuerpo y del cerebro, se da cuando ya se ha generado una tolerancia hacia la sustancia, por lo tanto, el cuerpo cada vez necesita una dosis mayor para sentir los efectos deseados. • Psicológica: Ocurre cuando la privación de la sustancia produce malestar, angustia, y depresión. Para evitar estos malestares se busca la manera de consumir permanentemente. Es decir, se piensa que “no se puede vivir” sin consumir y todo lo que ello implica.
-------------	---

Cabe destacar que esta clasificación está basada en criterios de diagnóstico y análisis propios de la Secretaria de Gobernación por lo que su autonomía de los otros criterios clínicos puede ser posible a través de la comparación de los mismos.

Un aporte específico e importante es el que se hace con respecto a la clasificación es la estratificación con respecto a la dependencia como último nivel, pues demuestra una cierta independencia y libertad del consumidor de dejar el consumo nocivo; pero a su vez presenta las consecuencias directas de continuar con él, por lo que el aporte se crea a manera de *pasos a seguir* para que culmine en donde, precisamente, se abandona esta libertad de elegir.

1.1.3 Factores de vulnerabilidad.

La adolescencia.

¿Qué es la adolescencia?

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Adolescencia temprana (10 y 13 años aproximadamente):

- Durante esta etapa, los niños suelen comenzar a crecer más rápido. También empiezan a notar otros cambios corporales, entre los que se incluyen el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones. Por lo general empieza uno o dos años antes en las niñas que, en los varones, y puede ser normal que algunos cambios comiencen tan pronto como a los 8 años para las niñas y a los 9 años para los varones. Muchas niñas tienen su primera menstruación alrededor de los 12 años, en promedio de 2 a 3 años después del comienzo del desarrollo de los senos. Estos

cambios corporales pueden generar curiosidad y ansiedad en algunos, en especial si no saben qué esperar o qué es normal. Algunos niños, además, se cuestionan su identidad de género en esta etapa y el inicio de la pubertad puede ser un momento difícil para ellos.

- Los adolescentes más jóvenes tienen ideas concretas y extremistas. Las cosas están bien o mal, fantásticas o terribles, sin muchos matices. En esta etapa es normal que los jóvenes enfoquen su pensamiento en ellos mismos (lo que llamamos "egocentrismo"). Como parte de esto, los preadolescentes y adolescentes más jóvenes suelen sentirse cohibidos por su apariencia y sienten como si sus padres los juzgaran permanentemente.
- Los preadolescentes sienten una mayor necesidad de privacidad. Es posible que comiencen a explorar formas de ser independientes de su familia. En este proceso, es probable que prueben los límites y reaccionen con intensidad si los padres o tutores reafirman los límites.

Adolescencia media (14 y 17 años aproximadamente)

- Los cambios físicos que comenzaron en la pubertad continúan durante la adolescencia media. La mayoría de los varones comienzan su "crecimiento repentino" y continúan los cambios relacionados con la pubertad. Es posible, por ejemplo, que se les quiebre la voz a medida que se les va agravando. A algunos le sale acné. Es probable que los cambios físicos estén casi completos en las mujeres y la mayoría de las niñas ya tenga menstruaciones regulares.
- A esta edad, a muchos adolescentes les surge el interés en las relaciones románticas y sexuales. Probablemente se cuestionen su identidad sexual y la exploren, lo que podría resultar estresante si no tienen el apoyo de sus padres, de la familia o de la comunidad. Otra forma típica de explorar el sexo y la sexualidad de los adolescentes de todos los géneros es la auto estimulación, también llamada masturbación.
- Muchos jóvenes en su adolescencia media discuten más con sus padres porque luchan por tener más independencia. Es muy probable que pasen

menos tiempo con la familia y más tiempo con los amigos. Les preocupa mucho su aspecto y la presión de los compañeros.

- El cerebro sigue cambiando y madurando en esta etapa, pero aún hay muchas diferencias entre la forma de pensar de un joven en su adolescencia media y de un adulto. Gran parte de esto se debe a que los lóbulos frontales son la última área del cerebro en madurar; el desarrollo no está completo hasta que la persona tiene veintitantos años. Los lóbulos frontales desempeñan un papel importante en la coordinación de la toma de decisiones complejas, el control de los impulsos y la capacidad de tener en cuenta varias opciones y consecuencias. Los jóvenes en la adolescencia media tienen más capacidad de pensar en forma abstracta y tener en cuenta el "panorama general", pero aún carecen de la capacidad de aplicarlo en el momento.

Adolescencia tardía (18 a 21 años aproximadamente)

Los jóvenes en la adolescencia tardía por lo general ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva que tendrán como adultos. Pare esta edad suelen tener más control de sus impulsos y pueden sopesar los riesgos y recompensas mejor y con más precisión, en comparación con los jóvenes en la adolescencia media.

Los adolescentes que se convierten en adultos jóvenes tienen ahora un sentido más firme de su propia individualidad y pueden identificar sus propios valores. Se centran más en el futuro y basan sus decisiones en sus ilusiones e ideales. Las amistades y las relaciones románticas se tornan más estables. Se separan más de su familia, tanto física como emocionalmente. No obstante, muchos restablecen una relación "adulta" con sus padres, considerándolos personas de su mismo nivel a quienes pedir consejos y con quienes hablar de temas serios, en vez de una figura de autoridad. (American Academy of Pediatrics, 2019)

Existen diversos factores de vulnerabilidad que generan situaciones de riesgo para las personas que aún no tienen consumo o que están comenzando a hacerlo.

Dichos factores rodean las esferas en donde las personas se relacionan, desenvuelven y expresan, como lo son; la familia, los amigos, las relaciones de pareja, el trabajo, la escuela y la interacción social global.

Las interacciones de cada individuo pueden estar relacionadas a estados específicos de riesgo. Esta cualidad de la realidad de la vida de cada persona puede ser entendida como un tipo de vulnerabilidad. ¿Cómo sucede esto? Existe una constante en la mayoría con respecto a su desarrollo individual, esto es cuando ciertas situaciones específicas de su continuidad temporal adquieren relevancia durante su vida. Estas situaciones podrían parecer de carácter poco reactivo en el individuo, pero han demostrado ser factores determinantes que están relacionados a aspectos específicos de expresión y comprensión de emociones y sentimientos que son asociados con el carácter y personalidad de cada caso en particular. (DETHLEFSEN & RUDIGER, 2017)

Es esta primicia la que debe estar presente cada que se realiza una asociación de datos y conclusiones, pues es fácil el relacionar hechos específicos que son determinados como “factores de vulnerabilidad” a situaciones no tan específicas y generalizar a partir de ahí.

Hablando acerca de adicciones y conductas autodestructivas entendemos que esta barrera es mayormente débil; lo que significa que durante los primeros pasos de la correlación directa de los factores generadores de seguridad y confianza del individuo –factores que están presentes principalmente durante la infancia y parte de la adolescencia- hubo una descompensación que generó un sentimiento de soledad o abandono por parte de las figuras protectoras –principalmente los padres- que desencadenó un proceso de búsqueda de atención o reconocimiento por parte de estas partes internalizadas.

Es por este motivo que la falta de una orientación paterna y la búsqueda constante (lo que J. Lacan llamaba “el objeto a”), que llevan a las personas a situaciones en donde comienzan a surgir adicciones y problemas al respecto de las mismas que

llevan a un ciclo constante de problemas en este sentido simbólico de lo que representa una oportunidad de comenzar con una adicción o no (Sevy Fua, 2013)

Y este principio abarca no sólo a las adicciones a las drogas, sino a la mayoría de las conductas autodestructivas de cada individuo, como lo pueden ser las relaciones de pareja abusivas o los conflictos para relacionarse con otras personas en un mismo ambiente.

De esta manera la NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 define a los factores de riesgo como:

“3.17 Factor de riesgo: Al atributo o exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas.” (Conyer, 2000)

Por lo que a su vez, un factor de riesgo en sí mismo una asociación de probabilidades, y estas probabilidades pueden estar definidas tanto por el ambiente como por factores endógenos presentes en las variables bio-psico-sociales del individuo.

1.1.4 El proceso adictivo

La adicción es un ciclo que se desarrolla a lo largo del tiempo, pasando por algunas etapas que van de lo no adictivo, es decir, la curiosidad por conocer la sustancia y los efectos hasta llegar a un punto que se considera grave y se llama abuso y/o adicción (Instituto Mexicano de la Juventud, 2018).

Este proceso se puede clasificar de la siguiente manera:

1.- Etapa Temprana: En esta etapa ya la química cerebral está alterada, y esto se manifiesta en episodios de uso descontrolado que pueden no ser tan severos y frecuentes, pero son evidencia de la instalación del desorden bioquímico cerebral. Aun así la relación que la persona ha desarrollado con el sustrato de su uso, lo motiva a continuar usando, debido al refuerzo psicológico que el consumo de la sustancia o la práctica de la conducta, tiene sobre su comportamiento. Ya existe el pensamiento adictivo y comienza a manifestarse como una preocupación con el uso. Puede haber deseos automáticos y ya la persona comienza a invertir tiempo no programado en actividades relacionadas con el uso.

2.- Etapa Media: La pérdida de control es obvia y los episodios de consumo son más intensos y frecuentes. Ya comienza a haber problemas familiares serios debido al tiempo que la persona ocupa en actividades relacionadas con la adicción y el uso. El pensamiento adictivo se hace más intenso debido a la necesidad aumentada de negar o racionalizar su conducta. Comienzan a presentarse problemas laborales y escolares debido al malfuncionamiento psicosocial. La química cerebral ha cambiado de manera importante y la personalidad de la persona también ha cambiado, casi siempre con más irritabilidad, ansiedad e intolerancia. El ego de la persona se ha hipertrofiado para poder mantener una imagen de "normalidad" que pueda disminuir la ansiedad tanto del adicto como de las personas que lo rodean.

3.- Etapa Agravada: La inhabilidad para detener el consumo marca esta etapa del proceso adictivo. Problemas financieros severos podrían aparecer y el aislamiento social se hace evidente y marcado. Problemas severos en las relaciones familiares que pueden llegar a la separación. Pérdidas de empleo y deterioro del funcionamiento laboral se hacen presentes de manera que el adicto no puede

muchas veces, ni conseguir ni mantener un empleo. La depresión severa característica de esta etapa puede ser malinterpretada como primaria, pero es en realidad secundaria al desorden adictivo. Igualmente, la autoestima se ha deteriorado mucho y puede aparecer psicosis toxica, en las adicciones químicas, e ideación psicótica en las adicciones de conducta.

Estas fases no están separadas realmente y se sobreponen de manera que, es difícil saber exactamente donde está ubicado un adicto en el proceso, pero en la mayoría de los casos se pueden utilizar para entender mejor la severidad del problema y las necesidades individuales de tratamiento. (Alvarado, 2019)

1.2 Antecedentes Históricos de las Adicciones en México.

Hablar de los antecedentes del uso indebido de sustancias en México es complejo en su premisa, pues es casi imposible rastrear el origen global del uso indebido de los mismos debido a que muchas de estas sustancias -de carácter reactivo en el ser humano- han sido usadas desde antes de que siquiera se clasificaran como “drogas”. Esto se debe a que, en principal medida, muchas de estas sustancias han evolucionado de usos y costumbres de los pueblos hacia un carácter general con fines mediáticos o globalizados. (Molina , 2008)

Algunas de las críticas acerca de las adicciones (Rodríguez de Romo, 2012) ha sido el uso indebido de sustancias que antes eran consideradas “medicinales” de origen natural y, por otro lado, el contexto con el cual se entiende popularmente el uso de las mismas. Lo que lleva a una estigmatización por parte de la sociedad hacia el usuario de las sustancias, creando así una paradoja de uso y costumbre versus la adicción

Las adicciones en México presentan un carácter cambiante, pues en diversos momentos de la historia del país han sido modificados los estatutos legales de las mismas legislaciones federales hacia momentos de rigor o despenalización. Más aun, este hecho histórico puede contrastar con lo ocurrido durante el sexenio (2006 - 2012) de Felipe Calderón; personaje que, se estima, fue el responsable de causar una etapa de violencia y guerra (como él mismo lo mencionaba) hacia las “drogas” y sus “carteles” (Veiras, 2019).

De la misma manera ha habido sustancias que han sido casi mitificadas hacia un carácter histórico-cultural dentro de la hegemonía de la historia nacional; este carácter predominante es estudiado principalmente por la antropología, y fue llevado desde usos y costumbres con fines rituales y de sanación de espíritu hasta procesos de medicación y abuso de sustancias por grupos sociales –y estratos- de carácter específico.

Un claro ejemplo de esto en México es la variedad de Cannabis Sativa (por su nomenclatura científica); introducida por La Colonia a través de los barcos

mercantiles que provenían principalmente de África (continente en el cual existen registros de cosechas milenarias), aunque existen especulaciones acerca de la variable Cannabis Indica, pues esta misma podría pertenecer a la flora endémica del país, principalmente en las costas del Golfo de México. Ésta sustancia ha sido documentada de uso ritual y medicinal en diferentes culturas autóctonas (Molina , 2008)

Se puede entonces deducir que el uso de una sustancia tan antiguamente registrada no puede determinarse como causa de adicción como es entendida hoy en día, pues era principalmente usada en rituales específicos de los pueblos antiguos de todo México como usos y costumbres. (Molina , 2008)

Por mencionar un antecedente directo de esta especulación; el escritor José Agustín (2014) menciona en su libro “La Contracultura en México” (p.44) que:

...los indios mexicanos, de sur a norte, conocen estas sustancias desde tiempos inmemoriales [...] y por supuesto disponen de un conocimiento sumamente sofisticado que les permite saber cómo usarlas y en qué dosificación, y así disponen de una impresionante gama de posibilidades rituales, religiosas, curativas y adivinatorias. (Rodríguez de Romo, 2012)

Queda claro que, durante muchos años las sustancias de carácter psicotrópico, estimulante o depresor del sistema nervioso –drogas- estuvieron desligados de los términos como “adicciones”, pues el carácter relativo de las mismas estaba desapegado de los términos por los cuales podrían valerse de esa forma.

Durante los primeros años del siglo XX suceden hechos históricos que modificarían la concepción de preceptos que habían permanecido inapelables durante años; el estallamiento de la primera guerra mundial y los conflictos internos nacionales habían sido un parteaguas en la reformación de la sociedad moderna. Estos hechos afectaron de manera inmediata a los establecimientos de la vanguardia en medicina y usos tradicionales de medicamentos. En palabras más precisas, ocurrió un choque social y cultural con respecto a la medicina moderna y las tradiciones medicinales

que llevo a procesos diversos dentro de la sociedad mexicana que evolucionaron hasta nuestros días.

Es durante este siglo en donde se realizan mayores adaptaciones a los estatutos sociales de carácter terapéutico en relación al tratamiento de las adicciones como un problema de carácter médico y social; o sea de carácter de salud pública.

Basta con conocer la postura del Medico Mexicano Leopoldo Salazar Viniegra, quien en 1938 fue puesto a cargo del Hospital de Drogadicción de Ciudad de México y desde donde optó por una opción terapéutica más apegada al carácter positivo del ser humano que hacia el aislamiento o repercusiones sociales del carácter criminal desde el cual se estaban basando los estudios más populares de su época relacionados al tema.

En un sentido práctico argumentaba una triada de opiniones basadas en estudios y artículos propios:

- 1) En su trabajo inicial, "El mito de la marihuana", argumentó que los peligros de la marihuana eran muy exagerados. Revisando sistemáticamente los estudios médicos sobre la sustancia, señaló imprecisiones, rumores y aplicaciones erróneas de los datos.
- 2) En una serie de artículos y entrevistas con la prensa, Salazar argumentó que la drogadicción debe tratarse como un problema de salud pública y no como un delito.
- 3) Salazar propuso poner fin a la prohibición y establecer un nuevo monopolio estatal de drogas." (Smith, 2018)

Son parte esencial del desarrollo de los modelos terapéuticos posteriores en el país la resolución del carácter del segundo punto de los argumentos presentados por Salazar, el cual describe que la drogadicción debe ser tratada como un problema de salud pública, pues este argumento seria retomado durante el desarrollo de las teorías terapéuticas (tanto mundiales como nacionales) a lo largo de los años siguientes a la globalización y al llamado periodo neo liberal. (CITA)

Cabe resaltar la importancia del análisis cauteloso de los procesos que llevan a las costumbres y paradigmas que están determinadas el día de hoy, pues muchos de ellos están fundamentados en hechos históricos que ya han sucedido y que aún tienen repercusiones a escalas macro sociales y actuales.

Ahora bien, los datos recopilados nos sirven para plantear un contexto más extenso con respecto al cambio de los paradigmas y la idiosincrasia de los individuos con respecto a su opinión en materia de adicciones.

Pero, ¿Cuál es el contexto actual de las drogas en nuestro país?

En el siguiente capítulo se ahondará de manera más específica cómo ha sido descrita, tratada e interpretada la adicción y uso de las drogas en el territorio nacional.

1.2.1 Situación Actual de las Adicciones en México.

La situación actual de las adicciones hacia las drogas ha ido evolucionando a medida que surgen y se demeritan tanto sistemas de creencias como medios de producción y condensación de las mismas ((Miguel Aguilar, Rodríguez Bolaños, Caballero, Arillo Santillán, & Reynales Shigematsu, 2016) ; un ejemplo de ello es el uso de la “Codeína” (Sustancia extraída del opio, menos tóxica que la morfina, que se emplea en medicina como analgésico y narcótico y para calmar la tos y la diarrea.) como sustancia psico-activa por sus propiedades opiáceas –depresoras- en el organismo, esto quiere decir que existen registros de sobredosis por consumo excesivo de Codeína en la población, mayormente, adolescente. En otras palabras; se usa jarabe, muy comúnmente prescrito para la tos y la diarrea, como sustancia activa. Cabe aclarar que no es novedoso el uso de medicamentos prescritos para su uso medicinal como sustancias activas –drogas- (como los Barbitúricos y la misma Cocaína), pero este ejemplo nos ayuda a entender cómo es que se modifica el uso de las sustancias a través del tiempo (por diversas causas, tanto culturales como económicas y sociales) desde los posibles usos y costumbres hasta el abuso y criminalidad en muchos casos.

La situación actual esta principalmente determinada como un ejemplo de la sociedad misma y de la población nacional con sus propias características; por ejemplo, tenemos la situación comparativa de Ámsterdam y Portugal, lugares en donde, es legal el uso recreativo y medicinal de la marihuana (Curiel, 2020) y a Estados Unidos de América, país que durante la llamada “Ley Seca” en la década de 1920, prohibió el uso, venta y portación de alcohol en la mayoría de sus estados.

Destaca por demás que la mayoría de los países tienen leyes de regulación y distribución sobre la venta de dos sustancias que son consideradas como drogas; el alcohol y el tabaco, sustancias que, también ha sido demostrado, son las principales causas de muertes a nivel global, principalmente debido a su abuso y, entre otras cosas, por su aceptación social.

Solo por mencionar algunos datos; según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016 - 2017 del INEGI, el consumo nacional de alcohol y tabaco en la población de 12 a 20 años va en aumento de un 12.3% del total de la población encuestada a un 19.8% desde el 2011 al 2016, esto quiere decir un aumento de 7.5% del total, una cifra alarmante considerando que la mayoría de ellos son menores de edad y que este tanto por ciento el aumento más grande con respecto a la población encuestada que va desde los 12 a los 65 años. (ENCODAT, 2017)

Todas estas sustancias están relacionadas con el sistema de recompensas del cerebro y estimulan principalmente las glándulas que producen Dopamina, pero además muchas de estas sustancias fueron inicialmente concebidas como sustancias medicinales usadas en la práctica médica ortodoxa como anestésicos o estimulantes del sistema nervioso.

Es por eso que la siguiente clasificación corresponde a los efectos que producen dichas sustancias en el organismo, pero principalmente en el Sistema Nervioso Central, añadiéndose una tercera categoría dispuesta para las sustancias que tienen una mayor sensibilidad hacia las alucinaciones y alteraciones de la percepción y la realidad sensorial llamadas "Psicotrópicas".

Por lo tanto, las drogas se pueden clasificar según sus efectos como:

1. ESTIMULANTES.

Por su efecto de carácter activo.

2. DEPRESORAS.

Por su efecto de carácter depresor.

3. PSICOTROPICAS.

Por su efecto de carácter sensorial y perceptivo.

Y un ejemplo de cada una de estas clasificaciones sería:

- Estimulantes: Cocaína.
- Depresoras: Alcohol.
- Psicotrópicas: Dietilamida de ácido lisérgico (LSD).

Muchas de estas sustancias sintetizadas para su uso médico están basadas en sustancias naturales y con su tratamiento farmacológico se busca la condensación de sus efectos y la especificación de los mismos hacia un carácter más simplista, pero no hay que olvidar que, a pesar de que muchas de las sustancias usadas como drogas, son de carácter “natural” –entendiéndose como que forman parte de un proceso silvestre o similares- estas son usadas de manera contradictoria con los procesos de salud-enfermedad del cuerpo, por lo tanto, buscan alterar el estado natural en el que el cuerpo y la mente se desarrollen a su potencial más óptimo. Otra clasificación de drogas entonces puede ser: Drogas naturales y Drogas sintéticas –o sintetizadas- debido a la obtención de la sustancia activa.

Así es entonces que los procesos de adicciones tienen clasificaciones debido a los factores sociales, medicinales, médicos y hasta culturales que presenta la población.

Es por esta razón que clasificar los daños que las adicciones han causado actualmente es una tarea compleja, pues no solo se está observando cómo es que dichas sustancias afectan al organismo, sino su venta, su distribución, la criminalidad, los hechos violentos que son causados por las mismas, los factores de interés político y causal, el carácter de salud pública determinante de las legislaciones actuales y su influencia en los gobiernos y sus conflictos internos y externos que llevan a una reorganización ya diferentes puntos de vista con respecto a que tan nociva es una adicción en la sociedad actual.

¿Qué lleva a cierto grupo de personas con características similares a consumir -en abuso- cierta sustancia específica? Los factores pueden ser predominantemente de carácter adquisitivo –en primer lugar-, pues la sociedad global actual se basa en la

declaración del carácter de compra (oferta y demanda) a lo cual se responde el abuso en la adquisición de sustancias a este mismo fenómeno; no es lo mismo para una persona de escasos recursos adquirir una droga –legal o ilegal- por una cantidad asequible a su estilo de vida y poder adquisitivo que lo sea para una persona con mayor financiamiento de las mismas; y hay que recordar que el mercado actual de las drogas es diverso en niveles y consumo, pero los estándares se mantienen; si un trabajador adicto puede gastar una cantidad de dinero menor a lo que costaría una droga fuerte por una sustancia que le provoque los efectos que está buscando, lo hará. Y de igual manera, si un empleador –con mayor poder adquisitivo debido a su posición favorecida por el mercado- puede comprar la misma droga u otras diez con efectos más prolongados o fuertes, lo hará también.

Este análisis no se basa solamente en relaciones aisladas, basta con leer la autobiografía del ex corredor de bolsa estadounidense Jordan Belfort (Belfort, 2008) para darse una idea de cómo es que el mercado de la droga es diverso, pero también es parte fundamental de la cultura del consumo y de la individualización – más entendida por el carácter egoísta –selfish- de las personas.

Y es clara entonces la influencia de este estilo de vida en la situación actual de las adicciones.

En segundo lugar, podemos hablar de la manera en que las drogas son entendidas desde un punto de vista más comunitario.

Recordemos entonces algunos hechos relevantes sucedidos entre el periodo de 1988 y el 2000 en México; Durante el sexenio el ex presidente Carlos Salinas de Gortari –junto con el régimen Neoliberal Mexicano y las aspiraciones políticas de una inmersión nacional de la Federación hacia un mercado global más amplio- y el Tratado de Libre Comercio de América del Norte; este hecho provoco, entre otras cosas, una brecha de desigualdad económica en todo el país, debido a las modificaciones ejidales y empresariales del gobierno, lo que provoca inmigración hacia países más desarrollados (Estados Unidos de América sería el país colindante que más notaría este fenómeno); por otro lado tenemos la insurrección del Ejército

Zapatista de Liberación Nacional (EZLN); asesinato del candidato a la presidencia de Luis Donald Colosio en plena campaña electoral; asesinato del Cardenal Ruiz Maciel; el llamado “error de Diciembre” que provocó el “Efecto Tequila” en la Bolsa de inversión mexicana, que repercutió en la economía nacional y Elección del ex presidente Ernesto Zedillo.

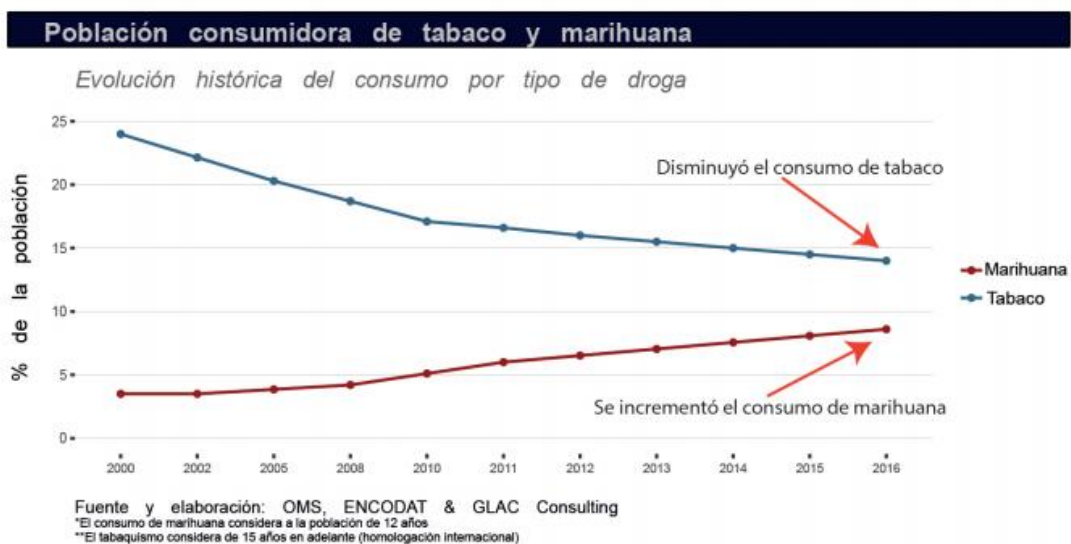
¿Cómo se relacionan las adicciones a estos procesos políticos? En primera instancia están íntimamente relacionados los procesos políticos y sociales, pues muchas de las causas sociales están motivadas por declaraciones políticas. Regresemos a esta época en donde los mexicanos tienen un golpe económico que responde a la crítica nacional de la economía decadente; surgen adicciones diferentes hacia sustancias que eran menos usadas por la población como drogas; adicciones hacia drogas industriales –como el Thinner o Aguaras- debido a su fácil obtención en espacios urbanos y trabajos que obtenían los mexicanos de la clase baja. Y la síntesis de compuestos que eran usados para la obtención de otras sustancias más comercializadas entre la clase alta –como la llamada piedra o crack entre la población joven que obtenía estos compuestos y sustancias debido al intercambio cultural con países más desarrollados económicamente como Estados Unidos-.

Aunque, a pesar de este desarrollo, hubo drogas que se mantuvieron como moneda de cambio común alrededor del país; tal es el caso de la Marihuana, el Alcohol y el Tabaco –dos de estas consideradas de carácter legal en la mayoría de los países-.

1.2.2 Incremento de las adicciones.

Como ya se había mencionado, según registros del INEGI con respecto a las adicciones en México, durante la consulta ENCODAT 2016 – 2017, los procesos de adicciones han ido en aumento en los últimos años, pues, comparados con los registros anteriores el aumento ha sido constante. (ENCODAT, 2017)

Observemos esta grafica para entender el ejemplo que se está dando a conocer.



Como ya se ha mencionado, tanto las sustancias como los adictos a ellas son, junto al proceso de salud enfermedad, el objeto de estudio, y se observa como es la relación que tienen a medida que pasa el tiempo.

En la gráfica podemos observar que los consumidores de tabaco (línea azul) han ido disminuyendo gradualmente a medida que pasan los años, pero también se observa que los consumidores de marihuana (línea roja) han ido aumentando también de manera gradual a medida que disminuye el consumo del tabaco.

Si añadimos a la ecuación la relación del aumento de la población actual podemos determinar la gravedad del problema en términos generales va en aumento.

Existe un artículo titulado “Fumar entre adolescentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados con la decisión de fumar en escolares mexicanos” en donde se realiza un estudio relacionado a la adicción del tabaco en adolescentes de entre 13 y 15 años, y en ese estudio se revela que los adolescentes tienden a fumar más cuando no existe una regulación en sus hogares y cuando existe influencia externa por parte de sus compañeros y amigos (Miguel Aguilar, Rodríguez Bolaños, Caballero, Arillo Santillán, & Reynales Shigematsu, 2016)

Dentro del mismo análisis se discute si el aumento progresivo del consumo del tabaco es –en parte- debido al distanciamiento emocional que se presenta por parte de los padres hacia los adolescentes.

La aceptación de dicho argumento podría llevarnos a analizar entonces no solo la relación de los padres con los hijos en materia de adicciones, sino la calidad que estas relaciones tienen y hasta la cultura de individualización masiva que se va gestando en la sociedad actual, pues dichos factores podrían estar propiciando el aumento gradual del consumo de drogas dentro de la población joven –y no tan joven-. Y además de esto, se puede añadir la diversificación de métodos para la creación, sintetización y obtención de sustancias que generan adicciones.

Alguna muestra de ello puede ser la investigación titulada “Association Between Electronic Cigarette Use and Marijuana Use Among Adolescents and Young Adults A Systematic Review and Meta-analysis” en la cual se comparan y relacionan aproximadamente 21 estudios relacionados al uso del cigarro electrónico y la marihuana en adolescentes y jóvenes adultos (de entre 10 y 24 años), demostrando en su comparativa que el uso continuo del cigarro electrónico en jóvenes está asociado a un aumento significativo en consumo de marihuana. Este estudio se realizó en el 2019, por lo que el uso de los cigarros electrónicos, también llamados e-cigarettes, ya está globalizado y hasta tipificado en algunos lugares del mundo como nocivos para la salud. (Chadi, Schroeder, Winther Jensen, & Levy, 2019)

Según la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH) –a través de su portal web- la posición de México ante las adicciones es grave pues

México está padeciendo algunos de los efectos más devastadores del régimen mundial de la prohibición de las drogas: corrupción, impunidad, violencia y violaciones de derechos humanos. Es por esto que la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH) considera que la política de drogas y sus consecuencias son temas urgentes que requieren evaluación, monitoreo y transformación desde una perspectiva de derechos humanos. (Comision Mexicana de Defensa y Promocion de los Derechos Humanos, 2019)

A partir de ese mismo apartado podemos entender que la situación de México no es distinta a los demás países en temas de violencia y corrupción y sobre todo violación a los derechos humanos. Pero ahondemos un poco más en esa idea.

La CMDPDH hace hincapié en la militarización de México a través de la situación con las drogas pues “Con el pretexto del combate al crimen organizado y la reducción del flujo de drogas, México ha cometido graves violaciones a los derechos humanos, en ocasiones masivas o sistemáticas como tortura, desaparición forzada de personas, ejecuciones extrajudiciales e incluso el desplazamiento interno forzado” (Comision Mexicana de Defensa y Promocion de los Derechos Humanos, 2019)

Y claro estos datos pueden parecer algo desalentadores, y quizá corresponden a estilos de gobierno pasados, pues más recientemente el presidente de México Andrés Manuel López Obrador ha comentado -en su gira por hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social en Chiapas que: “Necesitamos atender y orientar mucho a los jóvenes, porque está por iniciar una campaña para reducir el consumo de drogas, porque si no bajamos el consumo, será muy difícil resolver el problema de la violencia” (Santillan, 2019)

Queda entonces entendido con estos ejemplos que existe un creciente constante con respecto a las drogas y su efecto adictivo en la población joven, y que al parecer está siendo visto como un problema grave por muchas instituciones y asociaciones de carácter público y privado.

Lo que destaca a nivel mundial son las medidas que se han tomado para que disminuya el consumo de drogas lícitas; pues comparado con aquel pasado en donde fumar era visto como algo saludable y en donde incluso existían campañas publicitarias que hoy en día podrían parecernos controversiales, como las de la reconocida marca “*Lucky Strikes*” en donde una persona vestida como un médico recomendaba fumar cigarrillos (Elliott, 2008) hay mucho más contexto al respecto, pues a través de diversos medios de comunicación se ha ido atacando el problema central del consumo de drogas.

En México recordaremos la famosa campaña del Grupo Salinas con Tv Azteca “Vive Sin Drogas” que a principio de siglo comenzó a hacerse camino a través de la televisión pública mexicana y algunos canales de habla hispana (Grupo Salinas, 2019) o incluso la aplicación de la norma para espacios públicos libres de humo de tabaco como lo refiere en la página de la CONADIC;

México fue el primer país de América Latina en ratificar el Convenio Marco de la OMS para el control de Tabaco en 2004, este convenio establece en su artículo 8 la Protección contra la exposición al humo de tabaco, en particular, en nuestro país, la Ley General para el Control de Tabaco, establece en su Capítulo III, artículos del 26 al 29, las especificaciones para el consumo y Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2018).

Estos ejemplos sirven para dimensionar las acciones que se han tomado en cuenta para disminuir el consumo, compra y distribución de drogas.

1.3 TRATAMIENTO DE ADICCIONES:

El tratamiento de las adicciones tiene como finalidad ayudar al paciente a dejar la búsqueda compulsiva de la sustancia a la que se ha vuelto adicto. La drogadicción suele ser un trastorno crónico caracterizado por recaídas ocasionales, por lo general no basta con un solo ciclo de tratamiento a corto plazo. Para muchas personas, el tratamiento es un proceso a largo plazo que implica varias intervenciones y supervisión constante, al igual que requiere el compromiso del paciente. Los tratamientos para las adicciones se basan en distintos enfoques los cuales se sustentan en bases científicas.

La NOM-028-SSA2-2009 establece al tratamiento como adicciones como:

Es el conjunto de estrategias, programas y acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia (AVILA, 2006).

Es así que se entiende como parte de los fundamentos el de reducir los daños implicados en el abuso de sustancias en la búsqueda de una mejora en la calidad de vida asociada a la salud física, mental y social; y como es referido es parte del proceso de cambio y es útil el uso de estrategias y planes para lograrlo.

A continuación, mostraremos las principales instituciones que se encargan del tratamiento en adicciones a nivel nacional, las cuales están separadas en dos apartados; las de carácter público y las de carácter privado.

Aunque existen además instituciones gubernamentales especializadas en la atención y tratamiento de adicciones, estas instituciones tienen como objetivo principal la prevención de consumo de las drogas por lo cual se planean distintas actividades para poder dar a conocer las consecuencias que tiene el consumo de

estas la información que se brinda va dirigida principalmente a la población adolescente debido a que es una de las más vulnerables por la etapa de cambios que están atravesando; además de las actividades de prevención también cuentan con distintos programas de tratamientos para la persona que está desarrollando una adicción los cuales están diseñados para adaptarlos a los distintos pacientes.

Los servicios que brindan estas instituciones son completamente gratuitos, con la garantía de que se cuenta con un equipo formado por personal capacitado en el área (psicólogos, psiquiatras, médicos), dichas instancias trabajan de la mano para que la información y ayuda se pueda llevar a distintos lugares.

Las instituciones cuentan con el respaldo de algunas otras instituciones públicas como lo son hospitales psiquiátricos en caso de que las unidades de prevención no requieran de lo necesario los pacientes puedan ser canalizados a donde requieran.

Aunque también existen otras instituciones que son de carácter privado y se especializan en la atención centrada en cierto tipo de usuarios o en situaciones específicas (de las cuales también se hará mención en este capítulo) y que representan una alternativa para aquellos que pueden pagar sus costos.

1.3.1 Instituciones Públicas.

Las instituciones de carácter público están relacionadas a los programas gubernamentales de investigación y acción en materia de prevención y tratamiento a un nivel más generalizado. Estos programas bien pueden ser de corte estatal o federal y se basan en estudios que generalizan la problemática social para buscar soluciones que favorezcan a un gran número de personas.

De entre estas podemos destacar las que tienen un plan de acción desde el nivel primario hasta el terciario (prevención y seguimiento) y son las siguientes:

1.3.1.1 CONADIC

Según el sitio web oficial de la CONADIC <https://www.gob.mx/salud/conadic> (Octubre 20, 2019) La Comisión Nacional contra las Adicciones (conocido por sus siglas como CONADIC), es un organismo de la Secretaría de Salud, el cual tiene como principal objetivo el impulsar una red de centros de tratamiento de las adicciones, al igual que la divulgación de los diagnósticos sobre la situación del país en este tema.

- Misión:

Que México cuente con un sistema para la atención de las adicciones integrado y universal que garantice el acceso a toda la población, centrado de la persona, la familia y la comunidad, que responda a las necesidades de los grupos vulnerables con una oferta de servicios de alta calidad y con pleno respeto a los derechos humanos, propiciando a su vez los espacios óptimos para la formación de recursos humanos.

- Visión:

Proteger la salud de los mexicanos ante los riesgos que presenta el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, mediante la definición y conducción de la política nacional en materia de reducción de la demanda a través de acciones normativas, de capacitación, investigación y evaluación.

Las estructuras primordiales en el tratamiento según la CONADIC son similares, destacando la relevancia en los modelos escalonados de pasos continuos, esto quiere decir que se va avanzando a través de los niveles de acuerdo a la respuesta del paciente y se espera que los tratamientos sean de corte breve (no rebasar el límite funcional de sesiones previstas) para así mejorar la cuantificación de casos atendidos.

La estructura que se sigue puede ser ejemplificada a través del tratamiento para la adicción a la cocaína según el programa breve de la siguiente manera:

ESTRUCTURA GENERAL DEL TRATAMIENTO EN EL PROGRAMA “TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAÍNA. UN MODELO COGNITIVO, PRINCIPIOS DE APLICACIÓN.”

1.- Hacer rapport. El usuario puede llegar a la sesión con preocupaciones, que le inquietan en diferente grado, el terapeuta debe promover la exploración de estas inquietudes de manera gradual y ordenada, en los cauces de los objetivos de la sesión, brindando, además, la confianza requerida para el manejo del usuario. De ahí la importancia del proceso de rapport, que consiste en que el terapeuta exprese empatía hacia el usuario, a través de enunciados directos, tono de voz, expresiones faciales y lenguaje corporal que indican interés, compromiso y comprensión. Los usuarios perciben que son valorados cuando el terapeuta muestra una comprensión precisa de las ideas y preocupaciones a través de preguntas y comentarios.

Una clave indicada en el proceso de empatía, es la técnica de escucha reflexiva recomendada en la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1999)). En este proceso es fundamental solicitar y estar abierto a la retroalimentación del usuario sobre el trabajo del terapeuta, tan pronto como sea posible. Ser sensible a las necesidades del usuario y responder a ellas propicia la alianza terapéutica. En el TBUC, el terapeuta debe fomentar un ambiente colaborativo para desarrollar las actividades de la sesión.

2.- Verificar el estado de ánimo Una verificación breve del estado de ánimo puede ayudar a entender mejor las preocupaciones no manifestadas por el usuario. Explorar dificultades al dormir, sentimientos de fracaso o irritabilidad creciente, pueden ser señales útiles de que probablemente existe una preocupación no declarada. Si bien el estado de ánimo puede explorarse de manera general y breve, puede ser necesario abordarlo de una manera más detallada y objetiva por medio de instrumentos psicométricos. El TBUC explora los pensamientos y sentimientos relacionados con eventos de consumo y de deseo por el consumo. Las posibles preocupaciones detectadas aquí pueden ser un asunto del terapeuta, incluso,

dependiendo de la severidad de la preocupación, es posible modificar el orden de los tópicos de TBUC o, canalizar al usuario a otro tratamiento, más apropiado.

3.- Establecer la agenda Las personas generalmente están poco familiarizadas con la forma de trabajar en un tratamiento TBUC: Sesiones, Evaluación y Tópicos Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína 24 estructurado. La primera tarea del terapeuta es familiarizar al usuario con la noción de agenda, es decir con el orden del día. La agenda se establece en cada sesión con el acuerdo del usuario. Más que esperar una aceptación pasiva del usuario, el terapeuta explora las inquietudes que pueden ser valiosas para los objetivos de la sesión. Explicar al usuario el proceso de establecer la agenda le ayuda a entender cómo pueden incluirse sus preocupaciones de manera estructurada y productiva a lo largo del tratamiento; por el contrario, dejar de lado la agenda de la sesión, puede derivar en un discurso poco productivo que interfiera con los asuntos prioritarios.

4.-Tender un puente con la última sesión Para dar continuidad al tratamiento y verificar las posibles inquietudes que resultaron en la sesión anterior, es útil preguntar al usuario su percepción y comprensión de la misma. Esto propicia una retroalimentación sobre el tratamiento que el usuario no había elaborado con anterioridad. Además, la revisión de asuntos pendientes de la sesión anterior, con base en el recuerdo del usuario, ayuda a hacerlo responsable del proceso de tratamiento. Dependiendo del juicio del terapeuta, el asunto que puede surgir de la retroalimentación puede tratarse de inmediato o incluirse en la agenda para ser tratado adelante. El terapeuta le debe preguntar al usuario si en la semana tuvo oportunidad de aplicar las habilidades aprendidas y que resultados le dieron.

5.- Trabajar los asuntos de la agenda Un asunto inicial de la agenda, constante durante el tratamiento, es la discusión de la tarea, que incluye la discusión del autor

registro. En el TBUC se analiza un tipo de autor registro, que incluye el monitoreo del consumo y del deseo por consumir. Los resultados de este tipo de autor registro sirven como un indicador del avance del tratamiento y de las posibles dificultades que enfrenta el usuario. Sin embargo, existen otras tareas, junto con el autor registro, como poner en práctica las habilidades enseñadas en la sesión previa y reportar el resultado. En general, cumplir con las actividades sugeridas en la tarea favorece el logro de los resultados del tratamiento. La revisión cuidadosa de la tarea entre el terapeuta y el usuario en cada sesión fortalece el cumplimiento y comunica la importancia del trabajo entre sesiones.

La revisión de la tarea es el foco del tratamiento en el TBUC, las inquietudes, dificultades y, alternativamente, los avances y logros deben girar en torno al cumplimiento de la tarea y lo que el usuario ha descubierto en el proceso. Dada su importancia, las tareas deben comentarse de manera sistemática, otorgando comentarios fortalecedores ante una actuación apropiada conforme los objetivos terapéuticos, o haciendo ver de manera firme la inconveniencia de no cumplir con las tareas.

Al revisar las tareas, un terapeuta con suficiente experiencia, puede establecer puentes con asuntos de la agenda de la propia sesión, o con los de otras sesiones, pasadas o futuras. Sin embargo, para el terapeuta que inicia es suficiente analizar las tareas de una en una.

En esta parte de la estructura pueden combinarse intereses del tratamiento con los del usuario, una forma de hacer esto es integrar las preocupaciones de la persona en el contexto de las tareas de la sesión; otra, es discutir de manera productiva, por ejemplo, haciendo que el usuario detecte las ideas automáticas que emplea para identificar, evaluar y actuar los pensamientos que le inquietan, facilitando el alivio del síntoma (por ejemplo, ansiedad), arreglando una tarea apropiada para la siguiente sesión.

Otro asunto de la agenda, es el análisis de situaciones de consumo y la enseñanza de habilidades; esto implica resolver ejercicios de identificación de situaciones de

riesgo y evaluar la forma en que el usuario actúa ante ellas. El análisis funcional de la conducta de consumo es la herramienta clave en este aspecto y permite que el usuario identifique y comunique los antecedentes, intrapersonales e 25 interpersonales, del consumo, cómo ocurre éste, y cuáles son sus consecuencias.

Frecuentemente, es útil hacer un análisis funcional, para entender el déficit o exceso conductual del usuario en los episodios de consumo, y diseñar un plan de adquisición de las habilidades que más necesita desarrollar. La enseñanza se facilita por medio del manual de trabajo del usuario, donde se presentan y se explican los tópicos del tratamiento y las tareas a resolver.

Además, es conveniente incluir en la agenda un espacio para el ensayo conductual de las habilidades y la retroalimentación de su ejecución. Los tópicos en los que consiste el TBUC han mostrado su efectividad en el control del consumo; y aunque el orden de los mismos, está diseñado para favorecer la disminución y eventual abstinencia del consumo de cocaína, es enteramente posible que puedan presentarse de manera flexible, en su orden o duración (número de sesiones), según el juicio del terapeuta.

6.- Hacer resúmenes En el TBUC se emplean tres tipos de resúmenes. En el primero, se presenta lo que el usuario dice, empleando sus palabras de manera concisa, para luego pedirle retroalimentación sobre el resumen cada vez que se reúna información.

Cuando el terapeuta reciba la retroalimentación, podrá reformular su resumen, buscar más información o relacionarla con algún asunto dentro del tratamiento. El segundo tipo de resumen, se hace al terminar una sección del tratamiento, de manera que permita evaluar el logro del objetivo de esa parte.

La retroalimentación que se reciba del resumen podrá indicar si procede continuar con la agenda o detenerse en algún tema que requiera mayor trabajo.

El tercer tipo de resumen, se hace al final de la sesión, dado que en el tratamiento estructurado debe ser muy clara la forma en que se está avanzando. Este último

resumen refuerza el compromiso con el usuario sobre su mejoría, o se identifican las dificultades que hay que resolver; debe hacerse en términos que reafirmen los logros del usuario para aumentar su confianza; incluye lo tratado en la sesión y se debe expresar con un tono optimista.

En las primeras sesiones de tratamiento el terapeuta es responsable de los resúmenes al final de la sesión, sin embargo, se recomienda delegar esta actividad al usuario, conforme avanza el tratamiento.

7.- Asignar tareas para la siguiente sesión El terapeuta debe ser muy cuidadoso al distinguir el sentido de las tareas del TBUC. Esto implica dos cuestiones, la primera es dar a la persona un marco de referencia terapéutico de las tareas.

Esto quiere decir que, al resolver las tareas, la persona se sentirá mejor y le ayudarán de manera efectiva en el control del consumo.

Es necesario hacer una distinción entre la concepción terapéutica y la más común de que la tarea es algo despersonalizado, rígido, impuesto y de poca utilidad. La segunda cuestión, es que en la revisión de la tarea se exploran las ventajas concretas de llevarla a cabo.

Si se detecta que el usuario no está interesado en hacer algo con lo que no se siente cómodo, se debe incluir en la agenda esta forma de poca cooperación y resolverla tan pronto como sea posible para el adecuado desarrollo del tratamiento.

En general, el resultado de la evaluación de la continuidad con las sesiones previas, los asuntos pendientes de la agenda y los asuntos identificados durante los resúmenes, así como las actividades planeadas en el TBUC, contribuyen a la conformación de las tareas para la siguiente sesión. Por tanto, éstas deben considerar el avance del usuario y lo propuesto en el tratamiento.

Como se ha comentado, la estructura general de una sesión de TBUC, tiene tres variantes que se tratan a continuación: 1) admisión y evaluación, 2) tratamiento, y 3) seguimiento.

1. Estructura de las sesiones de admisión y evaluación

Este tipo de sesión involucra una estructura que contrasta con la presentada previamente. Aunque TBUC: Sesiones, Evaluación y Tópicos Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína 26 se hace rapport, se establece una agenda, se hacen resúmenes y se dejan tareas, en la sesión de admisión y en la de evaluación, se pretende precisar las características del consumo del usuario y lograr una comprensión de la problemática, de acuerdo con el modelo terapéutico. Además, de la evaluación del consumo del usuario, se identifica su funcionamiento psicosocial actual, y se analizan aspectos médicos generales.

El terapeuta revisa de manera cuidadosa la evaluación junto con el usuario tanto para hacer aclaraciones como para darle información objetiva al propio usuario sobre su forma de consumo.

Mediante el proceso de admisión y evaluación se intenta saber si el TBUC es la mejor opción para el usuario o si hay alguna forma de tratamiento más recomendable. Una vez que se decide admitir al usuario, se le explica el modo de trabajar en este tratamiento. Los usuarios tienden a sentirse más cómodos cuando conocen lo que esperan del tratamiento, cuando entienden sus responsabilidades y las del terapeuta.

Una forma de lograr la familiaridad es cuando el terapeuta explica al usuario, de manera simple, la estructura del tratamiento y las suposiciones que se hacen sobre el cambio conductual en las adicciones.

Esto último involucra educar al usuario sobre su consumo y, con frecuencia, da lugar a concepciones conflictivas sobre las adicciones y su tratamiento, que deben explorarse con profundidad.

En este sentido las expectativas erróneas y recurrentes del usuario sobre el tratamiento, pueden derivar de creencias no exploradas y, por tanto, desconocidas por el terapeuta. Por tanto, debe hacerse un esfuerzo por suscitar y comentar las

expectativas del usuario sobre el tratamiento, contrastándolas con una clara comprensión del modelo terapéutico.

2. Estructura de las sesiones de tratamiento Una sesión típica de TBUC involucra discutir el autor registro del consumo y del deseo por consumir, revisar el cumplimiento de la meta cada semana, de las tareas, dar retroalimentación sobre el desempeño, hacer resúmenes, explicar y asignar las tareas para la siguiente sesión.

Para que en cada sesión de tratamiento se integren las actividades sugeridas, se propone llevar a cabo la regla 20 20 20 (Carroll, 1998). Este arreglo permite organizar las actividades de una sesión típica cognitivo conductual de 60 minutos divididos en tres segmentos.

Durante los primeros 20 minutos el terapeuta se enfoca en obtener una comprensión clara de las inquietudes actuales del usuario y de su funcionamiento general en diversas áreas. Así como, en conocer el nivel de consumo y el deseo por la sustancia de la semana previa.

Además, el terapeuta genera preguntas que llevan al usuario a la reflexión. De esta forma el usuario habla la mayor parte del tiempo, de este primer segmento. Esto permite conocer mejor el estado actual del usuario.

Los siguientes 20 minutos están dedicados a la introducción y discusión de un tópico. En esta parte el terapeuta habla más que el usuario, aunque es conveniente que el terapeuta adapte el material de la sesión a las características del usuario y corrobore su comprensión.

Durante los últimos 20 minutos el terapeuta debe fomentar el discurso del usuario. El tema principal en esta parte es acordar cómo se deben hacer los ejercicios prácticos de la próxima sesión, anticipando las dificultades que el usuario pueda encontrar.

La estructura 20 – 20 - 20, debe concebirse sólo como una guía flexible, aunque se considera que es útil en general, debe adaptarse a las necesidades terapéuticas. Una variación particular de las sesiones de tratamiento es la sesión final. Esta

sesión no es la última del TBUC, en ella se procede a una evaluación de los resultados del tratamiento, tanto del nivel del consumo, funcionamiento psicosocial, adquisición de las habilidades de enfrentamiento del consumo, del papel del tratamiento y la significancia social de los cambios obtenidos.

Los avances del tratamiento 27 permiten al terapeuta tomar varias acciones: primero, concluir con los tópicos del tratamiento, dejando pendientes las sesiones de seguimiento; segundo, proponer una sesión adicional para hacer una mayor revisión de algún tópico o asunto pendiente (por ejemplo, reafirmar la estrategia de solución de problemas); continuar con las reuniones de tratamiento, basadas en los tópicos del TBUC, como estrategia de contención o mantenimiento de los cambios.

3. Estructura de las sesiones de seguimiento En este tipo de sesión, se hace una nueva evaluación del consumo del usuario, de su funcionamiento psicosocial y del papel de las habilidades de enfrentamiento enseñadas para el control del consumo. Las sesiones de seguimiento están planeadas a uno, tres, seis y doce meses de terminado el tratamiento.

En estas sesiones también se puede detectar la utilidad de las estrategias y la necesidad de fortalecerlas con sesiones adicionales. En los seguimientos se analiza la trayectoria del patrón de consumo desde la admisión y la perspectiva de la abstinencia.

Es posible que aún en este momento se observe consumo esporádico no controlado, lo que puede indicar la necesidad de un tratamiento distinto, más intenso que el TBUC.

(Oropeza Tena, Loyola Bello, Vazquez Pineda, & Reidl Martinez, 2004)

Como se puede apreciar, este programa consta de un proceso sistemático breve que se realiza dentro de las instituciones de salud mental con apoyo de terapeutas y médicos especializados.

La estructura de los tratamientos está especializada para los diferentes tipos de drogas y se diferencian del "TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE

COCAÍNA. UN MODELO COGNITIVO, PRINCIPIOS DE APLICACIÓN” principalmente en la especificación de los efectos que causan en el organismo y en la mente, pero siguiendo siempre el modelo general de corte más o menos cognitivo conductual que se practica.

Además, existen actualizaciones en torno a los mismos, siendo la más reciente la del 2012 titulada “PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Actualización 2011-2012” publicado bajo el sello del Gobierno Federal y de la CONADIC en conjunto con el sector SALUD.

En esta actualización existe un apartado especializado para la visión que se espera tener para el año 2030 en donde describe el objetivo general del programa diciendo:

Objetivo general:

Disminuir el uso, abuso y la dependencia de las drogas, así como el impacto de las enfermedades y las lesiones que ocasionan en individuos, familias y comunidades, a través de la consolidación de políticas públicas orientadas a coordinar un esfuerzo nacional efectivo para la prevención y el tratamiento de las adicciones en México, mediante la gestión de compromisos interinstitucionales y una amplia participación de la sociedad en la adecuación y aplicación de leyes y normas, así como en el consenso de políticas internacionales en la materia” (CONADIC, 2011)

Como podemos observar, se espera un amplio esquema de acción para la siguiente década en materia de prevención y tratamiento, entendido principalmente en los compromisos sociales de las instituciones y en el impacto social, político y de relación social que pueda tener este plan nacional de acción con respecto a las adicciones.

1.3.1.2 ISEM

A través del sitio web oficial El Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) http://salud.edomex.gob.mx/ise/mision_vision (Octubre 31, 2019) se concibe a la ciudadanía no sólo como destinatario de los servicios, sino como un sujeto activo de la administración pública que, desde la perspectiva de la sociedad civil, tiene una participación comunitaria activa a través de grupos de voluntarios estratégicos y de

apoyo. En la administración pública existen decenas de programas de políticas públicas que utilizan, en alguna medida, el servicio de voluntarios. En el Estado de México, esta participación cuenta con un marco legal explícito mediante los ordenamientos en materia civil, a través de la reglamentación de Asociaciones Civiles.

- Misión:

Proporcionar con oportunidad, calidad y calidez servicios de salud pública para contribuir al ejercicio pleno de las capacidades de la población del Estado de México.

- Visión:

Ser la Institución líder que proporcione servicios de Salud Pública de calidad en sus tres niveles de atención a la población en el Estado de México, fomentando la prevención y la cultura del autocuidado, para satisfacer las demandas de la sociedad.

1.3.1.3 IMCA

A través de la página de internet oficial del IMCA http://salud.edomex.gob.mx/imca/mision_vision_objetivo (Octubre 31, 2019) se puede rescatar lo siguiente

El Instituto Mexiquenses Contra las Adicciones (IMCA) se encarga de diseñar estrategias para la prevención y tratamiento de las adicciones, además de coordinar las actividades de algunas otras instituciones que también se encargan de trabajar con adicciones como lo son los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA).

- Misión

Impulsar políticas, estratégicas y líneas de acción para la atención integral de las adicciones, dirigida a evitar y/o disminuir el consumo de sustancias psicoactivas y

sus consecuencias, con especial énfasis en los grupos más vulnerables de la población y contribuir a elevar la calidad de vida de los mexiquenses.

- **Visión**

Ser un Estado con una cultura efectiva en la prevención de adicciones en lo individual, familiar y social, que impacte en la disminución de la morbilidad y mortalidad de las causas atribuibles de manera directa o indirecta al consumo de sustancias adictivas, así como lograr la rehabilitación y reinserción social de los usuarios de sustancias psicoactivas en el Estado de México.

- **Objetivo**

Difundir e impulsar las acciones realizadas por los sectores público, social y privado, relacionadas con la prevención, tratamiento y combate a las adicciones, causadas principalmente por el alcoholismo, tabaquismo y la farmacodependencia, en el Estado de México.

1.3.1.4 UNEME – CAPA

Según la página <https://www.ssaver.gob.mx/ceca/uneme-capa/> (Octubre 31, 2019)

El Modelo de Atención UNEME - CAPA es un programa cuyas líneas de acción tiene su ubicación conceptual y operativa en la Estrategia Nacional de Salud 2007-2012, estos surgen de la necesidad de una nueva clasificación de unidades de salud vinculadas a esquemas innovadores, tendientes a una cobertura integral de servicios, particularmente en el rubro de alta especialidad en adicciones.

Por otra parte, este programa contempla también al Programa de Acción 2007-2012, cuyas estrategias, orientadas al desarrollo de acciones preventivas en cada una de las vertientes del programa (tabaco, alcohol y drogas ilícitas), pretenden el fortalecimiento de los sistemas de información y el logro de un incremento sustancial en la disponibilidad y eficiencia de los servicios especializados en la atención de adicciones, con íntimo apego a las normas recomendadas para su adecuada atención.

Misión: Ofrecer servicios preventivos y de tratamientos especializados, eficaces, con calidad y trato digno en materia de adicciones en beneficio de la comunidad.

Visión: Posicionarnos como un modelo de excelencia y referente nacional, líder en la atención primaria en adicciones.

Objetivo: Ofrecer a la comunidad un modelo de intervención temprana contra las adicciones, que contemple desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la salud, hasta el tratamiento breve; ambulatorio, accesible y de calidad. Dicho modelo otorga prioridad a la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad y consumidores experimentales, a efecto de intervenir con ellos y sus familias en forma oportuna y evitar el desarrollo de trastornos por abuso o dependencia.

1.3.1.5 CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ) son una institución dedicada a la prevención, tratamiento, rehabilitación, investigación científica y formación de especialistas en materia de consumo de drogas.

Fundada en 1969 por la señora Kena Moreno, quien junto con un grupo de mujeres abrieron un Centro de Atención para Jóvenes Drogadictos, con el objetivo de atender el consumo de drogas entre los jóvenes.

Mediante Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial del 3 de septiembre de 1982, CIJ fue incluido en los organismos Sectorizados de Secretaría de Salud, con el carácter de institución de participación estatal mayoritaria.

Hoy en día, CIJ cuenta con una experiencia de 5 décadas y 120 Unidades distribuidas en todo el país, de las cuales 11 son Unidades de Hospitalización y en una de ellas se atiende exclusivamente a niños; 2 Unidades de Atención a Usuarios de Heroína, una Unidad de Investigación Científica en Adicciones, y 106 Centros de Prevención y Tratamiento.

Con el transcurso de los años, la institución ha ampliado su estructura, programas y servicios, fundada en un compromiso compartido con la sociedad.

Basándonos en Valores del Bien Común, Integridad, Honradez, Imparcialidad, Justicia, Transparencia, Rendición de Cuentas, Entorno Cultural y Ecológico, Generosidad, Igualdad, Respeto y Liderazgo, es que podemos cumplir con nuestra:

Misión: Proporcionar servicios de prevención y tratamiento para atender el consumo de drogas, con criterios de equidad, igualdad y no discriminación, basado en el conocimiento científico y formando personal profesional especializado.

Visión: Otorgar servicios de calidad con equidad de género y no discriminación en prevención, tratamiento, investigación y capacitación en materia de adicciones a nivel nacional e internacional, en respuesta a las tendencias epidemiológicas existentes.

Objetivo: Contribuir en la reducción de la demanda de drogas con la participación de la comunidad a través de programas de prevención y tratamiento, con equidad de género, basados en la evidencia para mejorar la calidad de vida de la población.

1.3.2 Instituciones Privadas

Las instituciones de carácter privado están especializadas en materia de adicciones y la mayoría de ellas están basadas en modelos estandarizados de tratamiento que puede ser poco usual en términos de población en general, pues están reservados para un tipo de población específica con características compartidas entre sí, pero que no necesariamente son las de la mayoría.

Se dice que son de carácter privado, pues es necesario inscribir una cuota monetaria periódica para poder pertenecer al programa y no pertenecen a ningún programa gubernamental de salud pública o a algún programa de tratamiento estatal o federal, sino que generan sus propios sistemas basados en estudios financiados por ellos mismos.

De entre las opciones que encontramos en nuestro país se pueden destacar algunas de las más reconocidas como lo son:

1.3.2.1 NARCONON

La recuperación precisa desde la página de internet oficial de NARCONON (<https://www.narconon-mexico.org/>) nos destaca lo siguiente (Octubre 31, 2019)

El programa Narco non es un régimen preciso y paso a paso que aborda todos los aspectos de la adicción, para ayudar a los individuos a superar sus efectos adversos para ellos mismos y para aquellos a su alrededor.

Superar la adicción a las drogas puede parecer desalentador para los individuos, las familias y los asociados. Muchos adictos pasan a través de múltiples programas de rehabilitación (programas de 28 días o de 12 pasos), sólo para recaer en el consumo de drogas.

El programa Narco non es diferente. No es un programa de 28 días y no usa drogas sustitutivas. No es un programa de 12 pasos. No requiere de fe o de creer.

Narco non cree que la adicción no es ni hereditaria ni una enfermedad incurable que requiere un tratamiento indefinido. Ni que un adicto sea adicto de por vida. El

programa Narco no consiste en procedimientos únicos para ayudar a los adictos a superar la dependencia a las drogas y al alcohol y sus efectos dañinos.

La meta del programa es un individuo libre de drogas.

- Misión:

Es proporcionar un camino eficaz para la rehabilitación del abuso de las drogas y ayudar a la sociedad a evitar el azote de las drogas a nivel mundial.

Usando un método basado en evidencias y libre de drogas para la rehabilitación, desarrollado por el elogiado autor y filántropo L. Ronald Hubbard, los centros Narco no ayudan a aquellos sometidos por las drogas y el alcohol a crear vidas nuevas llenas de propósito y de productividad. Nuestros graduados regresan a sus familias y comunidades libres de drogas y en control de sus vidas.

Narco no también ofrece entrenamiento completo a profesionales y organizaciones en busca de soluciones funcionales para la rehabilitación de drogas y para evitarlas.

Objetivos:

El programa Narco no incluye ejercicios únicos llamados objetivos para ayudar a que la atención de la persona esté fuera del pasado y en el presente.

Volverse estable en tiempo presente es un factor muy importante en la rehabilitación de drogas. La atención de una persona puede estar atorada literalmente en miles de momentos diferentes del pasado. Su conducta y sus actitudes reciben la influencia de esas experiencias del pasado. Con tanta atención en su pasado, tiene poca o ninguna atención para el aquí y el ahora.

El propósito de los objetivos es sacar a la persona del pasado y traerla a tiempo presente, lista y capaz de enfrentar la vida sin recurrir a las drogas.

1.3.2.2 Ave Fénix

AVE FÉNIX- CLÍNICA DE REHABILITACIÓN

Ave Fénix es un Centro de Renovación Humana para la Sanación Integral de las personas que han caído en adicciones y conductas destructivas.

Nuestro Programa, está distribuido en tres etapas fundamentales:

REHABILITACIÓN FÍSICA: Para recobrar el estado alerta (Tiempo necesario).

Objetivo:

Conseguir un nivel óptimo de energía que los impulse a estudiar y a trabajar en reconstruirse.

Pasos:

- Evaluación médica y análisis clínicos.
- Proceso de desintoxicación. (De ser necesarios)
- Alimentación balanceada nutricional.
- Ejercicio aeróbico.
- Ejercicio de tono muscular.
- Ejercicios de estiramiento.
- Enseñanza de principales funciones y daños del organismo.
- Ordenamiento del sueño.

PROCESO DE SANACIÓN INTEGRAL: Para enseñar a curar las enfermedades emocionales, mentales y del espíritu, que suceden en el transcurso de la vida. (2 semanas)

Objetivo:

Capacitarlos sobre cómo mantener sano su sistema emocional, mental y espiritual.

Etapas:

- Inteligencia emocional.
- El mundo de mis pensamientos.
- De malas conductas a buenos hábitos.
- El hombre y su relación con Dios.

PROCESO DE DESARROLLO DE HABILIDADES: Para la vida y consolidación de hábitos. (Tiempo necesario)

Objetivo: Desarrollar habilidades para la vida y consolidar hábitos

Pasos:

- Autoestima.
- Asertividad.
- Solución de conflictos.
- Proyecto de vida.
- Prevención de recaída.
- Manejo de tiempo libre.
- Certificado de primaria.
- Certificado de secundaria.
- Desarrollo de algún servicio de nuestro centro.

1.3.2.3 OCEANICA

A través del enlace web <https://oceanica.com.mx/#1567179835885-80df562d-8282> se puede encontrar que en la clínica/organización llamada OCEANICA hay (Octubre 30, 2019):

En la clínica de adicciones Oceánica, ofrecemos una solución a la medida para problemas relacionados con el abuso del alcohol, drogas, medicamentos y codependencia. Nuestro objetivo es ayudar a recuperarse a través de un programa intensivo y personalizado que combina a todo un equipo clínico, el cual identifica y te acompaña a la solución de estos trastornos, integrando a la familia en su proceso de recuperación y tu rehabilitación.

Nuestro centro de tratamiento fue diseñado y se construyó frente al mar con el propósito de que la naturaleza formara parte esencial de tu recuperación en un ambiente de tranquilidad y armonía donde lo natural se vuelve curativo.

En Oceánica creemos firmemente que las personas son capaces no sólo de recuperarse de una adicción o trastorno de alimentación sino de transformar sus vidas a partir de ello, recuperando su libertad, su amor propio, su dignidad y sus sueños.

Misión:

Somos una institución dedicada al cuidado de la salud que brinda atención a quienes sufren de una adicción a través de programas de prevención y tratamiento de probada eficacia.

Visión:

Que el beneficio de nuestros servicios se extienda cada vez a más personas brindándoles mejores oportunidades de bienestar.

Valores:

- Establecemos relaciones positivas con clientes y egresados basadas en el reconocimiento, el respeto y el apoyo continuo para el desarrollo de su potencial humano e institucional.

- Nos comprometemos con nuestros clientes y sus familiares.
- Ante todo actuamos con integridad.
- Mejora continua hacia la excelencia en nuestros programas y servicios.
- Congruencia institucional con los valores y estilo de vida que proponemos a nuestros clientes.
- Responsabilidad social.

El tener un miembro de la familia que padezca una adicción es sumamente doloroso. Las adicciones destruyen a la familia y generan mucha tristeza, enojo e impotencia en cada uno de sus seres queridos. Cuando las familias buscan solucionar el problema, surgen dudas y no saben cómo hacer para ayudar a la persona adicta.

En Oceánica contamos con un efectivo método para lograr que una persona con adicción o trastorno de alimentación acepte su enfermedad y la ayuda que sus seres queridos le ofrecen.

La intervención es un método para resolver los problemas de adicciones en la familia

La intervención es un método respetuoso que congrega a las personas más cercanas al candidato a tratamiento, quienes en un ambiente de respeto y sin enjuiciamiento, le hacen ver cómo su adicción le ha causado dolor, destrucción, pérdidas y daño a sus seres queridos; provocando que él tenga la oportunidad de reconocer que no puede solo y la dignidad de aceptar la ayuda que se le ofrece para iniciar voluntariamente un tratamiento.

Un profesional certificado en adicciones viajará a su ciudad para asesorar y acompañar a los familiares en el proceso de intervención.

La intervención es el primer paso en el camino que llevará a toda la familia a reintegrarse en la salud, el amor y el sano crecimiento.

1.3.3 Asociaciones Civiles

Las asociaciones civiles surgen como una alternativa a los modelos de salud pública y privada y están basadas en la organización de la población civil que busca resolver sus problemas apegándose a algún método estandarizado de carácter privado (de corte menos especializado) y son llevadas a cabo fuera del margen de lo que a Salud Publica se refiere.

Es decir, que están conformadas en su mayoría por personas sin especialización profesional o escolarizada, pero que fungen como proveedores de información y actividades para los que están menos inmersos en dichos programas.

Es un modelo basado meramente en la organización civil y está financiado directamente por estos mismos, lo que significa un desapego gubernamental, pero no necesariamente de desconocimiento federal, pues muchas de estas organizaciones civiles han sido la prima alternativa cuando los modelos públicos no son efectivos para las necesidades de cierto tipo de población.

El modelo de doce pasos de A.A. (Alcohólicos Anónimos) puede servir como ejemplo predilecto, pues surge de un estudio específico y a partir de ahí forma todo un bagaje e idiosincrasia particular para tratar a la problemática que aqueja a la sociedad actual desde una perspectiva autor realizadora con tareas y actividades específicas en donde los miembros que sepan más al respecto instruirán a los que sepan menos y así sucesivamente.

1.3.3.1 Alcohólicos Anónimos.

Si revisamos el siguiente enlace –correspondiente a la página oficial de A.A.- <http://aamexico.org.mx/que-es-aa> podemos encontrar que:

Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema 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; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones.

AA no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa.

Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

¿CÓMO FUNCIONA ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS?

Rara vez hemos visto fracasar a una persona que haya seguido concienzudamente nuestro camino.

Nuestras historias expresan de un modo general cómo éramos, lo que nos aconteció y cómo somos ahora. Si tú has decidido que quieres lo que nosotros tenemos y estás dispuesto a hacer todo lo que sea necesario para conseguirlo, entonces estás en condiciones de dar ciertos pasos.

Alcohólicos Anónimos, Libro Grande, el texto básico de AA p.54

Alcohólicos Anónimos ofrece un programa de recuperación que consta de Doce Pasos sugeridos que han sido sintetizados en cinco puntos básicos, y son los siguientes:

1. Admisión del alcoholismo
2. Análisis de la personalidad y catarsis
3. Reajuste de las relaciones personales
4. Dependencia en un Poder Superior
5. Trabajar con otros

Folleto: Tres charlas a sociedades médicas p.13

Los grupos de AA funcionan en sesiones de hora y media en grupos de ayuda mutua de asistencia voluntaria y de servicios gratuitos.

1.4 Diversificación de metodologías y enfoques en los tratamientos.

Como se ha hablado en los capítulos anteriores, la respuesta de los modelos y tratamientos ha destacado por ser diversa, pues se va adaptando tanto a los enfoques nuevos como a los cambios médicos y sociales. Dentro de esta metodología la psicología ha hecho avances con respecto a los tratamientos siguiendo las corrientes que más han destacado al respecto.

A continuación brindaremos información al respecto del tratamiento psicológico en adicciones, sus enfoques y principales características.

1.4.1 El tratamiento psicológico en las adicciones

Los tratamientos psicológicos en las primeras etapas suelen ser conductuales, entre otras razones porque la adicción a las drogas en parte es un problema de conducta y también porque generalmente los adictos llegan al tratamiento estando muchas veces disminuidos cognitivamente en procesos tales como: atención, memoria, razonamiento, etc. En una segunda etapa se suele abordar el tratamiento cognitivo de la adicción (Vallejo, 1998).

A la hora de diseñar el plan de intervención y establecer el tratamiento de la manera más adecuada posible, es conveniente tener en cuenta unas premisas básicas:

- 1) Que la adicción es una enfermedad crónica
- 2) Los tratamientos psicológicos utilizados en la actualidad en drogodependencias constan de varias etapas (la demanda de tratamiento, la evaluación, el tratamiento propiamente dicho y el seguimiento)
- 3) La etapa de tratamiento de la adicción consta de varias fases:
 - La desintoxicación
 - La deshabitación psicológica
 - La consecución de la abstinencia a la sustancia
 - La normalización o cambio de estilo de vida anterior
 - La búsqueda de nuevas metas alternativas a la adicción
 - El programa de mantenimiento
 - La reducción de daños si es necesario y la prevención de recaídas.

Habida cuenta de lo anterior, a la hora de diseñar el plan de intervención psicológico parece adecuado utilizar todos los recursos terapéuticos disponibles, aunque éstos provengan de escuelas distintas.

A continuación nos enfocaremos en 5 enfoques, los más usados, los que tienen una propuesta de intervención única y que destacan por su efectividad clínica.

1.4.2 El Enfoque Sistémico en el Tratamiento de adicciones.

Para comprender como tratar las adicciones bajo un enfoque sistémico primero necesitamos saber a qué se refiere y como se trabaja.

La terapia sistémica se caracteriza por ser un enfoque de solución de problemas práctico más que analítico. No importa tanto el diagnóstico de quién es el enfermo o de quién tiene el problema (por ejemplo, quien es que tiene un problema de agresividad), sino que se centra en identificar los patrones disfuncionales dentro del comportamiento del grupo de personas (familia, empleados, etc.), para así redirigir esos patrones de comportamiento directamente. Los terapeutas sistémicos ayudan a los sistemas a encontrar el equilibrio. A diferencia de otras formas de terapia, por ejemplo la terapia psicoanalítica, el objetivo es abordar de manera práctica los patrones actuales de la relación, en lugar de causas, como en este ejemplo pueden ser los impulsos subconscientes de un trauma infantil. (Psicología y mente, 2019).

En general los modelos sistémicos familiares ven el consumo de sustancias u otros problemas como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar (Waldrom, 1998).

La terapia familiar sistémica ha resultado ser una de las más eficaces a la hora de implicar a la familia, ya que considera a esta como un sistema en el que cada miembro influye y se ve afectado por el comportamiento del otro. A veces un problema de adicción es el resultado de una historia familiar conflictiva donde se han dado carencias importantes. Pero otras veces el problema surge en familias completamente normales, con una adecuada historia de educación.

Los enfoques de sistemas familiares abordan las relaciones familiares problemáticas y los modelos de gestión que influyen en el consumo de drogas del individuo. Por lo general abordan el consumo de drogas indirectamente, ayudando a la familia a desarrollar nuevas formas de interacción que mejoren el funcionamiento de los miembros de la familia y apoyen el estilo de vida libre de drogas de la persona.

El foco de atención de la terapia sistémica respecto al consumo de drogas se centra principalmente en los adolescentes, debido a que es una etapa donde ocurren muchos cambios y es fácil manipular al sujeto de consumir alguna sustancia tóxica, y las estrategias basadas en la familia han estado a la vanguardia de los esfuerzos de desarrollo de tratamientos y avances en la investigación en este campo.

En las últimas dos décadas se han realizado estudios donde se muestran resultados positivos en el tratamiento de drogas con el uso del enfoque sistémico:

- **TERAPIA FAMILIAR ESTRATÉGICA BREVE:** El programa de investigación de la Terapia Familiar Estratégica Breve se basa en estudios previos que muestran resultados impresionantes usando estrategias de participación estratégicas-estructurales con niños hispanos con problemas y sus familias. Más recientemente (Santisteban, Muir, Mena y Mitrani 2003) reportaron los resultados de un ensayo clínico con 126 hispanos adolescentes involucrados en drogas, demostrando que la BSFT era superior al grupo de terapia en la reducción del consumo de marihuana.
- **TERAPIA FAMILIAR FUNCIONAL:** Es un enfoque basado en la conducta de terapia familiar orientada a sistemas, que tiene como objetivo alterar los patrones familiares mal adaptativos que mantienen los problemas de los adolescentes. El tratamiento tiene como objetivo cambiar las interacciones familiares negativas y usa intervenciones conductuales para reforzar las formas positivas de respuesta y las estrategias más eficaces de resolución de problemas dentro de la familia.

Las intervenciones en etapas tempranas que tienen como objetivo desarrollan múltiples alianzas con adolescentes, padres, y miembros influyentes de los sistemas extra familiares han dado sus frutos con altas tasas de retención. Los jóvenes en

TFMD mostraron una mayor disminución en el consumo de marihuana que los jóvenes que recibían tratamiento grupal de iguales y tenían más probabilidades de abstenerse del consumo de drogas y no reportar problemas de drogas durante los 12 meses de seguimiento. Estos estudios han demostrado los efectos clínicamente significativos de la TFMD sobre el consumo de drogas por jóvenes y los problemas relacionados, en comparación con otros tratamientos de vanguardia, bien articulados y cuidadosamente monitorizados.

La terapia sistémica se centra principalmente en modificar todo el sistema que está detrás de la persona con el problema para erradicar las conductas y/o patrones que está siguiendo para convertirse en adicto.

1.4.3 La postura Psicoanalítica en el tratamiento de adicciones.

Como se mencionó anteriormente, existe una diversa gama de tratamientos enfocados a las metodologías del desarrollo especializados para las adicciones que tienen su origen desde la perspectiva psicológica clásica hasta la actual. Y para complementar esa visión general es necesario hablar acerca del psicoanálisis y su enfoque global acerca de las adicciones.

La perspectiva psicoanalítica se centra en una característica intrínseca del inconsciente del sujeto analizado. Esto es; la búsqueda constante de un objeto como lo describe Sigmund Freud desde diversos tratados como “Introducción al narcisismo, y otros ensayos”.

En un principio básico, el término de objeto surge debido a la necesidad de un término que explique la motivación del niño –previo al lenguaje- y que exprese esa motivación hacia un punto en concreto material.

Imaginemos ahora que este objeto desaparece de la vida del niño. ¿Hacia dónde dirigirá su pulsión de eros y su motivación? ¿Y si fue arrebatado de manera violenta? Son estos pensamientos los que han llevado a teorizar acerca de la relación de la búsqueda de este objeto con las adicciones.

Desde la postura teórica que se aborde, la sustentabilidad de una adicción está basada en estos impulsos de muerte que están siendo expresados en conductas autodestructivas, pero que están dispuestas para hacer daño a la parte de la madre desde su Pecho Malo –Klein-, por lo que se revela una sensación similar a la de estar en contra de la madre en búsqueda de atención.

Es difícil determinar una sola conducta autodestructiva motivada, pues está determinada por mucha de la historia del paciente.

La constante puede ser una conducta autodestructiva motivada por el ELLO en búsqueda de atención paterna.

Es quizá como lo describe Cristian Palma en su ensayo titulado “La sociedad de los a-dictos” al señalar que el objeto a forma parte de esta etapa de la economía psíquica de satisfacción y necesidad tan inherente del ser humano y añade que; “El lugar del objeto dentro de la economía psíquica es fundamental, ya que es el resorte mismo del deseo; el objeto señalado como faltante impulsa en su búsqueda, por lo que la existencia misma se justifica por la búsqueda continua de este objeto.” Formando en este argumento la cíclica vía de entendimiento de la lógica de un toxicómano como lo menciona en el siguiente párrafo:

El primer aspecto, la construcción del cuerpo en el adicto, pasa por la transformación de las pulsiones, las cuales, en las adicciones, gobiernan sobre el cuerpo de una manera voraz no dialectizada, que reduce al sujeto al gobierno de la mera fisiología animal. En este sentido, el cuerpo del sujeto es pura pulsión viva que no tiene otro fin que devorar al objeto de necesidad. En este movimiento violento la pulsión, al no ser dialectizada, no pasa por un otro y se devuelve contra el sujeto con más violencia, doblándolo para entregarse sin ninguna reserva al objeto de su adicción, que lo consume y en el que se consume a sí mismo (Palma, 2007)

Esta pertenencia nos puede arrojar un sentido paradójico, pero también ahonda en los orígenes de la adicción, visto desde un punto de vista corpóreo, pero también

entendido por la pulsión violenta que regresa a sí misma como una conducta autodestructiva.

En otro caso, se podría teorizar acerca del falo y la necesidad de compararlo con otros falos más atractivos al realizar conductas que puedan estar relacionadas a esa subversión perversa asociada con el reconocimiento autoritario del mismo, aunque con la misma dialéctica paradójica que parece tener muy poco sentido si no se ha vivido de manera similar, pero que cobra significado una vez que se pregunta “¿Cuál es el origen de la toxicomanía?”.

1.4.4 El enfoque Cognitivo Conductual en el tratamiento de adicciones

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva; el cual consiste en incrementar el control personal, que se tiene sobre sí mismo, y que parte de la consideración del individuo como científico, en el sentido en que se contrastan empíricamente las ideas y creencias, así se tienen como características fundamentales: el centrarse en abordar los problemas actuales, establecer metas realistas y consensuadas, buscar resultados a muy corto plazo, y la utilización de técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de manejar los propios problemas. (Londoño & Orozco Tamallo, 2019)

La terapia cognitivo conductual analiza la diferencia entre lo que deseamos hacer y lo que hacemos en realidad. Lo “cognitivo” tiene relación con lo que pensamos y lo “conductual” con el cómo actuamos.

(Becoña E. I., 2008), menciona la terapia cognitiva conductual como la más completa para el tratamiento de uso de sustancias y la describe como el desarrollo de estrategias que permiten el aumento del nivel de control de sí mismos. Becoña, (2010) también menciona algunas características que son tenidas en cuenta en dicho tratamiento, dentro de las cuales se encuentra: La orientación a las dificultades actuales, la construcción de metas realizables, la búsqueda prioritaria de soluciones para los problemas más perentorios, las cuales relaciona con la adquisición de destrezas en el empoderamiento, que le permitan afrontar al adicto las distintas circunstancias. Continuando con las características del modelo cognitivo (Castillo, 2008) estipula unos componentes primarios, en los cuales destaca; la entrevista motivacional, programas de prevención de recaídas y Habilidades de afrontamiento; además menciona las atribuciones causales, el desarrollo de la autoeficacia y expectativas de resultado. Aunado a lo anteriormente referido, también habla acerca de los estadios de cambio que según él, se adaptan acorde a las características del proceso.

Dentro de las terapias que mayor auge han tenido en los referentes mencionados se percibe con mayor prevalencia distintas técnicas expuestas por (T.Beck, D.wirght, F.Newman, & S.Liese, 1999), dentro de las cuales menciona:

a) La identificación y modificación de creencias que exacerbaban el craving o deseo irrefrenable de consumir.

b) La mejoría de los estados de afecto negativo (p. ej., ira, ansiedad y desesperanza) que normalmente disparan el consumo de la droga;

c) Enseñar a los pacientes a aplicar una batería de habilidades y técnicas cognitivas y conductuales y no meramente la fuerza de voluntad, para poder llegar a estar libres de la droga y mantenerse sin consumirla.

d) Ayudando a los pacientes a ir más allá de la abstinencia, que les permita poder hacer cambios positivos e importantes en la forma en que se perciben a sí mismos, su vida y su futuro, conduciéndolos a un estilo de vida nuevo.

Por tanto Beck recomienda un entrenamiento que permita en primera instancia el reconocimiento de los pensamientos automáticos, relacionados con las sustancias y con las emociones, por lo que sugiere un registro de dichos pensamientos, cuando tengan la necesidad de consumo y cuando experimenten una emoción intensa, en este registro también debe incluirse la respuesta fisiológica. Aunado a este registro de identificación de pensamientos automáticos, se puede reflejar una lucha ambivalente de pensamientos, como lo menciona Beck, al cual hace referencia como una “creencia adictiva” y una “creencia de control”. Para el desarrollo de creencias de control (T.Beck, D.wirght, F.Newman, & S.Liese, 1999), menciona dos tipos de registro uno relacionado con los pensamientos con el fin de escribirlos y modificarlos, para este referente el registro debe tener cinco columnas donde se mencione la situación, la emoción, el pensamiento automático, respuesta racional y los resultados; dichas respuestas y resultados deben estar enfocados en el creencias de control; el otro registro que Beck relaciona con el control de la conducta es la matriz de ventajas y desventajas, el cual busca que el paciente reconozca las desventajas del consumo y las ventajas de la abstinencia, dicha matriz debe tener

cuatro categorías relacionadas con el tema principal, tomando como ejemplo el mismo que aborda Beck (1999), se toma situación problemática el consumo y la contraparte, que sería la abstinencia y se evalúa la ventaja y la desventaja, de la situación y la contraparte. De esta manera menciona según (Caballo, 2008), se pretende promover bajo una primicia empírica del mismo paciente la modificación de la conducta, con base a la evidencia generada por él mismo.

Registro de Pensamientos

Día y hora	SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICOS	EMOCIONES	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
	Describe: 1. Acontecimiento actual que lleva a emociones desagradables o, 2. Flujo de pensamientos, soñar despierto o recuerdos, que llevan a emociones desagradables o, 3. Sensaciones físicas angustiosas.	1. Escribe los pensamiento(s) automáticos que van precedidos de emoción(es). 2. Evalúa la automaticidad de la creencia, 0-100 %.	1. Especificar tristeza, ansiedad/ enfado, etc. 2. Valorar el grado de emoción 0-100 %.	1. Escribir una respuesta racional a los pensamiento(s) automáticos. 2. Valorar la racionalidad de la creencia 0-100 %.	1. Revalorarla creencia en los pensamientos) automáticos 0-100 %. 2. Especificar y valorar las emociones consecuentes 0-100 %.

(Londoño & Orozco Tamallo, 2019)

2 LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

2.1 ¿Qué es la entrevista Motivacional?

En sus primeras definiciones de la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1999) la definían como “un método directivo, centrado en el cliente y orientado a incrementar la motivación interna de la persona para lograr un cambio, vía la exploración y resolución de la ambivalencia”. A través de la experiencia clínica y la investigación, los fundamentos y metodología que integran la EM, así como su definición han sido refinadas. La más reciente definición de la Entrevista Motivacional que proponen sus autores es: “La Entrevista Motivacional es una herramienta clínica, orientada hacia objetivos, con una particular atención en el lenguaje que promueve el cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación y el compromiso de las personas para lograr un cambio específico a través de la inducción y exploración de las razones que tiene la persona para realizar una modificación a su conducta. Todo ello dentro de una atmosfera de aceptación y compasión” (Miller & Rollnick, 1999)

La EM es una herramienta que busca una conexión más profunda paciente-terapeuta desde el primer contacto que ambos tienen (la entrevista), el objetivo principal de esta es que al momento de recabar los datos necesarios del paciente para saber cómo guiar el tratamiento este se sienta comprendido y escuchado por el terapeuta, eliminando las ideas irracionales que el paciente pueda tener respecto a la labor del psicólogo y además se busca que se elimine el estigma de que solo se recaban datos para llenar los formatos requeridos. La función principal de la EM se basa en que la relación terapéutica se torne en un ambiente de empatía y cordialidad donde se puede lograr que el paciente logre desenvolverse de una manera positiva que se mantenga durante el curso del tratamiento.

La EM requiere de:

1. La colaboración: Se requiere tanto del paciente y el terapeuta para lograr formar una alianza en donde ambos trabajen a la par; la función del terapeuta será guiar, apoyar, busca estrategias y crear un

ambiente positivo que favorezca el cambio, además este elemento es de gran ayuda para el establecimiento del rapport.

2. La aceptación: Está muy relacionada al elemento anterior y se refiere a una actitud que los terapeutas deben desarrollar. Desde el punto de vista de (Miller & Rollnick, 1999) la aceptación se logra mediante el cumplimiento de cuatro condiciones:

1. Reconocer el valor de cada persona: implica reconocer y ver en cada persona un ser humano único y distinto a todos los demás.
2. Empatía: Involucra desarrollar un interés genuino por comprender la perspectiva a través de la cual la persona ve el mundo.
3. Autonomía: Involucra el respeto al derecho y capacidad de cada persona de dirigir su vida hacia donde esta elija.
4. Afirmación: involucra el reconocimiento de las fortalezas y esfuerzos realizados de las personas por realizar un cambio.
5. La compasión: Ser compasivo desde el punto de vista de la Entrevista Motivacional, no hace referencia a conmisericordia del paciente ni hacerlo ver como la víctima si no a promover el bienestar de los demás, concediendo prioridad a sus necesidades.
6. La evocación: En la EM esta hace referencia a que el terapeuta evoque durante las sesiones habilidades y/o fortalezas del paciente que puedan motivarlo y sobre todo a convencerlo de que haciendo uso de estas se puede lograr el cambio que se busca.

(Villegas de la Lama, 2014)

2.2 Aplicación de la entrevista motivacional

Es importante identificar en qué situación se encuentra el paciente, que tan comprometido está con iniciar el tratamiento para superar su adicción y cuál es la motivación personal que tiene para lograr el cambio deseado, existen algunos principios importantes (Lizarraga & Arraya, 2001)

- **La motivación intrínseca:** la persona decide si está motivada para el cambio.
- **La elección y el control propios:** cuando la persona ve los cambios que ha logrado por sí mismo lo motivan más que cuando los ve inspirados en el profesional.
- **El auto convencimiento auditivo:** el profesional repetirá en voz alta de forma reflexiva el cambio que el paciente se ha planteado llevar a cabo para que al oírlo pueda recoger sus propios argumentos.
- **La autoconfianza o percepción de autoeficacia:** si la persona se ve y se siente realmente capaz de lograr lo que se propone, tendrá más posibilidades de que se produzca el cambio.
- **La ambivalencia:** las dudas son constantes en el tratamiento por lo que dificultan la decisión del cambio y se hace más difícil en casos adictivos.
- **La relación interpersonal:** motivar al paciente al cambio sin imponer ni ordenar que lo debe hacer ya que esto puede ocasionar rechazo.

Para reforzar la aplicación de la entrevista motivacional existen diferentes técnicas para afrontarla, debido a que esta requiere de una gran habilidad de comunicación ya que esta es la herramienta principal para motivar el cambio en el adicto.

Técnica de reestructuración positiva: Es de vital importancia que el profesional apoye, escuche y refuerce las actitudes positivas y comportamientos eficientes que el paciente ha tenido, eso hará que obtenga mayor autoestima y este más seguro sobre el cambio que ha realizado o en el que está trabajando para que se logre mantener firme y consolidarse, para esto el profesional puede hacer algún comentario como “entiendo lo difícil que debe ser dejar de beber después de tanto

tiempo”, esto hará que no se sienta juzgado si no al contrario se sentirá comprendido y notara que el esfuerzo que está haciendo es valorado.

Afirmaciones de auto-motivación: El profesional usa afirmaciones para recalcar la motivación del paciente por medio de preguntas evocadoras y sus diferentes puntos: reconocimiento del problema, expresión de preocupación, intención del cambio, optimismo por el cambio.

Con el uso de estas dos técnicas estaremos continuamente ayudando al paciente a motivarse por su propia voluntad y sobre todo bajo su propia decisión por lo cual esta crecerá gradualmente y de manera progresiva.

(Villegas de la Lama, 2014)

3 DISEÑO Y PROPUESTA DE MANUAL BASADO EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Ya que la labor terapéutica puede resultar una tarea compleja, la finalidad de este manual es brindar una alternativa complementaria que ayude a facilitar el proceso de intervención en adicciones.

Hemos notado, a través de la experiencia en adicciones, que los pacientes tienden a alejarse y a abandonar el tratamiento durante el proceso debido a las oposiciones que ellos perciben y por la nula respuesta emocional que el terapeuta les puede llegar a brindar. Desde nuestra perspectiva existe una solución práctica usada principalmente para entrevistas basada en lo que se conoce como Entrevista Motivacional.

Para empezar, debemos preguntarnos, ¿Cómo puedo conectar con el otro de una manera emocional? y ¿Cómo puedo provocar la creatividad del paciente para resolver sus problemas?

Las respuestas a estas preguntas pueden parecer confusas al no tener en claro el objetivo directo del tratamiento, pero principalmente debe acercarse a los procesos propios de la Entrevista Motivacional, pues en sí misma la Entrevista Motivacional sirve para crear caminos alternos que llegan a la parte emocional del paciente y es quizá en este intervalo en donde se ha descuidado el potencial que puede lograr al modificar sus hábitos o conductas autodestructivas.

Siendo objetivos es posible que el modelo que se ha manejado en los últimos 10 años comience a ser obsoleto y tenga que evolucionar hacia alternativas terapéuticas más asociadas a otros caminos con diferentes posibilidades, todo en aras del progreso en salud mental y a soluciones prácticas basadas en la praxis.

Es por estos motivos que sugerimos un análisis propio del terapeuta previo a la consulta con el paciente para que, a partir de las ideas aprendidas, comience a crear ese ambiente propicio y logre brindar una terapia útil.

Una vez comprendidos estos principios, comenzaremos a estructurar el tratamiento en etapas o fases.

Es necesario aclarar que estos conceptos estarán disponibles para el terapeuta siempre que los necesite repasar para no olvidar los objetivos primarios.

Recuerda que la Entrevista Motivacional es una entrevista breve, no confrontativa y semiestructurada.

3.1 Etapa previa a la EM.

Esta etapa se refiere al tiempo antes de cada sesión, que estará destinado a recordar los principios terapéuticos y a reconocer los problemas de cada paciente y su situación particular, además de poderse ayudar a recordar datos básicos e importantes y de recordar los principios básicos.

A esta etapa se le llamará “Etapa previa a la EM” y formará parte fundamental de cada sesión.

La “Etapa previa a la EM” estará basada en cuatro principios fundamentales que serán:

1. VE A LA PERSONA COMO UN SER LLENO DE POTENCIAL.

Este principio está basado en el no juzgar y a pesar de que pueda parecer obvio es importante recordar que un juicio moral o personal puede llevar a conclusiones precipitadas y al desconocimiento (o despersonalización) del paciente y por ende, un tratamiento torpe basado en prejuicios.

Para evitar este tipo de juicios se debe mantener siempre la idea de que estamos frente a otra persona, y que esta persona tiene un potencial enorme para generar soluciones para su vida. Es importante también quitar en la medida de lo posible las etiquetas de “adicto” o “enfermo” y comenzar a LLAMARLO SIEMPRE POR SU NOMBRE. En la mayoría de los casos estos hechos van a generar una relación estable con el paciente pues diferirá de la idea generalizada (incluso internalizada por el mismo paciente) de que es un problema sempiterno. En este principio se puede indagar LAS SOLUCIONES INTENTADAS previamente, es decir, lo que ha intentado por iniciativa propia antes para cambiar esos hábitos y conductas, en este sentido también se puede INDAGAR SOBRE SUS LOGROS PERSONALES y hacerle hincapié en que tiene capacidades y potencial para lograr cambiar para bien.

2. EL PACIENTE ES EL RESPONSABLE DE SI MISMO.

El principal aporte de este enfoque es de la creatividad. El hecho es que se implica que el paciente tiene tantas posibilidades como puedan ser imaginadas, logrando una responsabilización de su tratamiento, desapegándose por otro parte de los métodos tradicionalistas basados en la llena burocrática de formatos y la estigmatización conjunta. Ser creativo implica un desapego estratégico de los convencionalismos (paradigmas). No hay que olvidar que el paciente es el responsable de su tratamiento, y que el terapeuta está siendo un provocador de ideas y alternativas que ayuden a crear perspectivas variadas y diferentes. Si nos apegamos a la creatividad estaremos entonces cooperando mutuamente para buscar soluciones. Una buena opción es la de realizar continuamente preguntas que nadie le ha realizado, esto con el fin de estimular esa conducta propositiva que probablemente se ha dejado de lado (revisar apartado de ejercicios).

3. SABER QUE ES LO QUE SI VA BIEN EN SU VIDA.

La búsqueda de soluciones comienza desde el reconocimiento del problema principal por el paciente. Es por esta razón que es importante el comenzar a buscar la problemática de la cual surgen los problemas que el paciente define como más graves para su vida y es necesario profundizar en este aspecto a posteriori, pues generara un punto de flexión en la personalidad del paciente, pero a su vez se tiene que indagar acerca de lo que si va marchando bien en su vida y con lo que el paciente se siente tranquilo o feliz, en este punto se abarcan los PROBLEMAS RESUELTOS y el PARA QUE ES BUENO, pues estas redes de apoyo serán útiles para generarle un sentimiento de confianza y seguridad en sí mismo. Es por eso que nos enfocaremos en los logros que ha tenido a lo largo de su vida y a darles el valor correspondiente para él.

4. COOPERACION MUTUA.

Es importante recordar que el papel del terapeuta es el de un facilitador o estimulante de dudas. El terapeuta brindará estimulantes para que el paciente pueda sea un creador de una alternativa de vida. Vamos a entenderlo como un proceso de provocación hacia un discurso alternativo de vida. Y todo esto envuelto en un proceso de cooperación mutua, pues se puede hacer un trabajo terapéutico muy útil si se basa en el trabajo conjunto que se realice en cada sesión. La cooperación busca una relación de respeto basada en los principios del bienestar del trabajo terapéutico.

Estas primicias regentes deben ser primordiales, pero tampoco deben ser definitorias o de carácter alienativo, por el contrario, deben de funcionar para generar una mutua cooperación basada en la confianza. Quizá sea más práctico comprender el complejo si se piensa más este tratamiento como una creación artística de carácter formativo más que como un momento formal.

Se sugiere una estimulación artística continua para generar un carácter más creativo. En esta parte son útiles los ejercicios de relación de ideas y conceptos. Hay diversas frases que pueden ayudar a comprender estos conceptos y hay que tener siempre presente que el cerebro funciona en su mayoría en positivo, lo que quiere decir que es más funcional decir que es lo que SI se puede hacer en lugar de sólo concentrarse en que es lo que NO puede hacer, pues en positivo se centra la atención en la generación de un cambio, mientras que en lo prohibitivo existe una delimitación mental lo que puede ser coercitivo y provoca respuestas negativas.

Algunas frases útiles, que sirven a su vez como ejercicios son:

- Los éxitos pertenecen al usuario y no al terapeuta.
- Cuénteme, ¿Qué lo trae por aquí? Y ¿Qué opina al respecto?
- ¿Por qué este es el momento de cambio?
- Qué bien que haya tomado esa decisión, es importante decidir por nosotros mismos.
- Cualquier cosa que decida el día de hoy será importante para usted.

Con estimulación artística se refiere más a un carácter alternativo de la realidad

“RECUERDA TUS PRINCIPIOS TERAPEUTICOS”

Antes de comenzar con la entrevista recuerda tomar unos minutos para revisar la información pertinente a cada paciente y recordar que estamos aquí como terapeutas para provocar una respuesta que brinde una alternativa de solución.

En caso de que sea la primera entrevista / sesión se recomienda solicitar sólo los datos básicos para reconocer a la persona en primer lugar, pero manteniendo solo el tiempo necesario para eso, en este sentido es pertinente preguntar:

- **NOMBRE.**

La importancia de reconocer a la otra persona, durante la entrevista, se puede comenzar a expresar por esta parte. Se le pueden hacer preguntas similares a estas; ¿Cómo te llamas? - ¿Cómo te gusta que te llamen? - ¿Qué apodo te gustaría tener? - ¿Cómo te dicen tus amigos? Pues el generar un vínculo a partir de la empatía comienza a través de estas interacciones que buscan anular la resistencia generada por el control personal y la falta de libertad en las relaciones que sostienen las personas con adicciones. Es por eso que se busca brindarle libertad de identidad en el tiempo compartido durante la entrevista.

- **EDAD.**

El argumento de brindarle libertad de expresarse y de relacionarse se repite en este punto, pues se puede reforzar el vínculo al hacerle preguntas que apelen a su sentido personal y emocional (pero sin que parezca invasivo), por ejemplo, la pregunta ¿Cuántos años tienes?/ ¿Qué edad tienes? Puede resultar muy cliché, pues la mayoría de las personas ha generado una respuesta concisa que no aborde más de lo que se pregunta, es por eso que dicha pregunta se puede complementar con un ¿Qué edad te dicen que aparentas? O ¿De cuántos años te dicen que te ves? Y continuar con el flujo de esa conversación al preguntarle ¿Y tú si te sientes de esa edad? O ¿Y

crees que tienen razón? O ¿Y te gusta que te digan que pareces mayor / menor de la edad que dices tener?

- PREFERENCIA SEXUAL O DE GÉNERO.

Las preguntas acerca de la preferencia sexual siguen la corriente de la expresión y busca el que la persona se sienta completamente cómoda con su situación actual. Esta parte de la conversación puede comenzar al preguntar ¿Has tenido novio o novia? O ¿Qué prefieres un novio o una novia?

La conversación debe basarse en la empatía y el respeto mutuo. Y puede ser un parteaguas para que las EM se hagan un ambiente más seguro.

- OCUPACION

La ocupación es parte fundamental, pues las situaciones de adicciones están comprometidas con los aspectos de la vida cotidiana y en las relaciones que se forman en esas esferas. Por ejemplo, los/as estudiantes son propensos a hacer relaciones basadas en el consumo dentro de las escuelas, al igual que los/as trabajadores/as dentro de sus periodos libres de trabajo (con sus compañeros/as). Aquí se pueden hacer preguntas como ¿A qué te dedicas? - ¿En que trabajas? - ¿Qué haces en tu tiempo libre? - ¿Cómo compras las sustancias? E indagar y conocer la situación del otro, pero sin perder de vista que esta información va a servir para buscar soluciones a partir de su situación para mejorar.

El flujo de la conversación debe ser una prioridad y todas las preguntas deben de formar parte de los hechos de su vida y estilo de vida actual, sin perder de vista que se va a conocer e indagar sobre el otro para buscar soluciones y generar un discurso alternativo y tratando de eliminar la resistencia como reacción natural.

Es importante aclarar que las preguntas no son definitivas y que también se recomienda preguntar;

- ¿Qué es importante para ti?

Para indagar acerca de lo que él/ella hace y que es lo que recibe mayor tiempo e importancia.

- ¿Quiénes son importantes para ti?
Las relaciones son importantes y conocer a las personas que forman parte de ese círculo social puede ser una parte fundamental en la vida de las otras personas.
- ¿En qué crees?
Conocer si es alguien espiritual es de utilidad pues la apreciación de la espiritualidad y la sensibilidad hacia las cosas no corporales son un estímulo importante y puede significar un cambio completo en casi cualquier tratamiento en adicciones. La pregunta sirve para entender cuáles son los motivos y necesidades espirituales de las personas y cual la motivación de *más allá* para que se concrete sus objetivos. Un ejemplo de la importancia de la espiritualidad puede surgir al analizar más a fondo los programas de A.A. y de Oceánica, en contraposición pero con similitudes en la abstracción y reconocimiento de la espiritualidad y las creencias personales en pos de un bien mayor.

LA ESPIRITUALIDAD Y EL CAMBIO

¿Qué es la espiritualidad? Es pertinente comenzar a hablar acerca del papel de la espiritualidad en los tratamientos y en la EM pues la importancia para el terapeuta radica en la comprensión y empatía que sienta al conocer las motivaciones espirituales del paciente. Para comenzar hay que decir que existe una verdad subjetiva propuesta desde la visión filosófica con respecto al sentido de la vida y a los procesos y símbolos que determinan la verdad constituida de manera colectiva -e individual-, misma que da una visión práctica de la realidad y que genera un camino para los que siguen estas explicaciones, es decir, que las personas fijan sus propios rumbos de vida basándose en esta espiritualidad que ellos han ido creando, y al mismo tiempo, pueden justificar los cambios y las acciones que suceden alrededor de ellos de esta manera.

Existen frases que responden a esta manera de ver la vida como; “Pues así Dios lo quiso” o “Ya era su destino ser así” o “Así tenía que ser”, que corresponden a la expresión del significado simbólico de lo que sucede como fenómeno interno.

La espiritualidad es la respuesta lógica ante las interrogantes de “¿Qué hay más allá?” o “¿Por qué suceden las cosas?” pues está implícito que existen ambos conceptos relacionados, el sentido de la vida y la espiritualidad, que a su vez constituyen diferentes caras de la misma moneda, la del espíritu y su conexión con las acciones que se hacen.

En el proceso de recuperación de la persona intervienen diversos factores importantes, muchos de los cuales son el origen potencial de un discurso alternativo y en el mejor de los casos, pueden servir como llaves para que el tratamiento resulte más efectivo. Estas concordancias internas están ligadas a las creencias personales, a los discursos simbólicos y a los procesos de relaciones interpersonales como motivadores principales.

Hemos determinado que, a través de la espiritualidad de los pacientes (y de los factores “del interior”) es como se podrá apoyar el cambio hacia la alternancia, y dichos factores de cambio van a estar sujetos a dos factores importantes; la motivación intrínseca (propia del sujeto, busca por sí misma la razón de lograr el cambio) y la motivación extrínseca (externa al sujeto, es provocada por otras personas o el propio ambiente).

Ambos factores han jugado un papel importante desde la vivencia del paciente en los tratamientos, presentado en la mayoría de los casos de recuperación, pues además, es una de los puntos centrales de muchos de los programas en tratamientos actuales usados contra las adicciones (como lo son A.A.) y ambos están basados en lo que es *“la espiritualidad”*.

En cada persona (y en especial en cada paciente) existe una creencia que será totalmente distinta acerca de la vida, esta explicación puede estar referida con cualquier nombre que le resulte útil a dicha representación simbólica de lo que es entendido por cada uno como Dios (nombre acercado a lo que es la verdad, pero que no es absoluto para la definición que se busca aquí y que puede ser cualquier nombre popular o conocido por su relevancia en la historia contemporánea o en la cultura actual como Karma, Jehová, Cristo, Yahvé, Destino etc.); y a su vez, el poder

que la persona le otorgue sobre su propia vida será proporcional al cambio que se vea reflejado en él.

Es importante hacer un recordatorio que como terapeuta es útil marcar los límites respecto a estas creencias, ya que algunas veces podrán chocar con las tuyas, recuerda que si no lo aboradas de una manera adecuada puedes sesgar la terapia y entrar en un conflicto con el paciente, como se ha mencionado anteriormente, cuida tu lenguaje corporal y gestual para evitar incomodar al paciente y él pueda desenvolverse adecuadamente en el tema, no le sugieras directamente tomar el camino de la espiritualidad para generar el cambio que se espera, esto lo puedes abordar a partir de la motivación que es una de las partes importantes que se menciona en la teoría de la E.M.; puedes usar algunas preguntas para poder llegar a este tema como:

- ¿Cuál es la razón por la cual deseas cambiar?
- ¿Qué estás dispuesto a hacer para cambiar?
- ¿Qué has hecho por ti o por alguien más?
- ¿Hay algo o alguien que te motive a realizar este cambio?

Probablemente en las respuestas a estas preguntas encontraras nombres de personas importantes para él, logros que ha obtenido o algún sentido de pertenencia a una comunidad, estas respuestas las puedes usar para devolver la información y que el paciente por sí mismo genere el cambio; algo que se suele perder al momento de caer en una adicción es el contacto con la familia y los amigos debido al aislamiento que la adicción causa en las personas y comenzar a pertenecer a un grupo está basado en un enfoque totalmente distinto al que se desarrollaba con anterioridad y lo que se busca en la recuperación es regresar a ser una persona funcional que se desenvuelva en cualquiera de sus esferas sin problema alguno.

O en un caso contrario, en donde el paciente se encuentre desarrollándose en ese ambiente nocivo desde que era niño (o inclusive en su ambiente familiar) entonces el objetivo es mostrarle esa capacidad que tiene para mejorar su calidad

de vida y su estabilidad emocional enfocado en lo que a él/ella le beneficie de mejor manera.

El sentido de comunión (se refiere a participar en lo común ya sea en un ambiente familiar o en una congregación de personas que tienes ideas o creencias a fines), es relevante si se aborda desde lo espiritual y su representación colectiva más grande; la religión. En cada doctrina religiosa hay una figura superior distinta, pero todas buscan un bien común que es constante: mantener a la comunidad unida para fortalecerse entre sí. El adicto en la búsqueda de su recuperación querrá estar de nuevo en esa comunidad y hará un gran esfuerzo por lograr entrar de nuevo y sentirse parte de ellos.

La importancia de usar los aspectos religiosos en el tratamiento se puede remontar a la antigüedad como lo describe M. Ilin y E. Segal (Ilin & Segal, 2016), pareja de escritores de origen ruso que, en su libro titulado “Como el hombre llego a ser gigante”, en el capítulo 1 hablan acerca de la creación de una identidad tribal a través de símbolos primitivos en las primeras comunidades humanas registradas en pinturas en la piedra, pues refiere que dichas imágenes motivaron la existencia actual de lo que son las religiones y que dicho origen primitivo hoy día ayuda a comprender lo que se necesita para que exista una religión y lo que la religión ayuda como motivación para realizar acciones (acciones tales como la danza ritual o los sacrificios de un bien simbólico), y es en este ejemplo en donde se puede usar el sentido de comunidad al relacionar lo que los pacientes quieren y como lo logran a través de un modelo ritual.

Como se mencionó con anterioridad, el hecho de que la “religión” (entendida como el sentido de identidad hacia la comunidad) sea un pilar descriptivo en muchos de los tratamientos actuales no es casualidad, pues la manipulación de dichos símbolos va a permitir manejar con mayor facilidad los cambios que se pueden llegar a presentar al momento de tomar decisiones importantes sustentándolas en un “poder superior” (como es muchas veces referido).

Tal como lo refiere la EM, la importancia de conocer estos factores espirituales y de la existencia comparte muchas características con las teorías de Carl Rogers y Viktor Frankl, principalmente en las máximas a seguir determinadas por la LOGOTERAPIA y la relevancia que tiene el espíritu y el sentido de la vida de cada persona en sus acciones específicas.

Tal cómo lo refiere la Entrevista Motivacional y su correlación de autores, la recreación continua del ser humano a través de sus capacidades puede resultar una labor compleja, especialmente si no se tiene del todo claro que este es un proceso de búsqueda continuo. Es por este motivo que creemos que la Logoterapia será una herramienta útil para determinar los cambios –y el camino continuo- que el paciente tenga a opción por seguir.

Cuando las personas son conscientes de su propia libertad se tienden a disociar los factores reales de los imaginarios, es por este motivo que la labor del terapeuta se deberá de centrar en acercar cada vez a la persona a esos objetivos de la realidad que pueda estar ignorando. A esta parte Frankl lo llamaba “La libertad de voluntad” pues es el primer acercamiento con la búsqueda del sentido formado en ideas casi concretas.

El segundo eslabón se encuentra cuando la resolución de esas ideas de libertad de voluntad se concretan en algo que Frankl llama “La voluntad del sentido” y es aquí en donde suceden los cambios relevantes para las personas al realizar cambios con base en lo que les da sentido a través de la libertad que tienen como personas. En esta parte si se enfatizan las capacidades emocionales, intelectuales, personales y de relaciones humanas es más probable que el sentido de la vida surja de una manera más natural al ser una deducción directa de sus propias capacidades como persona.

La tercer parte de esta serie interconectada lleva por nombre “El sentido de la vida” y está basado principalmente en los procesos que llevan a esa “realización” concreta del desarrollo y aspira a ese sentido que le puede llenar de satisfacción. (Sevy Fua, 2013)

Como terapeutas es necesario tomar en cuenta este factor primordial; LA BUSQUEDA Y EL SENTIDO DE LA VIDA NO SON GENERALES Y SUELEN SER DE CARÁCTER PERSONAL, POR LO QUE SERA DIFERENTE PARA CADA UNO Y SE AJUSTARA DE ACUERDO A SU PROPIA VIDA Y A SUS CAPACIDADES.

Siguiendo esa línea, nosotros creemos que se puede buscar la espiritualidad y el sentido de la vida a través de la práctica terapéutica, pero repercutiendo siempre en el valor que el paciente le brinde a esas ideas.

Preguntas con respecto a ellos mismos y su importancia pueden servir como llaves hacia el proceso continuo del cambio, tales como:

- ¿Qué hay dentro de ti que te dice que vas a lograr tus objetivos?
- ¿Para qué crees que estas aquí, en este mundo?
- ¿Qué es lo que te puede hacer más feliz en todo el mundo?

Y quizá una de las más importantes:

- ¿Cómo llegaste hasta este punto y te mantuviste de pie?

Desde la perspectiva del Carl Rogers y su intervención centrada en el cliente, podemos llegar a diversas conclusiones que nos ayuden a entender esta relevancia.

El libro de “La Entrevista motivacional” de Miller y Rolnick menciona con respecto a Rogers y su propuesta:

El rol del terapeuta, de esta manera, no es determinante a la hora de proporcionar soluciones, sugerencias o formas de análisis. En su lugar, el terapeuta sólo necesita ofrecer tres características que son decisivas a la hora de preparar el camino a fin de que se produzca un cambio natural: una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad (Miller & Rollnick, 1999)

En esta referencia podemos observar que se desprende un poco más con respecto a las perspectivas que se entienden con respecto a lo que el paciente requiera, pues se mencionan –además de la empatía- la calidez no posesiva; y esta puede ser

entendida con la siguiente frase “**Puedo aceptar y entender lo que dices, aunque no esté de acuerdo**”, pues muchas veces el objetivo de la terapia se vuelve borroso al no determinar que es un trabajo del OTRO y no mío lo que sucede, y que al mismo tiempo, es un trabajo natural de otra persona en su proceso, por lo que, sería incorrecto atribuirse ese cambio y sus factores a uno mismo como terapeuta, si bien es complicado diferenciar que es lo mío y que es lo del otro en terapia, no debe ser una dificultad presente.

La manera en que se puede soltar esos objetivos comienza siendo claros con lo que se busca hacer y con lo que se está haciendo.

La realización continúa de preguntas después de la sesión con el paciente del tipo:

- ¿Esto tiene que ver conmigo?
- ¿Por qué debería preocuparme por ello?
- ¿Hay motivo por el cual deba molestarme u ofenderme?
- ¿Qué ha llevado al paciente a pensar así?

Son necesarias para que el tratamiento no sea confundido o retrasado por juicios de valor o personales.

Y recuerda siempre:

EMPATIA ≠ ACEPTACION

SEGUIMIENTO

Existen algunos puntos importantes que se pueden revisar como lo pueden ser:

- Relaciones interpersonales importantes para el paciente.
Este es un de los puntos clave, pues las relaciones servirán como red de apoyo para el proceso terapéutico, además de conocer como es su evolución en su entorno cotidiano, pues los cambios significativos serán progresivos, pero no radicales, y las relaciones interpersonales pueden ser un gran apoyo para ello.

- Lenguaje emocional (Palabras útiles y recurrentes).

Los logros personales, su potencial como personas y el lenguaje del paciente son las herramientas de la EM para asirse con las soluciones alternativas para sus vidas. Preguntar acerca de que es lo que ha logrado y como lo ha hecho, que cosas lo/la hacen orgulloso y que cosas quisiera lograr a futuro (y como lograrlos es también importante). La manera de lograr esto es usando el lenguaje que el paciente usa y el regresar siempre las oraciones y declaraciones con un tono más calmado que permita el análisis del mismo al momento de decirlo.

Se busca con la revisión el prever la búsqueda de soluciones a partir de la cooperación y la guía profesional.

RECUERDA QUE ERES UN GUIA.

Y parte de la responsabilidad del guía es el de ayudar al paciente a recobrar la responsabilidad de sus decisiones personales y que el otro busque alternativas de solución, pues se van a centrar en las necesidades y experiencias del usuario a través de la empatía y la responsabilización de los actos y necesidades del individuo.

Además de poder tener en mente la idea de ¿Qué crees que podría funcionar para arreglar esto? Haciendo el tema principal el de la búsqueda de opciones basadas en la posteridad a partir de hoy.

Una vez comprendido este proceso se debe de pasar a la siguiente etapa que es comprendida como la definitoria de las sesiones en estructura en donde se van a ubicar y reconocer las actividades a realizar.

Las estructuras pueden ser:

- Intervenciones y preguntas (cerradas, circulares, reflexivas, espejo)
- Metáforas formadas con base en la idiosincrasia del otro.
- Ordalías que sirvan como reflexiones personales.

- Escritura literaria o practica que pueda ser usada para comprender las situaciones actuales y como hacerse de soluciones prácticas,
- Introspección apoyada en otras técnicas similares a las proyectivas que tiene como objetivo la visualización tanto los problemas como las situaciones que pueden llevar a las soluciones futuras.

Estas estructuras de intervención pueden ser retomadas como tareas o “retos” que puedan ser registradas o llevadas a cabo a través del tiempo del tratamiento.

3.2 Etapa 1: EMPATIA.

Recuerda siempre que la empatía es una parte fundamental dentro del tratamiento terapéutico, debido a que esta ayudara a que el paciente se sienta escuchado, comprendido y sobre todo con la confianza de poder platicar con el terapeuta acerca de lo que le está pasando sin sentirse juzgado y/o criticado. La empatía no solo se basa en ponerte en el lugar del paciente si no en hacer un trabajo en equipo tan positivo que haga que el paciente pueda olvidarse que se encuentra con un profesional de salud (no olvides marcar límites para evitar sesgar el tratamiento) y se desenvuelva naturalmente, el dejar que el paciente proponga estrategias para lograr la meta (dejar la droga) lo hará sentir capaz de cumplir los objetivos que el mismo se proponga y elevara su confianza en sí mismo.

Recuerda que no basta con que seas empático de manera interna, si no que debes mostrarle al paciente con actitudes que realmente lo comprendes, cuida tu tono de voz y las palabras que uses, se cuidadoso con los gestos que haces (pueden mal interpretarse) tu lenguaje corporal debe ser natural a la vista del paciente y sobre todo nunca olvides mirarlo cuando te habla, lo administrativo puede realizarse al final de la sesión, el paciente debe ser tu prioridad.

La actitud esencial para el éxito del tratamiento debe de ser la de una aceptación certera (conviene aquí recordar la frase **“Puedo aceptar y entender lo que dices, aunque no esté de acuerdo”**) pues se ha establecido que los pacientes responden mejor cuando son escuchados de manera reflexiva y activa durante sus soliloquios en las sesiones, es por este motivo que establecer una dinámica en donde se dirija de manera respetuosa y con aceptación a lo que hace le brindara dignidad y respeto a lo que el paciente ha vivido y a través de esa información se podrá trabajar de manera más ordenada y con mayor libertad, evitando o evadiendo la resistencia debido a las limitaciones.

Se debe hacer especial énfasis en intentar comprender cuales fueron los sentimientos y perspectivas de los pacientes durante los actos y acciones que lo llevaron a las adicciones y entender como está relacionado a su estilo de vida.

No juzgar ni criticar es básico a partir de este enfoque.

Como se mencionaba con anterioridad, la aceptación no necesariamente conlleva con una aprobación o celebración por parte del terapeuta, pues si bien es cierto que la empatía y aceptación pueden tener un tinte de complicidad, lo cierto es que hay que estar prevenidos para no decaer en un acuerdo mutuo en donde permitas que el paciente justifique demasiado sus acciones, no pierdas el objetivo de vista.

Este objetivo será el de funcionar como un carácter disruptivo al discurso que el paciente ha manejado de manera continua durante su etapa de adicción.

Vamos a estar de acuerdo en que los hechos que ha descrito serán fundamentales para lo que ha hecho y dicho, pero se harán preguntas que rompan con esa línea continúa encaminadas hacia los patrones de cambio explicados con anterioridad.

Hacer preguntas como “¿Y tú estás dispuesto a cambiar en este momento o aun esperas que suceda otra cosa peor?” harán que el paciente preste mayor atención a lo que se les está cuestionando y provocaran respuestas interiorizadas que no necesariamente han sido expresadas, lo que hará que las preguntas sean dotadas de mayor significado emocional y así se comience a germinar un cambio.

Pero quizá una de las mayores dificultades al respecto de este punto es aprender a entender algo sin dejarlo entrar de lleno en nosotros mismos.

Consideremos el siguiente ejemplo:

Existe una orquesta que no tiene mucho tiempo de haber sido inaugurada y en donde recién han llegado 2 instrumentos nuevos. En esa misma orquesta se ha abierto una vacante en la cual solicitan músicos que sepan usar ese tipo específico de instrumento –ya que es un instrumento autóctono de otro país y es difícil encontrar músicos especializados en ese arte-.

A dicha solicitud llegan dos músicos a reclamar el puesto. Uno de ellos es un ex músico veterano que ha tomado un curso especializado en el uso y las costumbres de la cultura de la cual surge el instrumento nuevo y el otro es un joven recién

egresado de la universidad que ha usado el instrumento para uso académico y con la cual está familiarizada.

Ambos aspirantes califican y son escogidos y cuando comienzan a trabajar en sus respectivas áreas lo hacen de manera diferente. El músico veterano comienza con una serie de pasos estrictos y cuantificados tal cual lo aprendió en su curso.

Por su parte el joven comienza a modificar los componentes del instrumento y a desarmarlo buscando la manera de mejorar la capacidad y el sonido.

Los maestros de la orquesta notan la situación de inmediato y comienzan a dudar acerca de lo que ambos puedan lograr y del resultado final de ambos trabajos.

¿De qué manera deberían de afrontar esta situación?

Veamos las opciones que pueden tener a su disposición.

Si optaran por un método riguroso entonces decidirían –con base en el método más estandarizado- quien de los dos está haciendo un uso indebido del instrumento nuevo y optarían por despedir al otro –o a ambos-.

Por otro lado, si optaran por un método más abierto y empático podrían notar la eficiencia que tiene cada uno y ayudarían a mejorar las deficiencias de cada uno.

En ambos casos se llegaría a una solución práctica, pero en la segunda opción no solo se apoyaría al crecimiento mutuo, sino a la aceptación de los cambios positivos que pueda traer al trabajo cualquier método práctico y dinámico que se presente.

Lo que este ejemplo está explicando es la importancia de una reconsideración en el tiempo predispuesto para cada decisión. Es tomar en consideración que, si bien no todos los trabajos son similares, en todos se busca el bien basado en el sentido común de bienestar y salud.

Si nos ponemos tanto en el lugar de los maestros como de los músicos y entendemos que si bien ambos métodos son diferentes (y que nos podrían parecer incorrectos –o correctos-) ambos están siendo usados para solucionar un problema

que se le presenta a cada uno, pero claro, cada personaje en esta historia actuará acorde a su propia experiencia y a sus aprendizajes a lo largo de su vida, eso mezclado con su percepción del problema en sí y de la oportunidad que se está dando para buscar una solución o dejarlo también.

La intención de las sesiones terapéuticas es la de promover esas cosas positivas que sirven en la vida del paciente, no busca discriminar las relaciones o acciones porque así es como el paciente vive día a día.

Este manual que hemos elaborado se apoya de esta búsqueda constante pues consideramos que un proceso útil busca un cambio, sí, pero no motivado solo por el deseo del cambio, sino por la necesidad del mismo. Y si encontramos tanto la raíz espiritual como la conexión con expresión natural será aún más eficaz.

3.3 Etapa 2: CREAR DISCREPANCIA.

Quizá este paso sea uno de los más complicados, es momento de que el paciente acepte que la adicción es realmente un problema que debe ser tratado con compromiso y fuerza de voluntad.

En esta etapa debes ser aún más cauteloso con como plantearle la búsqueda de soluciones, en el anexo encontraras algunas propuestas que pueden ayudarte a que el paciente piense en un futuro en el cual ya no sea necesario consumir algún tipo de sustancia para sentirse bien, en esta etapa lo harás comparar como es su vida actual y como será a un futuro si deja de consumir la sustancias, es decir, hazle ver los pros de abandonar la adicción en su aspecto, físico, biológico, social, escolar, familiar y laboral si es que lo existe y compáralo con los contras de seguir con el consumo.

Hacerle preguntas con respecto a en donde está actualmente y en donde quisiera estar es de vital importancia, pues hará mella en su conducta al cuestionarse valores y situaciones en las que no ha estado prestando atención.

Lo más probable es que suceda es que el paciente note que sus acciones del presente no comulguen con sus objetivos de vida, pues no ha sido consciente de a dónde pueden llevarlo las acciones que está realizando actualmente como un detonante de riesgo.

Una pregunta similar a estas puede ayudar a buscar ese objetivo de vida:

- ¿Qué necesitarías cambiar en tu vida para que te sientas 100% feliz?
- ¿En qué momento te sentías más tranquilo? ¿Qué deberías hacer para sentirte así de nuevo?
- ¿En dónde te ves en 3 años si mantienes este ritmo de vida?

Quizá la parte más decisiva de esta parte es la pregunta “¿En dónde quisieras estar?” pues puede costar trabajo en la determinación práctica.

Para entender a la motivación intrínseca hay que entender algo básico; que las personas atienden y entienden más cuando se les habla en positivo que cuando solo se les limita.

Como bien se menciona anteriormente, estos términos hacen referencia a la persona misma y las cosas que lo alientan a cambiar sin que exista una influencia externa, este poder de convencimiento influye a que el sujeto piense que es capaz de lograr lo que se proponga siempre y cuando crea que lo puede y se repita así mismo que lo va a lograr a diferencia que si otra persona trata de persuadirlo pues el sujeto puede decir cosas como “creen que es fácil porque no lo están pasando”, “no me entienden”, “solo se burlan de mí”, “lo hacen para quedar bien “ o frases que desapruében las opiniones de apoyo de terceras personas, sin en cambio cuando se convencen de lo que oyen de sí mismos el cambio puede ser más positivo y además van a su propio ritmo y con sus ideas lo que también genera una sensación de bienestar y seguridad.

Es por esto que se sugiere de manera constructiva que la mayoría de las cosas que se le digan al paciente se hagan de manera positiva permitiéndole que sea reflexivo en sí mismas, pues no es lo mismo decir:

- Creo que deberías dejar de hacer lo que haces porque te hace daño.

A

- Creo que puedes lograr hacer más cosas de tu vida si te propusieras a realizarlas.

En ambas oraciones queda entendido de manera intrínseca que el cambio es la parte central de un argumento basado en lo que más le conviene al sujeto (desde la perspectiva del OTRO), pero en el primero existe una tendencia de mandato que puede llegar a ser agresivo con lo que se pretende que note el sujeto, mientras que en la segunda oración se presenta una manera más reflexiva para que el sujeto entienda que es él quien puede realizar un cambio significativo, siempre y cuando así lo decida.

Queda establecido entonces que el terapeuta fungirá como un agente de cambio, mas no como una figura de mandato absoluto ni como un ser completamente desconectado o incomunicado con el lenguaje emocional del paciente.

3.4 Etapa 3: EVITAR LA DISCUSIÓN.

Evitar la discusión con el paciente a toda costa debe ser un punto que como terapeuta debes tener muy presente durante todo el tratamiento, puesto que llegar a esta situación causaría un sesgo total en la terapia además de quebrantar los límites y llegar a la pérdida parcial del respeto que debe existir dentro de una alianza terapéutica positiva y funcional. Debes tener presente que puede llegar a ser complicado no discutir puesto que estas tratando con una persona que ha estado evadiendo un hecho importante en su vida y que buscara cantidades de excusas para negar que lo es y que un tratamiento oportuno podría cambiar su estado actual, por esta razón debes de ser muy paciente además de empático para no caer en el juego del paciente.

La reacción de las personas ante una discusión directa puede llegar a ser negativa y pasar de un desacuerdo a una confrontación totalmente negativa y no sería nada conveniente para el curso del tratamiento. Para no caer en una discusión con el paciente debes ser muy cuidadoso con las frases que utilices al momento de devolverle información y/o hacer sugerencias respecto al comportamiento que está presentando ya que se puede sentir ofendido u agredido y cambiar su actitud totalmente a la defensiva.

Dentro de los principios de la EM se menciona que el paciente “se debe ver como un ser lleno de potencial” por lo que como terapeuta debes evitar la parte del “deber ser” y guiar a la persona para que busque por sí mismo las soluciones para salir de la adicción así se siente capaz y autónomo de buscar alternativas que sean fáciles de lograr para él y así evitar que el crea que le estas imponiendo ciertas tareas para lograr el cambio deseado, con esta estrategia se descarta que tome una actitud de oposición y/o defensiva porque no se siente obligado a realiza nada que él no quiera.

¿Cómo darte cuenta que el paciente está poniendo resistencia?, la respuesta es sencilla notarás actitudes negativas en el paciente por ejemplo: llegar tarde a sesión, no prestar atención, contestar groseramente, cancelar o no asistir a la terapia, etc.; cuando notes estas actitudes es importante que comiences a rediseñar las

estrategias y plan de trabajo que estas llevando con el paciente para evitar la deserción, ya que esto solo nos quiere decir que las estrategias que se están utilizando no están siendo funcionales o adecuadas para la persona por lo que se deben de buscar nuevas tácticas de trabajo que se adecuen a las necesidades y actitudes del paciente para poder concluir el tratamiento de manera exitosa.

3.5 Etapa 4: DARLE UN GIRO A LA RESISTENCIA.

La etapa que consigue obtener lo que en lenguaje cinematográfico se conoce como un “*giro de tuerca*” es justamente la etapa 4, pues en esta etapa es donde se pondrá a prueba la creatividad del terapeuta conforme a la comunicación con el paciente y su enfoque propio.

¿Por qué se ha mencionado la creatividad del terapeuta en esta etapa? Pues justamente porque después de haber escuchado y sugerido el discurso propuesto por el paciente ahora será el momento en donde use esa información para que el paciente sea invitado a considerar la nueva información y se le ofrezcan nuevas ideas, acciones o pensamientos para hacerlo.

Pongamos un ejemplo práctico; ¿Qué respondería usted ante la siguiente afirmación de un paciente?:

“Es que he intentado de todo, pero parece que nada me sale bien, llevo años siendo así y a quien no le guste ni modo, o dígame usted, ¿Qué estoy haciendo mal?”

Si bien puede parecer una confrontación directa hacia la figura del terapeuta lo primero que se sugiera hacer es mantener la calma e identificar qué parte del discurso es la que está sobresaliendo a partir de su primicia.

En este caso la pregunta del final de la afirmación revela lo que el paciente realmente está buscando concretar. La pregunta en sí de “*¿Qué estoy haciendo mal?*” no es más que una afirmación escondida del cambio que busca, pues corresponde a una necesidad de afirmación de una conducta actual en la cual él puede sentirse cómodo.

Por este motivo se le sugiere al terapeuta resolver esta situación con una pregunta simple que ayude a reivindicar que es el paciente quien debe llevar a la sesión y no al revés.

Una respuesta acertada por parte del terapeuta puede ser:

“¿Por qué le interesa saber que está haciendo mal? A mí me interesaría saber qué es lo que está haciendo bien”

Al realizar este tipo de preguntas de carácter más introspectivo se puede retomar el trabajo reflexivo del paciente sin dejar de lado su pregunta directa, pues también resulta una impresión de mayor seguridad con respecto a la respuesta que el paciente busca.

Es de esta manera que se puede inducir de manera directa al paciente a que sea él quien sea el agente activo de cambio en su propio proceso de resolución de problemas.

3.6 Etapa 5: FOMENTAR LA AUTOEFICACIA.

Al referirse a la autoeficacia se tiene que entender que en este punto el paciente ha hecho una introspección profunda con respecto a su vida y a sus capacidades de creación. Es por eso que la autoeficacia está basada sobre un proceso previo.

Lo primero que caracterizará a esta etapa será la creencia del paciente de que puede realizar una tarea específica de inicio a fin de manera satisfactoria.

Estas tareas pueden ser tareas simples y típicas cotidianas (de hecho, de esta manera se puede ser aún más auto eficiente pues se está llevando a la práctica continua lo aprendido en terapia) como preparar la comida del día, realizar todas las tareas escolares, mantener una conversación fluida con los padres o hermanos o realizar trabajos manuales sencillos.

Aunque, siguiendo esta lógica, es preferente que las tareas simples cotidianas sean solo el parteaguas para que el paciente pueda darse cuenta de que puede ser una persona que pueda mantener sus gastos de manera personal y que pueda conseguir realizar esos logros que aún no ha tenido la oportunidad de realizar (aquí es donde se aspira al estrato más alto de la pirámide de Maslow).

Para lograr este propósito se debe de tomar en cuenta que el centro de la realización de estas tareas es la responsabilidad personal, por lo tanto, toda tarea debe de tener una motivación y un significado intrínseco y personal. Por este motivo las tareas deben de significar un cambio importante para la vida del paciente y será él quien determine cuáles serán sus metas a realizar.

Estas metas pueden ser viajar, conocer a ciertas personas, realizar alguna tarea artística, comenzar un proyecto económico personal, dedicarse a algún trabajo en específico, estudiar algo que siempre ha querido, etc.

Como terapeuta en este punto notarás como los pacientes son quienes motivan al cambio, pues de hecho ese será el indicador de que está en esta fase avanzada del tratamiento, pues el paciente después de haber notado su potencial será capaz de realizar la lógica de las cosas que puede realizar.

Hay entonces una labor de facilitar los procesos del cambio que existen de manera natural en todo ser humano.

Una de las características humanas es la adaptación al cambio y a la propiciación del mismo debido a su propia necesidad de movimiento.

Por lo tanto, el terapeuta será quien facilite estos procesos naturales, de nuevo siendo un facilitador de las ideas de cada paciente.

CONCLUSIONES

Cabe destacar dentro de este trabajo la labor clínica de los y las terapeutas y especialmente a los compañeros psicólogos y psicólogas, que han sido de ayuda en el camino hacia la salud mental integral y hacia más y mejores avances en el proceso psicológico -encaminado hacia la comprensión de la enfermedad mental y la cura-. Esperamos este manual brinde utilidad y eficiencia en el futuro.

Se les hace una dedicatoria especial a los colegas psicólogos, psiquiatras, médicos y terapeutas que con sus aportes y ejercicios hacen creciente la labor profesional de la búsqueda de la salud y el bienestar.

Dentro de la investigación clínica con respecto a la EM hemos notado su gran adaptabilidad y estilo novedoso con respecto a su aplicación, pues dista de ser un modelo confrontativo y se convierte en una alternativa que busca establecer una comunicación colaborativa orientada a objetivos que presta especial atención al lenguaje del cambio, en donde destaque la participación activa del paciente, lo cual, visto desde el punto de vista del terapeuta, crea una diferencia favorable para su exploración y aplicación en pacientes activos.

Ahora bien, dentro de esta investigación hemos abordado el ámbito de las adicciones, es cierto que la EM no se limita solo a este tópico, pues está siendo probada en diversas áreas de aplicación resultando efectiva como alternativa terapéutica. Basta con leer la última edición de la Entrevista Motivacional para conocerlas.

Es importante destacar también la labor de los autores de la EM William R. Miller & Stephen Rollnick pues sus estudios han sido inspiración, no solo para este proyecto sino a través de las opiniones y practicas alrededor del mundo.

Por otro lado, esta investigación estaba en aras de llevarse a cabo de manera práctica a través de aplicaciones en voluntarios y usuarios en los centros de tratamiento de adicciones, lamentablemente por cuestiones de pandemia ya no se pudo llevar a cabo esta aplicación, sin embargo la simple posibilidad de practica abre un hito para que en un futuro se exploren a profundidad estas aplicaciones clínicas esperando obtener resultados positivos, pues tanto la idea principal como el manual del terapeuta han sido concebidos a través de esa idea de cooperación profesional y emprendimiento clínico.

Hemos descubierto un sinfín de aplicaciones teóricas *a priori* dentro de la EM, por lo que hemos deducido que no debe ser una limitante el del tratamiento contra las adicciones, sino una oportunidad para que este enfoque crezca y se nutra. Siendo así estudiado y aplicado en todos los enfoques que sucedan a partir de este manual.

Este trabajo se proyectaba a ser aplicado por terapeutas de un centro contra adicciones, sin embargo, no se descarta así que la implementación que este manual tenga como seguimiento de investigación en otras instituciones, esto para poder sumar información sobre las competencias terapéuticas y su desarrollo. Quizá una posible investigación bajo el análisis del discurso o análisis conversacional logre complementarse bien a través de la práctica.

Leer a lo que se refiere la Entrevista Motivacional ha revelado su potencial de aplicación en diversos tratamientos y métodos clínicos, pues se compone de

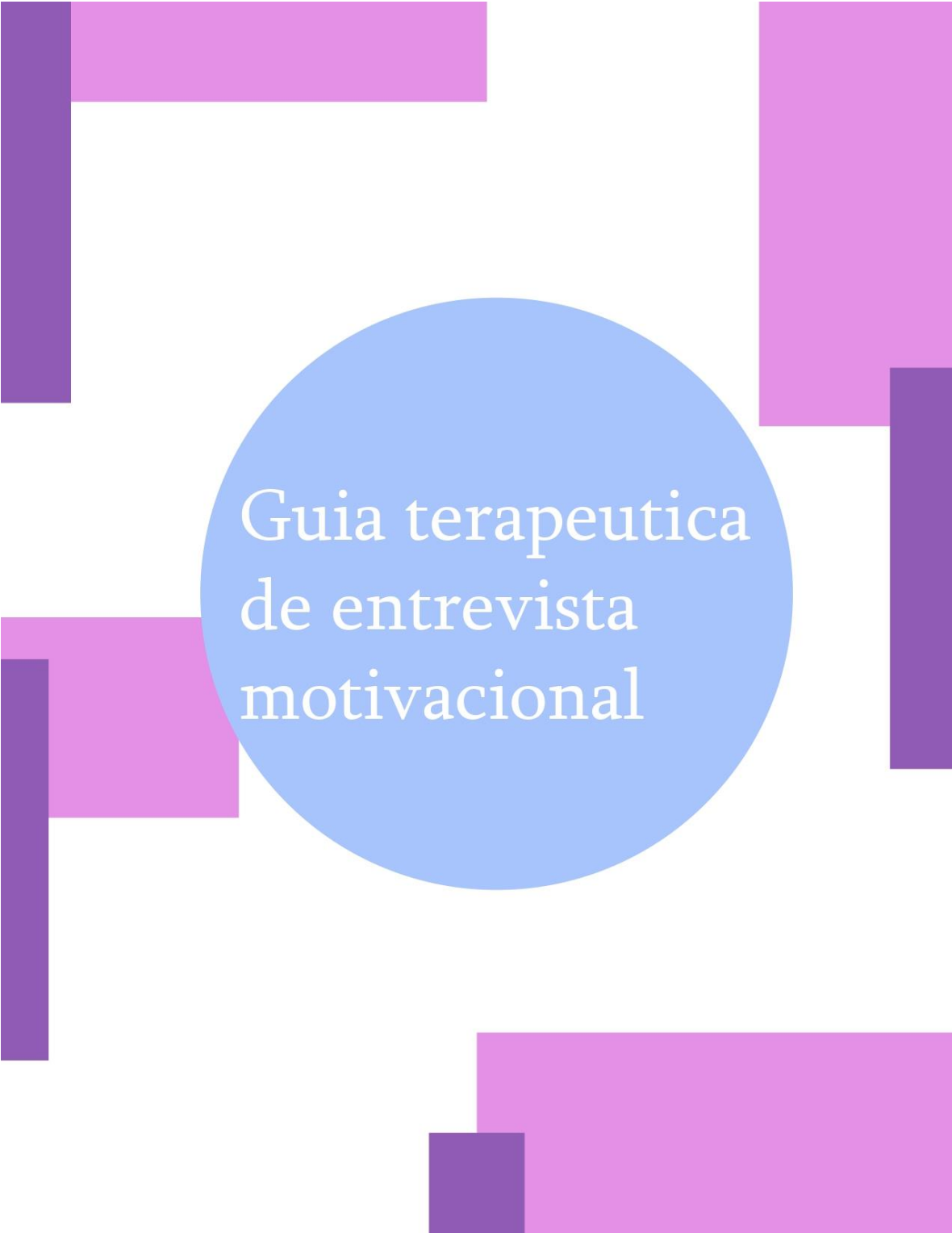
elementos simples, pero que puestos en conjunto pueden explorar mucho el potencial de cada paciente, es por esto que fue nuestra opción predilecta para la formación del manual del terapeuta.

Si bien la efectividad no ha sido probada de manera cuantitativa, se puede especular al respecto de la necesidad de mejorar y actualizar los tratamientos de salud pública y orientarlos hacia propuestas de carácter más humano, debido al gran campo de aplicación de propuestas basadas en las necesidades del paciente.

La situación actual mundial nos ha llevado a la conclusión de que muchos métodos nuevos deben de comenzar a ser empleados debido a las nuevas necesidades de la población, por lo que comenzara a ser una tendencia clínica la innovación a partir de las nuevas oportunidades de acción y esperamos formar parte de esta generación comprometida con la salud mental.

El manual está pensado para el terapeuta y se recomienda leer antes el libro “La Entrevista Motivacional” para poder complementar la información y adecuarla a las necesidades de la intervención que se requiera; a pesar de eso la información se va a complementar al momento de aplicarla, pues es ese momento para el cual el manual está pensado y en donde se espera ser realmente útil.

ANEXOS Y MANUAL:



Guia terapeutica
de entrevista
motivacional

Bienvenido y Bienvenida

Esto que tienes frente a ti es una **HERRAMIENTA TERAPÉUTICA** diseñada para orientar la práctica de la entrevista motivacional efectiva para el tratamiento psicológico de los pacientes con adicciones; Se recomienda su uso como un mapa que oriente en el inicio de un caso de adicciones

–aunque no se descarta su uso en otras prácticas terapéuticas–.

Instrucciones

Para usar con eficacia este manual hay que conocerlo primero.

Primero tienes que saber que este manual esta basado en los principios de la ENTREVISTA MOTIVACIONAL, por lo tanto estos términos estarán presentes durante toda la guía, por ejemplo:

- AUTOEFICACIA
- NO CONFRONTACION
- EMPATIA
- RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE
- DISCREPANCIA
- ESPIRITUALIDAD

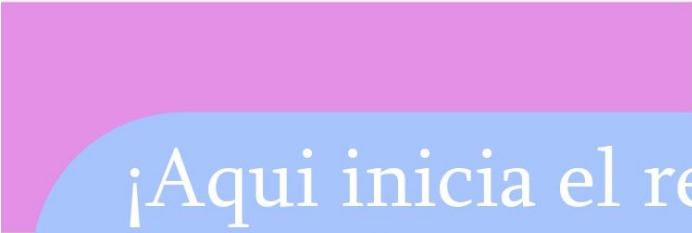
3 apartados:

- Principios de la Entrevista Motivacional. Este apartado se enlaza con la preparación previa a las sesiones, que busca determinar también el papel del terapeuta como un guía y el papel del paciente.
- Herramientas Terapéuticas. En las herramientas terapéuticas se busca facilitar la implementación de ejercicios en pro de mejorar los beneficios de la guía en el paciente.
- Pasos del proceso. Los pasos del proceso serán basados en la EM y serán la parte del tratamiento completo y estarán divididos en partes.

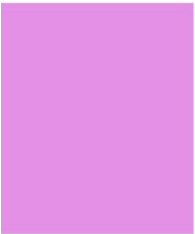
Principios generales de la Entrevista Motivacional

Los cuales son:

1. Principios de la entrevista motivacional
2. Crear una discrepancia
3. Evitar la discusión
4. Darle un giro a la resistencia
5. Fomentar la autoeficacia




¡Aquí inicia el recorrido a tu manual!





Estos son tus principios:

- 1.-Persona con potencial
 - 2.-La responsabilidad es del paciente
 - 3.-Hablar de lo que funciona
 - 4.- Cooperación mutua (T y P)
- 

Tus principios

1.-RECUERDA

- ¡Estas frente a otra persona!
- *Llámallo siempre por su nombre*
- *Indaga sobre sus logros personales*
- *Pregunta por sus soluciones ya intentadas*

2.- CADA PERSONA ES RESPONSABLE DE SI MISMA/O:

- ¡Se creativo!
- **Provoca ideas**
- **Se positivo**
- **Haz preguntas que nadie hace:**
- **Si este día tuviera un color, ¿Qué color sería?**
- **¿A que huele la felicidad?**
- **¿A que sabe la tristeza?**
- **¿A que suena la alegría?**

3.-¿QUE VA BIEN EN SU VIDA?

- La confianza es clave
- Darle valor a lo que le importa
- ¿Para que es bueno?
- ¿Qué le preocupa?
- ¿Cómo ha resuelto sus problemas?

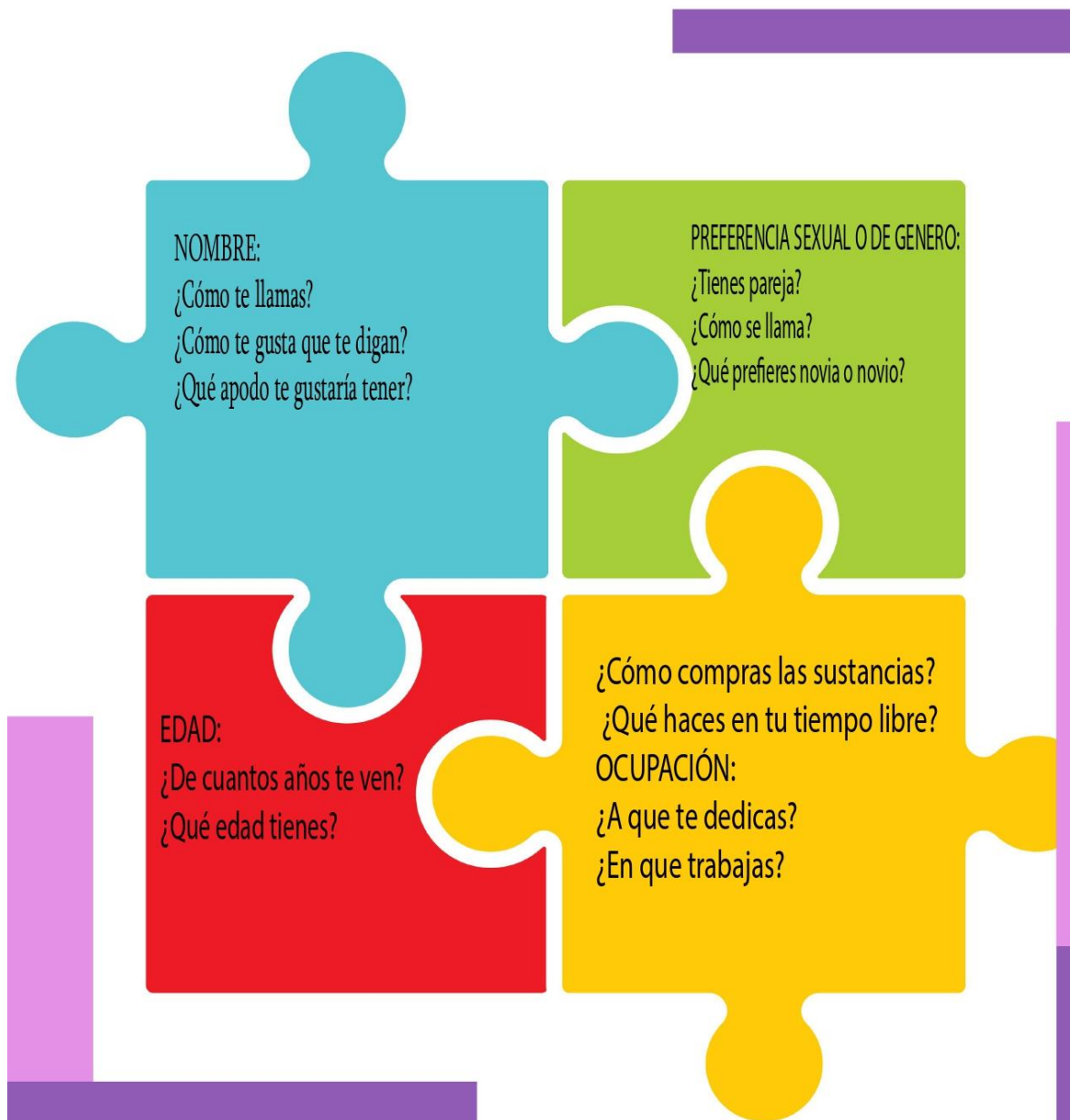
4.- COOPERACIÓN MUTUA

- ¡¡ESTIMULA DUDAS!!*
- *Crea alternativas de vida*
- *Trabajen juntos*
- *Busca el bienestar del trabajo terapéutico.*

!DESCUBRE – IDENTIFICA Y ACTUA!

PACIENTE	El paciente es un ideal, pues reconoce sus problemas y <u>esta dispuesto a realizar algo al respecto para su cambio.</u>
CLIENTE	El cliente es alguien que quiere hacer un contrato directo con los terapeutas y trata de formar un hito alrededor del contrato; puede ser útil esta actitud pues se hace responsable al comprometerse con la sociedad formada.
VISITANTE	El visitante se presenta como alguien "sano" y trata de desenfocar sus problemas al realizar muchas preguntas no relacionadas a <u>si mismo</u> . Solo esta de "visita" y no busca compromiso.
DEMANDANTE	El demandante siempre quiere soluciones y no toma mucha responsabilidad al respecto. Es siempre directo y a veces amenazante con el terapeuta.

!DESCUBRE – IDENTIFICA Y ACTUA!



Potencializa su responsabilidad

2º sesion

¿como llegaste hasta aqui y te mantuviste en pie ?

Espiritualidad

3º sesion

buscar el sentido de la vida
es importante

"¿EN QUE O EN QUIEN CREES?"

"¿Qué SIGNIFICA LA VIDA PARA TI?"

Pero recuerda :

LA BUSQUEDA Y EL
SENTIDO DE LA VIDA
NO SON GENERALES
Y SUELEN SER PER-
SONALES, POR LO
QUE SERÁ DIFEREN-
TE PARA CADA UNO

Crear discrepancias

4º sesión

Empatía

Romper patrones
Crear vínculos
puedes
preguntar:
¿Estas dispuesto a
cambiar en éste mo-
mento o aún espe-
ras a que suceda
otra cosa peor

Crear discrepancias

4º sesion

SU VIDA ACTUAL
(en donde estamos)

SU VIDA FUTURA
(hacia donde vamos)

vs

Objetivos

¿EN DONDE TE
VEZ EN 3 AÑOS
SI CONTINUAS
ASI?

¿QUE NECESI-
TAS CAMBIAR
PARA ESTAR
MEJOR?

Cierre de cada sesion

SE

RECOMIENDA

PREGUNTAR:

¿Qué es im-
portante para
ti?

¿Quiénes son
importantes
para ti?

¿En que –o
quien- crees?

¿POR QUÉ QUIERES CAMBIAR?
¿QUÉ ESTAS DISPUESTO A HACER
PARA CAMBIAR?
¿QUE HAZ HECHO POR TI O POR
ALGUIEN MÁS?
¿HAY ALGO O ALGUIEN QUE TE
MOTIVE?
USA LAS PALABRAS DEL PACIENTE

SEGUIMIENTO

Lenguaje
emocional

¿QUIÉNES SON IM-
PORTANTES PARA EL
PACIENTE?
¿CÓMO ES SU VIDA
DIARIA?

¿QUÉ LO HACE SENTIR
ORGULLOSO?
¿QUÉ QUIERE LOGRAR A
FUTURO?
REGRESAR ORACIONES
PROVOCANDO LA RE-
FLEXION

SEGUIMIENTO

¡LA PREGUNTA DEL
MILAGRO !

¿QUÉ CREES QUE
PODRÍA FUNCIONAR
PARA COMPONER
ESTO?

ESTRUCTURAS DE PREGUNTAS ÚTILES:
Intervenciones y preguntas
Metáforas basadas en el discurso
Ordalías
Estructuras literarias o prácticas
Introspección apoyadas en técnicas similares.



LA SILLA RUMIATORIA



LA CARTA PARA LOS DÍAS DE LLUVIA



LA MÁQUINA DEL TIEMPO IMAGINARIA

Evitar la discusión a toda costa

Si hay negatividad
hay resistencia
El paciente tiene
potencial

EVITA DAR ULTIMATUMS
"ESTA ES TU ULTIMA
OPORTUNIDAD"

EVITA JUZGAR
"ERES COBARDE"

EVITA DAR SOLUCIONES
"LO QUE DEBES HACER
ES..."

Darle un giro a la resistencia

BUSCA:
SIMPLICIDAD
PRACTICIDAD
SOLUCIONES A LARGO PLAZO
POSITIVIDAD
SEGURIDAD

EL PACIENTE ES QUIEN MOTIVA SU CAMBIO

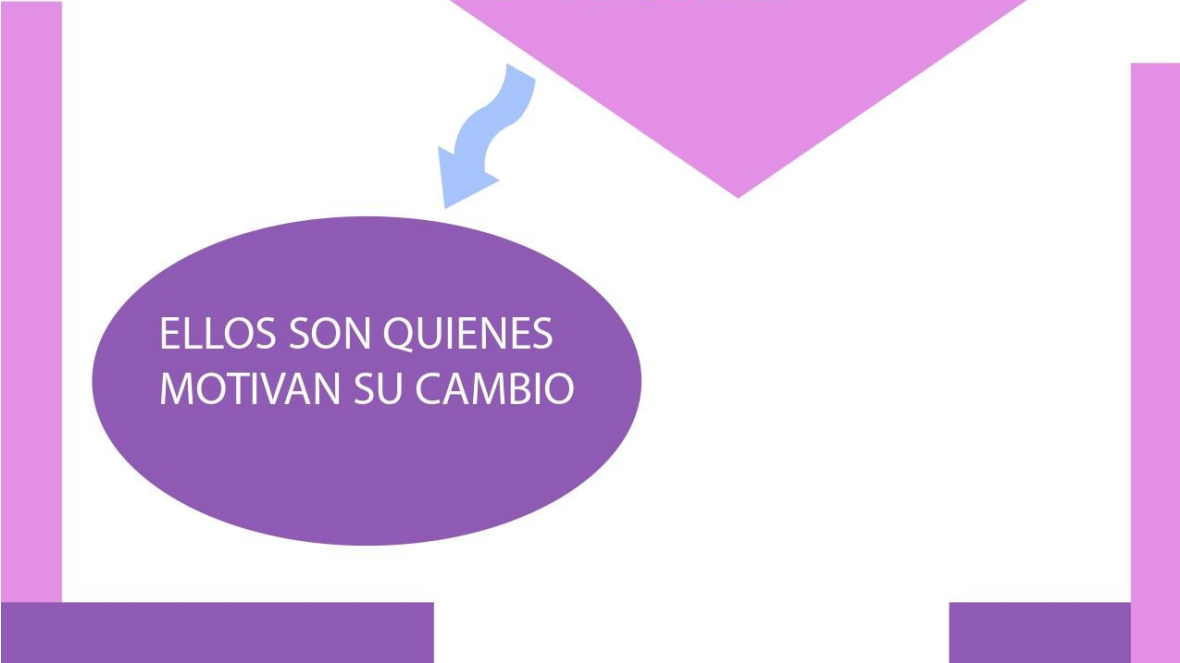


Es util enseñar a hacer una tarea simple de inico a fin

Es solo un proceso

TODA TAREA TIENE UNA MOTIVACIÓN Y SIGNIFICA-DO PERSONAL

ELLOS SON QUIENES MOTIVAN SU CAMBIO



Empatia ≠ Aceptacion



ENTIENDO LO
QUE DICES
AUNQUE NO
ESTE DE ACUER-
DO.
RESPONDE
AMABLEMENTE

EVITA CONFRONTACIÓN:
Si, tu eres la persona que
sabe más de ti.

Estoy para entenderte y
quizás apoyarte.

Ayúdame a entenderte.

¿Fuiste un buen guía?

AFIRMACIÓN	SI (+)	NO (-)
1.-Fuiste un guía positivo.		
2.-Tus preguntas dejaron al paciente en un silencio muy largo.		
3.-Te sentiste cómodo y tranquilo		
4.-El paciente <u>mostro</u> enojo, vergüenza o incomodidad		
5.-Te sientes conforme con el trabajo realizado en esta sesión		

Si solo la pregunta 4 fue negativa, ¡felicidades!, estas haciendo un buen trabajo

Si tienes más negativas, analiza la situación, ¡algo puede mejorar!

Explicación de ejercicios

LA SILLA RUMIATORIA

Descripción: Se anima a la persona a que, si empieza a tener pensamientos enteramente relacionados al consumo, decida si quiere dedicar un tiempo a aquello o si prefiere hacer otra cosa en su lugar (pensar en algo diferente, emprender alguna actividad distinta, poner música). En el primer caso, irá a sentarse en un «silla rumiatoria», a ser posible una silla fea y que no se utilice para otra cosa, y durante diez minutos se centrará solamente en esa emoción o cognición negativa. Pasado ese tiempo, se levantará y podrá, si lo desea, volver a sus quehaceres. Si reaparece la cognición o la emoción, tendrá la oportunidad de elegir de nuevo: hacer o pensar algo distinto, o bien volver a sentarse otros diez minutos en la silla rumiatoria y concentrarse en sus emociones negativas.

Indicaciones: En este caso, se trata de introducir una limitación espacial en la secuencia sintomática, otra forma de conseguir que el consultante ejerza cierto control sobre sus síntomas incontrolables. Además, se introduce la posibilidad de elección.

A tener en cuenta: La forma más sencilla de presentar esta tarea aparentemente absurda es planteándola como una forma de evaluar mejor el contenido de la obsesión.

NOTA: En este caso la obsesión hará referencia a la adicción del paciente.

Explicación de ejercicios

LA CARTA PARA LOS DÍAS DE LLUVIA

Descripción: Se propone a la persona escribir una carta dirigida a ella misma. La carta debe incluir sus fortalezas, cualidades y recursos que le ayudan en los días en que se encuentra mal. Se le puede sugerir que la redacte en un papel especial y que la meta en un sobre. Finalmente, se le recomienda que lleve la carta consigo o que la guarde en un lugar de fácil acceso para poder leerla en esos días en que experimente algún «bajón».

Indicaciones: Esta tarea proporciona una herramienta de fuerte valor simbólico que recuerda al cliente sus recursos y fortalezas. Va dirigida a personas que tengan que contrarrestar los «bajones» depresivos.

A tener en cuenta: Esta tarea es una versión de «La carta para los días malos», pero con personas deprimidas no la utilizamos al final de la terapia o como forma de prevenir recaídas cuando hay mejorías, sino como una intervención desde las primeras sesiones.

NOTA: En este caso la carta ayudara al paciente a tener una motivación para detenerse al consumo de la sustancia.

Explicación de ejercicios

LA MÁQUINA DEL TIEMPO IMAGINARIA

Descripción: Proponemos al consultante que viaje al pasado hasta encontrar una escena o un momento grato que compartió con la persona fallecida. Se le anima a revivir ese instante, sus olores, sensaciones, ruidos, colores... y a que se recree en la situación, que la disfrute. Finalmente se le pide que elija algo de la persona fallecida que quiera traerse consigo (una cualidad...) y que lo represente de alguna manera (mediante un dibujo, plastilina, poesía, etcétera).

Indicaciones: Encontramos útil esta propuesta para personas que han perdido a un ser querido con quien ha quedado algún conflicto importante sin resolver o cuando no han podido despedirse de la persona fallecida.

A tener en cuenta: Solemos usar esta tarea más bien como un ejercicio en sesión. Una vez que el consultante ha aprendido la técnica, puede seguir haciendo «viajes al pasado» por su cuenta.

NOTA: En el caso de la adicción se le puede pedir al paciente que traiga a su memoria una situación grata que vivió sin estar bajo el efecto de alguna sustancia y elegir la cualidad de sí mismo que más le agrada.

Anexos

EQUIPAMIENTO / AUXILIAR DEL TERAPEUTA.

REFLEXIONES:


- Simple. Regresar la información de relevancia para el cambio U: Sólo tomo los fines de semana T: Entonces me indica que es sólo los fines de semana cuando bebe
- Doble cara. Se muestran los dos lados de la ambivalencia. Me comenta que por un lado se divierte y socializa; y por otro lado llega a hacer el ridículo, le causa problemas con su familia, en su trabajo, tiene gastos excesivos...
- Amplificada. Regresar la información con énfasis en el extremo. Me comenta que consume durante toda la noche, sin parar ni un solo momento

USO DE LENGUAJE UTIL:

LENGUAJE PREPARATORIO Deseos de cambiar Desearía que las cosas fueran diferentes. Estoy esperando que las cosas cambien. Esta no es la persona que quiero ser. Mi consumo no puede seguir así. Necesito cambiar mi vida.

LENGUAJE MOVILIZATORIO Preguntas evocativas ¿De qué manera esto le preocupa? ¿Qué sería lo PEOR que te podría pasar si continúas? ¿Qué sería lo MEJOR que te podría pasar si cambias? ¿Cómo mejorarían las cosas si te decidieras a dejar de beber?

LENGUAJE MOVILIZATORIO Preguntas clave Después de haber comentado todo esto ¿qué es lo siguiente? ¿Cuál es el siguiente paso? ¿Qué planea hacer de ahora en adelante?



LENGUAJE MOVILIZATORIO Usar los extremos ¿Qué es lo que más le preocupa? ¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿Cuál es su mayor esperanza? ¿Cómo sería un resultado perfecto?

LENGUAJE MOVILIZATORIO Mirar hacia atrás ¿Recuerda momentos en que todo haya salido bien? ¿Cuáles son las diferencias entre el Juan de hoy y el Juan de hace 10 años? ¿Qué es lo que querías ser después de terminar la escuela? ¿Qué es lo que más esperabas de la vida cuando eras más joven?


LENGUAJE MOVILIZATORIO Mirar hacia adelante Si las cosas no cambian ¿Cómo será tu vida dentro de 5 años? Si decides cambiar ¿cómo será tu vida en 5 años? ¿Cuáles son sus esperanzas para el futuro? ¿Cómo le gustaría que cambiaran las cosas? ¿Cómo te ves de aquí a un año?

LENGUAJE MOVILIZATORIO

Explorar las metas ¿Cuáles son las cosas más importantes para usted? ¿Qué papel juega el consumo de marihuana en ellas? ¿Qué tipo de persona aspiras a ser? ¿Qué tipo de cosas le gustaría lograr en su vida?

LENGUAJE MOVILIZATORIO

Compromiso ¿Cómo podría hacer las cosas de forma diferente? Si lo decidieras ¿Cómo lo harías? ¿Cuándo empiezas con esa actividad? ¿Con quién te apoyarías?



BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, S. (15 de Octubre de 2019). *REHAB IN MEXICO*. Obtenido de ADICCIONES: <http://www.adicciones.org/enfermedad/proceso.html>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (15 de Septiembre de 2019). *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Obtenido de Los Adolescentes: el Alcohol y Otras Drogas: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/Los-Adolescentes-el-Alcohol-y-Otras-Drogas-003.aspx
- American Academy of Pediatrics. (21 de Mayo de 2019). *Healthy Children En Español*. Obtenido de Etapas de la adolescencia: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- AVILA, M. H. (2006). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Ciudad de Mexico: Diario Oficial de la Federacion.
- Belfort, J. (2008). *The Wolf of Wall Street*. New York: Bantam.
- Board of Directors ASAM. (15 de Septiembre de 2019). *American Society of Addiction Medicine*. Obtenido de RESOURCES. DEFINITION OF ADDICTION: <https://www.asam.org/resources/definition-of-addiction>
- Bowman, E. (2 de Marzo de 2016). *The Conversation*. Obtenido de The five most addictive substances on Earth – and what they do to your brain: <https://theconversation.com/the-five-most-addictive-substances-on-earth-and-what-they-do-to-your-brain-54862>
- Chadi, N., Schroeder, R., Winther Jensen, J., & Levy, S. (12 de Agosto de 2019). *JAMA Pediatrics*. Obtenido de Association Between Electronic Cigarette Use and Marijuana: A Systematic Review and Meta-analysis: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/MariguanaAdolescentesE-Cigarros.pdf
- Comision Mexicana de Defensa y Promocion de los Derechos Humanos. (12 de Diciembre de 2019). *Política de drogas*. Obtenido de <http://cmdpdh.org/temas/politica-de-drogas/>
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (19 de Junio de 2018). *Gobierno de Mexico*. Obtenido de Comision Nacional contra las Adicciones. Acciones y Programas : <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/espacios-100-libres-de-humo-de-tabaco>
- CONADIC. (2011). *PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO: Prevencion y Tratamiento de las Adicciones. Actualizacion 2011-2012*. Mexico: Secretaria de Salud.

- Conyer, R. T. (2000). *NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Ciudad de Mexico : Diario Oficial de la Federacion.
- Curiel, R. P. (21 de Febrero de 2020). *Animal Politico*. Obtenido de <https://www.animalpolitico.com/blog-invitado/legalizar-para-pacificar/>
- DETHLEFSEN, T., & RUDIGER, D. (2017). *LA ENFERMEDAD COMO CAMINO*. Mexico: DEBOLSILLO.
- Elliott, S. (6 de Octubre de 2008). *The New York Times*. Obtenido de <https://www.nytimes.com/2008/10/07/business/media/07adco.html>
- ENCODAT. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 - 2017 Reporte de Alcohol*. Mexico: Secretaria de Salud.
- Espasa-Calpe. (20 de Enero de 2005). *Word Reference*. Obtenido de Diccionario de la lengua española: <https://www.wordreference.com/definicion/adiccion>
- Grupo Salinas. (21 de Diciembre de 2019). *Blog Grupo Salinas*. Obtenido de <https://www.gruposalinas.com/es/vive>
- Ilin, M., & Segal, E. (2016). *Cómo el hombre llegó a ser Gigante*. Mexico: Ediciones Quinto Sol.
- Instituto Mexicano de la Juventud. (20 de Marzo de 2018). *Gobierno de Mexico*. . Obtenido de ¡Conoce las diferencias entre Uso, Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas!: <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/conoce-las-diferencias-entre-uso-abuso-y-dependencia-de-sustancias-psicoactivas>
- Lazcano, G. P. (2015). *DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias*. Bilbao: El Instituto de Salud Carlos III.
- Lizarraga, S., & Araya, M. (2001). *Entrevista motivacional. The motivational interview*. Navarra: Centro de Salud de Huarte (Navarra).
- Londoño, L. F., & Orozco Tamallo, L. (2019). *TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN ADICCIONES: Características del Tratamiento Cognitivo Conductual en Adicción a Sustancias*. Bogota: Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- López-Ibor, J., & Valdés Miyar, M. (2002). DSM-IV-TR . En A. P. ASSOCIATION, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. 1049). Barcelona: Masson.
- Machado, M. (12 de Enero de 2020). *Departamento de Economía*. Obtenido de <http://www.eco.uc3m.es/~mmachado/Teaching/Salud/2010-2011/1.4.%20Eficacia%20-%20Efectividad%20-%20Eficiencia.pdf>
- Miguel Aguilar, C. F., Rodríguez Bolaños, R., Caballero, M., Arillo Santillán, E., & Reynales Shigematsu, L. M. (2016). Fumar entre adolescentes: Analisis cuantitativo y cualitativo de

- factores psicosociales asociados con la desicion de fumar en escolares mexicanos. *Salud Publica de Mexico*, 63-70.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: PAIDÓS.
- Molina , M. M. (2008). *EL CANNABIS EN LA HISTORIA: PASADO Y PRESENTE*. Mexico: Centro de Integracion Juvenil.
- Mondragon y Kalb, M. (2016). *LA NETA DE LAS DROGAS Y ALGO MAS ...* Mexico: Comision Nacional Contra las Adicciones.
- NIH. (12 de Noviembre de 2019). *National Institute of Drug Abuse*. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-adiccion>
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2008). CIE 10 . En *DECIMA REVISION DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES, TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO* (pág. 424). Madrid: MEDITOR.
- Organizacion Mundial de la Salud. (21 de Marzo de 2020). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Obtenido de Desarrollo en la adolescencia: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Oropeza Tena, R., Loyola Bello, L. P., Vazquez Pineda, F., & Reidl Martinez, L. M. (2004). *Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína: Un modelo cognitivo conductual, Principios de Aplicacion*. Mexico: Comision Nacional contra las Adicciones.
- Palma, C. (2007). *La sociedad de los a-dictos*. Bogota: Universidad Nacional de Colombia.
- REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. (9 de Agosto de 2019). *Real Academia Española*. Obtenido de Diccionario de la Lengua Española: <https://dle.rae.es/adicción>
- Rodriguez de Romo, A. C. (2012). Bosquejo histórico y uso social de la marihuana. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* , 48-53.
- Sampieri, R. H. (2014). *METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION 6° Edicion*. Peru: McGraw-Hill / Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Santillan, E. (11 de Julio de 2019). *Reporte Indigo*. Obtenido de Mexico Adicto: <https://www.reporteindigo.com/reporte/mexico-adicto-aumenta-consumo-de-drogas-mexico-combate-adicciones/>
- Sevy Fua, V. (2013). *FUNDAMENTOS FILOSOFICOS DEL HUMANISMO DE VIKTOR FRANKL*. Mexico: Universidad Iberoamericana .

Smith, B. (15 de Abril de 2018). *BBC News*. Obtenido de Mundo. El año en el que México legalizó (brevemente) las drogas: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43670179#orb-banner>

Veiras, J. L. (28 de Octubre de 2019). *The Washington Post*. Obtenido de 13 años y 250 000 muertos: las lecciones no aprendidas en Mexico: <https://www.washingtonpost.com/es/post-opinion/2019/10/28/aos-y-muertos-las-lecciones-no-aprendidas-en-mexico/>

Villegas de la Lama, C. (2014). *LA ENTREVISTA CLINICA Y MOTIVACIONAL: SU APLICACION EN ADOLESCENTES*. Cantabria: Universidad de Cantabria.