

01985  
9

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO**



**DESARROLLO, APLICACION Y EVALUACION DE UN  
PROGRAMA DE TRATAMIENTO BREVE COGNOSCITIVO  
CONDUCTUAL PARA USUARIOS DE COCAINA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTOR EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
ROBERTO OROPEZA TENA**

**TUTOR PRINCIPAL: DR. HECTOR E. AYALA VELAZQUEZ †**

**COMITE TUTORAL: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA**

**DR. MARK B. SOBELL**

**DRA. MARIA ELENA MEDINA-MORA ICAZA**

**DR. JAVIER VILA CARRANZA**

**DRA. SARA CRUZ**

**DR. ROLANDO DIAZ LOVING**

**MEXICO, D. F.**

**OCTUBRE 2003**

I



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.

**PAGINACION**

**DISCONTINUA**

**Dedico esta tesis a:**

**Dr. Héctor E. Ayala Velázquez, *porque mucho de lo que soy ahora es gracias a él.***

**Francisco Montes, *que estés en un mejor lugar.***

**Robertito (El ratone), quien cambió mi vida. *¡Ya pórtate bien!***

Quiero agradecer a las siguientes personas:

A Móni, por todos los desvelos, tardes aburridas, tu paciencia y tu fortaleza. *Espero que esta sea ahora si la antepiuscuapenúltima.*

A Maris, por todo su apoyo, sus comentarios y su dedicación a este trabajo.

A los miembros del comité tutorial, que mucho de este trabajo es gracias a todos ellos  
Dr. Juan José Sánchez Sosa.  
Dr. Mark B. Sobell  
Dr. Javier Vila Carranza  
Dra. Sara Cruz Morales  
Dr. Rolando Díaz Loving

A mis padres, Tere y Roberto. *¡Por fin!*

A mi familia: Ale, Migue Jr., Aaron, Migue, Gaby, Coco, Santi, Pablito, Fer, Anits, Tane, Irma, Bombe y bombe Jr. *Por la música, las bromas, la comida .....*

A la tooooooo da familia Fulgencio Juárez (especialmente a mi sra. suegra, Amalia). *La vida es tranquila ¿no?*

A los miembros del equipo base actual (por orden alfabético): Bety, Eiji, Fernando, Humberto, Julián, Lilian, Nadia. *¡Somos los mejores!*

A mis compas del doctorado (a los D): Kalina, Il Pacorro y Sergio ..... fue arduo pero estamos llegando. *Gracias por compartir tantos momentos de pena y de gloria.*

A los compas acasulqueños y del cubículo de los dioses (\*): Alich, Andrómeda, Graby, Jennifer, Lety E, Lety S, Lydi, Maryjo, Miguel Ángel, Noemí, Raúl, Rrrrrrrrr y Silvia. *¡Por .....! ¡Y .....! ¡Además .....! ¡Nunca .....!*

A todos los estudiantes de licenciatura y maestría, de tesis, de servicio social y a los voluntarios, agradezco todo el apoyo prestado, todos sus comentarios, sus observaciones y sus críticas, la ayuda en la elaboración de materiales y el trabajo con los pacientes (\*): Amparo, Arthur, Carlos, Citlali, Jessica, Karina, Erica, Esther, Larissa, Laura L, Laura C, , Linda, Lisbeth, Lucía, Maru, Samuel, Susana I, Yazmín. *¡Gracias por todo!*

	<b>ÍNDICE</b>	<b>1</b>
	<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
	<b>ABSTRACT</b>	<b>5</b>
	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
	<b><u>PRIMERA PARTE</u></b>	
<b>Capítulo 1.</b>	<b>COCAÍNA</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 2.</b>	<b>EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DROGAS ILEGALES Y DE LA COCAÍNA EN MÉXICO</b>	<b>36</b>
<b>Capítulo 3.</b>	<b>APROXIMACIÓN TEÓRICA A LOS MODELOS DE TERAPIA BREVE</b>	<b>54</b>
<b>Capítulo 4.</b>	<b>TRATAMIENTOS PARA EL CONSUMO DE COCAÍNA</b>	<b>64</b>
<b>Capítulo 5.</b>	<b>TRATAMIENTOS PARA COCAÍNA EN MÉXICO</b>	<b>80</b>
<b>Capítulo 6.</b>	<b>MODELO DE TRATAMIENTO BREVE COGNOSCITIVO-CONDUCTUAL DIRIGIDO AL CONSUMO DE COCAÍNA</b>	<b>90</b>
	<b><u>SEGUNDA PARTE</u></b>	
	<b>OBJETIVOS</b>	<b>102</b>
	<b>MÉTODO</b>	<b>103</b>
	<b>RESULTADOS</b>	<b>112</b>
	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>145</b>
	<b>REFERENCIAS</b>	<b>156</b>
	<b><u>ANEXOS</u></b>	
<b>Anexo 1:</b>	<b>PREVENCIÓN DE RECAÍDAS</b>	<b>172</b>
<b>Anexo 2:</b>	<b>ENTREVISTA MOTIVACIONAL</b>	<b>176</b>
<b>Anexo 3:</b>	<b>TEORÍAS DE APRENDIZAJE</b>	<b>180</b>

## RESUMEN

Actualmente el consumo de la cocaína (ya sea como polvo o en forma de crack) en México, es una seria preocupación para los profesionales de la salud por todos los problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos que causa. Debido a eso, es importante desarrollar programas de servicio de atención y tratamiento adecuados para las necesidades específicas de estos consumidores.

Maude-Griffin et al. (1998) afirman que de los diferentes modelos de terapia, el cognoscitivo conductual es el que ha demostrado la mayor eficacia.

Este trabajo se basa en el *Modelo de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema* de Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1995), adaptado para población mexicana; y en el *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction* de Carroll (1998), este último propuesto por el National Institute of Drug Abuse (NIDA), el inslituto que hace la mayor parte de la investigación sobre adicciones, como uno de los modelos para trabajar el consumo de esta sustancia. Ambos modelos han demostrado gran efectividad y eficacia para trabajar el consumo de sustancias.

El objetivo de este trabajo fue desarrollar, aplicar y evaluar un modelo de tratamiento breve cognoscitivo conductual para consumidores de cocaína.

En la presente investigación participaron 19 sujetos (18 hombres y una mujer), cuyas edades comprendían de los 20 a los 39 años ( $\bar{X}$  = 26 años), con un promedio de educación de 11.89 años.

Los instrumentos utilizados fueron una ficha de admisión, un cuestionario de preselección, un formato de Consentimiento Informado, un instrumento de Indicadores de Dependencia a Drogas del DSM IV, el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), el Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD), un formato de Autorregistro de Consumo de Drogas, una Entrevista Inicial, la Línea Base Retrospectiva y el Índice de Severidad de la Adicción, los cuestionarios de Validación Social y el Cuestionario de Satisfacción del Cliente.

El tratamiento se llevó a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos y en el Centro Acasulco, ambos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Fue un diseño clínico aleatorizado.

Las actividades del desarrollo, aplicación y evaluación del modelo se trabajaron en 7 etapas:

- I. Desarrollo del material de lectura del tratamiento.
- II. Elección de los instrumentos a usar en el tratamiento
- III. Piloteo del programa de tratamiento
- IV. Difusión del tratamiento
- V. Admisión y evaluación del programa de tratamiento
- VI. Programa de tratamiento
  - a. Primera Sesión: Balance Decisional y Establecimiento de Metas
  - b. Segunda Sesión: Manejo de Problemas Relacionados con el Consumo de Coca
  - c. Tercera sesión: Identificación y Enfrentamiento de Pensamientos Asociados con el Consumo de Cocaína
  - d. Cuarta sesión: Identificación y Enfrentamiento del Deseo de la Cocaína
  - e. Quinta sesión: Habilidades Asertivas de Rechazo
  - f. Sexta sesión: Decisiones Aparentemente Irrelevantes
  - g. Séptima sesión: Solución de Problemas Sociales
  - h. Octava sesión: Reestablecimiento de Metas y Planes de Acción

- VII. Validación social del tratamiento
- VIII. Seguimiento a mes, tres y seis meses de terminado el tratamiento

Al finalizar la aplicación del programa de tratamiento, los resultados de todos los indicadores señalaron importantes modificaciones positivas. Algunos de los resultados más importantes mostraron lo siguiente: en el CAD a inicio el 0% de los sujetos no señalaban tener problemas, el 5.3% indicaron tener problemas leves con el consumo de cocaína, el 47.4% problemas moderados, el 21.1% problemas sustanciales y el 26.3% problemas severos; al finalizar el tratamiento el 27.8% señalaron no tener problemas, el 44.4% problemas leves y el 27.8% problemas severos, y ningún sujeto indicó tener problemas sustanciales o severos. Las diferencias entre ambas condiciones fueron significativas al .0001. Respecto a los síntomas señalados por el DSM IV, se observó una disminución importante al terminar el tratamiento. El promedio de consumo de cocaína del grupo de sujetos antes del tratamiento fue de 2.07 gr, durante el tratamiento fue de 0.44 gr y después del tratamiento fue de 0.08 gr. El porcentaje de semanas de abstinencia antes del tratamiento fue de 31.04%, durante el tratamiento fue de 80.53% y después del tratamiento fue de 92.8%. Tanto en el CACD como en el ISCD, se pudieron observar cambios positivos significativos del inicio al final del tratamiento. Respecto a la satisfacción con el estilo de vida, la mayoría señaló estar muy satisfechos o satisfechos después del tratamiento.

Entonces, se puede afirmar que los resultados muestran que hubo cambios importantes y significativos en el patrón de consumo de cocaína en prácticamente todo el grupo de consumidores, quienes presentaban niveles bajos, medios y altos de dependencia a la sustancia. Estos cambios se manifestaron, durante el tratamiento, en un mayor número de días en que permanecieron abstemios (comparados con la línea base) y, en general, cuando fue el caso, en un consumo más moderado o de poco riesgo en aquellas ocasiones en que consumieron la sustancia. Estas modificaciones parecen mantenerse a lo largo de un periodo de por lo menos 6 meses posteriores al término del programa de tratamiento (que es el tiempo que duró el seguimiento). Los cambios en el patrón de consumo estuvieron acompañados por un aumento en el nivel de confianza (auto-eficacia) para poder abstenerse o controlar la cantidad y la frecuencia de consumo de la droga, así como en un mayor control del consumo en diferentes situaciones de riesgo; por la reducción en el número y tipo de problemas (asociados al uso de la sustancia) que deben enfrentar en su vida personal; además, por una sensación de mejoría en su calidad de vida, derivada de la percepción de que han experimentado un progreso importante en la solución de su problema de consumo de la droga.

La brevedad, bajo costo y alto nivel de efectividad, hacen que este modelo de tratamiento sea especialmente apto para una sociedad como México, con pocos recursos para instaurar programas de atención especializada dirigidos a modificar el consumo de sustancias. Este es un tratamiento de corto plazo, que puede adaptarse a los recursos y a las capacidades de la mayoría de los centros de tratamiento relacionados con problemas de salud. Los programas cognoscitivo conductuales han sido extensamente evaluados en escenarios clínicos rigurosos y cuentan con un sólido apoyo empírico como tratamiento para consumidores de cocaína. Es un programa estructurado, orientado a metas, enfocado en los problemas inmediatos que tienen que enfrentar los usuarios de esta droga. Es un modelo flexible, individualizado, que puede ser adaptado a un gran rango de pacientes así como a una gran variedad de escenarios (pacientes internos y externos) y formatos (individual y grupal). También es compatible con otro tipo de tratamientos, como la farmacoterapia.

Asimismo, el hecho de poder incorporar modelos de corte breve, dirigidos a incidir en el consumo de sustancias (especialmente de drogas tan fuertes como la cocaína) en un nivel de atención secundaria en instituciones de salud pública en México, haría posible que buena parte de la población (adolescente y adulta) que de hecho no tiene opciones adecuadas de atención, pero cuyo patrón de consumo de cocaína la pone en riesgo de desarrollar una dependencia más severa a la sustancia, y experimentar un creciente número de problemas asociados a su consumo, pueda contar con un servicio que lo ayude a resolver su problema. La mayoría de estos consumidores no buscan modelos especializados de tratamiento a sustancias específicas (debido a que no cuentan con ellos, además de que esto es lo que se ofrece actualmente en México), pero si buscan aquellos donde el enfoque del



modelo es para dependencias severas, modelos que no son apropiados para ayudarles a resolver su problema.

A medida que el campo profesional sobre tratamiento de las adicciones se oriente más a una perspectiva de salud pública, las intervenciones breves cognoscitivo conductuales se convertirán en una buena opción para adoptar en los servicios de salud del primero o segundo nivel de atención (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 2001).

**Palabras clave:** cocaína, crack, programas de tratamiento breve, autocontrol, autoeficacia, modelos cognoscitivo conductuales, entrevista motivacional, prevención de recaídas.

## SUMMARY

Nowadays cocaine consumption (either like dust or in form of crack) in Mexico is a serious concern for all the specialists in public health care because of all the economic, social, psychological, and physical problems that it causes. Due to that, it is important to develop attention service programs and adequate treatments to match patient needs.

Maude Griffin et al. (1998) affirm that out of the different models of therapy, the Cognitive Behavioral Approach is the one that has shown the greatest effectiveness.

This present study is based on the Guided Self-Change Treatment Model by Ayala, Cárdenas, Echeverría and Gutiérrez (1995), adapted for Mexican population (Sobell & Sobell, 1993). It is based as well, in the Cognitive Behavioral Approach for Treating Cocaine Addiction by Carroll (1998), the former, proposed by the National Institute of Drug Abuse (NIDA) -the institute which does the majority of the research on addictions- as one of the models to work with the addictive behaviors. Both models have shown great effectiveness and competence to work with the substance consumption.

The objective of this study was to develop, apply and evaluate a brief Cognitive Behavioral model of treatment for cocaine users.

19 subjects (18 men and one woman) whose ages range from 20 to 39 years old ( $X' = 26$  years old) with an average length of education of 11.89 years participated in the present investigation.

The instruments used were: an admission slip, an initial selection questionnaire, a Reported acceptance format, the Structured Clinical Interview for DSM IV, the Drugs Abuse Screening Test (DAST), the Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ), the Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS), a client self-report of Drugs Consumption, an Initial Interview, the Time-Line Follow back and the Addiction Severity Index, the Social validation questionnaires and the Client Satisfaction Questionnaire.

This treatment was administered at the Psychological Services Center and at the Acasulco Center, both part of the Psychology Faculty of the UNAM.

It was a clinical randomized design

The activities of the development, application and evaluation of the model were carried out in 7 phases:

- I. Development of the reading material for the treatment.
- II. Selection of the instruments used in the treatment
- III. Piloting of the treatment program
- IV. Diffusion of the program
- V. Approval and evaluation of the treatment program

### Treatment Program

- First Session: decisional balance and treatment goals
- Second Session: management of high-risk situations related to cocaine intake.
- Third session: identifying and coping with thoughts about cocaine intake.
- Fourth session: identifying craving and coping with it
- Fifth session: refusal skills and assertiveness
- Sixth session: seemingly irrelevant decisions
- Seventh session: problem solving
- Eighth session: re setting of goals and plans of action and social validation of the treatment
- Follow-up at one, three and six Months

When finishing the administration of this treatment program, the results of all the indicators showed important positive modifications. Some of the most important results indicated the following facts: at the beginning, in the CAD, 0% of the subjects indicated to have no problems, 5.3% indicated to have light problems with the consumption of cocaine, 47.4% moderate problems, 21.1% substantial problems and 26.3% severe problems. By the end of the treatment, 27.8% of the subjects indicated to have no problems, 44.4% light

problems and 27.8% severe problems and no subject indicated to have substantial or severe problems. The differences between both conditions were significant in .0001. According to the symptoms indicated by the DSM IV, an important decrease was observed through the end of the treatment. The average daily cocaine intake in the group of subjects before the program was 2.07 gr., 0.44 gr. during the program and 0.08 gr. after the treatment. The abstinence week's percentage before the treatment was 31.04%, while during the program it was 80.53% and it reached 2.8% after the treatment. In the CACD as well as in the ISCD, significant positive changes from the beginning until the end of the treatment could be observed. In relation to the satisfaction of the average lifestyle, the majority of the subjects indicated to be very satisfied or satisfied after the treatment.

Then, it is stated that the results showed significant and important changes in the pattern of cocaine intake in practically all consumers in the group, who had presented low, medium and high levels of dependence to the substance. These changes were shown, during the treatment in a greater number of days in which the subjects remained abstinent (compared with the base line) and as a rule, in some case a more moderated consumption at High-Risk Situations. These modifications seemed to be maintained during a period of at least 6 months after the end of the treatment program (follow-up time). These changes in the consumptions pattern were accompanied by an increase in the level of self-confidence (self-efficacy); and allowed either cessation or control of the quantity and frequency of the intake of the drug as well as a greater control of the intake during different high-risk situations, by reducing the number and type of problems (associated to the use of the substance) that should be faced in everyday-life situations.

A sensation of improvement in life's quality, derived from the perception that they have experienced an important progress in the solution of their problem of intake of the drug, was felt.

The shortness, low cost and high level of effectiveness, make this model of treatment especially appropriate for a society such as the Mexican, which has few resources to establish programs of specialized attention led to modify the consumption of substances. This is a short-term treatment that can be adapted to the resources and the capabilities of the majority of the treatment centers related to health problems. The Cognitive Behavioral Approach has been extensively evaluated in rigorous clinical settings and holds a solid empirical support as a treatment for cocaine consumers. It is a structured goal-oriented program, focused in the short-term problems that the users have to face. It is also a flexible and individualized model that can be adapted to either a great rank of patients or to a great variety of settings (internal and external patients) or formats (individually and group). It is compatible with other types of treatment, like the pharmacological-therapy.

This way, the fact that brief models, directed to impact the consumption of substances (especially for majors drugs as the cocaine) in a secondary level of attention in Mexican public health care institutions could be incorporated, would make possible that a greater part of that population (adolescents and adults) whose cocaine intake pattern puts them in risk of developing a more severe dependence to the substance, received an adequate service that can help them cope with a huge number of problems associated their cocaine intake. Most of these consumers do not look for specialized models of treatment for specific substances (due to the lack of them in Mexico now), but instead, they look for those in which they focus on a more severe kind of dependence without getting the appropriate help to solve their problem.

If the professional field on treating addictions becomes more public health-oriented, the brief Cognitive Behavioral programs will establish itself as a good option to be adopted in health services for the first or second level of attention (Ayala, Echeverría, Sobell and Sobell, 2001).

**Key words:** cocaine, crack, brief treatment programs, self-control, self-efficacy, Cognitive Behavioral model, motivational enhancement, prevention of relapse.

## PRIMERA PARTE

En esta primera parte se describen los antecedentes teóricos que sustentan al modelo de tratamiento desarrollado en esta investigación. Son seis capítulos. El primero es sobre la cocaína. El segundo habla de la epidemiología de las drogas ilegales y de la cocaína en México. El tercero es una aproximación teórica a los modelos de terapia breve. Cuarto describe los modelos de tratamiento más comunes para abordar el consumo de cocaína. El quinto es un panorama sobre los tratamientos para cocaína en México. El sexto describe las características de los modelos de tratamiento breve cognoscitivo-conductual dirigidos al consumo de sustancias, en este caso, se desarrolla un modelo dirigido especialmente al tratamiento de la cocaína.

## INTRODUCCIÓN

La cocaína es un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al sistema nervioso. Hay dos formas básicas de la misma, que son las más consumidas en México: el clorhidrato de sal (cocaína en polvo) y los cristales de cocaína (crack o piedra). Ambas formas son fuertemente adictivas, aunque los cristales, al fumarse, hacen que el consumidor se sienta eufórico en menos de 10 segundos. Por otro lado, mientras más rápida sea la absorción, más intenso es el "high", pero también es menor el tiempo que dura el efecto de la droga.

La cocaína es, en los Estados Unidos, la droga de los años ochenta y noventa, debido a su gran popularidad y uso durante esas décadas. En México, el surgimiento de su consumo se da, sobre todo, en la segunda mitad de la década de los ochenta, aumentando vertiginosamente en los noventa. De hecho, la cocaína es la droga que más ha aumentado su consumo en los últimos 15 años, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988, de 1993 y de 1998 (ENA, 1988, 1993 y 1998).

El consumo de la cocaína es un problema serio que aflige a nuestra patria. En la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) se estimaba que 1.45 % (casi 700 000 personas) de los mexicanos de 12 a 65 años (en población urbana) había usado esta sustancia alguna vez en la vida.

Actualmente la ciencia conoce muchos de los efectos de esta droga en el organismo, así como de los numerosos problemas conductuales asociados a su consumo. Se conocen las características del deseo de consumo, las situaciones que se pueden convertir en disparadores del consumo, así como de los problemas que ocasiona en la vida del consumidor el uso de esta sustancia, entre otros.

La adicción y el abuso de la cocaína son problemas muy complejos que ocasionan cambios biológicos en el cerebro y que afectan una diversidad de aspectos sociales, familiares y ambientales.

El consumo de cocaína en pequeñas cantidades hace que el sujeto se sienta eufórico, con energía, más conversador y más alerta a los diferentes estímulos visuales, táctiles y auditivos. Ayuda a disminuir el deseo de comer y dormir. Los efectos fisiológicos a corto plazo son contracción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas, aumento de la temperatura corporal, del ritmo cardíaco y de la tensión arterial. Las muertes ocasionadas por consumo de cocaína suelen ocurrir por paros cardíacos o por convulsiones seguidas por un paro respiratorio.

El tratamiento para la adicción a la cocaína es muy complicado y debe dirigirse a una variedad de problemas. Como cualquier buen plan de tratamiento, las estrategias dirigidas a contrarrestar la adicción a la cocaína tienen que tomar en cuenta los aspectos psicológicos, sociales (y en ocasiones farmacológicos) del abuso de la droga.

Debido al uso tan significativo que hay de esta sustancia, se han destinado grandes esfuerzos al desarrollo de programas para el tratamiento de su adicción en otros países, como Estados Unidos o Canadá.

En la revisión de la literatura sobre tratamientos actuales dirigidos específicamente a los consumidores de cocaína, no se encontraron referencias sobre servicios de atención especializados y probados empíricamente en la Ciudad de México. En ese sentido, es un hueco muy importante que se necesita llenar, dada la problemática asociada con el consumo tan alto que hay de esa sustancia.

En este trabajo, se presentan los resultados de una investigación cuyos objetivos fueron desarrollar, aplicar y evaluar un modelo de tratamiento breve cognoscitivo conductual para consumidores de cocaína. Parece ser que este es el primer esfuerzo sistemático y empírico que se ha hecho en México para implementar un tratamiento específicamente dirigido a consumidores de cocaína.

La primera parte de la tesis es sobre los fundamentos teóricos del modelo que se está proponiendo. En el primer capítulo se examinan los efectos que tienen las drogas en general, y en

particular la cocaína. Con respecto a esta última, se hace una breve revisión de su historia, formas de consumo, efectos tanto en el sistema nervioso como conductuales, así como los problemas asociados, además de explicar el fenómeno de la adicción y el papel que juega el condicionamiento clásico en la misma.

El segundo capítulo da un panorama del consumo de drogas en México, enfocándose especialmente en la epidemiología del consumo de cocaína. Se revisan las encuestas en población general, en población estudiantil, en hogares, en los CIJ, en los sistemas de información y en otro tipo de fuentes.

En el tercer capítulo se hace una breve revisión de lo que son las terapias breves dirigidas a las adicciones, y de la importancia que tienen este tipo de modelos para trabajar este problema. Se describen algunos de los modelos más representativos: los cognoscitivo conductuales, los estratégico interaccionales, los humanístico-existenciales, los psicodinámicos, la terapia familiar, la grupal, la terapia enfocada a las soluciones y la terapia interpersonal.

En el cuarto capítulo se analizan los tratamientos que hay específicamente dirigidos al consumo de cocaína. Se dan los datos sobre la efectividad de los tratamientos; y se hace especial énfasis sobre las virtudes que tienen los tratamientos cognoscitivo conductuales.

En el quinto capítulo se revisan los servicios de salud para adicciones en México, junto con su marco jurídico normativo. Se explora lo que hay sobre prevención, tratamiento y rehabilitación, y lo que no hay para trabajar específicamente sobre el problema del consumo de la cocaína. Por último, se analizan las metas que tiene la Secretaría de Salud para reducir el problema del consumo de drogas en México.

En el sexto capítulo se hace una descripción exhaustiva de las características del modelo de tratamiento en el que nos estamos basando.

La segunda parte de la tesis describe todo lo relacionado con la investigación realizada. Una vez terminado el marco teórico del proyecto de investigación viene el apartado de Método, donde se describe todo lo referente a la investigación: objetivos, sujetos, criterios de inclusión y exclusión, escenario, diseño, instrumentos utilizados y procedimiento.

El apartado de resultados tiene tres secciones: la primera parte habla de las características generales de los sujetos que participaron, resultados generales de la intervención y la evaluación final; la siguiente parte se ejemplifican los resultados del sujeto típico, del mejor sujeto y del peor sujeto; por último, se analizan los resultados de la validación social del tratamiento.

Posteriormente viene el apartado de discusión, donde se analizan y discuten los resultados obtenidos.

Se incluyen tres anexos, con información relevante para establecer algunos aspectos de la investigación. El primero es el de Prevención de Recaídas, el segundo es el de Entrevista Motivacional y en el tercero, se hace una breve revisión general de las Teorías de Aprendizaje, que fundamentan al consumo de sustancias.

## CAPÍTULO 1. COCAÍNA

### INTRODUCCIÓN

El consumo frecuente de sustancias psicoactivas puede tener consecuencias de tipo médico, psicológico y social. Las consecuencias en el estado de salud dependerán del tipo de sustancia que se trate, del tiempo de exposición y de la cantidad.

En lo social, las consecuencias estarían mediadas por las normas sociales de cada sociedad, y en el consumo influyen las condiciones de pobreza, las políticas públicas, la economía, etc. de esa determinada entidad. Y como resultado del consumo se pueden presentar situaciones de delincuencia, accidentes, hechos violentos así como otras consecuencias.

En lo psicológico puede hacer que se modifiquen las sensaciones de la vista, el oído y el tacto, modificar el estado de ánimo, la motivación para la vida en general, ocasionar problemas en la relación con los otros significativos; se pueden sentir intranquilos, ansiosos e irritables.

La cocaína es un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al cerebro. El arbusto del que se extrae la coca (eritroxilon coca) crece principalmente en el cono andino.

Básicamente hay dos formas químicas de la cocaína. El clorhidrato de sal y los cristales de cocaína. El clorhidrato de sal, o cocaína es un polvo blanco, fino y cristalino que en ocasiones contiene partículas que parecen rocas minúsculas (perceptibles a simple vista), y que se conoce como coca, nieve, queso, etc. Como alcaloide, tiene nitrógeno en su estructura molecular (Pulvirenti & Kobb, 1996). Usualmente se consume muy impura, ya que normalmente se le agrega talco, azúcares, lactosa, manitol, harina, maicena, anestésicos locales, cafeína, procaina, benzocaina o incluso otros estimulantes, como las anfetaminas. Generalmente se consume aspirando el polvo por la nariz, pero también puede inyectarse, diluida, en las venas.

El crack (o freebase) es un compuesto que no ha sido neutralizado por un ácido para producir clorhidrato de sal. El crack es una forma de cocaína cristalizada que se prepara con ciertas sustancias alcalinas para reducir su punto de fusión y así poder fumarla mezclada con tabaco en cigarrillos o sola en pipas u otro tipo de contenedores. El crack tiene los mismos efectos que la cocaína sólo que los síntomas se presentan más rápidamente y con mayor intensidad, lo que la vuelve más adictiva.

Se sabe que algunas enfermedades asociadas al consumo de drogas pueden ser, en su fase más avanzada y solo en algunos casos, de carácter crónico, irreversible, incapacitante y letal. El consumo de sustancias puede dar lugar al deterioro en la calidad de vida de los usuarios y a la pérdida de años potenciales de vida saludable; también puede incidir en la disminución de la productividad, el incremento del absentismo laboral, la sobre utilización de los servicios de salud, y el aumento de las tasas de mortalidad por padecimientos asociados, lo que se traduce en un elevado costo social.

### ANTECEDENTES Y CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS

En este capítulo se mencionan algunos de los antecedentes así como de las consecuencias que pueden estar asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, en el ámbito familiar, social e individual.

### ANTECEDENTES DEL CONSUMO DE DROGAS

Respecto al ámbito social, se ha encontrado que la percepción de que el consumo de drogas es o poco peligroso o no lo es, es un factor de riesgo que predice la experimentación y el uso continuo de

sustancias psicoactivas (Kaplan, Hush & Bieleman, 1994). En tanto que el hecho de que los amigos acepten el consumo de drogas (tolerancia social), predice que un adolescente experimente y abuse de ellas. Otro factor de riesgo importante que se ha relacionado con el consumo de estupefacientes es la percepción del adolescente de la fácil disponibilidad o el fácil acceso a las drogas. Por otro lado, Weisz (1996) encontró que es más probable que los sujetos que mejor perciben la propia identidad social, quizás tengan mejores resultados en tratamientos para cocaína, que aquellos sujetos que la perciben pobremente.

En este entorno los amigos representan un papel importante, de manera que la asociación con consumidores de drogas es el principal predictor de que un adolescente inicie, continúe e incluso abuse del consumo de las drogas. De hecho, en la adolescencia, los amigos se convierten en la influencia más importante relacionada con el consumo, por lo que este aspecto ha sido ampliamente documentado (Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño & Juárez, 1995).

Kaplan, Hush y Bieleman (1994) indican que en el ámbito familiar, se han encontrado como predictores importantes el que los padres o los hermanos consuman drogas. Asimismo, si alguno de ellos tiene problemas con su consumo de alcohol, este es un predictor del uso experimental de drogas. Por otra parte, se ha encontrado que un factor protector en contra del inicio del consumo de estas sustancias es la adecuada comunicación familiar con el adolescente. Por su parte, Moreno (1997) señala que otros factores familiares involucrados en el consumo de drogas es el escaso involucramiento de los padres con las actividades de los hijos. Las expectativas limitadas de los padres con respecto a los hijos, inducción de sentimientos de culpa como mecanismos de control, no directividad y permisividad de los padres de familia, la comunicación negativa (crítica, falta de respeto), falta de límites o límites difusos, padres de temperamento violento y/o no comunicativo, escasa supervisión de los padres en las actividades extraescolares, padres aislados (solteros o la ausencia de uno o ambos padres), violencia intrafamiliar, maltrato físico (golpes, violación, tortura), maltrato psicológico (gritos, regaños exagerados, amenazas), padres mentalmente enfermos o antisociales.

Otra esfera que presenta un aporte sustancial en la predicción del consumo de drogas es el individual. En esta área se ha reportado que la depresión (Husband, Marlowe, Lamb, Iguchi, Bux, Kirby & Platt, 1996) y el haber sido víctima de abuso sexual son predictores tanto del uso experimental como del consumo de sustancias. En tanto, la ideación suicida, el nivel de estrés familiar y social y un bajo rendimiento escolar son factores que predicen la experimentación y un uso moderado de drogas.

Sterling, Gottheil, Weinstein, Lundy y Serota (1996) afirman que el bajo control personal y el sentido de poco significado de la vida, atributos asociados con patrones de indefensión aprendida, han sido descritos como disparadores para el consumo de drogas, así como mantenedores del abuso crónico de drogas.

Otros factores predictores de la ocurrencia de problemas en los usuarios son el nivel educativo, en donde se ha encontrado que a menor escolaridad, hay mayor riesgo de tener problemas de dependencia o familiares; así mismo el género, donde el ser consumidor hombre implica mayor riesgo de tener problemas en el área familiar; y la edad en que el sujeto inicia su consumo, ya que un inicio más temprano implica mayor riesgo de tener problemas en el área familiar.

Palij, Rosenblum, Magura, Handelsman y Stimmel (1996) llevaron a cabo un estudio que identifica algunos factores relacionados con el consumo de cocaína; observaron que la cantidad de consumo de cocaína depende del día de la semana, con el sábado como el día de mayor consumo y el domingo como el de menos; la intensidad del deseo, el buscar resistirse a su consumo, recibir dinero o traer dinero en efectivo, el ofrecimiento directo de la droga, ver físicamente a la sustancia, además de la parafernalia relacionada.



## CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS

El poliuso y la frecuencia de consumo drogas son los factores principales que predicen la ocurrencia de problemas asociados. Específicamente, se encontró que el principal predictor de los problemas familiares y psicológicos es el poliuso de sustancias. En tanto, para los problemas de dependencia y los sociales el predictor principal es la frecuencia de consumo (Villatoro, 1994).

Algunas consecuencias físicas del consumo de droga dependen del tipo de droga de que se trate. Por ejemplo, los depresores del sistema nervioso hacen que el sujeto tenga una menor coordinación motora y lentitud de los reflejos; un lenguaje farfullante, poco claro y errores de pronunciación, aumento del apetito. En cambio, los estimulantes del sistema nervioso elevan el tono psicológico, el nivel de vigilia, modificando el estado de ánimo y emocional. A continuación se mencionan las probables consecuencias que puede traer el consumo de sustancias en general.

Dentro de las consecuencias médicas del consumo de drogas (en general) a largo plazo están la gastritis, deficiencia vitamínica, malestares gastrointestinales, impotencia sexual, daño hepático, daño cerebral, alteraciones en el corazón, pulmones, músculos, sangre, mareos y vértigo, vómito, dolor abdominal, sudoración, aumento de la presión arterial, taquicardia y arritmias cardíacas, complicaciones cardiovasculares, cáncer de pulmón, boca, esófago, estómago u otros, problemas en el embarazo, disminución de los niveles de testosterona, riesgo de esterilidad, disminución del placer sexual, aumento de la temperatura corporal, convulsiones, palpitaciones, dolor de cabeza, dificultades para respirar, poco control de esfínteres, daño cerebral irreversible, desnutrición, coma, estreñimiento, depresión respiratoria, cianosis labial, edema pulmonar, abscesos e infecciones en la piel, temblores y escalofríos, contagio de enfermedades venéreas, VIH (Edlin & Irwin, 1992; Gordis, 1989; Gossop, 1989; Katzung, 1991)

Entre las consecuencias psicológicas se encuentran las alteraciones de la memoria, alteraciones en la conciencia, en la percepción de cualquier estímulo físico, insomnio, alteraciones en el sueño, inestabilidad en el humor, irritabilidad, sentimientos de frustración, dificultades en la concentración, psicosis paranoide, euforia, estados de pánico y miedo muy intenso, indiferencia al dolor y la fatiga, conductas impredecibles, anhedonia y depresión, desorientación, poca noción del peligro, inquietud, desasosiego, confusión, somnolencia, aislamiento, pérdida del estado de conciencia, delirios, alucinaciones, baja autoestima, manejo inadecuado del tiempo libre, flashbacks (Caraveo & Colmenares, 2002; Bunn & Clarke, 1979).

Algunas consecuencias sociales relacionadas al abuso de sustancias son la pérdida de amistades, problemas sociales continuos, aislamiento, robos, endeudamientos, pérdida de pareja y familiares, pérdida de empleo, abandono escolar, riñas, enfriamiento de relaciones, se puede volver tímido e inseguro, problemas continuos con sus patrones (Madden, 1986).

Es importante, desde el punto de vista del tratamiento de adicciones, conocer lo relativo a los daños que el consumo de drogas puede causar en el usuario y sus repercusiones en la sociedad. Si el terapeuta conoce cuáles son las probables repercusiones del consumo, al evaluar al paciente y observar qué alteraciones ya presenta, es más factible que pueda intervenir de manera más adecuada, al conocer la severidad de la adicción. Si consideramos estos hechos, es importante que el usuario sepa los riesgos que se corren cuando se consumen drogas, cuestión que puede motivarlo a decidir dejar el consumo de las drogas. Además de que al aumentar la frecuencia y la cantidad de consumo de las mismas, hay más riesgo de sufrir alteraciones importantes en cualquiera de las áreas incluidas, que son la social, familiar, individual (psicológica, de salud, económica, etc.).

## HISTORIA DEL CONSUMO DE COCAÍNA

Aunque el uso inicial de la coca se asocia generalmente con las civilizaciones peruanas prehispánicas – específicamente el imperio Inca - los antecedentes del uso de la planta de coca por humanos se remontan al siglo IX a. c. ya que se han encontrado hojas del arbusto en tumbas de las zonas arqueológicas pertenecientes al área del Amazonas (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 1998).

Sin embargo, es hasta aproximadamente el año 1200 D. C. que pueden documentarse los primeros ritos en los que el uso de hojas de coca aparece con propósitos religiosos entre los sacerdotes incas asociado a la leyenda de Manco Capac. Los pueblos andinos, para combatir el hambre y el cansancio, masticaban hojas secas de *Erythroxylum Coca* junto con cal o cenizas de otras plantas. Los incas atribuían a la droga un significado social, político y religioso especial.

A partir del año 1553 con la conquista española de América del Sur, se usó la hoja de coca para aumentar el rendimiento de los esclavos indígenas en las minas de plata. Además, se buscó terminar con la asociación ritual y religiosa que tenía el fármaco en el pueblo (lo mismo sucedió con el peyote, la marihuana y los hongos en otras culturas prehispánicas), ahora sometido a nuevas tradiciones y cultos.

La coca se aisló por primera vez en Alemania en 1857, donde se descubrieron sus propiedades como anestésico local aprovechable en oftalmología. Albert Niemann (1860) logró aislar a partir de hojas de coca, el alcaloide cocaína. Una de las industrias en las que la cocaína tuvo impacto inicialmente fue en la elaboración de tónicos y bebidas revitalizantes. Así Angelo Mariani popularizó el Vin Mariani (1880), vino que se pone de moda en Europa como tónico (contenía dentro de su fórmula cocaína).

De los impulsores más ilustres del uso de la cocaína como medicamento se ubica a Sigmund Freud. El creador del psicoanálisis publicó (1884) el tratado "Über Coca" donde relata su propia experiencia como usuario del fármaco (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 1998), recomendando su consumo para tratar afecciones físicas y psicológicas (ej. depresión, alcoholismo, asma y problemas gastrointestinales).

El mismo Freud motivó a su amigo Fleischl-Marxow a usar esta sustancia para superar su adicción a la morfina, experimento del cual no se obtuvieron buenos resultados ya que la adicción de la primera sustituyó a la segunda. Además el doctor Fleischl-Marxow pasó a la historia de la psiquiatría como el primer caso documentado de psicosis inducida por cocaína (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 1998).

La cocaína también fue recomendada y utilizada experimentalmente por Sigmund Freud como anestésico local, al igual que Halstead. Koller – por recomendación de Freud - usó con éxito la cocaína como anestésico local en oído, boca y ojo. Freud, en su publicación final sobre la droga en 1887, "Anhelos y miedo a la cocaína", se retractó de su apoyo al uso de la cocaína para tratar la adicción a los opiáceos, pero negó que la cocaína fuera adictiva.

Sin duda el caso más popular de distribución lícita de cocaína a finales del siglo XIX es el de la fórmula del refresco "Coca-cola", patentada en 1886 por Pemberton. No es hasta 28 años después, con la denominación del fármaco como sustancia ilegal, que se modificó la fórmula Coca-cola y se sustituyó la cocaína contenida en el refresco por cafeína; aunque se siguió usando la hoja (sin el alcaloide) como saborizante hasta hace algunos años.

En 1902 se hace la síntesis de novocaína. En 1914 se promulga en Estados Unidos la Ley Harrison sobre Narcóticos, que prohíbe el consumo de la cocaína. A partir de esta fecha se inicia el tráfico ilegal de la sustancia en EU; es hasta la década de los setentas que logra un auge ya alarmante a nivel interno en este país. El consumo limitado de cocaína durante estas casi seis décadas se debió a que entonces la venta de anfetaminas era legal. Así, los consumidores potenciales de cocaína disponían legalmente y sin necesidad de receta médica fármacos con efectos similares, por lo que no necesitaban tomar riesgos con una sustancia prohibida (Grinspoon & Bakalar, 1976). La epidemia actual de consumo de cocaína inicia en setentas y coincide con la restricción de la producción y venta de anfetaminas en los Estados Unidos.

## CLASIFICACIÓN DE LA COCAÍNA

No hay una sola clasificación aceptada de categorías de drogas. No solo hay diferentes categorías usadas con diferentes grupos blanco, sino que las categorías pueden cambiar con el tiempo debido a que puede haber nuevas drogas que se hacen disponibles, o drogas rara vez usadas que se hacen populares. Además, dentro de una gran categoría pueden variar en la intensidad de sus efectos y en los tipos de problemas que podrían resultar de su uso. Por lo tanto, la mejor estrategia es medir y analizar las drogas de interés más importantes lo más específicamente posible.

Hay diferencias notables en los criterios para enmarcar los diferentes tipos de sustancias atendiendo a su capacidad adictiva, a las respuestas que provocan en los procesos cognoscitivos, a la acción que ejercen en el organismo, a la posible influencia que tienen en el sistema central, a su posible valor terapéutico, etc. Estos son algunos de los criterios utilizados para definir una clasificación de las sustancias adictivas. Estas clasificaciones pueden ser importantes en varios sentidos: desde el punto de vista legal hay sustancias cuyo uso está penado por la ley, para así poder definir políticas generales en contra del uso y distribución de las sustancias ilegales. Desde el punto de vista médico en el sentido de saber cuáles tienen como objetivo principal un valor terapéutico y cuáles se utilizan con otros objetivos diferentes. Desde la perspectiva psicológica, ya que su clasificación nos puede indicar cuales son sus principales características y el tipo de adicción que resulta de su uso, lo que se puede relacionar con algún tipo de tratamiento determinado; el tipo de prevención más adecuado, dependiendo de la forma de distribución y venta; sus características adictivas, entre otras.

Ante el panorama epidemiológico del consumo de drogas en México, la Secretaría de Salud (Programa de Reforma del Sector Salud y Programa Contra la Farmacodependencia, que surge de la ley general de salud) tiene como principal meta disminuir la prevalencia del uso de sustancias, para reducir los daños sociales y económicos que trae consigo.

Hay dos líneas de acción legislativa para detener el problema: 1. Derecho a la protección de la salud. Este derecho se ofrece como una garantía social en nuestro país en el artículo 4º Constitucional, y contempla que deben destinarse recursos para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas asociados con la fármaco dependencia con las líneas trazadas en el Programa Contra la farmacodependencia de la Ley General de Salud. 2. Clasificación de los medicamentos, estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Esta clasificación se establece en la Ley General de Salud, y contempla a los estimulantes como estupefacientes en su artículo 245. La clasificación como estupefaciente data de los 70's, después de que se ratifica la convención internacional del código sanitario de 1970 (Medina Mora, 2003).

En la Ley General de Salud, las disposiciones sobre estupefacientes y psicotrópicos derivan del concepto de medicamento y fármaco (adicionado en la reforma de mayo de 1997). Medicamento es toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético con efecto terapéutico, preventivo o de rehabilitación. Fármaco es toda sustancia natural, sintética o biotecnológica que tenga alguna actividad farmacológica y que reúna las condiciones para ser empleada como medicamento o ingrediente de un medicamento (Art. 22, fracciones I y II de la Ley, y 1123 del reglamento).

Con respecto a los medicamentos, señala que pueden ser alopáticos, homeopáticos o herbolarios y de acuerdo a su forma de preparación los clasifica en: magistrales (conforme a la fórmula prescrita por un médico), oficiales (de acuerdo a las reglas de farmacopea mexicanas) o especialidades farmacéuticas (con fórmulas autorizadas de la Secretaría de Salud, en establecimientos de la industria químico-farmacéutica) [Art. 224]. En tanto que, el proceso de los productos que contengan derivados de plantas medicinales queda sujeto a control sanitario respetando las especificaciones de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas al respecto (art. 223).

La lista de sustancias que identifica como estupefacientes es amplia e incluye: marihuana, coca, cocaína, codeína, adormidera, heroína, metadona, morfina y opio, entre otras. Las clasifica de acuerdo al artículo 245 en cinco grupos según su valor terapéutico y riesgo de abuso, con la finalidad de establecer medidas de control y vigilancia que deberán adoptar las autoridades sanitarias.

La mayor parte de los estimulantes como el MDMA (metilendioximetanfetamina, también conocido como éxtasis) o la cocaína se ubican en el Grupo I, el cual incluye sustancias que tienen un valor terapéutico escaso o nulo, pero que por ser susceptibles de abuso, representan un serio problema de salud pública.

Brailowsky (1999) distingue dos tipos de estimulantes: los menores o metilxantinas, como el café, té y chocolate; y los mayores, como la cocaína y las anfetaminas. Para la nicotina propone otro apartado por combinar efectos estimulantes y depresores.

Por su parte, Velasco (1997) divide en cinco los grupos principales de drogas, y a la cocaína la clasifica como estimulantes del sistema nervioso central, junto con las anfetaminas, cafeína, metilfenidato, anoréxicos y nicotina.

Así mismo, la Addiction Research Foundation (1992) hace una clasificación de las drogas mucho más extensa que la que hace Velasco. A la cocaína y crack/de base libre las pone como una categoría aparte.

## FUNDAMENTOS SOBRE LA COCAÍNA

Los estimulantes son sustancias que aumentan el estado de vigilia, incrementan el estado de alerta, aumentan el estado de conciencia, se percibe más intensamente el medio exterior y se responde de manera más rápida a los estímulos del medio externo, combaten el sueño, producen sensación de energía incrementada y excitación.

Estas sustancias incrementan la cantidad de neurotransmisores monoamínicos en el espacio intersináptico (Brailowsky, 1999; Díaz, 1997; Lorenzo, Ladero, Leva & Lizasoain, 1998; Meana & Barturen, 1993; Snyder, 1986), de ahí que sus efectos en el organismo reproduzcan los efectos de una sobrestimulación de las neuronas noradrenérgicas, serotoninérgicas y dopaminérgicas.

**Tabla 1. Neurotransmisores implicados en los mecanismos de acción de los estimulantes y sus funciones.**

VÍA NEURONAL	FUNCIONES
Noradrenalina	Parte del sistema nervioso simpático. Ayuda a modular conductas de huida o enfrentamiento (alerta) Prepara al organismo para la emergencia
Serotonina	Regulación del sueño y estados de ánimo Control de ingesta de alimentos Control de la temperatura corporal
Dopamina	Parte del circuito de recompensa Mecanismos de sensación de placer Control de movimientos voluntarios Influencia en secreción hormonal

\*Fuente: Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (1998).

De esta manera, para comprender más claramente el efecto de los estimulantes en el organismo, puede resultar de ayuda revisar las funciones que normalmente cumplen estas vías neuronales (ver Tabla 1). A partir del funcionamiento natural de estos neurotransmisores en el sistema nervioso, se puede explicar cómo la interacción de los diferentes estimulantes con cada tipo de neurotransmisor contribuye a la presencia de sus efectos específicos.

## VARIACIONES O PRESENTACIONES DE LA COCAÍNA

La cocaína es una sustancia que se obtiene de las hojas de la planta *Erythroxylon coca*, así como de otras especies del mismo género.

Por su estructura química se trata de una base aminoalcohólica cercanamente relacionada con la atropina. La cocaína es un éster del ácido benzoico y está formada por una base que contiene nitrógeno. Su estructura básica es la misma que la de los anestésicos sintéticos, de ahí que comparte con ellos algunas propiedades de ese tipo. En la actualidad, la cocaína no tiene uso terapéutico y en la mayor parte de los países del mundo se considera un psicotrópico de producción y consumo ilegal.

La cocaína puede sufrir varias transformaciones desde la hoja de coca, las cuales resultan en diferentes preparados que implican diferentes vías de administración (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasonain, 1998; Meana & Barturen, 1993). La duración e intensidad de los efectos del consumo del fármaco dependen en gran medida de la vía de administración. La Figura 1 (ver final del capítulo) muestra el proceso de transformación química de la sustancia y los productos que de esta resultan.

### CRACK

Parece que los cristales de cocaína (*freebase* o *crack*) aparecieron en California en 1974. Se trata de un proceso en el que el polvo de cocaína adulterado se convierte en cocaína *freebase*. Calentando hidróclorido de cocaína en una solución acuosa de éter amoniacal se puede conseguir cocaína pura y cristalina. Esta puede fumarse en pipa (o en dispositivos especialmente diseñados para ello) y produce en el usuario un efecto más fuerte que el del polvo de cocaína.

En términos prácticos, la mayoría de la *freebase* (también conocida como base o roca) que se hacía en los años setenta no se confeccionaba con medios sofisticados que producen un producto de gran calidad, se hacía *horneando* sosa y solo tenía como nombre crack. El crack debe su nombre a los sonidos en forma de chisporroteo (en inglés *crackling*) que producen las rocas o piedras cuando se fuman en pipa. Parece que la palabra crack se utilizó por primera vez en los medios de comunicación en el *New York Times* el 17 de noviembre de 1985 (Rudgley, 1999). Se le conoce popularmente como rock, roca, piedra o baserola.

El popularmente denominado crack es una variedad de cocaína base. Hay varias técnicas para prepararla: en una se obtiene al preparar el clorhidrato de cocaína en vapor de agua y bicarbonato de sodio; otra consiste en calentar hidróclorido de cocaína en una solución acuosa de sosa *horneada* y fumar el residuo de la cocaína resultante.

El crack contiene a la sustancia en forma de alcaloide. Esta es una forma compleja, no ionizada y sólida de cocaína sumamente barata debido a que es una variedad impura y de baja concentración de la sustancia, cuyos efectos son más cortos que los de la cocaína normal.

Esta sustancia se evapora a temperaturas relativamente bajas y su absorción y distribución avanza por la vía pulmonar hacia el corazón y el cerebro de forma rápida y completa, induciendo un estado de intoxicación en menos de 15 segundos y persiste por un lapso de cinco a diez minutos.

### BASES NEUROLÓGICAS DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA

Los resultados de la investigación animal relacionada con drogas sugieren que hay un sustrato cerebral, dotado de un mecanismo neuroquímico especializado, que responde selectivamente a algunos fármacos y que no es exclusivo del hombre.

Se han hecho muchos estudios para entender la forma en que la cocaína produce sus efectos placenteros y la razón por la que crea adicción. Un mecanismo es a través de afectar las estructuras

profundas del cerebro. Los científicos han descubierto que cuando se estimulan ciertas regiones del cerebro se produce una sensación de placer. Las investigaciones sobre los centros cerebrales en los que actúa la cocaína se han centrado en el sistema mesolímbico y el sistema límbico (relacionado con las emociones, el ánimo y la motivación, e incluye estructuras como la amígdala, el núcleo accumbens, el septum, etc).

El sistema mesolímbico se origina en el área tegmental ventral del mesencéfalo, y envía sus axones hacia estructuras estriales, límbicas y corticales. Este funciona directamente con la liberación de dopamina (Belsaso, Estafán & Juárez, 2001). Los estudios efectuados muestran que los agonistas de las catecolaminas (ej. anfetaminas) aumentan los mecanismos de liberación de dopamina, mientras que los antagonistas disminuyen esta liberación. Los antagonistas selectivos de la dopamina bloquean los mecanismos de recompensa, lo que ha resultado ser una línea de investigación promisoría en la búsqueda de nuevos fármacos para el tratamiento de las adicciones. Por lo tanto, el sistema mesolímbico es el principal regulador de la respuesta de recompensa ante una sustancia de tipo adictivo. Los fenómenos finales, que resultan de la estimulación del sistema mesolímbico y de otras partes del cerebro llevan a la neuroadaptación (cambios producidos en el sistema nervioso central, que tienen que ver con la regulación de los receptores, cambios en los canales de calcio voltaje dependientes, segundos mensajeros, expresión génica y otros, que culmina en una nueva adaptación).

La estimulación directa del área ventral del tegmento (AVT), del núcleo accumbens y del sistema mesolímbico ha permitido conocer aún más las respuestas que se presentan ante estímulos de agonistas y antagonistas. El conocimiento de receptores específicos en cada una de estas áreas ayudó a conocer más claramente los efectos y el funcionamiento de cada sustancia.

Uno de los sistemas neurales que parece más afectado por la cocaína se origina en la región del AVT. Sus células nerviosas se extienden al núcleo accumbens, una de las áreas claves del cerebro relacionada con el placer. En estudios con animales, todo lo que produce placer (ej. agua, comida, sexo y muchas drogas adictivas) aumenta la actividad en este núcleo. La cocaína, al excitar las neuronas del núcleo accumbens, activa los circuitos límbicos responsables de las motivaciones fisiológicas que caracterizan el instinto de supervivencia (como la búsqueda de alimento o de pareja), necesarias para la continuidad de la especie.

El núcleo accumbens forma parte de un circuito nervioso que nace en el mesencéfalo (área ventrotegmental), cuyas neuronas mandan sus prolongaciones hacia este núcleo, que a su vez, envía sus axones al núcleo pálido ventral (estructura del mesencéfalo). Del núcleo pálido parten axones hacia el tálamo mediodorsal y la corteza prefrontal del cerebro. Así, se conforma el circuito en cuestión: área ventrotegmental-núcleo accumbens-núcleo pálido-tálamo-corteza. Este bucle nervioso recibe señales moduladoras procedentes de la amígdala y la formación hipocámpal, compuesta por el hipocampo y la circunvolución dentada, entre otras estructuras.

Es probable que las drogas psicóticas que activan el sistema dopaminérgico mesolímbico faciliten los procesos a través de los cuales los estímulos inducidos adquieren un sentido motivacional. Lo mismo que otras drogas, la cocaína activa el circuito mesencéfalo-núcleo accumbens-pálido-tálamo-corteza y usurpa la función integradora (generación de pautas de comportamiento motivacional necesarias para la supervivencia), encausando las energías del organismo hacia la búsqueda de droga y de estímulos gratificantes naturales y fisiológicos.

El núcleo accumbens, junto con la amígdala, tienen una participación decisiva para tres efectos derivados de la acción de la cocaína: la euforia, la alteración de la conducta propia del consumo excesivo y el síndrome de abstinencia. En todos ellos el neurotransmisor implicado más directamente es la dopamina. Ambas estructuras trabajan de forma sinérgica con otras estructuras del SNC. La dopamina interactúa en el sistema límbico con otros neurotransmisores. Es necesario ver al circuito límbico como una unidad funcional.

Los investigadores han descubierto que cuando se está realizando un acto de placer, las neuronas en el AVT aumentan la cantidad de secreción de la dopamina en el núcleo accumbens.

En el proceso normal de comunicación, una neurona segrega dopamina dentro de la sinapsis, donde se liga con proteínas específicas receptoras de esta sustancia, en la neurona adyacente y por lo tanto envía una señal a esa neurona. Normalmente la dopamina se recicla a las neuronas transmisoras por una proteína especializada que es el transportador de la dopamina. Las drogas de abuso pueden interferir con este proceso normal de comunicación. Se ha descubierto que la cocaína se adhiere al transportador de la dopamina y bloquea la eliminación de dopamina, noradrenalina y serotonina, causando su acumulación y prolongando su actividad. Esta acumulación de dopamina causa una estimulación continua de las neuronas receptoras, lo que probablemente produce euforia, además de las alteraciones de la conducta y personalidad que reportan los usuarios de la cocaína (Pulvirenti y Kobb, 1996). El aumento de la presión arterial y de la vigilancia se debe a la mayor duración del efecto de la noradrenalina sobre la musculatura de los vasos y el tronco encefálico.

En los años ochenta se comprobó que el sistema límbico interviene decisivamente en la acción gratificante de la cocaína. Si se destruye el núcleo accumbens o se daña con una toxina específica, el animal (ej. el cobaya) pierde interés en la droga. Efectos similares se producen al lesionar las terminaciones nerviosas del complejo de la amígdala, otra de las estructuras clave del sistema límbico (Pulvirenti y Kobb, 1996).

En la manifestación de la euforia parece estar implicada la corteza prefrontal, que también tiene dopamina y está conectada con otras regiones del sistema límbico. Pero si las lesiones se localizan en estructuras dopaminérgicas que no forman parte de este sistema (como el núcleo estriado), las ratas siguen administrándose la droga igual que antes.

En intoxicaciones episódicas, la cocaína y otros psicóticos producen una breve sensación de euforia. Pero la reiteración y el consumo inducen la aparición de otros efectos, que pueden ir desde la agitación a psicosis de tipo esquizofrénico. También aquí la dopamina desempeña un importante papel.

Con relación en la plasticidad, las modificaciones en la propagación de la señal debido al aumento de la dopamina, que experimentan algunas estructuras cerebrales se suceden como sigue: el consumo habitual produce la estimulación repetida de las sinapsis que se adaptan incrementando su efecto (la misma señal produce un mayor efecto). Esto se conoce como sensibilización o tolerancia inversa. Así, el progresivo e inevitable descenso de la actividad eufórica se acompaña del aumento paradójico de otras acciones debidas a la droga.

La dopamina también juega un papel muy importante en el desarrollo de la adicción. Parece que la repetida estimulación de la neurotransmisión dopaminérgica durante la fase de intoxicación cíclica agota las terminaciones sinápticas. Parece que ahí reside el origen de la anhedonia y de las manifestaciones depresivas. En animales que inicialmente tenían acceso ilimitado a la cocaína, pero que posteriormente se les restringe, se observó un descenso de los niveles de dopamina del sistema límbico, ya que en las mediciones hechas con la técnica de microdiálisis se observó una menor concentración del neurotransmisor en las neuronas.

## FARMACOLOGÍA DE LA COCAÍNA

### FARMACOCINÉTICA

La cocaína puede absorberse por todas las vías de administración, por lo que hay diferentes presentaciones: oral, nasal, fumada o inyectada, y menos frecuente, por aplicación directa sobre membranas mucosas de la boca, el recto y la vagina. Cuando se ingiere la hoja de coca, se somete a hidrólisis por las secreciones gastrointestinales, por lo que pierde eficacia.

A pesar de la vasoconstricción local inducida por la cocaína, su absorción es rápida y puede fácilmente exceder la rapidez de excreción.

Una vez que la coca entra al organismo, atraviesa las barreras hematoencefálica y placentaria, y se metaboliza por colinesterasas plasmáticas y hepáticas que la hidrolizan e inactivan. Su semivida plasmática es de una hora, aunque es posible detectar metabolitos de cocaína de 25 a 36 horas después de la dosis. En el torrente sanguíneo pasa por los riñones y ahí se elimina vía urinaria. La Tabla 2 muestra las diferentes formas de uso de cocaína con sus características farmacocinéticas.

Tabla 2. Formas de uso y características farmacocinéticas de la cocaína

Tipo de sustancia	Concentr.	Vía de administración	% en plasma	Velocidad efectos	Concentración máxima plasma	Duración efectos	Progresión consumo	Desarrollo dependencia
Hoja de coca	0.5 – 1.5%	Mascado, infusión oral	20 – 30%	Lenta	60 min.	30 – 60'	No	No
Clorhidrato cocaína	12 – 75%	Tópica: ocular, genital, intranasal	20 – 30%	Relativamente lenta	5 – 10 min.	30 – 60'	Si, meses	Si, a largo plazo
Clorhidrato cocaína	12 – 75%	Parenteral: endovenosa, subcutánea, intramuscular	100%	Rápida	30 – 45 seg.	10 – 20'	Si, días a semanas	Si, a corto plazo
Pasta de coca	40 – 85% (sulfato de cocaína)	Fumada	70 – 80%	Muy rápida	8 – 10 seg.	5 – 10'	Si, días a semanas	Si, a corto plazo
Cocaína, base crack	30 – 80% (alcaloide cocaína)	Inhalada	70 – 80%	Muy rápida	8 – 10 seg.	5 – 10'	Si, días a semanas	Si, a corto plazo

Fuente: Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (1996)

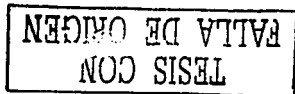
Las manifestaciones de la intoxicación por cocaína ocurren con diferente rapidez de acuerdo con la vía de administración utilizada, la pureza de la sustancia y la dosis. Su inyección endovenosa produce un efecto clínico a los primeros 15 segundos, desapareciendo 10 minutos después. La inhalación de cocaína induce un estado de intoxicación dentro de los primeros dos minutos y persiste a lo largo de 1-2 horas. La vida media del efecto de la cocaína intravenosa o fumada es de aproximadamente 40 minutos; en cambio, cuando se usa por la vía nasal, la vida media de este tóxico se estima de poco menos de 2 horas.

La cocaína se metaboliza en el hígado, aunque una parte es excretada en forma inalterada por vía renal. El tejido hepático tiene capacidad para metabolizar una dosis letal mínima de cocaína en el transcurso de una hora (CJ, 2001).

A diferencia del clorhidrato de cocaína, el crack se evapora a temperaturas relativamente bajas y su absorción y distribución desde los pulmones al corazón y el cerebro es muy rápida y completa, induciendo un estado de intoxicación en menos de 120 segundos, que persiste por espacio de 5 a 10 minutos.

## FARMACODINAMIA

La cocaína no produce un solo tipo de efecto sobre los neurotransmisores, sino que ejerce acciones múltiples y simultáneas en los varios sitios donde estos se localizan. A nivel sináptico, la cocaína no actúa sobre los receptores, sino que bloquea la recaptura de los neurotransmisores. Normalmente, las moléculas del neurotransmisor liberan las vesículas sinápticas en la neurona





presináptica y la capta la neurona post-sináptica. Las moléculas no captadas se "aspiran" de regreso (Brailowsky, 1999; Díaz, 1997; Snyder, 1986). La cocaína bloquea a las bombas que recapturan al neurotransmisor haciendo que aumente su concentración en el espacio intersináptico.

Su acción euforizante parece deberse al bloqueo del mecanismo de recaptura de dopamina, serotonina (5HT) y norepinefrina (EN), lo cual causa un incremento en las concentraciones de esta sustancia en la hendidura sináptica, creando un aumento en la neurotransmisión en los sistemas mesolímbicos y mesocorticales dopaminérgicos asociados con la gratificación (CIJ, 2001). La euforia característica del síndrome de intoxicación puede ser resultante del efecto de la cocaína en varios sistemas neurotransmisores que interactúan entre sí.

El consumo crónico de cocaína induce la hipersensibilidad de los receptores catecolaminérgicos, por lo que la anhedonia, síntoma frecuente en los farmacodependientes de este psicotrópico, podría explicarse por una suspensión de la transmisión dopaminérgica, causada por la inhibición de la retroalimentación en el autorreceptor, a partir del desarrollo de la hipersensibilidad dopaminérgica del mismo.

La razón por la que la cocaína puede usarse como anestésico local es que en dosis pequeñas funciona como un bloqueador de los canales de sodio en las fibras nerviosas (Snyder, 1986), y por tanto impide el paso de información sobre el dolor.

## TOXICOLOGÍA

El perfil toxicológico de esta sustancia está determinado en gran parte por su relativa facilidad de absorción y la más lenta capacidad de excreción. Por ello, se considera que es un psicotrópico que puede resultar muy tóxico, ya que aún a dosis de 20 mg pueden presentarse reacciones tóxicas severas.

Las altas concentraciones de la sustancia que aparecen en la sangre en un tiempo relativamente breve mantienen relación con el incremento de las complicaciones cardiovasculares y pulmonares, así como los accidentes mortales (CIJ, 2001).

El consumo de cocaína, aunque sea en un solo episodio, puede provocar una intoxicación grave que lleve a la muerte (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 1998; Meana & Barturen, 1993). Algunos síntomas de intoxicación aguda son la alerta y energía (que se pueden convertir en hostilidad o paranoia), movimientos estereotipados, verborrea, palpitaciones, taquicardia, dolores de pecho, arritmias, hipertensión, ataques cardíacos, derrame cerebral, coagulación intravascular, taquipnea, respiración irregular, paro respiratorio, elevación de la temperatura, sudoración, cefaleas, náusea, vómito, anorexia, diarrea, midriasis, euforia, ansiedad, convulsiones tónico-clónicas, alucinaciones visuales y táctiles.

Si se combina con heroína (speed ball) se antagonizan los efectos, lo cual suele constituir una asociación de sustancias muy peligrosa. Y si se combina con alcohol, hay mayor riesgo de cardiotoxicidad y muerte.

## EFFECTOS O CONSECUENCIAS DEL CONSUMO

En general, los efectos que ocasiona el consumo de sustancias psicotrópicas pasan normalmente inadvertidos para el consumidor; el grado de intoxicación puede variar desde un estado leve de euforia hasta el completo estupor. El consumo crónico de cocaína afecta al organismo en diferentes aparatos y sistemas (ver Tabla 3) provocando afecciones que van desde las temporales hasta las crónicas e irreversibles (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 1998).

El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales del consumidor (ver efectos a corto y a largo plazo), independientemente de su grado de intoxicación; sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente

complejos, que dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en el que ocurre el consumo (Medina-Mora, 1992).

La gran mayoría de los efectos que ocasiona el consumo de drogas depende de la cantidad y frecuencia de las dosis, que modifican la capacidad física, mental y conductual del individuo. Los efectos resultan de una compleja interacción de tres elementos básicos: la droga; el usuario (con todas sus características genéticas, físicas y psicológicas); y el medio ambiente (el núcleo familiar, la sociedad, el nivel cultural, la educación, la situación económica, entre otras características) (ENA, 1993)

## EFFECTOS A CORTO PLAZO

Los efectos de la cocaína se presentan casi inmediatamente después de su uso y desaparecen en cuestión de minutos u horas.

Los efectos de la cocaína son muy similares a los de las anfetaminas. Como droga estimulante, la cocaína provoca en corto tiempo euforia, aumento del estado de alerta, la sensación de mayor capacidad para el trabajo físico e intelectual con notable disminución de la fatiga, más conversadores y mentalmente más alertas, específicamente con las sensaciones de la vista, oído y tacto. El consumo de cocaína también puede disminuir temporalmente los deseos de comer y dormir. Hay usuarios que señalan que la sustancia los ayuda a realizar algunas tareas físicas e intelectuales más rápido, aunque algunos otros señalan que les produce el efecto contrario.

Después de una dosis común (entre 50 y 200 mg) hay cambios físicos notables; el grado máximo de los efectos psicológicos y físicos se presenta en unos minutos (de cinco a treinta), y regularmente esos efectos desaparecen al cabo de dos horas, aunque algunos pueden permanecer disminuidos hasta cuatro horas. La forma en que se administra la droga determina el tiempo que dura el efecto inmediato. Entre más rápida sea la absorción, más intenso es el efecto estimulante o "high". Los efectos iniciales son más intensos y se presentan más rápidamente cuando la cocaína se inyecta o se fuma (en forma de crack). El high que produce la inhalación se demora en presentarse y puede durar de 15 a 30 minutos, disminuyendo progresivamente esta sensación. El high que se produce fumando puede durar de 5 a 10 minutos.

En un estudio, Ortiz, Soriano, Galván, Rodríguez, González y Unikel (1997) encontraron que usar cocaína es un medio para olvidar los problemas, da más seguridad, las relaciones interpersonales y afectivas son más fáciles, ayuda a sobrellevar largas jornadas de trabajo y permite disfrutar de las actividades. También señalan que el principal riesgo de usar cocaína es la desaprobación social, el deterioro económico y la vida familiar.

El sujeto habla de disminución del apetito y ganas de dormir, se siente fuerte, seguro y pletórico de energía. Mejora el estado de ánimo y produce sensación de sumo bienestar y euforia intensa. Modula funciones cerebrales relacionadas con la esfera cognitiva afectiva. Los pensamientos y las palabras brotan en cascada (laquipsiquismo), si bien no siempre se conserva la coherencia. El afán de volver a experimentar la impulsa a tomar de nuevo la droga, pero con el consumo sus efectos se modificarán.

Los principales cambios físicos que ocurren son que estimula al sistema nervioso autónomo simpático. A la par que aumenta la vigilancia, el estado de alerta y la capacidad de percepción y de reacción, produce estimulación psicomotora del sistema nervioso central, temblor en las manos, dilatación de las pupilas, catarro nasal, inquietud, náuseas y aumento de temperatura corporal, contracción de los vasos sanguíneos, aumento en el ritmo cardíaco y en la tensión arterial.

Cuando se usan cantidades mayores de la droga (arriba de 200 mg), se intensifica el high del consumidor, pero también lo lleva a tener un comportamiento extravagante, errático y violento. Estos consumidores pueden experimentar temblores, vértigos, espasmos musculares, paranoia y, con dosis consecutivas, una reacción tóxica muy similar al envenenamiento por anfetamina. Hay usuarios que señalan que se sienten intranquilos, irritables, además de experimentar mucha ansiedad. En raras

ocasiones, la muerte súbita puede ocurrir cuando se usa la cocaína por primera vez o subsecuentemente sin ningún tipo de aviso previo. La muerte que ocasiona el consumo de cocaína se debe a paros cardíacos o convulsiones seguidas por un paro respiratorio.

## EFFECTOS A LARGO PLAZO

La cocaína es una droga extremadamente adictiva. Una vez que el sujeto la prueba, le es muy difícil predecir o controlar a qué extremo continuará usándola.

Es posible desarrollar una tolerancia considerable al high que produce la cocaína, y muchos adictos reportan que, aunque traten, no obtienen el mismo placer que cuando la usaron por primera vez (ver apartado de tolerancia).

Cuando la cocaína se usa de corrido, es decir, repetidamente y en dosis cada vez más grandes, puede conducir a un estado de irritabilidad, inquietud y paranoia. Esto puede causar un episodio total de psicosis paranoide en que el individuo pierde el sentido de la realidad y sufre alucinaciones auditivas.

A largo plazo, el consumo regular de cocaína produce nuevos daños físicos y psicológicos. La inquietud física es la regla, lo mismo que la locuacidad e irritabilidad con grandes cambios en el estado de ánimo y del humor, la pérdida del apetito (anorexia), insomnio, conductas estereotipadas y repetitivas (como tocar algunas partes del cuerpo y rechinar los dientes al punto de dañarlos). Este cuadro equivale a lo que en psiquiatría se denomina estado maniaco (o hipomaniaco, si no es muy severo), y que amerita tratamiento, ya que es potencialmente peligroso para el paciente y para quienes lo rodean. Los consumidores crónicos se vuelven suspicaces y pueden desarrollar ideas delirantes de persecución. De hecho, el consumidor puede realizar actos violentos inesperados e injustificables.

Los adictos a la cocaína consumen grandes dosis en cortos periodos de tiempo y con carácter cíclico. Aparte de las alteraciones conductuales, se suman complicaciones cardiocirculatorias, como infarto de miocardio e ictus, e incluso convulsiones potencialmente letales. En los intervalos entre dos episodios de consumo, los adictos se hunden en depresiones y se tornan apáticos y somnolientos, además de experimentar la necesidad perentoria de obtener la droga.

Las complicaciones cardiovasculares incluyen las arritmias cardíacas, la isquemia miocárdica (angina e infarto), la miocarditis y miocardiopatía, la trombosis venosa, la rotura y disección aórticas, induce vasoconstricción, incrementa la presión arterial y acelera el pulso. Si la dosis es muy alta, hay hipertensión arterial y taquicardia, y a veces convulsiones. Eventualmente se pueden producir arritmias cardíacas y otros problemas cardiovasculares que pueden ser la causa de algunas muertes repentinas.

Las complicaciones respiratorias se refieren a la perforación del tabique nasal, la sinusitis, el edema pulmonar, el pulmón de crack, el asma y lesiones de barotrauma (que el oído medio no puede igualar la presión del exterior). Entre las complicaciones neurológicas están las lesiones vasculares, la crisis convulsivas (la más frecuente) y el síndrome de hipertermia maligna. Alteraciones psiquiátricas y la rabdomiolisis (enfermedad degenerativa que lleva a la debilidad o parálisis muscular). Embolias, convulsiones y dolores de cabeza. En las complicaciones gastrointestinales se presentan náuseas y vómitos, ulcera gástrica e isquemia intestinal. Los problemas de la piel se exteriorizan como madarosis (pérdida de pestañas) y síndrome de Magnam (cuadro alucinatorio microscópico o formación). El consumo crónico de cocaína induce alteraciones en el sistema endocrino y las gónadas, que tienen que ver con la hiperprolactinemia (aumento de prolactina debido a la ausencia de dopamina) y la disfunción sexual. Los efectos sobre el embarazo, el feto y el recién nacido se manifiestan como aborto, prematuridad y complicaciones obstétricas, bajo peso al nacer y complicaciones perinatales así como malformaciones congénitas, cabezas de circunferencia menor así como menor tamaño.

**Tabla 3. Complicaciones y efectos de la cocaína**


---

<b>Complicaciones cardiovasculares</b>
Arritmias cardíacas
Isquemia miocárdica (angina e infarto)
Miocarditis y miocardiopatía
Rotura y disección aórticas
Otros territorios vasculares (riñón, boca, trombosis venosas, etc.)
<b>Complicaciones respiratorias</b>
Vía respiratoria alta (perforación del tabique nasal)
Pulmonares
Edema agudo de pulmón
Pulmón de crack
Alteraciones de base inflamatoria (asma, infiltrados pulmonares)
Lesiones por barotrauma (neumotórax, neuromediastino, neumopericardio)
<b>Complicaciones neurológicas</b>
Vasculares (ictus cerebrales)
Crisis convulsivas
Síndrome de hipertemia maligna
Alteraciones psiquiátricas
<b>Complicaciones gastrointestinales</b>
Náuseas y vómitos
Ulceraciones gástricas (con riesgo de hemorragia y perforación)
Isquemia intestinal (aguda y crónica)
<b>Complicaciones hepáticas</b>
Isquemia hepática
Hepatitis tóxica
<b>Sistema endocrino y gónadas</b>
Hiperprolactinemia
Disfunción sexual
<b>Efectos sobre el embarazo, el feto y el recién nacido</b>
Aborto, prematuridad y complicaciones obstétricas
Bajo peso al nacer y complicaciones perinatales
Malformaciones congénitas
<b>Complicaciones por el uso de jeringas contaminadas</b>
Infecciones de la piel
Hepatitis
Endocarditis
SIDA
<b>Complicaciones por efectos psiquiátricos y estilos de vida</b>
Poliuso
Suicidio
Accidentes
Homicidios

---

Fuente: Tapia, 2001

Las reacciones adversas al uso de cocaína fluctúan dependiendo de como se administra. Por ejemplo, cuando se inhala regularmente puede causar una pérdida del sentido del olfato, crear hemorragias nasales, problemas al tragar, ronquera y una irritación general del tabique nasal lo que puede producir una condición crónica de irritación y secreción de la nariz. Cuando se ingiere la cocaína puede causar gangrena en los intestinos por que reduce el flujo de sangre. Además, las personas que se la inyectan, tienen marcas de pinchazos, usualmente en los antebrazos. Los que la inyectan directamente en las venas, también pueden experimentar reacciones alérgicas, ya sea a la droga o a algunos de los

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

componentes que le agregan a la cocaína en la calle y algunas veces estas reacciones pueden provocar la muerte.

Los efectos clínicos del crack son similares a los de otras formas de consumo de cocaína. Se presenta euforia, grandiosidad, aumento del estado de alerta, agitación psicomotora, taquicardia, midriasis y elevación de la tensión arterial. El efecto estimulante es tan rápido que lleva con cierta frecuencia a un aumento del potencial de dependencia. Asimismo aumenta el riesgo de reacciones tóxicas agudas, las que incluyen convulsiones, irregularidades en la frecuencia y funcionamiento cardíaco, parálisis respiratoria, psicosis de tipo paranoide y disfunción pulmonar. La sobredosis se manifiesta por depresión respiratoria, convulsiones, crisis hipertensivas, infarto al miocardio e hipertermia maligna.

Los usuarios de crack gastan grandes cantidades de dinero en sus "parrandas", que duran de 3 a 4 días tomando constantemente de 3 a 50 rocas por día (CIJ, 2001). Durante estos eventos, los usuarios difícilmente concilian el sueño, se presenta un estado de anorexia, permanecen desaliñados y muestran un deterioro importante en su salud física que se manifiesta por adelgazamiento, costras en la cara, brazos y piernas como resultado de quemaduras y piquetes derivados de sus intentos de remover insectos que creen que se arrastran bajo su piel, y que son una manifestación psicótica de delirio somático que se presenta de manera característica en ellos.

## PATRONES DE CONSUMO DE COCAÍNA

Es importante diferenciar a los usuarios cuyo consumo es ocasional de los que tienen un consumo problemático o de los que muestran síntomas de dependencia. Las clasificaciones internacionales (CIE-10, DSM-III-R, DSM IV) sobre abuso y dependencia al consumo de sustancias psicoactivas concuerdan ampliamente en sus definiciones.

Una aproximación diferente para interpretar los patrones de uso de varias drogas en términos de los resultados fue desarrollado por Wilkinson y Lebreton (1986, citado en Addiction Research Foundation, 1993):

- Abstinente: ningún uso de drogas durante el año pasado.
- Bajo: ningún uso de drogas durante un mes.
- Intermedio: más de un uso por mes pero menos de un uso por semana.
- Alto: un uso o más por semana.
- Violento: muy alto nivel de consumo.

Por otro lado, medir el consumo de drogas (ej. cocaína) es problemático porque es muy difícil determinar (al contrario del alcohol) qué tanto del ingrediente activo se ha consumido, o cual es la droga actual de consumo. La mayor prioridad debe ser medir la frecuencia del uso de drogas para obtener información en cantidades exactas, cuestión que puede ser muy complicada. Medir el uso de drogas también involucra recolectar otros tipos de información acerca del uso de drogas (ej. ruta de administración, patrones usuales de uso, tipo de medicamentos prescritos).

El CIE-10 (1992) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud señala que las categorías de consumo perjudicial y el síndrome de dependencia, son categorías diagnósticas importantes ocasionadas por el consumo de drogas. Estas Categorías son las siguientes:

- **Consumo perjudicial:** forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental.
- **Síndrome de dependencia:** conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de la ingesta de sustancias psicotrópicas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco.

- *La recaída* en el consumo después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes (OMS, 1992).
- *Síndrome de abstinencia*: es el conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia está limitado en el tiempo y está relacionado con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. Este síndrome puede complicarse con convulsiones.

El diagnóstico de dependencia debe hacerse sólo si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

1. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, a veces para controlar el comienzo y otras para terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
3. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Tolerancia, de tal manera que se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia, para conseguir los mismos efectos que originalmente producía dosis más bajas.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal como daños hepáticos, estados de ánimo depresivos, consecutivos períodos de consumo elevado de una sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente o puede llegar a serlo de la naturaleza y la gravedad de los perjuicios.

La característica principal de este síndrome es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para aliviar el dolor y que pueden presentarse síntomas de un estado de abstinencia por la sustancia, pero no desean continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica, para una clase de sustancias o para un espectro más amplio de sustancias diferentes como alcohol, tabaco, etc.

Por otra parte, en el DSM-III-R (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, APA, 1988) se plantean las categorías de consumo de sustancias psicoactivas y el síndrome de dependencia.

- *Consumo de sustancias psicoactivas*: se considera una categoría residual para indicar los modelos desadaptativos del uso de sustancias que nunca cumplen los criterios para una dependencia de este tipo en particular. Los modelos desadaptativos de uso se caracterizan por el uso continuado de la sustancia psicoactiva a pesar de que el sujeto sabe que tienen un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la sustancia, o por el uso recurrente de la sustancia en situaciones

en que éste resulta físicamente arriesgado (DSM-III-R). El diagnóstico requiere que los síntomas de la alteración hayan persistido durante un mes como mínimo o bien hayan aparecido repetidamente por un período prolongado.

- *Dependencia al consumo de drogas:* se considera al uso patológico de todo tipo de sustancias psicoactivas; se refiere a un conjunto de síntomas de este trastorno que consisten en alteraciones cognitivas, conductuales o fisiológicas que indican que el sujeto ha perdido el control sobre el uso de sustancias psicoactivas y sigue utilizándolas a pesar de sus consecuencias adversas. Los síntomas del síndrome de dependencia incluyen los síntomas de tolerancia y abstinencia y son los mismos para todas las categorías de sustancias psicoactivas, pero en algunos casos ciertos síntomas son menos pronunciados, y en otros ni siquiera aparecen (DSM-III-R).
- Para el diagnóstico del síndrome de dependencia, se consideran algunos de los siguientes 9 síntomas:
  1. El sujeto ve que, en realidad, cuando toma la sustancia psicoactiva, con frecuencia lo hace en mayor cantidad o por un período más prolongado de lo que en principio pretendía.
  2. El sujeto reconoce que el uso de la sustancia es excesivo y ha intentado reducirlo o controlarlo, pero ha sido incapaz de ello (en tanto que la sustancia era asequible). En otros casos, el sujeto puede que quiera reducir o controlar el uso, pero en realidad nunca ha hecho un esfuerzo para conseguirlo.
  3. La mayor parte del tiempo la emplea en tomar la sustancia, en recuperarse de los efectos o en llevar a cabo actividades destinadas a conseguirla (incluyendo robo). En casos leves, el sujeto puede pasar varias horas al día tomando la sustancia mientras que sigue implicado en otras actividades. En casos graves, casi todas las actividades diarias del sujeto giran en torno a la obtención, uso y recuperación de los efectos de la sustancia.
  4. El sujeto puede tener síntomas de intoxicación o abstinencia cuando desempeña alguna de sus obligaciones (escolares, laborales o domésticas). También puede estar intoxicado o tener síntomas de abstinencia en situaciones en que el uso de la sustancia es físicamente arriesgado, tales como conducir un coche o trabajar con maquinaria.
  5. Se abandonan o reducen importantes actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia. El sujeto puede sustraerse de las actividades familiares y de sus actividades recreativas a fin de disponer de más tiempo para tomar la sustancia entre amigos también dependientes o bien para tomarla en privado.
  6. Con el uso abundante y prolongado de la sustancia aparecen toda una variedad de problemas sociales, psicológicos y físicos, que se incrementan con el uso continuo de ella. A pesar de tener uno o varios de estos problemas (y reconociendo que son provocados y estimulados por el uso de la sustancia), el sujeto sigue tomándola.
  7. Tolerancia significativa: es decir, una notable disminución de los efectos que provoca la sustancia tras el uso cotidiano de la misma cantidad. Entonces el sujeto tenderá a tomar mayores cantidades de sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  8. Con el uso continuado se desarrollan los síntomas característicos de abstinencia cuando el sujeto suprime o reduce el uso de la sustancia. Los síntomas de abstinencia varían según el tipo de sustancia.
  9. Después del desarrollo de síntomas displacenteros de la abstinencia, el sujeto empieza a tomar la sustancia básicamente para aliviar o evitar tales síntomas. Normalmente esto implica el uso de la sustancia durante todo el día.

En el caso del DSM IV, señala que la intensidad y frecuencia de la administración de cocaína son menores en el abuso que en los casos de dependencia. Los episodios de consumo con problemas, el descuido de las responsabilidades y los conflictos interpersonales aparecen a menudo en ocasiones

especiales o en días de cobro, dando lugar a un patrón de consumo de dosis altas en períodos breves de tiempo (horas o días) seguidos por períodos más largos (semanas o meses) de consumo ocasional o de abstinencia sin problemas. Los problemas legales pueden ser resultado de la posesión o el consumo de la droga. Cuando los problemas asociados al consumo se acompañan de demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la obtención y administración de cocaína, debe considerarse el diagnóstico de dependencia más que el de abuso.

La característica esencial de la abstinencia de cocaína es la presencia de un síndrome característico de abstinencia que aparece en pocas horas o algunos días después de interrumpir (o disminuir) el consumo abundante y prolongado de cocaína.

El síndrome de abstinencia se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo disfórico acompañado por dos o más de los siguientes cambios fisiológicos: fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnía, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotores. Puede haber, sin formar parte de los criterios diagnósticos, anhedonia y deseo irresistible de cocaína (craving). Estos síntomas provocan un malestar clínico significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas no se deberán a enfermedad médica ni se explicarán mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Los síntomas de abstinencia aguda («crash») se observan con frecuencia después de períodos de consumo de dosis altas y repetidas («runs» o «binges»). Estos períodos se caracterizan por sentimientos intensos y desagradables de fatiga y depresión que requieren generalmente algunos días de descanso y recuperación. Pueden aparecer síntomas depresivos con ideas o comportamiento suicidas, que constituyen el problema más grave observado durante el «crashing» u otras formas de abstinencia de cocaína. Un número no despreciable de sujetos con dependencia de cocaína tienen pocos o ningún síntoma demostrable de abstinencia al interrumpir su consumo.

Los criterios para el diagnóstico de Abstinencia de cocaína son los siguientes:

- A. Interrupción (o disminución) del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína.
- B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del Criterio A: (1) fatiga (2) sueños vívidos y desagradables (3) insomnio o hipersomnía (4) aumento del apetito (5) retraso o agitación psicomotores
- C. Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Aunque las tres clasificaciones coinciden en la mayoría de los síntomas, la diferencia más importante consiste en la consideración del entorno social del sujeto. En el caso del DSM-III-R y el DSM IV, se plantea la presencia de problemas sociales que no son tomados en cuenta en la clasificación del CIE-10.

## ADICIÓN A LA COCAÍNA

Los fenómenos de deseo, tolerancia, sensibilización, dependencia y síndrome de abstinencia están muy relacionados. Un modelo que los explica es el del condicionamiento clásico. A continuación se analiza cada uno de ellos, señalando su definición, sus características, e indicando el papel que juega este condicionamiento en cada uno de ellos.



## CONDICIONAMIENTO PAVLOVIANO

Los eventos que ocurren durante la administración de una droga pueden corresponder a un ensayo de condicionamiento clásico (para más información sobre este modelo y otros modelos de aprendizaje relacionados con el consumo de drogas, ver Anexo 3). Los disparadores que acompañan a los efectos de la droga pueden funcionar como estímulo condicional (EC) y los efectos directos de la droga pueden constituir el estímulo incondicional (EI). Antes de cualquier aprendizaje, los EI generan respuestas para compensar los problemas inducidos por las drogas, que es la respuesta incondicional (RI). Después de algunos apareos del EC y el EI farmacológico, las respuestas a las drogas se consideran como respuestas condicionales (RC). Hace casi 60 años, Subkov y Zilov (1937, citados en Siegel, 1999) reportaron que después de inyectar perros con epinefrina en varias ocasiones, el solo hecho de colocar al perro en el lugar donde se ponía la inyección y administrar una sustancia inerte, se producía bradicardia. La investigación subsecuente ha demostrado estas RC respecto a una gran variedad de drogas (Siegel, 1999).

## DESEO

El deseo es una irresistible urgencia de usar la sustancia, que lleva a tener una conducta de búsqueda de droga, y que en ocasiones explica las recaídas entre los usuarios de cocaína ya tratados. Además, es un fenómeno subjetivo considerado como un elemento crucial en la caracterización médica y psicológica de los pacientes que abusan del alcohol y las sustancias.

El deseo es de particular importancia clínica en los síndromes de la cocaína, psicoestimulantes y nicotina. La compulsión (o impulso) es una característica del deseo que los pacientes habituados a estas sustancias particulares, han descrito que alcanza un nivel de intrusividad y pérdida de control no observado en pacientes que abusan del alcohol, hipnóticos sedantes, benzodiazepinas u opiáceos. De acuerdo con estudios recientes, durante periodos de abstinencia del uso de la cocaína, el recuerdo de la euforia asociada con su consumo o solamente referencias a la droga, puede causar el deseo incontrolable de usarla y su reincidencia, aún después de largos periodos de abstinencia. La sensación de deseo en la cocaína puede ser tan intensa e intrusiva que rompe la concentración, interfiere con la ejecución, hace al individuo aguda y extremadamente molesto, además de controlar sus acciones subsecuentes. El deseo requiere de meses a años para atenuarlo y es el mayor factor de las recaídas dentro del primer año de recuperación.

Grimm, Hope, Wise y Shaham (2001), encontraron que en las ratas, el deseo de la cocaína parece aumentar, en lugar de disminuir, en los días y meses que siguen a la detención de su consumo. El deseo de la cocaína se infiere de la conducta de los animales entrenados a presionar una palanca para recibir inyecciones intravenosas de esta sustancia. Una vez que han aprendido a asociar la presión de la palanca con la recepción de la cocaína, se evalúan en condiciones donde pueden continuar presionando la palanca, pero no recibir la sustancia. Este fenómeno explica porqué la adicción es una enfermedad crónica, caracterizada por recaídas. El deseo es una fuerza difícil de resistir en los adictos a la cocaína. Los hallazgos señalan que el deseo persiste mucho tiempo después del último consumo, lo que debe tomarse en cuenta en el diseño de programas de tratamiento de drogas. Además, estos autores señalan que la sensibilidad asociada a los disparadores ambientales relacionados con la droga, que normalmente acompañan al deseo de la droga y a la recaída, aumentan el síndrome de abstinencia en los siguientes 60 días. Los datos de este estudio sugieren que los individuos son más vulnerables a recaer en el consumo de cocaína en la fase aguda del síndrome de abstinencia.

Macnish (1859, citado en Siegel, 1999) señalaba que el deseo por las drogas es generado por disparadores de todo tipo que se han asociado con ella (de los cuales se han distinguido los deseos fisiológicos de los psicológicos). Reid, Mickalian, Delucchi, Hall y Berger (1998), señalan que el deseo es el resultado de cambios que las drogas ocasionan en el cerebro y puede ser disparado por incomodidad física, asociada con la abstinencia de las drogas. El deseo puede emitirse por factores ambientales externos, tales como sonidos, objetos y situaciones sociales asociadas con el uso de drogas.

Halikas, Kuhn, Crosby, Carlson y Crea (1991) señalan que se han identificado tres dimensiones básicas en la evaluación del deseo con relación a la cocaína, que son la intensidad, frecuencia y duración. Se ha encontrado que los pacientes son capaces de describir qué tan intensa es la urgencia de usar cocaína en diferentes ocasiones. Esto señala que el deseo es un fenómeno episódico, que crece y decrece en el tiempo. En este sentido, el deseo es análogo a otros fenómenos subjetivos (ej. dolor, tristeza). Por otro lado, encontraron que el deseo de la cocaína tiene una intensidad variable, se experimenta relativamente pocas veces al día (de cero a dos ocasiones) y es de corta duración (menos de 20 minutos). El número de días de uso de cocaína correlacionó con intensidad, frecuencia y duración del deseo. El deseo se asoció positivamente con los sueños de uso de cocaína, fenómeno de pesadillas o sueño molesto, donde el sujeto despierta con *diaforesis* y con la sensación de acabar de usarla o con un intenso deseo de la misma.

Respecto a los efectos reforzantes de la cocaína, la evidencia científica menciona que su uso y abuso se debe, en parte, a sus potentes efectos reforzantes (Higgins, 1996). Como otros reforzadores primarios, la cocaína actúa directamente en regiones específicas del cerebro para incrementar la probabilidad de que las conductas que preceden a su administración (ej. la ingestión de la droga) se repitan en el futuro. Estos efectos pueden ser muy fuertes pero también pueden ser maleables. Dependiendo del contexto ambiental particular, los efectos reforzantes de la cocaína pueden dominar o ejercer sólo una mínima influencia sobre la conducta del usuario. Estas observaciones identifican al uso de la cocaína como una instancia de la conducta operante y sugiere que el conocimiento corriente de las características fundamentales son aplicables al desarrollo de estrategias efectivas para reducir su consumo.

## DEPENDENCIA

En 1964 el Comité de Expertos de la OMS (citado en CIJ, 2001), reemplazó los términos adicción y habituación por el de dependencia, que se usa indistintamente con relación al consumo de alguna de diferentes drogas psicoactivas (dependencia de drogas, dependencia química), o bien para referirse específicamente a una clase particular de sustancias (dependencia de cocaína). El término de dependencia también se usa en el contexto psicofarmacológico para referirse al desarrollo de síntomas de abstinencia o cesación del consumo de una sustancia. Dos importantes criterios caracterizan la dependencia: el apremio compulsivo de obtener la droga, y la pérdida de control sobre el consumo (aunque el sujeto quiera interrumpir su adicción, ya no puede).

Después de un breve período de consumo de cocaína, normalmente se desarrolla una dependencia psicológica importante, aunque hay un desacuerdo en el grado de dependencia física que provoca. Cuando un consumidor crónico suspende su consumo, se presenta un cuadro que puede calificarse como síndrome de abstinencia (ver más adelante).

Por dependencia psicológica se entiende a la condición en la que una droga produce sentimientos de satisfacción y motivación psicológica y que requiere de una administración periódica o continua de la droga para producir placer o para evadir el malestar.

Por dependencia física se entiende al estado de adaptación fisiológica del organismo a la ingestión regular de una droga, que se manifiesta por la presencia de trastornos físicos intensos cuando la administración de la sustancia se suspende. Tales disturbios, como el síndrome de abstinencia, se sostienen por la producción de signos y síntomas psicológicos y físicos de naturaleza característica. El síndrome de abstinencia o reajuste se produce cuando se deja de usar la droga. Usualmente ocurre cuando ya existe tolerancia a la sustancia consumida.

Parece que la dependencia psicofísica de la cocaína (muy relacionada con el fenómeno de la tolerancia) se establece rápidamente, sobre todo en el caso del consumo intravenoso y del crack, en donde la conducta de búsqueda de la sustancia puede llegar a ser muy intensa, aun al poco tiempo de haberse iniciado el consumo. Tanto la heroína como la cocaína parecen ser los psicotrópicos que con más rapidez tienden a crear autoadministración y dependencia (CIJ, 2001).

En experimentos ya clásicos en la materia (Boulton, Baker & Wu, 1992; Brailowsky, 1999; Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 1998), se ha encontrado que si se entrena un animal para que presione una palanca que le administre una dosis intravenosa de cocaína, puede llegar a activarla hasta 300 veces para obtener una sola dosis. Si el animal tiene acceso libre a la sustancia, dedicará el total de su tiempo a activar el dispositivo hasta morir (situación que no ocurre con la nicotina o la heroína). Se cree que esto ocurre debido a que, a diferencia de otras sustancias, en la intoxicación por cocaína los efectos secundarios no placenteros son mucho menores que los placenteros.

Los resultados de la experimentación animal, han dado gran importancia al mecanismo adictivo de la cocaína respecto a su agonismo en las vías dopaminérgicas, en vías mesolímbicas y mesocorticales. Cabe destacar que el consumo crónico de cocaína disminuye la biodisponibilidad de los neurotransmisores implicados.

La cocaína es una de las drogas que, por sus efectos sobre la conducta, tiene mayor capacidad de recompensar o reforzar positivamente, por lo que tiene un alto potencial de abuso. Los efectos placenteros y energéticos asociados con los cambios en la biodisponibilidad de los neurotransmisores (principalmente la dopamina) son los responsables del mecanismo adictivo. Se sabe que parte de la adictividad de esta sustancia se debe a sus niveles de concentración en la sangre.

Asimismo, la dependencia al crack se establece rápidamente y la conducta de búsqueda del psicotrópico – que es uno de los criterios para establecer el diagnóstico de dependencia – puede llegar a ser muy intensa aún al poco tiempo de haberse iniciado el consumo.

La intensidad de dependencia limita el campo conductual de los usuarios, de tal forma que invierten grandes esfuerzos, tiempo y dinero para conseguir el psicotrópico. Las conductas son más frecuentemente observadas son (CIJ, 2001): gastos de sumas considerables para la obtención de la sustancia, venta de otros psicotrópicos para hacerse de recursos económicos y venta de servicios sexuales.

## SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Macnish (1859, citado en Siegel, 1999) afirmaba hace casi 140 años, que quitar el alcoholismo (y en este caso cualquier otra adicción a sustancias) de cualquier sujeto que hace mucho que consume, es una tarea difícil debido al síndrome de abstinencia y al deseo de la sustancia.

El síndrome de abstinencia se refiere a las molestias que surgen al interrumpir o a reducir el consumo de una droga, respecto de la cual había ya una previa dependencia. Los síntomas se presentan hasta muchas semanas después de dejar de consumirla y aparecen como cansancio, depresión insidiosa y progresiva, intento de suicidio, incapacidad de experimentar placer (anhedonia), sueño y compulsión apremiante de obtener droga, letargia (desgano, somnolencia, apatía) e irritabilidad, situación que en un momento dado puede tornarse dramáticamente con riesgo de suicidio.

Hay una controversia acerca de si los estimulantes provocan o no síndrome de abstinencia. Pero se han encontrado cuadros sintomáticos asociados con la interrupción del consumo.

Este fenómeno es especialmente acusado en la dependencia de la cocaína, más que en otros estupefacientes, y se considera una de las principales causas de recaída. No se dispone de fármacos para combatirlo, por lo que es importante conocer sus bases bioquímicas para poder trabajar contra el síndrome de abstinencia. Schuckit (1994) señala que los experimentos clínicos estructurados no han mostrado todavía ninguna aproximación farmacológica para la rehabilitación de individuos dependientes de estimulantes para los cuales los riesgos han mostrado pesar más que los aciertos.

Schuckit (1994) señala que el síndrome tiene dos componentes esenciales, que son la intensa apetencia por la sustancia y la anhedonia. Ambas pueden simular un trastorno afectivo mayor

(depresión). Al igual que en otros episodios de abstinencia, este síndrome se encuentra estrechamente asociado a situaciones ambientales que pueden desencadenar, por sí mismas, la apatía por el fármaco y precipitar una recaída en la persona que intenta suspender el consumo.

Grawin y Kleber (en Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 1998) describen el síndrome de abstinencia por cocaína en tres etapas:

**Etapa I: abstinencia aguda o *crash*.** Aparece entre 6 y 12 horas después del consumo y puede durar hasta cuatro días. Se presenta una depresión de las funciones psíquicas y físicas con una reducción progresiva del deseo de la droga; sus síntomas suelen ser paradójicos: agitación, depresión, anorexia, episodios de deseo intenso de droga alternados con episodios de aborrecimiento a la sustancia, fatiga, distonía, hipersomnía, agotamiento e hiperfagia.

**Etapa II: abstinencia.** Comprende de la primera a la décima semana. Regresa el deseo (de moderado a intenso) de la droga; presenta los siguientes síntomas: sueño normal, eutimia, ansiedad leve, craving de moderado a intenso con altas probabilidades de recaída, anhedonia y anergia

**Etapa III: extinción indefinida.** Duración indefinida, etapa de extinción con crisis esporádicas de deseo de droga, alto riesgo de recaída, respuesta hedónica normal, ánimo eutímico y craving esporádico

Parece que este síndrome ocurre como producto del agotamiento de las reservas catecolaminérgicas en las porciones mesolímbicas y mesocorticales.

Durante el periodo del Acta Harrison, se pensaba que hasta que el adicto se había desintoxicado, podía ayudársele con su adicción – es decir, hasta ese momento se podía curar. Rápidamente se hizo obvio que este no era el caso. Kolb (1927, citado en Siegel, 1999) observó que solo buscar la abstinencia durante el periodo más fuerte del síndrome de abstinencia no era una opción efectiva. Igualmente, señaló que los disparadores ambientales del consumo de drogas son fundamentales en la recaída, lo que se ha reiterado subsecuentemente (Siegel, 1999).

Basándose en observaciones clínicas, se espera que la probabilidad de la abstinencia a largo plazo aumente si el adicto se va de un ambiente lleno de disparadores asociados al consumo de drogas. Hay evidencia que apoya los efectos protectores satisfactorios cuando no están presentes estos disparadores. Modificar el lugar de residencia se ha asociado con la abstinencia a largo plazo en diferentes poblaciones de consumidores (Ross, 1973, citado en Siegel, 1999). Esto se ha observado en estudios con veteranos que regresan de Vietnam que allá fueron adictos a la heroína. Al contrario que la mayoría de los adictos que habían desarrollado su adicción en Estados Unidos, después del tratamiento regresaron a un ambiente diferente en el cual habían usado drogas. Tuvieron mucho menos recaídas y presentaron tasas de remisión menores que los consumidores tratados en EUA (Robin, Helzer y Davis, 1975, citados en Siegel, 1999).

Las observaciones clínicas y epidemiológicas que sugieren que los disparadores asociados a las drogas generan el síndrome de abstinencia, y que quitar esos disparadores ayuda a alcanzar efectivamente la abstinencia, se complementa por hallazgos experimentales. Los resultados de experimentos con animales y humanos, indican que los disparadores asociados con las drogas disponen los síntomas de abstinencia y recaída en ambientes relacionados con las drogas que en otros ambientes diferentes (Azorlosa y Baker, 1996, citado en Siegel, 1999).

## TOLERANCIA

Un fenómeno muy relacionado con el deseo y el síndrome de abstinencia es la tolerancia a las drogas. Carpenter (1855, citado en Siegel, 1999), ya describe este fenómeno desde mediados del siglo XIX. Poulos y Cappell (1991, citados en Siegel, 1999) afirman que el hecho de que halla una fuerte relación entre el grado de tolerancia y la intensidad del síndrome de abstinencia, debe tomarse en consideración al evaluar los mecanismos involucrados. Hay evidencia de que el mecanismo básico para explicar el desarrollo de ambos fenómenos es el condicionamiento clásico.

Por tolerancia se entiende a la condición que requiere que se administren dosis cada vez mayores de la droga para poder obtener el mismo efecto que cuando se usó por primera vez (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 1998). También se refiere a la disminución del efecto de la droga en el curso de administraciones repetidas. La tolerancia también se define como un decremento de la sensibilidad del SNC a la sustancia. El hecho de tener tolerancia es uno de los criterios que se utilizan para establecer el síndrome de dependencia (ver más adelante). Tanto los factores fisiológicos como los psicosociales contribuyen al desarrollo de la tolerancia, que puede ser física, psíquica y conductual (CIJ, 2001).

El consumo de sustancias adictivas genera tolerancia y dependencia (ver antes), por lo que, de acuerdo a la susceptibilidad de cada individuo (edad de inicio, tiempo de exposición, frecuencia de consumo, tipo y presentación de la droga), se presentarán dichas situaciones en diferentes momentos, modificando el patrón de consumo, así como las probables repercusiones médicas y sociales.

La cocaína es una droga extremadamente adictiva. Una vez que el individuo la prueba le es muy difícil predecir o controlar a que extremo continuará usándola. Se cree que sus efectos adictivos y estimulantes (como lo discutimos anteriormente) son principalmente el resultado de su habilidad para impedir la reabsorción de la dopamina por las células nerviosas. El cerebro emite la dopamina como un sistema de gratificación, y la misma es directa o indirectamente relacionada a las propiedades de adicción en todas las principales drogas de abuso. Entonces, la tolerancia se debe a la hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos por la ingesta repetida y en grandes cantidades de la droga. También es posible que se presente la llamada "tolerancia inversa", que se da por sensibilización del SNC a los efectos de la sustancia. Parece que esta tolerancia inversa se da por la liberación de dopamina en el núcleo estriado, responsable de la conducta estereotípica.

Se puede desarrollar una tolerancia considerable al "high" de esta droga y muchos adictos reportan que, aunque traten, no obtienen el mismo placer como cuando la usaron por primera vez. Algunos de los que la usan a menudo aumentan la dosis para intensificar y prolongar esta euforia. Aunque puede ocurrir una tolerancia al "high", también los que la usan pueden desarrollar más sensibilidad a los efectos anestésicos y convulsivos, sin tener que haber aumentado la dosis. Este aumento en la sensibilidad puede explicar porqué algunas muertes ocurren después del uso de dosis de cocaína relativamente pequeñas (ver más adelante).

La tolerancia de la cocaína se presenta rápidamente en unos cuantos días, lo que lleva a aumentar las dosis autoadministradas, por lo que en poco tiempo el usuario puede estar consumiendo de 5 a 10 gr. para alcanzar los efectos buscados. Pero estos efectos pueden revertirse, ya que más adelante, el adicto puede mantener su estado de intoxicación con dosis relativamente bajas.

Cuando la droga se administra en el contexto usual de la administración de drogas, hay una serie de RC que atenúan su efecto y contribuyen a la tolerancia. La investigación original que inspiró al desarrollo del modelo de condicionamiento fue descrito en varios experimentos dirigidos por Mitchell entre 1969 y 1972 (Citado en Siegel, 1999), y fue llamado "tolerancia específico situacional". En ellos, administró morfina en varias ocasiones, siempre con los mismos disparadores ambientales. En el curso de administraciones repetidas los sujetos desarrollaron tolerancia al efecto analgésico de la droga, pero esta fue más pronunciada en presencia de los disparadores previamente apareados que en presencia de otros disparadores. Esta tolerancia se ha demostrado usando diferentes drogas, tanto en animales como en humanos (Ramos, Siegel & Bueno, 2002).

La más dramática demostración de la tolerancia específico situacional está relacionada con la tolerancia a los efectos letales de la droga. Después de varias administraciones de drogas, cada una con los mismos disparadores, la tolerancia se desarrolla también a sus efectos letales. Por lo tanto, entonces, si se altera el contexto usual de administración, aumenta su letalidad (Vila, 1989, citado en Siegel, 1999).

La tolerancia específico situacional se explica con base en el análisis condicionado de la tolerancia. Esto es, los disparadores asociados con la droga generan RC compensatorias que atenúan

sus efectos; esta tolerancia es mayor cuando se evalúa en presencia de los disparadores asociados que cuando se evalúa en cualquier otro momento.

Respecto a la disminución de la tolerancia, se ha observado que la magnitud de la RC disminuye por la extinción (presentación repetida del EC sin el EI); es decir, la tolerancia a los efectos de otras drogas disminuye por la presentación repetida de los disparadores sin la exposición de la droga.

Con relación a la inhibición externa de la tolerancia, Pavlov observó que presentar un estímulo nuevo y extraño rompe la liga de RC ya creadas. Tal inhibición también ha mostrado eliminar la tolerancia a los efectos de diferentes sustancias. Esto es, las ratas que experimentan con drogas a las que normalmente muestran tolerancia no lo hacen cuando se presenta un estímulo arbitrario nuevo.

Otro procedimiento para atenuar el desarrollo de la asociación del EC-EI es el reforzamiento parcial. Si solo algunos de los EC se aparean con los EI, la adquisición de la RC se retrasa, a diferencia de cuando todas las presentaciones del EC están apareadas con el EI. Entonces, el grupo donde solo algunos de los disparadores van seguido por la droga, la tolerancia se debería adquirir más lentamente que el otro grupo que siempre recibe la droga - aún cuando ambos grupos se igualen con respecto a todos los parámetros farmacológicos (Siegel, 1999). Los resultados de muchos otros experimentos han dado evidencia de que las respuestas anticipatorias a las drogas contribuyen a la tolerancia (Vita y Miranda, 1994, citado en Siegel, 1999).

#### Disparadores del consumo de drogas

Hay mucha evidencia de que los disparadores del consumo de drogas están muy asociados con sus efectos (Ramos, Siegel y Bueno, 2002). Aunque los estudios sobre los efectos de las drogas han manipulado disparadores ambientales (ej. el lugar donde se administra la droga), hay evidencia de una gran variedad de estímulos que pueden estar asociados con la droga, y con el desarrollo de la tolerancia. Dos tipos de disparadores que han sido recientemente estudiados son los farmacológicos y los incidentales.

Respecto a las investigaciones farmacológicas, en algunos experimentos de condicionamiento entre drogas, una droga se administra repetidamente antes de una segunda droga diferente. En Otros experimentos de condicionamiento inter drogas han evaluado la habilidad de la droga de servir por sí misma como disparador.

Hay evidencia de que las asociaciones entre drogas pueden contribuir importantemente a la tolerancia (Taukulis, 1986, citado en Siegel, 1999). Tal asociación farmacológica puede manifestarse como aprendizaje de la tolerancia "dependiente del estado" (Siegel, 1988, citado en Siegel, 1999).

También hay reportes que indican que una dosis pequeña de una droga puede servir como EC, que señala que a continuación habrá una gran dosis de la misma droga (Greeley et al., 1984, citado en Siegel, 1999). Esta investigación sugiere que las asociaciones intra droga pueden jugar un papel importante en los efectos de la administración repetida de la droga. Esto es, que se de un aumento gradual en las concentraciones (consecuencia inevitable del consumo de drogas). En cada administración, los disparadores de la droga confiablemente preceden a su efecto, lo que es una consecuencia del potencial de las asociaciones farmacológicas.

De acuerdo condicionamiento clásico, un disparador genera una RC compensatoria. Si el disparador es inherente a la administración, al consumir una pequeña dosis (en una historia de consumo de grandes dosis), se puede esperar que genere una RC. Esto es, la dosis pequeña puede reproducir el efecto inicial de grandes dosis previamente administradas (Krank, 1987, citado en Siegel, 1999).

También se ha encontrado que alterar la ruta de administración puede alterar la tolerancia, ya que implica un cambio en la señal farmacológica (Johnson y Faull, 1977, citado en Siegel, 1999).

### Condicionamiento clásico y síndrome de abstinencia

Como se ha señalado previamente, la tolerancia a las drogas y el síndrome de abstinencia están altamente correlacionados. Además, se ha encontrado que los efectos del síndrome de abstinencia son los contrarios a los efectos agudos de la droga (ver anexo 3). De acuerdo al análisis condicional, la relación entre la tolerancia y el síndrome de abstinencia atribuye al hecho de que ambas son manifestaciones de la misma RC compensatoria de la droga.

Cuando la droga se administra en el contexto usual, las RC compensatorias atenúan sus efectos y contribuyen a la tolerancia. Sin embargo, si no hay efectos de la droga (ej. los disparadores están presentes, pero la droga no se administra), estas RC no interactúan con los efectos de la droga. Tales RC farmacológicas, emitidas en esas circunstancias, se conocen como "síndrome de abstinencia".

Hay gran evidencia experimental (humana y animal) y epidemiológica de este síndrome, que se ha observado aún después de mucho tiempo de la última exposición a la droga, y que es especialmente pronunciado en presencia de los disparadores asociados. Además, es la anticipación de la droga, más que la droga en sí misma, la responsable de esos síntomas; por esto se conoce al síndrome de abstinencia como 'síntomas de preparación para la droga' (Siegel, 1991, citado en Siegel, 1999).

Con base en el análisis condicional, el deseo es un término dado a las RC que se observan cuando a los disparadores habituales no siguen las consecuencias farmacológicas usuales. Estos disparadores generan las repuestas condicionales compensatorias. Entonces, las RC incluyen la respuesta opuesta a las drogas que se interpreta como síndrome de abstinencia, y la respuesta neuroquímica que se interpreta como deseo.

### SENSIBILIZACIÓN

Algunos de los consumidores de cocaína pueden tener gran tolerancia al high, pero también pueden desarrollar más sensibilidad a sus efectos anestésicos y convulsivos, sin haber aumentado las dosis consumidas, o incluso con cantidades menores a las administradas anteriormente. Este aumento de sensibilidad puede explicar porqué algunas muertes ocurren después del uso de dosis de cocaína relativamente pequeñas.

La traducción funcional del proceso de sensibilización consiste en un incremento patológico de la actividad dopaminérgica. Desde el punto de vista bioquímico, este fenómeno se puede explicar en función de un aumento de la liberación del neurotransmisor, mayor sensibilidad de los receptores de las neuronas postsinápticas y una transmisión más eficiente de la señal al interior de las mismas.

La sensibilización parece ser la responsable de las alteraciones del ánimo (inquietud, susceptibilidad, demencia paranoide y alucinaciones) que derivan del consumo repetido de cocaína. Se ha podido comprobar en animales de laboratorio, a los que se les administraron sustancias psicoestimulantes durante un largo periodo de tiempo, un aumento de la transmisión de la señal dopaminérgica. En el hombre, los fármacos que inhiben la acción de la dopamina se prescriben en el tratamiento de las demencias y las alucinaciones.

### AUTO ADMINISTRACIÓN Y EFECTO DE LAS DROGAS

Consumir drogas ilícitas consiste en su auto administración, aunque mucha de la investigación psicofarmacológica usa la administración pasiva (ya que es el investigador quien controla la administración). Hay evidencia que muestra diferencias en los efectos de ambos tipos de administración. De especial relevancia son los reportes que señalan que la auto administración intensifica tanto la tolerancia como el síndrome de abstinencia (Dworkin, Mirkis & Smith, 1995, citado en Siegel, 1999). Mello y Mendelson (1970, citados en Siegel, 1999) encontraron que la tolerancia es mayor en individuos que se

auto administran una droga, que cuando esta se administra por terceros de manera programada. Además, reportaron que los efectos del síndrome de abstinencia fueron mayores en la condición de auto administración.

Parece que la auto administración da señales internas al organismo que funcionan como señales externas. Esto es, los disparadores interoceptivos junto con las señales externas que acompañan a la auto administración, pueden generar las respuestas homeostáticas anticipatorias. Entonces, diferentes disparadores pueden asociarse con los efectos de las drogas, y contribuir a la tolerancia y síndrome de abstinencia: los disparadores ambientales (disparadores contextuales, como el ambiente físico de la administración de la droga), disparadores farmacológicos (disparadores de drogas que señalan los consiguientes efectos de una administración) y los disparadores interoceptivos que acompañan a la auto administración.

## COCAÍNA Y OTRAS DROGAS

Cigarros de tabaco espolvoreados con cocaína (rails) se han identificado como una ruta de administración para el uso inicial de pacientes dependientes de la cocaína. Wiseman y McMillan (1996) indican que la alta frecuencia de uso simultáneo de cigarrillos con cocaína apoya la idea de que fumar cigarrillos puede ser un estímulo condicionado para el uso de cocaína en algunos pacientes. Esto es, el apareo frecuente de fumar cigarrillos con el uso de la cocaína podría resultar en un condicionamiento clásico, donde el fumar cigarrillos podría ser la señal para usar la droga o el disparador para una recaída del consumo.

Wiseman y McMillan (1996) señalan que el uso simultáneo de cocaína y alcohol produce una sustancia, llamada etileno de cocaína (cocaethylene), que da mayores sentimientos de euforia y con mayor duración que el de la cocaína sola. Además, el efecto de esta sustancia en el cerebro es más largo y más tóxico que cuando se usa la cocaína sola. El 47 % de los sujetos dicen que perciben un efecto que va incrementando o el de la cocaína o el del alcohol cuando ambas drogas se usan simultáneamente. Los pacientes que reportan experimentar un efecto incrementado tanto de cocaína y alcohol al combinar estas sustancias, reportan usar significativamente menos cocaína por ocasión que los pacientes que no experimentan un efecto de incremento de la combinación de cocaína y alcohol. Esta percepción, junto con el uso simultáneo frecuente de cigarrillos con cocaína, puede representar una variable que confunde en estudios que llevan a fumar cigarrillos mientras se monitorea el deseo de cocaína. Los pacientes en nuestro estudio experimentaron un decremento del deseo de cocaína y alcohol durante el tratamiento, mientras que el deseo de cigarrillos permaneció sin cambio.

Aunque el uso de la cocaína en combinación con cigarrillos o alcohol es notado clínicamente, este fenómeno ha sido rara vez estudiado sistemáticamente y poco reportado en la literatura. Aunque se deben hacer más estudios, debe tomarse en consideración que de las muertes ocasionadas por las drogas, las más comunes son las ocasionadas por la combinación de la cocaína con el alcohol.

## CONCLUSIÓN

En este capítulo se revisan exhaustivamente una serie de elementos relacionados con el consumo de cocaína en sus dos formas de presentación más frecuentes (como polvo o como crack). Este conocimiento es fundamental para todos aquellos profesionales de la salud que se dedique a trabajar con los usuarios de esta droga. Con esta información pueden estar más preparados para conocer las probables consecuencias que pueden tener estos consumidores. Entonces, al entrevistar a un consumidor y conocer las características e intensidad de su adicción, es más factible darle un tratamiento personalizado que vaya de acuerdo con las mismas.

La farmacodependencia es un tema prioritario de salud pública en México y en el mundo. Debido a que en estas últimas décadas se ha hecho conciencia respecto a las graves consecuencias que ocasiona el consumo de drogas, tanto en la salud del usuario, como en su entorno familiar y social, que



se manifiestan a través de actos delictivos, violencia intrafamiliar, suicidios, homicidios, accidentes, enfermedades, etc. A pesar de que en nuestro país este fenómeno no alcanza las elevadas proporciones registradas en los países desarrollados, este también ha sido reconocido como un grave problema de salud pública. Con respecto a la cocaína, el problema es especialmente grave, ya que es una de las drogas que más ha aumentado su prevalencia en el país. Al comparar los resultados de las mediciones de la ENA de 1993 y 1998, la prevalencia por tipo de droga encontradas en el ámbito nacional del uso *alguna vez, último año y último mes*, se observa que la cocaína es la droga que registra el incremento más importante, al casi triplicarse el consumo *alguna vez* y duplicarse en el *último año*. Este incremento que no se registró en el caso de la marihuana o de los inhalables. Por otro lado, se ha observado que algunas enfermedades asociadas al consumo de drogas pueden tener carácter crónico, irreversible, incapacitante y letal. Además, dan lugar al deterioro en la calidad de vida de los usuarios y a la pérdida de años potenciales de vida saludable e inciden en la disminución de la productividad, el incremento del absentismo laboral, la sobre utilización de los servicios de salud y el aumento de las tasas de mortalidad por padecimientos asociados, traducéndose en un elevado costo social.

Se ha hecho cada vez más evidente que el aprendizaje contribuye a muchos de los efectos que tienen las drogas en el organismo y en la conducta. La contribución del aprendizaje de la tolerancia se enfatiza al analizar el papel que juega el condicionamiento clásico en la administración de drogas, en este caso de la cocaína.

Los disparadores ambientales asociados con la auto administración de la cocaína (al igual que la auto administración de cualquier otra droga), son capaces de generar el síndrome de abstinencia, el deseo y la subsecuente recaída. Este fenómeno se ha confirmado repetidamente en estudios epidemiológicos y experimentales, tanto en humanos como en animales. Por otro lado, la tolerancia a la cocaína (muy relacionada con el síndrome de abstinencia y deseo), está también determinada por disparadores ambientales asociados a la misma. El papel que juegan los disparadores en el síndrome de abstinencia y en la tolerancia, se puede explicar al analizar, por medio del condicionamiento clásico, la administración de la droga. Además, de acuerdo a este modelo, es posible anticipar tanto los efectos de las drogas en la conducta, como las respuestas condicionales compensatorias que ocurren en presencia de situaciones y eventos que en el pasado se han asociado al consumo de la sustancia. Estas respuestas condicionadas, observadas en la anticipación de su consumo, contribuyen de manera importante a la tolerancia, a la falta de tolerancia (sobredosis enigmáticas), y al síndrome de abstinencia. La evidencia indica que un análisis completo del síndrome de abstinencia y tolerancia de la droga requiere del análisis de la contribución del condicionamiento clásico.

El condicionamiento clásico en general, y la tolerancia mediada por el condicionamiento en particular, sirven como funciones homeostáticas importantes. Como resultado de la tendencia a asociar eventos apareados, es posible tolerar altas dosis de drogas que de otra manera serían letales. Sin embargo, los RC que median tal tolerancia también se expresan como síndrome de abstinencia si a los disparadores asociados a las drogas no siguen sus efectos comunes. Entonces, después de un tiempo prolongado sin consumir drogas, la reexposición a disparadores del consumo de drogas pueden generar "deseos de la mente", haciendo el tratamiento de la adicción una tarea especialmente difícil.

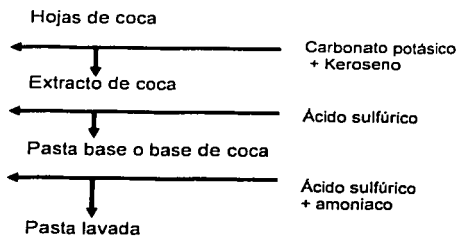
Por otro lado, respecto a los efectos de la cocaína, su uso continuado puede producir arritmias cardiacas y problemas cardiovasculares que pueden ser la causa de algunas muertes repentinas; el usuario tiene inquietud física, locuacidad, irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, pérdida del apetito, insomnio, lo que equivale a un estado maniaco, lo que es potencialmente peligroso para el paciente y para quienes lo rodean. Los consumidores crónicos pueden desarrollar ideas delirantes de persecución, realizar actos violentos, inesperados e injustificables. En los intervalos entre dos episodios de consumo, los adictos se hunden en depresiones y se tornan apáticos y somnolientos, además de experimentar la necesidad perentoria de obtener la droga. El deseo es de particular importancia clínica en el síndrome de la cocaína. La compulsión es la cualidad del deseo que los pacientes habituados a esta sustancia han descrito que alcanza un nivel de intrusividad y pérdida de control no observado en pacientes que abusan de otras drogas. El deseo es tan intenso e intrusivo que rompe la concentración, interfiere con la ejecución, hace al individuo aguda y extremadamente molesto. La literatura ha señalado que los grupos de alto riesgo del consumo de drogas requieren medidas selectivas, en este caso, especialmente

dirigidas a la cocaína. Por otro lado, es fundamental atacar el problema en aquellos sujetos que ya la consumen, especialmente en aquellos que ya son dependientes de la sustancia; para esto, es necesario desarrollar tratamientos dirigidos específicamente a esta población, diseñándolos para las características específicas de los consumidores de esta sustancia, tomando en cuenta factores tales como los efectos a corto y a largo plazo, el deseo, el síndrome de abstinencia, la tolerancia, entre otros.

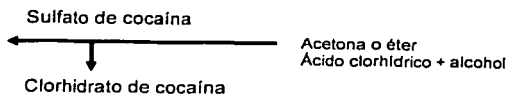
Figura 1. Proceso de transformación química de la cocaína, cantidad obtenida y precio promedio (en pesetas)

**Obtención de cocaína desde la hoja de coca**

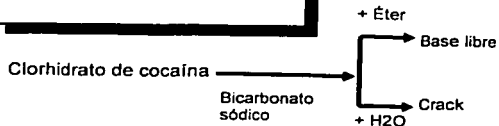
**1. Obtención desde pasta base**



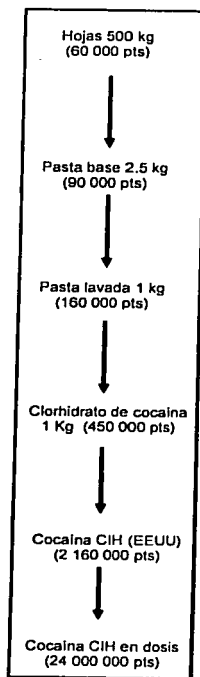
**2. Obtención de clorhidrato de cocaína**



**3. Obtención de base libre**



**Cantidad obtenida y precio promedio (en pesetas)**



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO 2. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DROGAS ILEGALES Y DE LA COCAÍNA EN MÉXICO

### INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presenta un panorama general sobre la epidemiología del consumo de drogas ilegales y especialmente de la cocaína en otros países y en México. Se reportan los datos de las encuestas nacionales de adicciones, las encuestas en hogares, los sistemas de información los de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) así como otros estudios en distintas poblaciones.

### EPIDEMIOLOGIA DE LAS DROGAS ILEGALES

#### EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DROGAS ILEGALES EN VARIOS PAÍSES

El consumo de drogas es un fenómeno que ha adquirido dimensiones propias de una epidemia, sobre todo a lo largo de la historia moderna de la humanidad.

Históricamente, la demanda de sustancias adictivas surgió como problema mundial de salud a fines de los años sesenta. Tradicionalmente se afirmaba que el uso de drogas ilegales se vinculaba con países muy desarrollados y con alto ingreso per cápita, fundamentalmente en países occidentales y del hemisferio norte. Los demás eran considerados como países productores y/o de tránsito de drogas hacia estos centros de consumo.

Sin embargo, al paso del tiempo los países tradicionalmente productores comenzaron a registrar aumentos en su consumo interno y otros que eran fundamentalmente consumidores, actualmente la están produciendo. Además de diversos factores socioeconómicos que contribuyen a esta situación, cabe señalar que las estrategias de las organizaciones del narcotráfico se han ido diversificando de manera tal, que ha aumentado la cantidad de esas sustancias que se quedan en países que antes eran de tránsito, promoviendo su consumo en el mercado interno. En los años setenta, en Estados Unidos y otros países se observó un gran aumento del consumo de drogas, asociado a la emergencia y difusión de diversos movimientos sociales y de contracultura. Estas tendencias tuvieron impacto en México, donde en esos años se comenzó a observar un crecimiento en el uso de sustancias en ciertos sectores, por lo que en ese periodo empezaron a generarse diversas iniciativas para enfrentar este problema (Velasco, 1997).

Con respecto al consumo de la cocaína hay diferencias entre los países en cuanto a los niveles de consumo. Kang, Kleinman, Woody, Millman, Todd, Kemp y Lipton (1991) indican que la cocaína es una de las sustancias ilícitas cuyo uso mas se ha incrementado desde los años ochenta en muchos países del mundo.

A continuación se presenta información de México y de algunos países que cuentan con investigaciones que emplean indicadores del consumo de drogas comparables. En la Tabla 4 figuran los resultados de encuestas en población general sobre la prevalencia de uso de marihuana y cocaína. Está sombreado el resultado del consumo general de cocaína, y, entre los diferentes países, el de México.

En este panorama mundial, los resultados de encuestas en población en general sobre la prevalencia de cocaína son las siguientes (SS, 1999): Estados Unidos es el primer consumidor (10.5% de su población); el segundo lugar lo ocupa Canadá (3.8%); en tercer lugar está España (3.3%); en cuarto lugar Australia (3.0%); en quinto Chile (2.6%); en séptimo Alemania (2.2%); en octavo Dinamarca e Inglaterra (2.0%); en décimo Colombia (1.6%); en undécimo está México (1.4%); debajo de él está Francia, Panamá y Perú (1.1%). En menos de 1% están Costa Rica (0.9%), Finlandia (0.6%), Bélgica (0.5%) y Bolivia (0.3%). Respecto al consumo de marihuana, Estados Unidos ocupa el primer lugar de consumo, mientras que México ocupa el sexto lugar.

Tabla 4. Comparación entre México y otros países en la prevalencia de uso de cocaína y marihuana alguna vez en la vida en la población general

País	Año	Droga %	
		Cocaína	Marihuana
Estados Unidos	1997	10.5	32.9
Canadá	1994	3.8	23.1
España	1995	3.3	13.0
Australia	1995	3.3	31
Chile	1996	2.6	16.6
Alemania oeste	1995	2.2	13.9
Dinamarca	1994	2.0	31.3
Gran Bretaña	1994	2.0	21.0
Colombia	1996	1.6	5.4
México	1998	1.4	4.7
Francia	1995	1.1	15.2
Panamá	1991	1.1	1.9
Perú	1995	1.1	4.0
Suecia	1996	1.0	8.0
Costa Rica	1995	0.9	3.9
Finlandia	1992	0.6	4.8
Bélgica	1995	0.5	5.6
Bolivia	1990	0.3	.6

Fuente: SSA, 1999

Con esta información, se pueden clasificar los países según su prevalencia del uso de la cocaína por la población general en: *alta* (de 3% o más de consumidores), *media* (de 1 a 3%) y *baja* (menor al 1%). De este modo, países con alto consumo de cocaína serían Australia, Canadá, España y Estados Unidos; medio incluiría a Colombia, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, México, Panamá, Perú y Suecia; y en el rango bajo se encontrarían Bélgica, Bolivia, Costa Rica y Finlandia. La situación del consumo de cocaína en México con relación a otros países revela que, en la población general se sitúa en un nivel medio, mientras que respecto a los estudiantes queda en un nivel alto (comparar Tabla 1 y Tabla 10)

Frank y Galea (1996) mencionan que hasta 1996, la cocaína, principalmente en forma de crack, continuaba dominando la escena de las drogas ilícitas en la ciudad de Nueva York. Además, señalan que la cocaína está involucrada en muertes, emergencias en hospitales y arrestos.

## EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DROGAS ILEGALES EN MÉXICO

Como con otros problemas de salud pública, las medidas de prevención y tratamiento de las adicciones, para ser eficaces, deben estar sustentadas en información científica, confiable y completa sobre la magnitud y características del fenómeno. En este sentido, las encuestas epidemiológicas son de gran utilidad para entender este complejo problema y como se presenta en México. Por lo tanto, es necesario analizar sus tendencias, los grupos de población afectados, así como las consecuencias sociales, económicas, familiares, educativas, laborales y en la salud. Además, en cuanto al objetivo de este trabajo, nos interesa conocer estos aspectos pero específicamente relacionados con la cocaína.

Entre los métodos cuantitativos más importantes para recopilar información están las encuestas en hogares y el monitoreo de tendencias en el uso de drogas por medio de indicadores sociales y de salud, como son los datos sobre morbilidad y mortalidad, homicidios, accidentes, violencia intrafamiliar, suicidios y otros delitos relacionados con el consumo de estas sustancias.

La información sobre el consumo de drogas permite obtener indicadores del comportamiento de la población de interés tales como la prevalencia o a la incidencia. Esta variable da información base para programas cuyas metas se orientan a la prevención de la experimentación con drogas, o tratamiento de los ya consumidores.

La información sobre los problemas asociados al consumo permite establecer una diferencia importante entre los usuarios que reportan que el consumo les ha ocasionado problemas y los que reportan que no. El conocimiento de las características demográficas, hábitos de consumo y entorno social de ambos grupos arroja información para diseñar programas selectivos que tienen como fin la prevención del uso problemático. Diferentes investigaciones han demostrado que sólo una parte de los sujetos que experimentan con drogas tienen problemas, y que los factores que predicen la experimentación son diferentes de los que predicen el uso problemático. Si bien hay medidas preventivas universales que son útiles para toda la población, se ha visto que tanto los grupos de alto riesgo, como los que tienen problemas, requieren medidas selectivas.

Por otro lado, en todas las encuestas hechas en México en los últimos 30 años, se ha observado un aumento importante del consumo de drogas ilegales, situación por la cual es importante tomar estas medidas preventivas para tratar de frenar de alguna manera este aumento en el consumo ((Medina-Mora 1978; Terroba & Medina-Mora 1979; Villatoro, Medina-Mora, Feliz, Alcántara, Hernández & Parra, 1999; Castro et. al. 1986; Centros de Integración Juvenil, 1982).

## EPIDEMIOLOGÍA DE LA COCAÍNA EN MÉXICO

Los resultados obtenidos en un proyecto de investigación realizado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud, muestran que la cocaína ha sido utilizada en la Ciudad de México desde finales del siglo XIX (Pérez, 1993, citado en Ortiz et al., 1994); sin embargo, la prevalencia de uso era percibida aún como limitada en comparación con el uso del alcohol y la marihuana. En aquellos días, el uso de la cocaína se circunscribía a pequeños grupos de ricos, intelectuales, artistas y médicos debido a su alto precio y a su baja disponibilidad. La comunidad médica comenzó a aceptar el uso medicinal de la cocaína más abiertamente conforme pasaba el tiempo, usándola para aliviar el dolor (El Observador Médico, 1985, citado en Ortiz et al., 1994).

Los informes de agencias gubernamentales de salud y de justicia en la Ciudad de México, indican el uso de la cocaína desde 1920. Renero (1993, citado en Ortiz et al., 1994) señala que, de 1920 a 1924, se registraron en estas agencias a 537 usuarios de drogas. Cuarenta y ocho casos (8.9%) eran usuarios de cocaína, en su mayoría varones, solteros, de edades entre 16 y 24 años y desempleados (Unikel 1993b, citado en Ortiz et al., 1994). Estos datos parecen contradecir lo que se decía acerca de que los usuarios de cocaína tenían alto nivel socioeconómico; sin embargo, puede explicarse por el hecho de que personas de bajo nivel socioeconómico asisten a las agencias de salud pública ya que son gratuitas, y por ello no pueden pagar un servicio de salud privado. Aquellos que tienen un alto nivel socioeconómico cuentan con suficientes recursos para evitar que la policía los atrape (Ortiz, 1994).

El Hospital de Toxicómanos se fundó en 1933 en la Ciudad de México. Entre 1933 y 1948 registró un total de 1 673 casos tanto de hombres como de mujeres, lo cual representaba el 3% del promedio de pacientes confinados en el principal hospital psiquiátrico de la ciudad. El 91% correspondía a usuarios de drogas ilegales, de los cuales la cocaína abarcaba el 1.5%, que era relativamente bajo en comparación con otras drogas. La edad de inicio de consumo de cocaína estaba entre los 20 y 24 años, siendo la inhalación la vía principal de administración (Ortiz, 1994).

La cocaína es una sustancia relativamente nueva en círculos mexicanos en comparación con otras drogas como la marihuana, los hongos y otras hierbas conocidas localmente. Además, los usuarios actuales de cocaína consumen la droga no por asociarla con la elite, sino como una conducta utilitaria. La cocaína es utilizada dentro de diferentes niveles socioeconómicos y en todos ellos parece haber un grupo de usuarios crónicos que aparentemente no presentan problemas (Ortiz, 1994).

A diferencia de los usuarios de tiempos pasados, los actuales reportan más problemas legales, debido a que en ocasiones tienen que distribuir la droga para conseguir dinero para después poder adquirirla. Lo que tienen en común los usuarios anteriores y los nuevos, es que generalmente no perciben que la cocaína sea nociva y no creen que ésta deteriore de manera significativa su funcionamiento ni su estilo de vida. Sin embargo, casi todos reportan que después de algunos años de

haber dejado la droga, tomaron responsabilidad de su conducta y se sintieron más estables emocionalmente (Ortiz, 1994).

Por otro lado, Medina-Mora et al. (2001) señalan que el incremento en el uso de la cocaína ha llevado a un importante incremento en el abuso de sustancias en general, fenómeno del que dan cuenta todos los sistemas de información disponibles. Por ejemplo, las encuestas nacionales de adicciones muestran incrementos de 1988, 1993 y 1998 que van de 0.33%, 0.56% y 1.45%, respectivamente. El SRID refleja un incremento en el número de usuarios de drogas que ahora prefieren consumir esta sustancia; tal consumo aumentó de 4% de casos en 1986 a 39% en 1997. La proporción de casos atendidos en los Centros de Integración Juvenil por utilizar esta droga aumentó de 12% a 46% de 1990 a 1997. El SISVEA reporta también un incremento en el número de usuarios que ha consumido cocaína. En 1991, el 6% de las personas que usaron cocaína la utilizó como droga de inicio, proporción que ascendió a 16% en 1997.

Los estudios llevados a cabo en población estudiantil reflejan también un incremento en el índice de menores que han experimentado con la cocaína. En la Ciudad de México, éste aumentó de 0.5%, en 1976, a 4% en 1997, con dos brotes importantes en 1989 y en 1997. En este último año se encontró que el 4% había experimentado con la sustancia y el 1% la utilizó en el último mes.

Medina-Mora et al. (2001) menciona que en el mercado han aparecido nuevas formas de cocaína como el crack –forma más adictiva y dirigida a consumidores con menos recursos- y de drogas del tipo de las anfetaminas. El consumo de estas sustancias empieza a documentarse en los primeros años de la década de 1990 y es más frecuente en la frontera noroccidental del país. El sistema de registro de pacientes de los Centros de Integración Juvenil señala una media nacional de 2.7% del consumo de crack para 1995, año en que las había consumido el 42% de los pacientes atendidos en el centro ubicado en Tijuana.

La mayor parte de los estudios epidemiológicos realizados a la fecha (Medina-Mora et al., 1993; Ortiz et al., 1993 citados en Galván, 1994), indican que la cocaína ha pasado de ser una droga preferentemente característica de estratos socioeconómicos altos, masculinos y con edades superiores a los 20 años, a una droga que en la actualidad es consumida por individuos de todos los niveles socioeconómicos, en edades más tempranas y con un incremento en el número de mujeres adictas a ésta.

A continuación se presentan los datos epidemiológicos generales de las últimas encuestas acerca del uso de drogas ilegales y de la cocaína en México.

## ENCUESTAS NACIONALES

### ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES

De acuerdo con los resultados de la ENA (1993, 1998), los datos de prevalencia nacional de consumo de drogas ilegales (entre la población de 12 a 65 años de edad) ha aumentado en los tres rubros, o que señala un aumento significativo en el número de consumidores de estas sustancias en el país (ver Tabla 5).

**Tabla 5. Prevalencia nacional del consumo de drogas ilegales en 1993 y 1998**

	1993	1998
	%	%
Alguna vez en la vida	3.90	5.27
Últimos 12 meses	0.75	1.23
Últimos 30 días	0.44	0.83

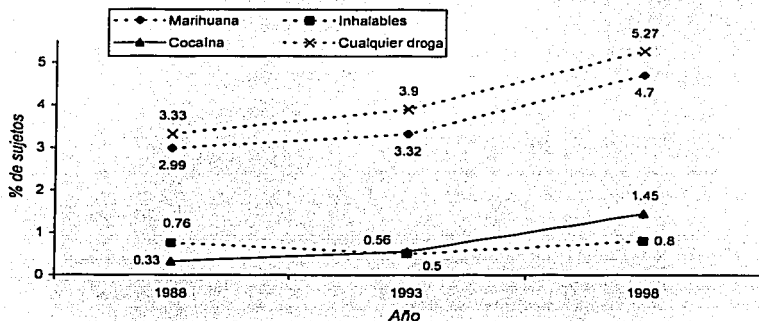
Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones, 1993, 1998. IMP, DGE, CONADIC/SSA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De 1993 a 1998 se registró un aumento considerable en los tres rubros de la prevalencia. En 1998 el 5.27% de la población urbana de 12 a 65 años ha consumido alguna vez drogas ilegales, lo que equivale aproximadamente a 2.5 millones de personas; el uso en el último año lo reportó el 1.23%, lo que representa más de medio millón de individuos; y el 0.83% señaló haber consumido en el mes previo, lo que equivale a 398 081 personas.

Tocante a la tendencia general de consumo de algunas drogas ilícitas específicas "alguna vez en la vida" en población urbana (de 12 a 65 años de edad) de las ENA de 1988, 1993 y 1998 (ver Figura 2), se estimó en 1988 en 3.33, en 1993 en 3.9% y en 1998 en 5.27%. Estos resultados indican que en 10 años la prevalencia de consumo de drogas ilegales ha aumentado casi al doble.

Figura 2. Tendencias del consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida. Población urbana de 12 a 65 años de edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 1988, 1993, 1998.

En la ENA de 1998, en lo que respecta a la prevalencia por tipo de droga consumida en población urbana, se puede observar a la marihuana en primer lugar, seguida de la cocaína. La droga que más se consume en el último mes es la marihuana, seguida de la cocaína, los tranquilizantes, los opiáceos y los inhalables. Otras drogas que siguen consumiéndose en el país pero en mucha menor medida son los estimulantes, los alucinógenos, los sedantes y la heroína (ver tabla 6)

Tabla 6. Prevalencia de uso de drogas ilegales en población urbana de 12 a 65 años, en 1998

Droga	Último mes		Último año		Alguna vez en la vida	
	N	%	N	%	N	%
Marihuana	334 731	0.7	490 868	1.0	2 244 522	4.7
Cocaina	99 202	0.2	217 230	0.45	691 218	1.45
Tranquilizantes	86 138	0.2	149 894	0.3	317 244	0.7
Opiáceos	83 509	0.2	169 806	0.4	339 934	0.7
Inhalables	40 925	0.1	72 108	0.2	381 214	0.8
Estimulantes	10 827	-	41 810	0.1	165 850	0.3
Sedantes	8 194	-	13 392	-	63 542	0.1
Heroína	2 019	-	7 302	0.02	43 198	0.1
Alucinógenos	825	-	16 468	0.03	171 971	0.4
Cualquier droga	552 024	1.2	865 569	1.8	3 146 980	6.6

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



En la Tabla 7, se puede observar que, respecto al género, hay un porcentaje mucho más alto de consumidores hombres que de mujeres de drogas ilegales. Aunque de 1993 a 1998, el consumo en ambas poblaciones ha aumentado de manera importante.

**Tabla 7. Tendencia del consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida, por sexo. Población urbana de 12 a 65 años**

1993		1998	
Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
7.32%	0.76%	11.9%	0.67%

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 1993 y 1998. IMP, DGE, CONADIC/SSA

Por su parte, se ha observado que las tendencias de mayor consumo de drogas ilegales de hombres y de mujeres ha permanecido igual que en años anteriores; es decir, los hombres siguen consumiendo más fuertemente que las mujeres, aunque se ha observado una pequeña tendencia a aumentar el consumo de drogas ilícitas entre estas últimas (ver Tabla 8). También se puede observar que el consumo de cocaína se ha estabilizado en ambas poblaciones en el año 2002.

**Tabla 8. Tendencias del uso de drogas entre hombres y mujeres 1998-2002. Usuarios activos en el último año**

Droga	Hombres		Mujeres		Total	
	1998	2002	1998	2002	1998	2002
Marihuana	2.2	2.7	0.1	1.0	1.0	2.4
Inhalables	0.3	0.2	0.1	**	0.2	0.2
Cocaína	0.9	0.8	0.1	0.1	0.4	0.4
Cualquier droga	3.3	4.1	0.8	-1.9	1.9	3.8
C. droga ilegal	2.6	3.3	0.2	1.2	1.2	3.0

\*\* <.01 Fuente: Medina-Mora (2001).

Por otro lado, en lo que se refiere al consumo de drogas ilegales en el último mes, 0.8% de la población de 12 a 65 años señaló haber usado estas sustancias en ese periodo. De estos, la prevalencia entre los hombres fue de 1.8%, mientras que en la población femenina fue solamente de 0.15. La razón hombre mujer es de 18 a 1 consumidores de drogas ilegales en los últimos 30 días.

Respecto al consumo de drogas ilícitas por regiones, la parte del país donde mayor consumo hay, es la región norte, seguida de la región centro y de la región sur. Aunque la región centro es la que ha mostrado un mayor aumento en su consumo, seguida de la región norte, mientras que la región sur ha permanecido casi sin cambio (ver Tabla 9)

**Tabla 9. Tendencias del consumo alguna vez en la vida de drogas ilícitas por regiones 1988, 1993 y 1998. Población urbana de 12 a 65 años.**

	1988	1993	1998
	%	%	%
Nacional	3.33	3.9	5.27
Región norte	3.70	4.92	6.00
Región centro	3.58	3.71	5.97
Región sur	2.50	2.29	2.69

Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones, 1988, 1993, 1998. IMP, DGE, CONADIC/SSA

En cuanto a los poliusuarios, los resultados encontrados en la ENA (1998) muestran que del total de usuarios de drogas en el país, 4.8% de ellos usan solamente una droga y 1.8% consumen más de una sustancia ya sea ilegal o médica. El 3.7% son hombres poliusuarios entre los 12 y 65 años, mientras que el 0.3% corresponde a mujeres que usan más de una droga.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

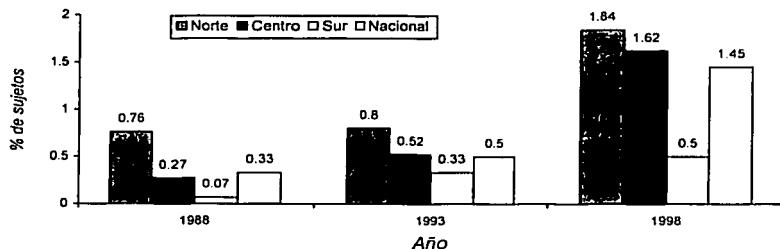
## Cocaína

En la ENA de 1988 se observa que el consumo de cocaína, aunque tiene un nivel relativamente bajo en comparación a otras drogas, se presenta con mayor frecuencia como droga de uso hasta la segunda mitad de los ochenta. Respecto al "uso de alguna vez" del consumo de cocaína en esta encuesta obtuvo un 0.43%, y no se registró consumo de esta droga en el último año ni en el último mes.

Los resultados de la ENA de 1993 en cuanto el consumo de la cocaína fue del 0.5%. Con respecto a la edad, casi la mitad de los usuarios de cocaína son personas entre los 19 y 25 años y un 20% tiene entre los 26 y 34 años. No hubo usuarios que iniciaran el consumo antes de los 11 años. La máxima escolaridad reportada fue la primaria, seguida del bachillerato. Más del 70% de los usuarios eran empleados. Según tiempo de uso el 0.5% reportó haberla usado alguna vez en la vida, el 0.2% en los últimos doce meses y el 0.1% en los últimos 30 días. Respecto los motivos de uso que reportan eran curiosidad, imitación, sentirse bien y por presión de grupo.

Los distribuidores de cocaína que se señalaron en la encuesta era un amigo, un distribuidor, un familiar u otro sujeto. Respecto a los lugares en donde se puede obtener la cocaína son la calle, su casa, el trabajo, la escuela, un bar o cantina, una fiesta, un club social u otro lugar.

Figura 3. Tendencias del consumo de cocaína y regiones, obtenidos en las ENA 1988, 1993 y 1998.



Fuente ENA, 1998

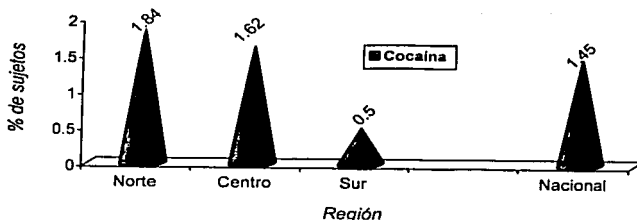
Respecto a los datos más importantes sobre consumo de cocaína de la ENA de 1998 se encontró que la cocaína ocupa el segundo lugar de importancia de ambos sexos, excepto entre los individuos de 12 a 17 años, que consumieron esa droga en proporciones similares a los inhalables. Acerca de la prevalencia en el consumo de cocaína alguna vez en la vida, fue de 1.45%, en el último año de 0.45% y en el último mes de 0.21% (ver Tabla 6).

Al comparar los resultados de las tres ENA, que abarcan un periodo de 10 años, se hacen evidentes aumentos considerables en la prevalencia nacional y por regiones del consumo *alguna vez en la vida* de la cocaína, tendencia que se había ido perfilando desde la ENA de 1993 (ver Figura 3).

El consumo de cocaína *alguna vez en la vida* únicamente en la última encuesta de adicciones (ENA, 1998) por regiones fue en la norte de 1.84%, en la centro de 1.62%, en la sur de 0.50% y la nacional fue de 1.45% (ver Figura 4).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Figura 4. Consumo de cocaína por regiones, en población urbana de 12 a 65 años (en 1998)



Fuente: ENA, 1998

Al comparar los resultados de las mediciones de 1993 y 1998, la prevalencia por tipo de droga encontrada a nivel nacional del uso alguna vez, último año y último mes, se observa que la cocaína es la droga que registra los incrementos más importantes, al casi triplicarse el consumo alguna vez y duplicarse el del último año, aunque también el uso en el último mes aumentó en 1998 (ver Tabla 10).

Tabla 10. Tendencia del consumo de cocaína en el uso alguna vez, último año y último mes en las ENA de 1993 y 1998.

Año	Alguna vez		Último año		Último mes	
	93	98	93	98	93	98
Cocaína %	0.56	1.45	0.22	0.45	0.09	0.21

Fuente: ENA, 1998

## ENCUESTAS CON POBLACIÓN ESTUDIANTIL

## Drogas ilegales

En la Tabla 11 se presenta información que algunos países han obtenido con los estudios del consumo de drogas en la población estudiantil. En esta Tabla se puede observar que Estados Unidos es el país que mayor consumo de cocaína y marihuana tiene, sin presentar consumo de inhalables. México, por su parte, ocupa el cuarto lugar mundial de consumo de cocaína, el quinceavo de consumo de marihuana y el sexto en el consumo de inhalables.

En cuanto el uso *alguna vez*, los países se agrupan de la siguiente manera, de acuerdo a su nivel de consumo en la población estudiantil: países con alto consumo - Chile, Estados Unidos, Guatemala y México; medio - Austria, Bélgica, Canadá, Gran Bretaña, España, Francia, Holanda y Portugal; bajo - Colombia, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Luxemburgo y Suecia.

Villatoro (1994) señala que en términos generales, las mediciones realizadas en México entre el IMP y la SEP con muestras representativas de población estudiantil de enseñanza media y media superior, de 1973 a 1980 informan que las drogas de mayor consumo entre los estudiantes fueron la marihuana, los inhalables y las anfetaminas. En 1987 el IMP hizo una encuesta en los CCH. Se encontró que esta población es predominantemente de usuarios experimentales; excluyendo al alcohol y al tabaco, las drogas más usadas eran la marihuana, los inhalables, las anfetaminas y los tranquilizantes (Villatoro, 1994).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 11. Consumo de cocaína, marihuana e inhalables en población estudiantil en varios países

País	Año	Droga		
		Cocaína	Marihuana	Inhalables
Estados Unidos	1998	8.7	49.6	-
Guatemala	1997	5.1	6.5	0.3
Chile	1995	4.2	21.4	2.8
México	1997	4.1	6.0	4.1
Canadá	1995	2.4	22.7	-
Holanda	1992	2.2	21.6	-
Austria	1994	2.0	9.5	-
España	1994	1.7	19.4	3.2
Francia	1993	1.1	11.9	5.5
Bélgica	1994	1.0	15.3	4.0
Gran Bretaña	1994	1.0	30.0	-
Portugal	1995	1.0	3.8	-
Luxemburgo	1992	0.9	6.0	2.6
Grecia	1993	0.7	3.0	6.3
Suecia	1996	0.6	7.2	9
Colombia	1996	0.5	2.9	4.2
Dinamarca	1995	0.4	18.0	7.0
Finlandia	1995	0.2	5.2	4.4

Fuente: SSA, 1999

En la Tabla 12 se muestra la prevalencia de consumo de drogas en 1997 con estudiantes adolescentes del Distrito Federal. En esta tabla se puede observar que también en esta población la marihuana es la droga más utilizada por los adolescentes. Aunque en este caso la marihuana es seguida de la cocaína (en polvo, ya que el consumo de la cocaína en forma de crack ocupa el sexto lugar), de los inhalantes, de los tranquilizantes, de las anfetaminas, del crack, los alucinógenos, la heroína y los sedantes, que ocupan el último lugar. En esta encuesta se puede observar que la cocaína ocupa un lugar preponderante en el consumo de drogas.

Tabla 12. Prevalencia de consumo de drogas en adolescentes del Distrito Federal en 1997

	Alguna Vez	Último Año	Último Mes
	%	%	%
Cualquier Droga	11.50	7.75	3.86
Marihuana	4.98	3.19	1.27
Cocaína	4.07	2.69	1.11
Inhalables	3.90	2.28	1.09
Tranquilizantes	3.24	1.91	0.84
Anfetaminas	1.58	0.91	0.43
Crack <sup>1</sup>	1.45	-	-
Alucinógenos	1.33	0.68	0.29
Heroína	0.98	0.51	0.18
Sedantes	0.56	0.40	0.29

<sup>1</sup>Porcentajes obtenidos del total de la muestra. <sup>2</sup>Solo se obtuvo la prevalencia total.

Fuente: Valtoro et al. (1999)

Los resultados de diferentes estudios señalan que asistir a la escuela es un factor protector del inicio del consumo. En la tercera ENA (1998), se observó que el Índice del consumo de drogas entre los sujetos de 12 a 17 años que por alguna razón habían abandonado la escuela, es más de tres veces superior que el de quienes continúan estudiando. Esto tanto en el D. F. como en el promedio nacional (ver Tabla 13).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

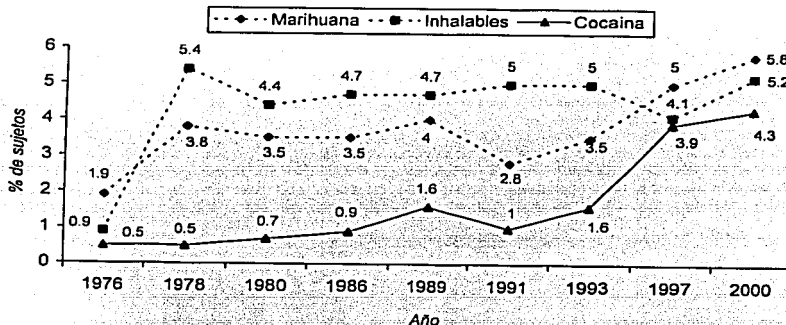
Tabla 13. Prevalencia de consumo de cualquier droga ilegal alguna vez en la vida en jóvenes de 12 a 17 años

	Estudiantes		No estudiantes	
	%		%	
Distrito Federal	1.5		3.8	
Nacional	1.3		4.2	

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. IMP, DGE, CONADIC/SSA

La Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaría de Salud han llevado a cabo, entre 1976 y 2000, la aplicación de ocho encuestas del consumo de drogas entre estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. En 2000, la más alta tasa de prevalencia de uso alguna vez en la vida correspondió a la marihuana (5.8%), seguida de los inhalables (5.2%) y de la cocaína (4.3%). Las tasas de consumo registradas a lo largo del lapso 1976-2000 señalan una disminución en 1998, aunque en el año 2000, hubo un incremento en el consumo de las tres drogas, marihuana, cocaína e inhalables (ver Figura 5)

Figura 5. Tendencia del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del DF



Fuente: IMP 1991, 1993, 1997; INP, 2000

En cuanto al género, de 1991 a 2000, las estudiantes mujeres de educación media y media superior han aumentado el consumo de marihuana, cocaína e inhalables de manera muy importante (ver Figura 6); y de las tres, la cocaína es la que más aumentado su consumo (Medina – Mora, 1996).

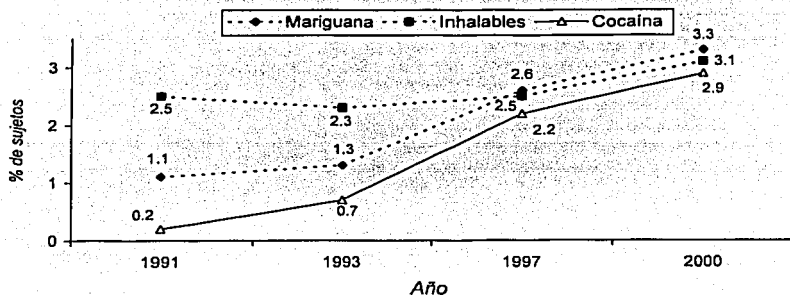
En cambio, el consumo de drogas ilegales de estudiantes hombres de educación media y media superior ha disminuido respecto al consumo de inhalables, pero, así como en las mujeres, también ha aumentado su consumo de marihuana y cocaína (ver Figura 7).

#### Cocaína

Se ha encontrado que la cocaína se consume cada vez más entre los estudiantes y ocupa ya el segundo lugar entre las drogas ilegales de consumo en esta población en México. Este dato debe relacionarse con los resultados obtenidos por las encuestas realizadas en escolares y por el SISVEA. Un hecho afortunado es que en México el consumo por vía intravenosa es poco frecuente (Velasco, 1997).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

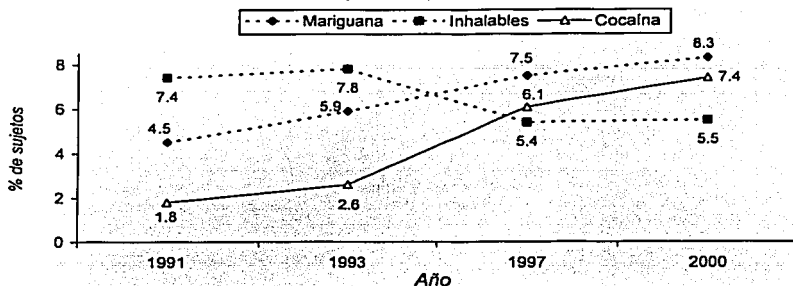
Figura 6. Tendencia del uso de drogas en mujeres de educación media y media superior del DF



Fuente: De la Serna et col., 1991; Rojas et col., 1999; Villatoro et col. 1999; SS, 1999, INP, 2000

Los resultados en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México, desde el año de 1976 indican que entre las drogas más usadas en el nivel "alguna vez en la vida" se encuentra la cocaína con un 0.5%. En el año de 1986 se encuentra que en el nivel de uso "alguna vez en la vida", la cocaína tiene un 1.0% (Castro, 1986). Esto significa que el consumo de cocaína en esta población se duplicó en un periodo de 10 años (Ortiz et al., 1994b).

Figura 7. Tendencia del uso de drogas en estudiantes hombres de educación media y media superior del DF



Fuente: SSA, 1999, INP, 2000

Para 1991, en el nivel de enseñanza media y media superior indican que el 0.74% consumió alguna vez cocaína. En el último año el 0.35% y en los últimos 30 días el 0.21%. En relación al crack el 0.25% lo usó alguna vez y no hubo consumo para los últimos 12 meses ni para los últimos 30 días (Medina-Mora, et.al., 1993, citado en Ortiz et al., 1994).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los resultados de la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población Estudiantil de 1991 mostraron que la edad de los estudiantes que reportaron consumo actual de cocaína fue mayor en jóvenes de 18 años y más (1.4%). Más de la tercera parte de ellos consumió por primera vez cocaína, crack y heroína en Estados Unidos y, en segundo lugar, en el estado de Baja California, seguidos de los estados de Jalisco, Sonora, Sinaloa y el Distrito Federal (Medina-Mora, 1993, citada en Galván et al., 1994). Asimismo, se encontró que en general los estudiantes que consumen drogas incurrirán con más frecuencia en actos delictivos y presentan mayor cantidad de problemas asociados; esta situación se acentúa de manera particular entre los jóvenes que usan cocaína (Galván et al., 1993 citado en Galván, 1994).

En una encuesta realizada en la Encuesta Nacional de Uso de Drogas en Comunidad Escolar (ENUDECE) en el DF en 1993, abarcó una población de más de 12 000 estudiantes de las 16 delegaciones. Se presenta una comparación con una encuesta de 1991: en ese año, el uso de cocaína fue de 1.03% y el de crack 0.29%; en 1993 el uso de cocaína fue de 0.29% y el de crack de 0.65% (Medina Mora, 1993, citada en Velasco, 1999).

El consumo de cocaína ha aumentado significativamente respecto a la medición de 1993 entre estudiantes de la Ciudad de México (Villatoro, Medina-Mora, Feliz, Alcántara, Hernández y Parra, 1999). Incluso el número de usuarios de cocaína se ha duplicado. Aunque el porcentaje global de usuarios (11.5%) se ha mantenido similar en los últimos años. En los últimos cinco años se duplicó la proporción de adolescentes que han experimentado con cocaína (de 2% en 1993 a 4% en 1997). El número de estudiantes que reportó haber usado esta sustancia en los 30 días previos al estudio no aumentó de manera significativa (0.6% en 1993 y 1.1% en 1998).

Cuando se analizan las tendencias por sexo en el consumo durante el último año, se observa que en este lapso aumentó ligeramente la proporción de hombres que han experimentado con cocaína (de 1% a 4%). Por otra parte, el consumo de cocaína aumentó 7 veces (de 0.2% a 1.4%) en el grupo de mujeres. Adicionalmente, destaca el porcentaje de adolescentes hombres que han probado alguna vez crack que es del 2.5%. Con relación a la edad, se observa que el uso de cocaína incrementa a partir de los 15 años.

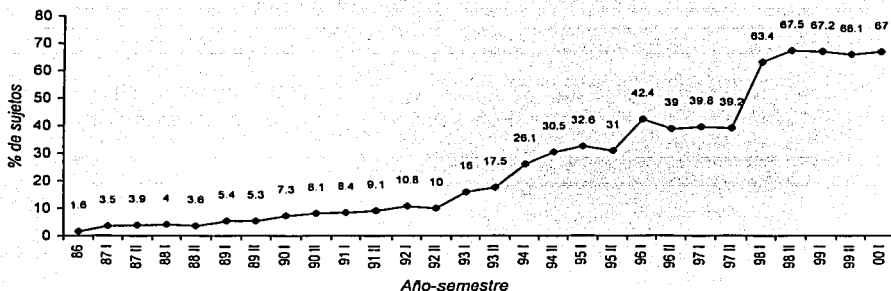
De acuerdo con Medina – Mora (1996) que reporta datos sobre el predominio del uso de drogas y las variables relacionadas con la iniciación del consumo, obtenido a través de una encuesta realizada en escuelas secundarias a nivel nacional (N = 61 779) que incluyó información de los estados fronterizos (N = 13 450) con la finalidad de comparar los estados fronterizos con el promedio nacional, se encontró que el uso de la cocaína entre pacientes en tratamiento en esta región alcanza proporciones mayores al 66% en Tijuana y Mexicali, y 59.7% en Ciudad Juárez, mientras que el promedio nacional es del 32.4% (Centros de Integración Juvenil 1996, citado en Medina – Mora et al., 1996).

## SISTEMAS DE INFORMACIÓN

En los datos obtenidos por los sistemas de información, en este caso el Sistema de Reporte de Información de Drogas (SRID), ha mostrado que el consumo de drogas está en aumento, no sólo como práctica de experimentación sino también en el uso actual. Además, la mayoría de los sujetos que consumen cocaína son hombres jóvenes, pero entre las mujeres hay también un creciente aumento. Incluso ha aumentado y se ha generalizado el uso de la cocaína en grupos que tradicionalmente no la usaban, tales como los niños y los jóvenes de pocos recursos.

En la Figura 8 se puede observar cómo el consumo de la cocaína ha ido aumentando progresivamente desde el año de 1986, donde el 1.6% de la población había consumido esta droga "alguna vez en la vida". En el segundo semestre del año 1999, el porcentaje de consumidores fue de 66.1%, lo que significa que su consumo ha aumentado más del 4 000% en sólo 14 años.

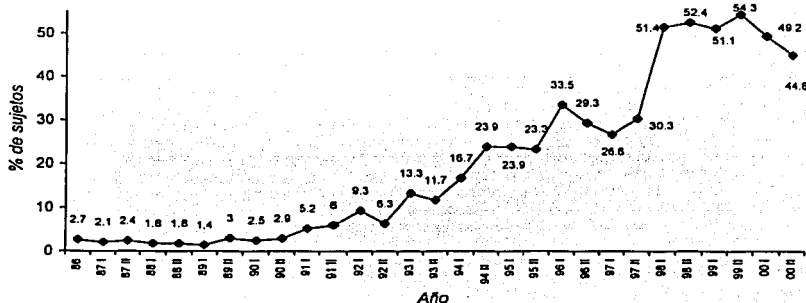
Figura 8. Tendencias de uso de la cocaína alguna vez en la vida



Fuente: Ortiz et al. (1993, 1999, 2000)

Durante el período de 1987 a 1990 Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), se han realizado 8 evaluaciones, en las que han participado un total de 52 instituciones pertenecientes al sector de procuración de justicia y al de salud y que se ubican en la Ciudad de México. El universo estimado es de alrededor de 135 000 personas que han sido captadas por dichas instituciones durante los períodos de registro. De este universo han resultado un total de 2 847 casos de usuarios de drogas que han sido estudiados (Ortiz, 1992).

Figura 9. Proporción de casos detectados en instituciones de salud y procuración de justicia que usaron cocaína en los 30 días previos



Fuente: Sistema de información en drogas en el DF, 1986-2000

Respecto al consumo en la categoría "alguna vez en la vida" que se considera como un indicador de prevalencia, destaca la cocaína, cuyo uso aunque ha sido tradicionalmente bajo en nuestro país, actualmente está aumentando de manera muy importante. En el período de 1987 a 2000 la proporción de su consumo se incrementó de 3.5% a un 44.8% (ver Figura 9). Este aumento es el más alto registrado de todas las drogas estudiadas (Ortiz, 1992).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Respecto al análisis de estos resultados cabe señalar el aumento del consumo de la cocaína, ya que tradicionalmente había sido una droga que en nuestro medio tenía niveles de consumo muy bajos, debido principalmente a su alto precio y baja disponibilidad, restringiéndose su consumo a los niveles socioeconómicos más altos (Ortiz, 1992).

Desgraciadamente, los resultados que encuentra el SRID indican que el uso de la cocaína tiende a incrementarse cada día: cada vez más personas se inician y mantienen en el consumo, lo que explica que en un período de tiempo relativamente corto el nivel de consumo haya alcanzado niveles de consumo muy importantes. El que en 12 años se haya elevado la prevalencia del consumo de cocaína casi el 2000 %, permite suponer es una droga fácilmente disponible y que su precio se ha vuelto más accesible. Un análisis de los datos del SRID más detallado sobre quiénes son los consumidores, indica que son de nivel socioeconómico medio y bajo.

Informes de tipo etnográfico indican que en la Ciudad de México se está usando el polvo de cocaína o cocaína común, y el crack en zonas marginales, en combinación con el tabaco o la marihuana (Ortiz, 1992).

Como puede observarse la tendencia del consumo de cocaína en el nivel "uso alguna vez", así como el uso el "último mes" sigue aumentando. El incremento de los usuarios en esta última categoría indica que cada vez hay más casos de personas que continúan empleando esta sustancia de una manera regular (Ortiz, 1994b).

Los resultados anteriores pueden complementarse con algunos de los derivados del estudio etnográfico. Acerca del uso por género, los profesionistas e intermediarios perciben que el consumo de cocaína es mayor entre hombres que en mujeres. Sin embargo, no varía entre ambos respecto a las cantidades y frecuencias con las que se usa, aunque los hombres tiendan a un uso más alto. Sin embargo, los usuarios reportan que si hay mujeres que consumen más que hombres en cuanto a las cantidades que emplean por ocasión de uso; en cuanto a la frecuencia de uso se percibe que es igual a la de los hombres (Ortiz, 1994b).

La vía de administración más usual es la inhalada, y la percepción de los usuarios sobre la frecuencia del consumo mediante la utilización de jeringa es 1 de cada 10, similar a lo reportado en los resultados del Sistema que es alrededor de dos de cada 10. Esta similitud confirma el hecho de que esta vía no es muy popular dentro de los usuarios (Ortiz, 1994b).

De acuerdo con la información obtenida de la "Cédula Entrevista de la Organización Mundial de la Salud sobre Cocaína", complementada con datos epidemiológicos del SRID entre 1989 y 1992, Ortiz, Rodríguez, Galván y González (1993), se obtuvieron las siguientes características sociodemográficas de los usuarios de cocaína: la mayoría son hombres; el estrato socioeconómico predominante en hombres fue el nivel medio y bajo para las mujeres. El grado de instrucción de los usuarios fue secundaria incompleta para los varones, y secundaria incompleta para las mujeres. La mayoría de los varones eran empleados o comerciantes, mientras que la mayoría de las mujeres reportaron que no trabajaban. El motivo de uso reportado con mayor frecuencia entre los hombres y las mujeres fue la curiosidad; otros motivos de primer uso fueron señalados, tales como influencia de amigos, invitación y problemas familiares. La vía de administración de preferencia para ambos grupos fue inhalada.

En cuanto a los problemas asociados al consumo de esta droga, se reportan los siguientes: académicos (desinterés, abandono de estudios, expulsión y bajo rendimiento), salud (problemas psiquiátricos), económicos, familiares (desintegración familiar), laborales (bajo rendimiento y pérdida de su empleo), legales (detenciones y daños contra la salud), sociales (problemas con la comunidad).

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ)

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ) son una institución que también ofrece datos sobre la prevalencia de consumo de drogas de los usuarios que asisten a la misma a pedir sus servicios. En la Tabla 14 se puede observar la prevalencia total del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento (de 1990 a 1998) tanto en el DF como en el ámbito nacional. De los usuarios de este servicio se puede observar que en primer lugar están los consumidores de marihuana, seguidos de los inhalables, la cocaína, el DUM, la heroína y en último lugar las metanfetaminas.

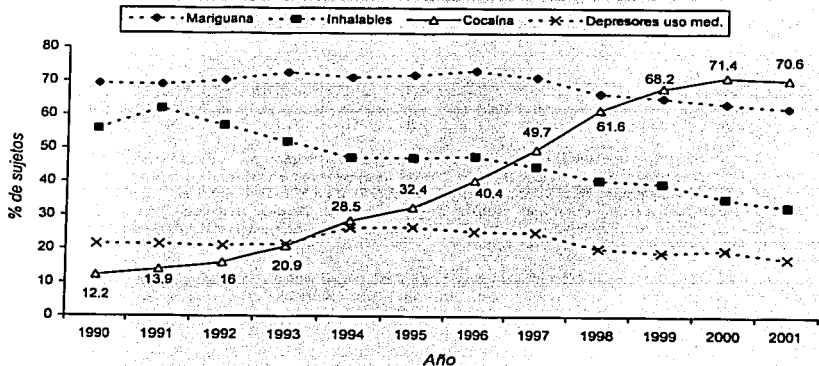
Tabla 14. Prevalencia total del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en los Centros de Integración Juvenil del Distrito Federal y de la República (1990-1998)

Droga	Distrito Federal N = 26 815	Nacional N = 78 009
Marihuana	66.9%	70.4
Inhalables	46.3	47.9
Cocaína	40.8	37.8
DUM	19.4	23.3
Heroína	1.2	4.9
Metanfetaminas	0.6	4.0

Fuente: CIJ (2002)

En la Figura 10 y 11 puede observarse la prevalencia total de uso de drogas en pacientes que ingresan a tratamiento en los CIJ del Distrito Federal 1990-1998. En esta figura, se ve que la marihuana había permanecido como la droga de mayor consumo de 1990 hasta 1997, ya que en 1998 la cocaína la desplazó, pasando a primer lugar. Además, esta última ha registrado un consumo ascendente desde 1990, aumentando de un 8% a un 71.3% de uso en los consumidores que asisten a tratamiento a estos centros.

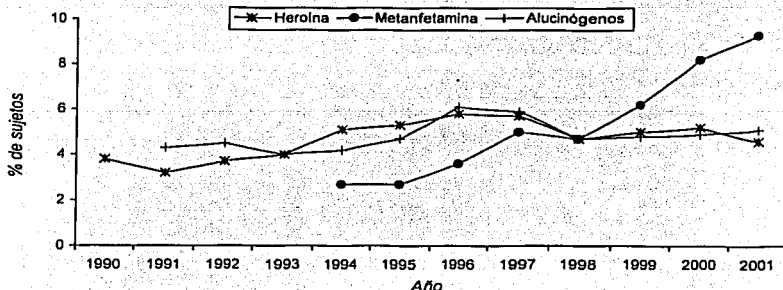
Figura 10. Prevalencia total de uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en los CIJ del DF 1990-2001 (marihuana, inhalables, cocaína y depresores)



Fuente: CIJ (2002)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Figura 11. Prevalencia total de uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en los CIJ del DF 1990-2001 (heroína, metanfetaminas y alucinógenos)



Fuente: CIJ (2002) entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ

**OTROS ESTUDIOS**

El Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) ha realizado estudios de corte antropológico con el propósito de profundizar en el conocimiento de algunos problemas emergentes, como el del abuso de cocaína. A través de ellos se pudo identificar a dos grupos claramente definidos, un grupo de adultos que llevan usando la droga desde finales de la década de los 70 y otro de menor edad, de inicio reciente en su consumo (El consumo de drogas en México, 1999).

Ambos grupos se diferencian entre sí por su capacidad económica y por involucrarse o no en problemas relacionados con su consumo. El primero, con buen nivel socioeconómico, ha podido obtener la droga sin problemas mayores, su hábito no se ha vuelto aparente y la motivación básica de su consumo se asocia con el estatus social.

El segundo grupo, en cambio, está más motivado por los efectos de la droga y son individuos que tienden a usarla con mayor frecuencia y en todo tipo de escenarios; consideran que la droga no deteriora su imagen como la de aquellas personas que consumen inhalables o abusan del alcohol. Este grupo también se distingue porque, en mayor proporción, proviene de niveles socioeconómicos de menores recursos por lo que venden drogas como medio para obtenerla para su uso personal, estando así más expuestos a la violencia y a la detección policial.

Este estudio obtuvo también información de profesionales y otras personas que si bien no usaban drogas, estaban en contacto con consumidores; tanto los que las usan como los que no, consideran que el problema se incrementará debido a la mayor disponibilidad de cocaína y de otros derivados más baratos.

**USO DE DROGAS ENTRE TRABAJADORES**

En un estudio multinacional coordinado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el desarrollo de un programa para la prevención del

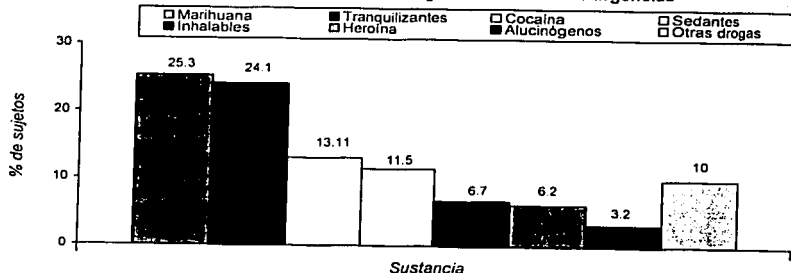
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

abuso de alcohol y drogas entre los trabajadores y sus familias; México participó a través de la SSA y dos de sus dependencias, el IMP y el CONADIC. En cuanto a las drogas ilegales, la marihuana fue usada alguna vez por un 9.9%, mientras sólo el 1.2% reportó haber consumido cocaína e inhalables (El consumo de drogas en México, 1999).

### USO DE DROGAS EN CASOS ATENDIDOS EN SALAS DE URGENCIAS DEL IMSS

Dentro de su Programa Institucional de Adicciones, el IMSS puso en operación recientemente un Sistema de Registro del Uso de Drogas que funciona en las salas de urgencias de servicios de salud para su población derechohabiente; estos servicios están ubicados en localidades fronterizas, portuarias y en otras tres ciudades importantes. Este sistema se basa en el autorreporte y registra todos los casos de consumo independientemente del motivo de consulta. La marihuana y los tranquilizantes fueron las sustancias mencionadas por una cuarta parte de los casos, seguidas en importancia por la cocaína (ver Figura 12).

Figura 12. Registro del uso de drogas en servicios de urgencias



Fuente IMSS (1998)

### CONCLUSIÓN

Como se observa, el consumo de drogas ilegales ha aumentado de manera muy importante en estos últimos 20 años. Este aumento en el consumo de drogas tiene repercusiones significativas en los propios consumidores, en la sociedad en general, en los servicios de salud. De hecho, para el gobierno de México, terminar con el consumo de drogas y el combate al tráfico de estupefacientes ha constituido una prioridad en la protección de la salud pública con miras a salvaguardar la seguridad nacional.

Comparativamente, en nuestro país se consumen mucho menos drogas ilícitas que en los países industrializados, y en ocasiones menos también que en las naciones con el mismo grado de desarrollo.

Estos datos epidemiológicos sobre drogas ilegales indican hacia donde deben dirigirse los esfuerzos que deben hacerse tanto en materia de prevención como en materia de tratamiento y rehabilitación, cuestión que se refleja claramente en el Programa Nacional de Adicciones respectivo.

Es por esto que los profesionales de la salud y las instituciones dedicadas a la salud (tanto públicas como privadas) han manifestado una gran preocupación por este fenómeno y por todos los problemas asociados que lleva consigo. Así pues, en México se realizan importantes acciones preventivas en materia de adicciones. El gobierno mexicano ha dado un margen muy amplio para la participación de instituciones no gubernamentales, organismos privados, asociaciones religiosas,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

educativas o civiles, para que colaboren en la solución de este problema. El sector salud han desarrollado una serie de acciones para atacar este problema, no siempre con éxito (ver capítulo de Tratamientos para Cocaína en México) o con el énfasis que debería ponerse.

Una droga que causa especial preocupación en México es la cocaína, ya que es una de las llamadas "drogas duras" debido a todos los problemas de salud asociados con su consumo (ver capítulo de Cocaína). Además, como se ha visto en este capítulo, esta es la droga que más ha aumentado su prevalencia e incidencia en México en los últimos 15 años. Este aumento se puede constatar en todas las poblaciones estudiadas y en todos los sistemas que recopilan información epidemiológica sobre drogas ilegales en nuestro país. Además, hay una gran cantidad de personas involucradas directa o indirectamente con el fenómeno del consumo de sustancias adictivas, así como con las situaciones asociadas con los delitos asociados al narcotráfico.

Ante esta situación, una respuesta es aplicar estrategias validadas empíricamente que permitan trabajar con los sujetos que presentan el problema para que este no siga aumentando, así como buscar que los sujetos desarrollen estilos de vida saludable que les permita insertarse de mejor manera en la sociedad. Es debido a esta situación que la investigación que se desarrolla en el presente documento se dirige a atacar el problema específico del consumo de cocaína.

### CAPÍTULO 3. APROXIMACIÓN TEÓRICA A LOS MODELOS DE TERAPIA BREVE

#### INTRODUCCIÓN

En este capítulo, se presenta un breve panorama de lo que es la terapia breve, así como los modelos de terapia breve más utilizados con consumidores de drogas legales e ilegales. Se enfatizan los casos donde hay evidencia empírica fuerte de la efectividad de ese modelo determinado, señalando aquellos que se han utilizado para trabajar el problema de la cocaína. Solamente se hará una revisión global de los aspectos teóricos que subyacen a cada modelo. En el capítulo de *Tratamientos para el Consumo de Cocaína* se examinarán los aspectos empíricos de los modelos que más se han utilizado para trabajar este problema. Se revisarán muy someramente los modelos cognoscitivos y conductuales haciendo más énfasis en la aproximación que integra a ambos. Otros tratamientos que revisaremos son los estratégico interpersonales, los humanístico - existenciales, los psicodinámicos, la terapia enfocada a las soluciones, la interpersonal, así como la terapia familiar y de grupo.

#### TERAPIA BREVE

La terapia breve es un proceso sistemático y enfocado, que se sustenta en la evaluación, involucramiento del cliente y rápida implementación de estrategias de cambio (Lawton, 1999). Con estos modelos terapéuticos es posible efectuar cambios importantes en las conductas del cliente en periodos de tiempo relativamente cortos.

En la literatura y en la práctica, el término de terapia breve implica una gran variedad de aproximaciones de tratamiento con diferentes longitudes y diferentes metas. La duración de las terapias breves van de una sesión hasta 40 sesiones, siendo lo más típico entre 6 y 20 sesiones (Barry, 1999). Normalmente este tipo de terapias trabaja con limitaciones de tiempo que tienen que ver con las organizaciones que dan estos servicios. Las terapias descritas en este capítulo involucran un número determinado de sesiones (que normalmente van de 6 a 10), pero siempre trabajan con limitaciones de tiempo que son claras tanto para el paciente como para el terapeuta.

Las terapias breves difieren de las terapias a largo plazo en que estas se enfocan más en el presente, enfatizan el uso de herramientas terapéuticas efectivas en poco tiempo, y se enfocan en cambiar conductas específicas más que en cambios muy grandes. Hay varios tipos específicos de terapias que han sido diseñadas para trabajarse en periodos de tiempo breve, como las cognoscitivo conductuales que en ocasiones solo necesitan de cuatro sesiones. Otras aproximaciones que tradicionalmente son más largas, se pueden adaptar. Aún las aproximaciones psicodinámicas se han adaptado al formato de las terapias breves, con lineamientos muy claros para su uso (Luborsky & Mark, 1991).

La terapia breve usa ciertos procesos para cambiar un problema específico. Normalmente hay una teoría subyacente sobre las causas del problema y sobre la mejor forma de motivar al cliente para hacer un cambio positivo. Las siguientes aproximaciones pueden usarse con clientes con diferentes tipos de problemas así como diferentes grados de severidad del abuso de sustancias.

#### TERAPIA COGNOSCITIVA

Este modelo señala que los desórdenes de abuso de sustancias reflejan pensamientos habituales, automáticos y negativos, así como creencias que deben identificarse y modificarse para cambiar tanto formas erróneas de pensar como conductas asociadas. El deseo de usar sustancias normalmente se activa en situaciones específicas, siempre se pueden predecir en situaciones de alto riesgo, tales como presenciar la parafernalia de consumo de las drogas, sentir aburrimiento, depresión o ansiedad. Esta aproximación ayuda al cliente a analizar sus pensamientos negativos y reemplazarlos con creencias y acciones más positivas. Muchas estrategias de prevención de recaídas usan procesos

cognoscitivos para identificar los eventos disparadores o los estados emocionales que reactivan el uso de sustancias y los reemplazan con respuestas más saludables

### TERAPIA CONDUCTUAL

Al usar esta aproximación (que se basa en las teorías de aprendizaje) el terapeuta enseña al cliente habilidades específicas para mejorar la identificación de deficiencias en el funcionamiento social, autocontrol, y otras conductas que contribuyen a los desórdenes en el uso de sustancias. Algunas de las técnicas que se utilizan incluyen el entrenamiento en la asertividad, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de contingencias, contratos conductuales, reforzamiento comunitario y entrenamiento familiar, entrenamiento en habilidades de autocontrol, habilidades de enfrentamiento y manejo del estrés.

### TERAPIA COGNOSCITIVO-CONDUCTUAL (TCC)

La TCC integra principios derivados de la teoría conductual, teoría del aprendizaje social y de la terapia cognoscitiva, conformando la base para aproximaciones más inclusivas y comprensivas para tratar los desórdenes de abuso de sustancias. Aunque esta aproximación combina elementos del modelo cognoscitivo y conductual, en la mayoría de los escenarios de tratamiento de abuso de sustancias se consideran como terapias separadas. Esta aproximación se enfoca en el aprendizaje y la práctica de algunas habilidades de enfrentamiento. El énfasis se pone en el desarrollo de habilidades de enfrentamiento, especialmente al inicio de la terapia. La terapia cognoscitivo conductual se conceptualiza como un trabajo que cambia lo que el cliente hace y piensa, más que enfocarse en cambiar la forma de pensar del cliente (Abrams & Niaura, 1987; Mariath, Baer, Donovan & Kivlahan, 1988).

La TCC puede usarse por profesionales y practicantes entrenados en la salud mental, aún con experiencia limitada con este tipo de terapia. Es una aproximación primaria costo-efectiva (Heather, 1989). Puede usarse sola o en conjunto con otras aproximaciones o con programas de 12 pasos. La TCC puede también usarse al inicio o durante el proceso de tratamiento, siempre que el terapeuta sienta que es importante examinar los pensamientos inexactos o improductivos que pueda llevarlo a conductas riesgosas o negativas.

Este modelo generalmente no es apropiado para ciertos clientes, principalmente para aquellos con desórdenes psicóticos o bipolares y que no ha sido posible estabilizarlos con medicamentos; aquellos que no tienen formas de vida estable; y los que no son médicamente estables (evaluados por un examen físico antes del tratamiento).

### Técnicas cognoscitivo conductuales

El modelo cognoscitivo conductual asume que los abusadores de sustancias tienen habilidades de enfrentamiento deficientes, prefieren no usar las que tienen o no pueden usarlas. También asume que durante su vida, estos consumidores han desarrollado una serie de expectativas sobre los efectos de la sustancia, basadas en las observaciones de amigos y conocidos que abusan de ellas para enfrentar situaciones difíciles, así como a través de su propia experiencia sobre sus efectos positivos.

La TCC usa los procesos de aprendizaje para ayudar a los consumidores a reducir su consumo de drogas. Ayuda al cliente a reconocer las situaciones donde es probable que use sustancias, encontrando formas de evitarlas y enfrentándose más efectivamente en una gran variedad de situaciones, sentimientos y conductas relacionadas a su abuso (Carroll, 1998). Para lograr estas metas terapéuticas, la TCC incorpora tres elementos centrales, que son el análisis funcional, el entrenamiento en habilidades y la prevención de recaídas (Rotgers, 1996).

*Análisis funcional.* este análisis intenta identificar los antecedentes y las consecuencias de las conductas de abuso de sustancias, que sirven como factores disparadores y mantenedores. En este, el

cliente y el terapeuta normalmente empiezan la terapia llevando a cabo un análisis funcional de las conductas de abuso de sustancias (Monti, Gulliver & Myers, 1994). Los antecedentes del consumo pueden venir de los dominios emocionales, sociales, cognoscitivos, situacionales (ambientales) y fisiológicos (Miller & Mastria, 1977). El análisis funcional también sirve para analizar el número, rango y efectividad de las habilidades de enfrentamiento individuales. Pero el mayor énfasis en la terapia cognoscitivo conductual está en identificar y remediar el déficit en las habilidades de enfrentamiento, así como evaluar las fortalezas y habilidades adaptativas del usuario (DeNeisky & Boat, 1986).

*Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento:* un componente mayor en la TCC es el desarrollo de habilidades de enfrentamiento. El déficit en las habilidades de enfrentamiento entre los consumidores de sustancias puede ser el resultado de diferentes factores (Carroll, 1998). Ellos pueden no haber desarrollado nunca estas habilidades, posiblemente debido al consumo temprano halla deteriorado el desarrollo de habilidades de enfrentamiento sensibles a la edad. Las habilidades de enfrentamiento previamente desarrolladas pueden estar comprometidas por el incremento de la confianza en el uso de sustancias como forma primaria de abuso. Pero cualquiera que fuera el origen del déficit, una meta primaria del TCC es ayudar a los individuos a desarrollar y emplear habilidades de enfrentamiento que efectivamente trabajen con las demandas de las situaciones de alto riesgo en tener que salir a las sustancias como una respuesta alternativa.

*Prevención de recaídas:* dentro de esta aproximación hay varios modelos, aunque los que más se articulan dentro del modelo cognoscitivo conductual son el de Annis y Davis (1988) y el de Marlatt y Gordon (1985). Estas aproximaciones descansan fuertemente en el análisis funcional, identificación de situaciones de alto riesgo de recaídas y entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, pero también intentan tratar directamente con las cogniciones involucradas en el proceso de recaídas y se enfocan en ayudar al sujeto a ganar mayor autoeficacia. Aunque la autoeficacia se relaciona con la disponibilidad de estrategias de enfrentamiento y se espera que se incrementen conforme el cliente aprende nuevas habilidades, esto no siempre ocurre espontáneamente. Siempre es necesario ayudar al cliente a cambiar la pasividad y el sentido de desamparo que normalmente acompañan a la baja autoeficacia. Bandura (1977) observó que hay una gran cantidad de formas para aumentar la autoeficacia. Sin embargo, el modelo que parece que tiene mayor impacto y mayor influencia, usa la idea del éxito en las ejecuciones para mejorar la autoeficacia del cliente. Annis y Davies (1988) señalan que en este modelo, se prepara al cliente a hacer algo que antes era incapaz de hacer (para más información sobre la Prevención de Recaídas, ver anexo 1).

Dos ventajas que tienen las TCC es que son relativamente breves y muy flexibles en su implementación. Estas normalmente se ofrecen de 4 a 16 sesiones, normalmente durante 4 a 16 semanas (Carroll, 1998). En la TCC puede evaluarse un gran rango de cogniciones, incluyendo las atribuciones, apreciaciones, expectativas de auto eficacia, y expectativas relacionadas con los efectos de las sustancias.

Las intervenciones cognoscitivas, conductuales y cognoscitivo-conductuales han demostrado ampliamente ser efectivas, además de que pueden usarse con una gran variedad de consumidores. La investigación en el entrenamiento de habilidades de enfrentamiento con consumidores de alcohol y cocaína señalan que estas estrategias tienen fuerte apoyo empírico. La prevención de recaídas no ha mostrado un apoyo empírico tan fuerte (Carroll, 1996b).

## TERAPIA ESTRATÉGICO/INTERACCIONAL (TEI)

En esta aproximación se trata de entender el punto de vista del cliente sobre un problema, qué significados le atribuye a los eventos, qué tan poco efectivas han sido sus interacciones interpersonales y qué estrategias de enfrentamiento ha aplicado. Al cambiar el enfoque a las competencias y no a las debilidades o patologías, el terapeuta ayuda al cliente a cambiar sus percepciones sobre el problema y aplicar sus propias fortalezas existentes para encontrar y aplicar soluciones más efectivas (Barry, 1999).



Las TEI intentan identificar las fortalezas del cliente y crear situaciones personales y ambientales en las cuales pueda alcanzar el éxito. La principal fortaleza de estas aproximaciones es cambiar el foco de las debilidades del cliente a fortalezas.

El modelo TEI ha sido ampliamente usado y exitosamente evaluado en sujetos con enfermedades mentales serias y persistentes. Aunque la investigación a la fecha en estas terapias (usando diseños no experimentales) no se ha enfocado a los desórdenes de abuso de sustancia, el uso de estas terapias para tratar el abuso de sustancias está aumentando (Barry, 1999).

Estos modelos tienen varias aproximaciones teóricas diferentes, que se pueden distinguir debido al énfasis y el valor que los terapeutas ponen en los componentes del proceso de cambio. Además, rara vez siguen estrictamente una aproximación teórica; más bien aprenden uno de otro e incorporan lo que encuentran útil para hacer su trabajo. Muchos de estos modelos se basan en el trabajo de Milton Erickson, quien acuña el término de terapia estratégica para describir una aproximación donde el terapeuta toma la responsabilidad de encontrar estrategias nuevas y efectivas para ayudar al cliente con su angustia (Barry, 1999).

La terapia interaccional se basa en la suposición de que el problema puede entenderse mejor al analizar la interacción del cliente (a veces disfuncional) con los otros y los problemas resultantes. La terapia estratégica es una forma de la terapia interaccional debido a que esta no se enfoca en las causas de los problemas de los clientes, sino que más bien intenta aumentar las competencias y desarrollar habilidades de solución de problemas que pueden ayudar al cliente en su interacción con los demás. Para propósitos de análisis se combinan los términos estratégico/interaccional (Barry, 1999).

El Panel de Consenso (Barry, 1999) cree que esta aproximación terapéutica es potencialmente útil para los clientes con trastornos de abuso de sustancias y que deberían introducirse para ofrecer nuevos conocimientos y técnicas para que lo consideren los proveedores de tratamiento.

#### Uso de TEI

No importa que tipo de TEI se use, esta aproximación puede ayudar a definir la situación que contribuye al abuso de sustancias en términos significativos para el cliente. Para esto es necesario identificar los pasos necesarios para controlar o dejar el abuso de sustancias, fortalecer el sistema familiar para que realmente pueda ser un mejor sistema de apoyo, mantener conductas que puedan servir como control del abuso de sustancias, además de responder a las situaciones en las cuales el cliente ha regresado al uso de sustancias después de un periodo de abstinencia (Barry, 1999).

Las TEI son muy útiles para enseñar al cliente como sus relaciones determinan o contribuyen al abuso de sustancias, para lo cual se podrían cambiar las relaciones de poder y dirigir los miedos con conductas más saludables.

La mayoría de las formas de la TEI son breves y requieren de 6 a 10 sesiones, siendo 6 sesiones lo más común. Las sesiones normalmente son semanales y no es recomendable tener más de dos sesiones por semana. En este tipo de terapia normalmente involucra el asignar tarea para casa para que el cliente observe como los cambios específicos de conducta afectan al problema, además de que se necesita tiempo para determinar como está trabajando una estrategia nueva y ver cómo el sistema está siendo afectado por el cambio.

#### TERAPIA HUMANÍSTICA Y EXISTENCIAL

La terapia humanística y existencial usa un gran rango de aproximaciones que ayudan a conceptualizar el caso, las metas terapéuticas, las estrategias de intervención así como la metodología de investigación. Y se unen por un énfasis de entender la experiencia humana enfocándose en el cliente más que en el síntoma. Las aproximaciones humanísticas y existenciales comparten la creencia de que

la gente tiene la capacidad de la autoconciencia y la elección. Sin embargo, ambas escuelas llegan a esta creencia a través de diferentes teorías (Barry, 1999).

Mientras que las palabras clave para la terapia humanística son aceptación y crecimiento, el tema más importante para la terapia existencial es que el cliente sea responsable y libre. Muchas de las características de estas terapias se han incorporado en otras aproximaciones terapéuticas tales como la terapia narrativa.

Estos modelos asumen que la causa subyacente de los trastornos de abuso de sustancias es la falta de significado en la propia vida, el miedo a la muerte, el alejamiento de la gente, el vacío espiritual o la ansiedad irresistible. A través de la aceptación incondicional, se motiva a los clientes a mejorar su autorrespeto, automotivación y crecimiento personal. La aproximación puede ser un catalizador para buscar alternativas al consumo de sustancias, para llenar el vacío experimentado.

Estas aproximaciones son particularmente apropiadas para los tratamientos cortos de abuso de sustancias, ya que tienden a facilitar el rapport terapéutico, aumentar la autoconciencia, se enfocan en los recursos internos potenciales y ponen al cliente como la persona responsable de la recuperación. Por lo tanto, es más probable que los clientes puedan no importarle estas limitaciones de la terapia breve y vean a su recuperación como un proceso de vida que hay que trabajar para alcanzar todo su potencial (Barry, 1999).

#### Uso de las terapias humanísticas y existenciales

Varios aspectos de estas aproximaciones (incluyendo la empatía, motivación del afecto, escucha reflexiva y aceptación de la experiencia subjetiva del cliente) pueden ser útiles en cualquier tipo de terapia breve; ayudan a establecer el rapport y dan razones para la involucración significativa con todos los aspectos del proceso de tratamiento (Barry, 1999).

Las aproximaciones humanísticas y existenciales pueden usarse en todas las etapas de la recuperación al crear fundamentos de respeto a los clientes y la mutua aceptación del significado de sus experiencias. Sin embargo, también hay algunos momentos terapéuticos que los llevan más rápidamente a una o más aproximaciones específicas.

Los diferentes modelos de estos tipos de terapia se pueden usar para diversas causas. Por ejemplo, la *terapia centrada en el cliente* puede usarse para establecer rapport y para clarificar los temas a través de la sesión. La *terapia existencial* puede usarse más efectivamente cuando el cliente tiene acceso a las experiencias emocionales o cuando se deben superar los obstáculos para facilitar su entrada a un continuo de recuperación (ej. ayudar a alguien que se siente impotente a aceptar la responsabilidad de sus acciones). La *terapia narrativa* puede usarse para ayudar al cliente a conceptualizar el tratamiento como una oportunidad para asumir la propia autoría y empezar un "nuevo capítulo" de su vida. La *terapia gestalt* puede usarse para facilitar un encuentro genuino con el terapeuta y la propia experiencia del cliente. La *terapia transpersonal* puede mejorar el desarrollo espiritual al enfocarse en aspectos intangibles de la experiencia humana y hacer conciencia de las capacidades espirituales no realizadas (Barry, 1999).

Usando el marco teórico de la terapia existencial o humanista, el terapeuta puede proponer un tratamiento episódico, con un plan de tratamiento que se enfoque en las tareas del cliente y en la experiencia entre las sesiones.

Para muchos clientes, las circunstancias momentáneas y otros problemas que rodean al abuso de sustancias pueden ser más urgentes que las nociones de integración, espiritualidad y crecimiento existencial, que puede ser demasiado remoto de su situación inmediata para ser efectivas. En tales instancias, las aproximaciones humanísticas y existenciales pueden ayudar al cliente a enfocarse en el hecho de que ellos finalmente tomen decisiones acerca de su abuso de sustancias y se vuelvan responsables de su propia recuperación.

Aunque muchos aspectos de estas aproximaciones se encuentran en otras aproximaciones terapéuticas, los conceptos como empatía, significado y elección están en el centro de las terapias humanísticas y existenciales.

## TERAPIAS PSICODINÁMICAS

La terapia psicodinámica se sustenta en la suposición de que los problemas con las sustancias están arraigados en el inconsciente y en los conflictos pasados no resueltos, especialmente en las relaciones familiares tempranas. Su meta es ayudar al cliente a ganar insight en las causas subyacentes de los problemas manifiestos, entender qué función tiene el abuso de sustancias y fortalecer las defensas presentes para trabajar en el problema. En estos modelos, la alianza terapéutica fuerte con el terapeuta ayuda al cliente a hacer cambios positivos.

Las terapias psicodinámicas se enfocan en los procesos inconscientes tal como se manifiestan en las conductas actuales del cliente. Las metas de estos modelos son fortalecer la autoconciencia del cliente así como entender la influencia del pasado en la conducta actual. En su forma breve, la aproximación psicodinámica capacita al cliente a analizar los conflictos no resueltos y los síntomas que surgen de relaciones disfuncionales pasadas, que se manifiestan en la necesidad o deseo de consumir sustancias.

Algunos de los modelos breves de las terapias psicodinámicas no son adecuados para tratar sujetos con trastornos de abuso de sustancias, en parte porque estas alteran la percepción haciendo difícil alcanzar un insight y la solución de problemas. Sin embargo, muchos terapeutas psicodinámicos usan formas de la terapia psicodinámica breve con usuarios de drogas junto con los programas de tratamiento tradicionales de abuso de sustancias, o únicamente estos modelos para clientes con desórdenes coexistentes. Además, hay un creciente cuerpo de investigaciones que apoyan la eficacia de estas aproximaciones (Critt-Christoph, 1992; Messer & Warren, 1995)

Las terapias psicodinámicas breves pueden ayudar a los tratamientos dirigidos a abuso de sustancias. Estos modelos probablemente tienen una gran oportunidad de ser efectivas cuando se integran en un programa de tratamiento mayor que incluya intervenciones específicamente dirigidas a drogas tales como la cocaína, además de que pueden auxiliarse de técnicas como el análisis de muestras de orina o consejo sobre drogas. Además, estas terapias pueden ayudar mejor después de que se ha establecido la abstinencia

Aunque hay desacuerdos en los detalles, la terapia psicodinámica breve es generalmente más deseable para los siguientes tipos de pacientes: con psicopatología coexistente con el trastorno de abuso de sustancias; pacientes que no necesitan una desintoxicación; pacientes internos que han tenido una hospitalización o desintoxicación completa; pacientes cuya recuperación es estable; y aquellos que no tienen daño cerebral orgánico o limitaciones en su capacidad mental.

La mayoría de los terapeutas están de acuerdo en que los consumidores con trastornos de abuso de sustancias son una población especial, que normalmente necesita de más de una aproximación para que tratamiento sea exitoso. Los terapeutas cuyas orientaciones no son necesariamente psicodinámicas pueden encontrar útiles estas técnicas y aproximaciones, y los terapeutas cuyas aproximaciones son psicodinámicas pueden ser más efectivos si dirigen la psicoterapia de forma que complemente el rango total de servicios para este tipo de clientes.

La psicoterapia de apoyo expresiva es una de las aproximaciones psicodinámicas breves que han sido adaptadas para usarse con personas con desórdenes de abuso de sustancias. Esta se ha modificado para usarse con dependientes de opiáceos en conjunto con el tratamiento de mantenimiento con metadona así como para consumidores de cocaína (Luborsky & Mark, 1995).

## TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar es una modalidad que o trata al cliente como parte de un sistema familiar o considera a toda la familia como un cliente. Estos modelos analizan al sistema familiar y sus jerarquías para determinar los usos disfuncionales del poder que llevan a una alienación negativa (inapropiada) o a patrones de comunicación pobres que contribuyen a los trastornos de consumo de sustancias por uno o más miembros de la familia. Además, las interacciones de los miembros de la familia con el consumidor pueden perpetuar y agravar el problema o ayudar de manera sustancial para resolverlo. El apoyo familiar puede ser crítico para el éxito en el tratamiento de los trastornos de abuso de sustancias – especialmente en los casos donde la familia es parte del problema. La investigación ha demostrado consistentemente que los consumidores de sustancias tienen un contacto más cercano con su familia de origen que la población general con una edad comparable (Bekir, McLellan, Childress & Garit, 1993).

La terapia familiar se sugiere cuando el cliente muestra signos de que su abuso de sustancias está fuertemente influenciado por las conductas o la comunicación con los miembros de la familia. Al contrario, esta terapia está contraindicada cuando otros miembros de la familia son consumidores activos de la sustancia, son violentos, niegan que el consumo de sustancias del cliente sea problemático o permanecen muy enojados.

Entonces, el papel del terapeuta es ayudar a estos miembros a descubrir como operan sus propios sistemas, a mejorar su comunicación y sus habilidades de solución de problemas y a aumentar el intercambio de reforzamientos positivos.

La terapia familiar puede usarse para: enfocarse en las expectativas de cambio dentro de la familia (que puede involucrar varios ajustes); evaluar nuevos patrones de conducta; enseñar cómo trabaja un sistema familiar (cómo la familia mantiene los síntomas y los roles necesarios); elicitó las fortalezas de todos sus miembros; y explora el significado de estos trastornos en la familia.

La terapia familiar de largo plazo no es usualmente necesaria para el tratamiento de desórdenes de abuso de sustancias. Mientras que la terapia familiar puede ayudar mucho en las primeras etapas de tratamiento, siempre es más fácil seguir ayudando el trabajo individual en el sistema familiar a través de subsecuentes terapias individuales.

La terapia familiar de corto plazo es una opción que puede usarse en las siguientes circunstancias: para resolver un problema específico en la familia y trabajar hacia su solución. Cuando las metas terapéuticas no necesitan profundizar en una historia familiar multi generacional, sino más bien en las interacciones actuales. Cuando la familia como un todo pueden beneficiarse de la enseñanza y la comunicación para entender mejor algunos aspectos de los desórdenes de abuso de sustancias.

La terapia familiar puede involucrar a toda la red de la familia inmediata, sólo a algunos miembros o trabajar con varios miembros de la familia a la vez. La definición de familia varía en diferentes culturas o situaciones, por lo que debe ser definida por el cliente.

El terapeuta puede crear una familia al recurrir a la red de contactos significativos para el cliente. Una cuestión muy importante que si el cliente vive con su familia es si el problema del cliente puede verse como una situación de componentes relacionales que involucra a dos o más personas (Gallanter, Keller & Dermalis, 1997).

### Uso de la terapia familiar breve

Para promover un cambio exitoso en el sistema familiar, el terapeuta puede necesitar el permiso familiar para entrar en su espacio y compartir sus confidencias íntimas. Sin embargo, la terapia funciona mejor si varía de acuerdo al fondo cultural de la familia.

La mayoría de las terapias familiares tienen un formato corto. Las sesiones duran normalmente entre 90 minutos y dos horas. La frecuencia es de hasta dos sesiones semanales (excepto en los

escenarios residenciales) para tener tiempo de practicar nuevas conductas y experimentar el cambio. La terapia usa de 6 a 10 sesiones, dependiendo del propósito y las metas de la intervención (Barry, 1999).

La aproximación de la terapia familiar se ha empleado con una gran variedad de subpoblaciones específicas de abuso de sustancias, incluyendo a los consumidores de cocaína (O'Malley & Costeen, 1988).

## TERAPIA DE GRUPO

La psicoterapia de grupo es una de las modalidades de tratamiento más común respecto a los trastornos de abuso de sustancias. La terapia de grupo se define como la reunión de dos o más personas para un propósito terapéutico o alcanzar una meta común. Es diferente a la terapia familiar porque el terapeuta crea un grupo abierto con final cerrado de personas que no se conoce previamente.

Esta modalidad usa muchas de las técnicas y teorías ya descritas para alcanzar metas específicas. En algunos modelos de terapia, el grupo en sí mismo y su proceso es central para ayudar al cliente a conocer su forma de reaccionar con otros, aunque el contenido y el foco del grupo varíen ampliamente.

La investigación sugiere que la mayoría de los clientes que participan en estos modelos de tratamiento mejora considerablemente dentro de un breve espacio de tiempo, normalmente a los dos o tres meses de haber iniciado el tratamiento (Barry, 1999).

La psicoterapia de grupo puede ser muy útil para sujetos con problemas de abuso de sustancias, ya que da la oportunidad de ver el progreso de la recuperación en el propio sujeto y en otros; también da la oportunidad de experimentar un éxito personal y de otros miembros en una atmósfera de apoyo y esperanza (Yalom, 1995).

En escenarios grupales, el psicodrama se ha usado de manera efectiva por mucho tiempo con consumidores de sustancias. Este recurso puede usarse con diferentes modelos de terapia de grupo. Ofrece a los participantes una oportunidad de entender mejor influencia de las experiencias pasadas y presentes en la vida actual.

El enfoque de los grupos terapéuticos con límites de tiempo varía mucho de acuerdo al modelo utilizado. Todavía se pueden hacer algunas generalizaciones sobre varias dimensiones de la manera en que se implementa la terapia breve de grupo.

La preparación del cliente es muy importante en cualquier experiencia de grupo de tiempo limitado. Los clientes deben ser completamente evaluados antes de entrar a esta terapia. Los participantes deben explicar completamente sus expectativas en el tratamiento (Flores-Ortiz & Bernal, 1989).

La frecuencia común en estos grupos es no más de dos sesiones grupales a la semana (excepto en los escenarios residenciales); normalmente se asiste a mínimo 6 o máximo 12 sesiones de tratamiento, dependiendo de las metas y objetivos del grupo. Las sesiones duran entre 90 y dos horas de longitud.

El proceso de la terapia de grupo es más efectivo si los participantes tienen tiempo de encontrar sus roles en el grupo, trabajarlos y aprender de ellos. Además, el grupo necesita tiempo para definir su identidad, desarrollar la cohesión y ser un ambiente sano en el cual hay suficiente confianza para que los participantes se revelen a ellos mismos.

## TERAPIA ENFOCADA A LAS SOLUCIONES

La mayoría del trabajo que se ha hecho con tratamientos de abuso de sustancias usa la aproximación enfocada a las soluciones. Este modelo siempre es breve, y a la fecha no ha habido mucha investigación que compare este modelo con otros (Barry, 1999).

En este modelo, el énfasis se pone en construir excepciones al problema presente y hacer transiciones rápidas para identificar y desarrollar soluciones intrínsecas para el cliente o para el problema (Iguchi, Belding, Morral, Lamb & Husband, 1997).

Al usar esta aproximación, el terapeuta ayuda al cliente con desórdenes de abuso de sustancias a reconocer las excepciones de usarlas como forma de reforzar y cambiar la conducta. La meta del tratamiento es encontrar soluciones a problemas de conducta. Hay muy poco tiempo para hablar sobre el problema; más bien, el tratamiento se enfoca en las soluciones que al cliente le han funcionado en el pasado, para utilizarlas en el futuro.

Entonces, este modelo se enfoca en las competencias, más que en la patología, busca una solución única a cada persona, usan las excepciones al problema para abrir la puerta al optimismo, usan éxitos pasados para dar confianza, ven al cliente como un experto y se comparte la responsabilidad del cambio con el cliente.

Berg y Miller (1992) fueron los primeros en aplicar el modelo específicamente a consumidores de alcohol, aunque también este modelo se ha usado con otras sustancias.

## TERAPIA INTERPERSONAL

Esta terapia, que combina elementos de la terapia cognoscitiva y psicodinámica, fue originalmente desarrollada para trabajar con el cliente con depresión pero se ha usado exitosamente con los clientes con abuso de sustancias.

Se enfoca en reducir los síntomas disfuncionales del cliente y mejorar el funcionamiento social al concentrarse en los patrones de conducta desadaptados. Es una terapia más de apoyo, que trata de dar motivación y seguridad al cliente, trata de reducir su culpa, y lo ayuda tratando de modificar su ambiente (Barry, 1999).

Las principales técnicas que usa son educar al cliente respecto su problema, sus causas y los tratamientos disponibles. Se trata de identificar el contexto interpersonal y el desarrollo del problema. Además, se busca identificar y enseñar estrategias para que el cliente enfrente su propio contexto.

## CONCLUSIÓN

La información de este capítulo sobre modelos de tratamiento breve dirigidos a las adicciones, busca fundamentar teóricamente algunos de los modelos que se dirigen específicamente a trabajar el problema del consumo de cocaína. Se puede estar más o menos de acuerdo con algunos de los modelos descritos, dependiendo de la propia orientación teórica. Aunque todos han demostrado que funcionan en mayor o menor medida. Las intervenciones breves pueden ser útiles para una gran variedad de proveedores de servicios.

La terapia breve es factible de usar con un gran rango de técnicas entre las cuales puede escoger el terapeuta. Es útil además para los terapeutas que conozcan un gran rango de técnicas terapéuticas disponibles.

La terapia breve para los desórdenes de abuso de sustancia es siempre útil, aunque no es posible considerar un estándar de atención para todas las personas o poblaciones. La terapia breve,

puede ser una modalidad contenida de tratamiento y no una forma episódica de una terapia de largo plazo. De hecho, la terapia breve exitosa solo puede ser aquella que el cliente requiere (Barry, 1999).

En este sentido, los modelos cognoscitivo conductuales ofrecen algunas ventajas sobre los otros modelos de tratamiento breve presentados en este capítulo. Por ejemplo, la TCC puede usarse por un rango más amplio de profesionales de la salud mental, aún con experiencia limitada con este tipo de terapia, lo que no sucede con otras aproximaciones como los modelos psicodinámicos o humanistas. En ese sentido, es más factible formar a terapeutas de diferentes disciplinas de la salud que apliquen este determinado modelo, lo que puede redundar en la facilidad de diseminarlo en diferentes tipos de centros de salud.

Es una aproximación primaria costo-efectiva. Los modelos de TCC pueden ir desde una a doce sesiones, lo que implica que no es necesario dedicar tanto tiempo, tanto esfuerzo o tanto dinero como lo harían otras aproximaciones. Por lo mismo, es posible aplicarlos en una gran variedad de escenarios, en una gran cantidad de situaciones y en diferentes poblaciones. Así mismo, es posible personalizarlo para usuarios de drogas con problemas específicos.

Puede usarse sola o en conjunto con otras aproximaciones. Por ejemplo, es factible utilizarlo junto con programas farmacológicos, en terapias sustitutivas o con grupos de 12 pasos.

La TCC puede también usarse al inicio o durante el proceso de tratamiento, o como parte de un modelo de tratamiento más intenso.

El modelo cognoscitivo conductual también tiene la ventaja de usar las habilidades con las que ya cuenta el usuario, asumiendo que los consumidores si tienen habilidades de enfrentamiento (aunque pueden ser deficientes), prefieren no usarlas o no pueden usarlas. Bajo esa perspectiva, se rescata la probable riqueza de experiencias con las que cuenta el consumidor, haciéndole ver que tiene el potencial para enfrentar adecuadamente este consumo de sustancias.

Además en este modelo, se busca que el cliente en su vida cotidiana y en su contexto habitual normal, reconozca las situaciones donde es probable que use sustancias, encontrando formas de evitarlas y enfrentándose más efectivamente en una gran variedad de situaciones, sentimientos y conductas relacionadas a su abuso.

Por estas razones es que se ha escogido al modelo de terapia cognoscitivo conductual como fundamento para desarrollar un tratamiento breve dirigido a consumidores de cocaína.

## CAPÍTULO 4. TRATAMIENTOS PARA EL CONSUMO DE COCAÍNA

## INTRODUCCIÓN

Dada la relativa novedad de la "epidemia" del consumo de cocaína (en los años 80 en Estados Unidos y en los años 90 en México), la investigación sobre los tratamientos dirigidos a su control están en las etapas iniciales de desarrollo (U. S. General Accounting Office, 1996). Los intentos para tratar a los consumidores de cocaína con aproximaciones inicialmente desarrolladas para otras drogas (ej. opiáceos, alcohol, etc.) han tenido un éxito limitado. Esto se afirma debido a la alta tasa de recaídas y abandono de muchas de estas aproximaciones. Por ejemplo, en los estudios para consumidores de crack se ha encontrado que el 47% de los consumidores abandonan la terapia entre la primera visita al centro de tratamiento y la primera sesión, y cerca del 75% desertan antes de la quinta sesión (Harwood, Hubbard, Collins & Rachal, 1988). En este sentido, el panorama en México es muy parecido (ver capítulo Tratamientos para Cocaína en México). Aunque en los últimos 10 años, en Estados Unidos se han desarrollado aproximaciones directamente dirigidas a trabajar el consumo de cocaína, que parecen ser muy prometedoras (situación que no ha ocurrido en México).

En este capítulo se hace una breve descripción de las características generales de los tratamientos de drogas y específicamente los dirigidos a la cocaína. También se describen los resultados de estudios empíricos sobre algunos de los tratamientos dirigidos al consumo de cocaína, específicamente el modelo psicosocial, el psicofarmacológico, la acupuntura, los que se basan en los doce pasos, la psicoterapia interpersonal y finalmente el cognoscitivo conductual, donde se incluyen cuatro de sus aproximaciones: el neuroconductual, el reforzamiento comunitario (manejo de contingencias), el de la entrevista motivacional y el de prevención de recaídas. Los clientes que han participado en alguna de estos tratamientos han demostrado períodos prolongados de abstinencia a la cocaína y altas tasas de retención en el tratamiento (Kaplan, Hush & Bieleman, 1994).

## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TRATAMIENTOS DE DROGAS

En este apartado, se analizan algunos de los elementos que son parte de cualquier programa de tratamiento para adicciones, los cuales son: las metas del tratamiento, los dominios, los ingredientes activos, la duración, las etapas de cambio, el escenario, la relación paciente - terapeuta, el seguimiento, la deserción y las recaídas.

## METAS

Schuckit (1994) menciona que los programas de rehabilitación para sujetos con dependencia a estimulantes tienen tres grandes metas al término del tratamiento: 1) aumentar la motivación a la abstinencia y mantener altos niveles de compromiso para esta meta; 2) ayudar a reconstruir un estilo de vida estable sin sustancias; y 3) disminuir la probabilidad de recaídas. Debido a esto, el éxito de un tratamiento puede medirse en términos de si se han logrado alcanzar estas metas.

Por su parte, Bell, Richards y Feltz (1996) indican que la última meta de los tratamientos para el uso de drogas es el cambio conductual, emocional y cognoscitivo, que debe relacionarse con actividades legales y ocupacionales, aunque puede ser muy distante del contexto terapéutico. Este hecho de aumentar el bienestar emocional puede hacer que el cliente se sienta mejor, lo que puede reducir su necesidad de usar drogas. Mejorar el funcionamiento cognoscitivo hace que el cliente piense mejor, sea más consciente de su problema con las drogas y pueda proponer mejores soluciones. También renovar las relaciones sociales puede ayudar al cliente a sentirse mejor.



## DOMINIOS DE LOS TRATAMIENTOS PARA ADICCIONES

Bell, Richards y Feltz (1996) señalan que es posible ver a los tratamientos para uso de drogas ilícitas como un proceso psicosocial que involucra al dominio emocional, cognoscitivo y social. Debido a esto los programas de tratamiento intentan mejorar el funcionamiento del consumidor en estas tres áreas con la meta final de modificar las conductas de uso de drogas. Aunque también hay que tener claro que los desórdenes adictivos (muy parecidos a otros desórdenes médicos crónicos) se caracterizan por recaídas y remisiones (O'Brien, 1994).

O'Brien (1994) indica que el éxito de un tratamiento normalmente no puede medirse en función de una curación, pero sí del mejoramiento en el funcionamiento en las áreas social, psicológica o física, en la reducción de la frecuencia y la cantidad de consumo de drogas, de complicaciones médicas, etc. Y si se concibe a la adicción como un desorden crónico (como la diabetes), no tendría caso enfatizar la búsqueda de nuevos métodos de desintoxicación (que en la investigación sobre el tema nunca ha sido un problema particularmente difícil). Sin embargo, parece que si los consumidores no están listos para desintoxicarse, reincidirán rápidamente. La desintoxicación a corto plazo no tiene sentido si se observa como un problema a largo plazo, por lo que un factor clave en estos problemas es la prevención de las recaídas. Hay sujetos que dejan de consumir drogas por mucho tiempo, pero que el deseo es tan intenso que regresan a hacerlo.

Aunque el tratamiento para consumo de sustancias puede incluir componentes químicos tales como metadona o medicamento contra el deseo, el componente psicosocial es un elemento central en la mayoría de los programas de tratamiento. Y es a lo que se enfocan la mayoría de los modelos de tratamiento. Además, a pesar de los diversos modelos de tratamiento psicológico para el control de las adicciones, en el caso particular de la cocaína se coincide en dar importancia al manejo del autocontrol, el deseo de consumir la sustancia y las conductas de riesgo asociadas con el consumo (Washton, 1989).

## INGREDIENTES ACTIVOS

Miller y Rollnick (1991) usan el acrónimo FRAMES para señalar los ingredientes activos de los tratamientos breves de efectividad demostrada:

- Feedback (retroalimentación): información sobre la salud corriente, los riesgos y la conducta normaliva.
- Responsibility (responsabilidad): el énfasis de la responsabilidad para cambiar puesto en el cliente.
- Advice (consejo): un simple consejo en qué cambiar (ej. consumo peligroso), sugerencias para la moderación.
- Menú (opciones): dar un rango de opciones de tratamiento entre las cuales seleccionar.
- Empaty (empatía): habilidad de ver la situación desde la perspectiva del cliente, mientras también mantiene un pie fuera de su realidad.
- Self-efficacy (autoeficacia): creencia del cliente en su habilidad para hacer cambios exitosos.

Estos seis elementos han mostrados ser una parte fundamental de cualquier intervención motivacional exitosa, que realmente lleven a cambiar el consumo de drogas.

## INTENSIDAD DE LA ADICCIÓN

Respecto a la intensidad de la adicción, se ha encontrado que entre mayor sea la severidad del problema de consumo de cocaína al inicio del tratamiento, hay tasas más bajas de terminación del tratamiento y resultados pobres respecto a la disminución del consumo (Alterman, McKay, Mulvaney & McLelland, 1996), independientemente del modelo de tratamiento utilizado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DURACIÓN

A la fecha, un predictor confiable de resultados efectivos de tratamientos de drogas ha sido su duración. Se cree que el tiempo en tratamiento es una medida de la cantidad de tratamiento recibido. Por lo tanto, más tratamiento produce más mejora, aunque es necesario investigar esto. Higgins, Budney y Bickel (1994) señalan que la duración de tratamiento recibido por sujetos que permanecen más tiempo puede ayudar a reducir el uso de drogas y otros cambios conductuales positivos; también es posible que la reducción del uso de drogas y las conductas relacionadas cause que los sujetos permanezcan más tiempo en el tratamiento. Incluso es probable que alguna tercera variable motive la gran retención del tratamiento y mejore los resultados. Es necesario hacer pruebas controladas experimentalmente para manipular la duración del tratamiento, y así poder determinar cual de estas tres posibilidades es más exacta. Sin embargo, ha habido otros estudios que demuestran que los tratamientos breves (que pueden ir de 4 a 16 sesiones) también han demostrado gran efectividad en el tratamiento dirigido al consumo de cocaína (Carroll, 1998).

## CARACTERÍSTICAS DE LOS CONSUMIDORES

Marlatt, Taker, Donovan y Vuchinich (1996) indican que los consumidores de cocaína que asisten a tratamiento tienen un funcionamiento social menos adecuado, más problemas legales relacionados con drogas y más síntomas depresivos que los que no asisten, aunque ambos grupos no difieren respecto a los patrones de uso o variables demográficas.

Weisz (1996) encontró que, entre los usuarios de cocaína que asisten a tratamiento por su consumo, los que reportaban como más valiosa, positiva e importante la identidad social, fueron los que mostraron tasas más altas de abstinencia. Al contrario, los sujetos a quienes no les interesa la identidad social, tienen tasas de abstinencia mucho más bajas.

Carroll, Power, Bryant y Rounsaville (1993) analizaron las características de consumidores de cocaína un año después de terminar su tratamiento. Encontraron que la severidad de consumo, el funcionamiento psiquiátrico y tomar o no alcohol fueron predictores consistentes en la retención del tratamiento y su resultado; además, que la abstinencia y la permanencia en tratamiento no son variables que aseguren el mejoramiento del funcionamiento en otras áreas del sujeto.

## ETAPAS DE CAMBIO

Prochaska y DiClemente (1986) afirman que los sujetos con problemas de consumo de sustancias atraviesan por varias etapas en el proceso de cambio de conducta. Las etapas del modelo de cambio son precontemplación (no intentar cambiar), contemplación (hacer consideraciones serias para cambiar), acción (involucrarse activamente en el cambio) y mantenimiento (mantener el cambio previo). Generalmente, la progresión a través de las etapas no es lineal. Las recaídas de los consumidores y el regreso a la contemplación (y aún a la precontemplación) pueden ocurrir varias veces antes de que el cambio sea exitoso. Martin, Rossi, Rohsenow, Monti y Rosenbloom (1994) señalan que a la fecha, la mayoría de los tratamientos se han diseñado para los usuarios que están preparados para tomar acción y dejar la cocaína. Sin embargo, la mayoría no están listos para tomar acción (y aún los que acuden a algún tratamiento pueden estar ambivalentes sobre su consumo) por lo que estos programas pueden no ayudarlos a modificar su consumo de sustancias. En ese sentido, es necesario diseñar tratamientos que contemplen la etapa de cambio en la que se encuentra el cliente.

## ADMISIÓN

Festinger, Lamb, Marlowe y Kirby (2002) encontraron que hacer una admisión acelerada de pacientes externos de cocaína (admitir al consumidor a un tratamiento el mismo día) aumenta

significativamente la asistencia al tratamiento (59%), en comparación al 33% de los sujetos que tienen una admisión estándar (que tarda de un día a una semana).

## ESCENARIO

McKay, Alterman, McLellan, Boardman, Mulvaney y O'Brien (1998) encontraron que hay poca evidencia en los resultados de tratamientos para pacientes abusadores de la cocaína respecto a los efectos que pueden tener los escenarios de tratamiento asignados. McKay, Alterman, Cacciola, Rutherford, O'Brien y Koppenhaver (1997) afirman que cada vez con mayor frecuencia, los tratamientos de rehabilitación de los usuarios de cocaína se han dado en escenarios para pacientes externos, más que para pacientes internos o residenciales. Este cambio se debe a una combinación entre la disminución de escenarios para pacientes internos y a que se ha encontrado que ambos tipos de tratamientos producen resultados similares tanto para los pacientes de alcohol como los pacientes de drogas. Entonces, si es más costo-efectivo el tratamiento externo, este es preferible a los tratamientos residenciales.

Weinstein, Gotheil y Sterling (1997) mencionan que una de las aproximaciones que más rápidamente se han desarrollado para tratar la adicción a la cocaína es el tratamiento intensivo externo. Sin embargo, no hay ensayos clínicos controlados previos reportados que comparen esta aproximación con la individual más tradicional o la individual junto con una grupal. Este informe compara estas tres aproximaciones indicando que los pacientes que permanecen en el tratamiento durante doce semanas y lo terminan, demostraron mejoras significativas respecto al consumo de drogas y en el funcionamiento psicológico. Sin embargo, el tratamiento intensivo externo, el tratamiento individual tradicional y el individual-grupal no difirieron en ninguna de las evaluaciones hechas durante el tratamiento o al finalizarlo.

## RELACIÓN PACIENTE TERAPEUTA

Se ha encontrado que la relación entre cliente y terapeuta es muy importante para el tratamiento. Gran parte del efecto de recuperación depende del estar pendiente, del interés mostrado y de la empatía del terapeuta.

Barber, Luborsky, Gallop, Crist-Christoph, Connolly, Gladis, Foltz, Siqueland, Weiss, Frank, y Thase (2001) señalan que la alianza terapéutica es un predictor de éxito en el tratamiento, independientemente de la modalidad terapéutica, el tipo de mediciones y las muestras poblacionales que se utilicen. Aunque los informes de alianza fueron altos durante todas las mediciones de una investigación que realizaron, las puntuaciones fueron aumentando con el tiempo independientemente del tipo de tratamiento recibido.

## SEGUIMIENTO

Lash (1998) afirma que para aumentar la participación en el seguimiento de sujetos que tomaron parte en un tratamiento de drogas, fue necesario motivarlos explicando la importancia que tiene asistir a ellos, además de que puede ayudar a solucionar algunos problemas que todavía están presentes o que no se hayan sabido resolver.

## DESERCIÓN

Agosti, Nunes y Ocepeck-Weilsson (1996) señalan que la tasa de abandono de usuarios de cocaína en programas de tratamiento externo es en promedio 55%. En un estudio encontraron que los sujetos con mayor nivel educativo tienen menos probabilidad de abandonar el tratamiento. No encontraron asociaciones significativas entre la retención y género, ruta de ingestión de cocaína, historia

de depresión, nivel educativo o estatus de empleo, aunque tradicionalmente se ha indicado que los sujetos jóvenes menos educados, y que fuman o se inyectan cocaína son particularmente propensos a dejar el tratamiento prematuramente.

## RECAÍDAS

Leukefeld y Tims (1993) señalan que la recaída es una característica común de la adicción a la cocaína, por lo que los usuarios de esta droga tienen altas tasas de recaída así como múltiples recaídas. Carroll, Power, Bryant y Rounsaville (1993) reentrevistaron a 94 abusadores de cocaína un año después de que buscaron tratamiento para evaluar los predictores tanto de la retención al tratamiento y sus consecuencias. Los resultados mostraron que solo la tercera parte de los pacientes reportaron abstinencia durante los 12 meses que precedieron a la entrevista de seguimiento. Tres variables emergieron como predictores de la recaída: severidad de consumo de drogas, funcionamiento psiquiátrico pobre y presencia de alcoholismo concurrente. Sin embargo, la abstinencia no se asoció robustamente con mejorías en el funcionamiento en las diferentes áreas de resultados.

Para cualquier tratamiento de consumo de sustancias exitoso, es necesario tomar en cuenta los aspectos mencionados en este apartado, independientemente de la aproximación utilizada. A continuación se describen algunos de los modelos más usados en el tratamiento de usuarios de cocaína. De cada uno, se revisan los antecedentes y sus características, así como la evidencia empírica que posean.

## MODELO PSICOSOCIAL

Bell, Richards y Feltz (1996) indican que las intervenciones psicosociales se construyen en el supuesto de que los procesos psicosociales, son los principales responsables del desarrollo de problemas de consumo de sustancias. Estas intervenciones han sido diseñadas para ayudar al cliente a confrontar y cambiar sentimientos, pensamientos e interacciones con otros significativos (familiares, amigos, compañeros de trabajo, conocidos), que disparan el uso de drogas.

Los cambios en la esfera psicosocial se conceptualizan en función de tres dominios: bienestar emocional, funcionamiento cognoscitivo y recursos sociales. El bienestar emocional se enfoca en los sentimientos y emociones de los sujetos. El funcionamiento cognoscitivo describe la habilidad del consumidor para hacer una evaluación racional de las probables alternativas y se enfoca en la manera de pensar de la gente. El más importante dominio de progreso del cliente son los recursos sociales, que enfatizan la importancia de "estar al pendiente", la confianza, las emociones y la forma en como se relaciona el consumidor con su medio ambiente externo.

Altman, Snider, Cacciola, May, Parikh, Maany y Rosenbaum (1996) compararon un programa psicosocial de tratamiento para cocaína en un hospital de día con un programa externo de 6 hrs. por semana. Antes del tratamiento, todos los pacientes participaron en un programa de orientación. El tratamiento psicosocial incluyó terapia grupal y educativa, consejo individual, manejo de casos, servicios psiquiátricos, médicos y asistencia a grupos de autoayuda. La comparación cuasi-experimental indicó una mejoría considerable para los pacientes tratados en ambos programas y no se encontraron diferencias significativas entre ellos. No hubo diferencias ni en la duración, ni en el número de sujetos que terminaron el tratamiento. Tampoco se encontraron diferencias en los análisis de orina en ambos grupos. En la evaluación a los tres meses, se encontró que ambos disminuyeron los problemas relacionados con el consumo de sustancias, con el alcohol, además de los problemas psiquiátricos y médicos. Estos resultados, basados en el autorreporte y los datos toxicológicos de orina, apoyan el costo efectividad del tratamiento 6hs. Este hallazgo señala que un tratamiento de 3 días - 6 hrs por semana, puede ser efectivo con pacientes dependientes de la cocaína.

Cambell (1997) señala que 56 hombres, consumidores de drogas, admitidos en un Programa de Recuperación residencial se evaluaron usando el Índice de Severidad de la Adicción (ASI) y el Socrates.

Los resultados del ASI mostraron que los principales problemas se presentaron en las siguientes áreas: empleo, consumo de alcohol, familiar/social y funcionamiento emocional. Los resultados del Socrates (que indica la etapa de cambio en la que está el sujeto) revelaron que un 27% estaban en fase de preparación, 67% en la de acción, y 6% en la de mantenimiento. El seguimiento de 26 casos reveló que los residentes mostraron mejorías estadísticamente significativas en las áreas de alcohol, drogas, familiar/social y en problemas emocionales. Los problemas de empleo, médicos, y legales identificados por los resultados del ASI fueron indicadores significativos de los resultados negativos. El área de empleo todavía permanecía como un problema tres meses después de la admisión para la mayoría de los residentes. Este autor concluye que las etapas de cambio no predicen el resultado en función de la abstinencia o del estatus residencial.

## TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

En las últimas dos décadas ha aumentado el interés en los procesos neuronales sobre la dependencia a las sustancias adictivas, lo que ha llevado a entender mejor las contribuciones biológicas para desarrollar y mantener la conducta adictiva (Roberts & Koob, 1997).

La farmacoterapia involucra el uso de medicamentos para combatir el abuso y la adicción a las sustancias ilegales, y en este caso a la cocaína. Recientemente, la investigación sobre tratamientos de adicciones del NIDA se ha enfocado en dos objetivos: facilitar la abstinencia inicial y apoyar un estilo de vida (a largo plazo) sin sustancias. Para facilitar la abstinencia inicial a la cocaína se han usado medicamentos que tratan los síntomas de abstinencia a esta droga, bloqueando la euforia inducida por la misma. Para ayudar a mantener un estilo de vida libre de sustancias, la investigación se ha enfocado a buscar las técnicas más efectivas para bloquear el deseo de la cocaína, incidir en las psicopatologías subyacentes así como tratar sus efectos tóxicos sobre el sistema nervioso (U. S. General Accounting Office, 1996).

Hay mucha esperanza de que los medicamentos psicotrópicos (que alteran la forma en que el sistema nervioso reacciona a las sustancias adictivas) puedan modificar el circuito de la adicción y esto ser un tratamiento potente para la dependencia. Entre las más promisorias de estas drogas están el disulfiram, la naltrexona y la metadona. La sustancia con la que mayor investigación farmacológica se ha hecho es el alcohol. El acamprosato se ha estudiado en muchos tratamientos en Europa y ha mostrado ser una promesa para los tratamientos de la dependencia al alcohol (Schuckit, 1996).

El disulfiram (conocido como Antabuse), es el más popular y mejor investigado de los antidipsotrópicos, que causan dolencias físicas cuando se consumen junto al alcohol. Al inhibir la enzima aldehído deshidrogenasa (ALDH), el disulfiram previene el consumo de alcohol al romperlo en el torrente sanguíneo, resultando en una serie de reacciones físicas aversivas (ej. ruborizar el rostro, dolor de cabeza, náuseas, vómito, dolor abdominal) cuando se ingiere (Kosten & Kosten, 1991). Los resultados sobre disulfiram en el tratamiento de la dependencia del alcohol han sido mixtos. Hay estudios que señalan que ha funcionado muy adecuadamente y otros que señalan que la ayuda es realmente muy pequeña.

En el caso de la naltrexona, funciona bloqueando los receptores de opio en el cerebro, haciendo al consumo de alcohol menos recompensante, y mostrando un gran potencial en el tratamiento de su dependencia (Garbutt, West, Carey, Lohr & Crews, 1999). Además de producir grandes tasas de abstinencia (mayores que las de placebo como medicamento de control), se ha encontrado que esta droga es capaz de reducir el deseo del alcohol. Además, la investigación ha indicado que uno de sus más poderosos efectos es reducir el número de días de consumo y prevenir las recaídas entre aquellos sujetos que quieren continuar consumiendo (Volpicelli, Alterman, Hayashida & O'Brien, 1992).

El tratamiento farmacológico de la dependencia a cocaína está orientado principalmente a revertir la hipersensibilidad de receptores dopaminérgicos, o bien para tratar el cuadro depresivo asociado con la interrupción de su ingesta (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 1998). Diversas estrategias farmacológicas se emplean para tal efecto. Se han utilizado los antidepresivos (desipramina, imipramina,

trazodona, fluoxetina), los agonistas y antagonistas dopaminérgicos (bromocriptina, metilfenidato, tirosina, flupentixol), los antagonistas y agonistas opiáceos (buprenorfina y naltrexona), la carbamazepina y el litio.

Forrest-Tennant (1995) menciona que el abuso de la cocaína en pacientes con mantenimiento en metadona es un problema clínico significativo. Quería determinar si el aumento diario de las dosis de metadona es una forma efectiva de eliminar su abuso. Participaron 78 pacientes consumidores de esta droga que estaban con mantenimiento de metadona (dosis diaria entre 30 y 80 mg). Encontró que el 28.4% de los sujetos dejaron de consumir esta sustancia cuando la dosis de metadona alcanzó un máximo de 160 mg. Parece que el abuso de la cocaína acelera la eliminación de metadona, puesto que las concentraciones inadecuadas de su suero (menos de 100 ng/ml) se encontraron en el 71.6% de los sujetos analizados 24 horas después de una dosis oral de 100 mg de la misma.

El National Institute on Drug Abuse ha estudiado 20 medicamentos mayores para el tratamiento de la adicción de la cocaína. Algunos de estos medicamentos han producido resultados favorables en uno o más ensayos clínicos (Fletcher & Tims, 1977). Lo que igualmente se ha encontrado es que aunque no se usen en el tratamiento, también ha demostrado resultados favorables para tratar usuarios de esta droga.

### MODELO DE ACUPUNTURA

La acupuntura se ha usado prometedoramente durante los últimos 20 años para tratar adicciones a los opiáceos, cocaína, tabaco y alcohol (U. S. General Accounting Office, 1998).

Un programa de tratamiento para el abuso de cocaína de la Universidad de Yale involucra la inserción de agujas en cinco puntos estratégicos del oído, por un periodo de 50 minutos por sesión, durante un periodo de ocho semanas. A través de las primeras seis semanas, los clientes reciben la terapia de acupuntura durante cinco días a la semana; en la semana 7 y 8, el tratamiento se reduce a tres días a la semana. El tratamiento tiene la modalidad grupal. A la fecha, ha habido pocas investigaciones bien diseñadas que hayan analizado la utilidad de un tratamiento de acupuntura, aunque dentro de los hallazgos, hay algunos prometedores. Casi el 90% de un grupo de consumidores de cocaína tratados con metadona, que completaron un programa de 8 semanas de acupuntura, permanecieron abstinentes por más de un mes (aunque el 50% de los cuales no completaron un programa de dos meses). Estos sujetos habían sido usuarios regulares de cocaína, con un promedio de 13 años de consumo (Margolin, Avants, Chang & Kosten, 1993).

### MODELO DE DOCE PASOS

Algunos autores han sugerido que los grupos de doce pasos juegan un papel importante en los tratamientos de adicciones (Washton, 1989). Históricamente, los programas de tratamiento de 12 pasos están ligados principalmente a la recuperación del abuso de alcohol y a las adicciones. Se estima que desde su inicio en 1935, más de un millón de personas se han recuperado por su participación en los programas de Alcohólicos Anónimos (AA, Los doce pasos, s. f.).

Sin embargo, ni la filosofía de los 12 pasos ni sus procedimientos están relacionados intrínsecamente con el alcohol. AA ha generado muchos programas asociados a la recuperación de otras adicciones u otros problemas emocionales. Narcóticos Anónimos (NA) es un programa de 12 pasos adaptado de AA. La principal diferencia entre los dos es que NA es más inclusivo con respecto a la adicción de cualquier sustancia que altere el estado de ánimo. Cocainómanos Anónimos (CA) es un grupo menor diseñado específicamente para la adicción a la cocaína. NA y CA, como muchos otros de los programas que AA ha generado, se adhieren a la misma filosofía de AA. La creencia subyacente es que la mayoría de los aspectos de la adicción química trasciende a cualquier droga particular (Mercer & Woody, 1999).

La ideología de los doce pasos ofrece a los pacientes la búsqueda de la recuperación como un nuevo *modus vivendi* (o forma de vida) que se puede apoyar al romper el ciclo de la adicción y manteniendo la abstinencia.

Esencialmente, cada paso es una aproximación que ayuda a la recuperación de la adicción. Los pasos están organizados por orden de importancia, buscando motivar al individuo a reintegrarse a una vida más saludable. Las narraciones de los participantes que están esforzándose para controlar su adicción puede ayudar a los nuevos asistentes a buscar su recuperación individual. Estas narraciones ayudan a los adictos a confrontar la realidad de su adicción y a reconocer el daño que se hace a sí mismo y a las personas que cuidan de él. Esta aproximación también pide a los adictos a reconocer la existencia de un poder más alto, buscando incorporar esta creencia en su vida.

Por otro lado, no se ha reportado empírica y sistemáticamente la eficacia de estos grupos de autoayuda en el uso de la cocaína (Higgins, 1996). Higgins, Delaney, Budney Bickel, Hughes, Foerg y Fenwick (1991) encontraron que sólo el 41% de pacientes que entraron a un programa de 12 pasos duraron 12 semanas en tratamiento. Y solo el 25% de los pacientes lograron 4 semanas de abstinencia. Ningún sujeto alcanzó 8 semanas de abstinencia.

## MODELO DE CONSEJO

De acuerdo a la filosofía que subyace a la aproximación de consejo individual sobre drogas, la adicción es una enfermedad compleja que daña física, espiritual y mentalmente al adicto (Mercer & Woody, 1999). Debido a la naturaleza holística de la enfermedad, el tratamiento óptimo debe dirigirse a diferentes áreas importantes para el adicto, que lo pueden apoyar en la recuperación, como son el área física, emocional, espiritual e interpersonal.

La filosofía de esta aproximación incorpora dos elementos importantes: la aprobación del modelo de enfermedad y la dimensión espiritual de la recuperación. Estos elementos diferencian la aproximación de otras formas de tratamiento actualmente en uso y reflejan la influencia de la filosofía de los 12 pasos.

El modelo de enfermedad afirma que la adicción es más cercana a una enfermedad sobre la cual uno tiene poco (si es que algo hay) control, comparado con aquellas conductas que uno escoge hacer. Investigaciones biológicas recientes sugieren que hay un componente genético en la adicción al alcohol o a otras sustancias ilegales, y señala que hay cambios fisiológicos en el cerebro como resultado del consumo de drogas. Estos hallazgos son consistentes con el modelo de enfermedad (Heinz, Ragan, Jones, Hommer, Williams, Knable, Gorey, Doty, Geyer, Lee, Coppola, Weinberger & Linoila, 1998), aunque no son definitivos.

Los elementos de la espiritualidad son muy generales y no especifican ninguna religión. Tres de los principales elementos espirituales se tomaron de la filosofía de NA y son la honestidad, la mente abierta y la voluntad (Mercer & Woody, 1999). Este componente espiritual implica que hay una curación de la propia vida que necesita tomar lugar. La abstinencia de la droga es solamente el primer paso para llegar a la meta final. Desde una perspectiva holística, se motiva al individuo sugiriéndole que la recuperación involucra un retorno al auto respeto a través de la honestidad con uno mismo y con los demás. La espiritualidad también involucra la creencia en el sentido de conexión con algo mayor que uno mismo, lo que es consistente con algunos de los nuevos modelos de psicoterapia. Sin embargo, dentro del consejo en adicciones, el papel de la espiritualidad en la curación tiende a estar más enfocado y ser una afirmación más abierta en la mayoría de otras orientaciones terapéuticas.

En este tratamiento, los consumidores asisten a terapia individual y grupal. Se educa a los pacientes sobre las características de la adicción a la cocaína. Se trabaja a la adicción como una enfermedad tratable pero incurable. Se les recomienda que asistan a reuniones de grupos de autoayuda, además de asistir a sus sesiones regulares de tratamiento. En las sesiones de tratamiento se trabaja una terapia de apoyo que los confronta. Se usan lecturas didácticas y videocasetes sobre la dependencia a la cocaína, lo que significa contagiarse de SIDA, se analiza el modelo de enfermedad y la importancia que

tiene el asistir a los grupos de autoayuda. En alguna sesión, hay que trabajar con un miembro de la familia para hablar sobre temas relacionados a la dependencia a esta droga. El problema con este tipo de tratamiento es que no se han observado resultados tan efectivos como con otros modelos. Higgins, Budney, Bickel, Hughes, Foerg y Badger (1993) encontraron que únicamente el 11% de los sujetos que asistieron a un tratamiento de consejo lo completaron (24 semanas); además, sólo el 5% lograron una abstinencia continua de 16 semanas. Por lo tanto, ellos afirman que modelo de tratamiento no ha mostrado su efectividad.

### PSICOTERAPIA INTERPERSONAL

Promueve el cambio en las relaciones interpersonales del paciente para que tenga una interacción más sana con los demás, con el objetivo de resolver su uso de drogas. En un estudio, Higgins, Budney y Bickel (1994) dieron terapia individual una vez a la semana, usando este modelo. Se encontraron resultados de efectividad bajos, con muy poca retención en el tratamiento.

### MODELO COGNOSCITIVO CONDUCTUAL

La terapia cognoscitivo conductual se dirige a modificar la forma en que la gente piensa, actúa y se relaciona con otros, para de este modo, facilitar la abstinencia inicial y que el consumidor pueda seguir con un estilo de vida libre de sustancias. En estos modelos se pueden incluir la psicoterapia, las terapias conductuales, el entrenamiento en habilidades y otras aproximaciones de consejo. Son cuatro los modelos de terapia cognoscitivo conductuales que han recibido atención más reciente: terapia neuroconductual, reforzamiento comunitario (manejo de contingencias), entrevista motivacional y prevención de recaídas, que son los que se revisarán más adelante.

Maude-Griffin, Hohenstein, Humfleet, Reilly, Tusel y Hall (1998) señalan que los resultados han sido mixtos al comparar las aproximaciones cognoscitivo-conductuales con otros modelos de tratamiento, aunque hay estudios que demuestran la superioridad de las intervenciones conductuales. Estos autores hicieron una investigación para comparar la efectividad de un tratamiento para cocaína cognoscitivo conductual contra uno de 12 pasos. Los participantes se asignaron aleatoriamente a las condiciones de tratamiento. Ambos tratamientos duraron 12 semanas. Se evaluaron durante la línea base y durante los seguimientos a las semanas 4, 8, 12 y 26. Se encontró que los sujetos que participaron en la terapia conductual lograron hasta cuatro semanas o 30 días de abstinencia durante las semanas 4, 8, 12 y 26, lo que no sucedió con el tratamiento de 12 pasos. Este fue el primer estudio que demuestra la mayor eficacia de la terapia cognoscitivo conductual para consumo de cocaína comparada con otros modelos de psicoterapia.

Por otro lado, Fletcher y Tims (1997) afirman que la investigación ha mostrado que existen tratamientos conductuales y psicosociales que pueden reducir el uso de drogas y ayudar a manejar su dependencia y adicción. Por ejemplo, más del 60% de adictos a la cocaína que fueron atendidos en un programa de prevención de recaídas en Nueva York se mantuvieron abstinentes de esta droga durante un período de 6 a 8 meses de seguimiento, además de que más del 70% de los participantes (de este 60%) continuaron en abstinencia. Cerca de la mitad de los clientes dependientes de la cocaína que recibieron un programa de reforzamiento comunitario (manejo de contingencias) para pacientes externos en Vermont también permanecieron en abstinencia durante un período de cuatro meses de tratamiento; además, 58% completaron todo el programa de 6 meses, lo que habla de la gran adherencia al tratamiento.

Bell, Richards y Feltz (1996) señalan que, en un estudio longitudinal de un programa cognoscitivo conductual intensivo para pacientes externos consumidores de cocaína, se encontró que la longitud del tratamiento (90 horas, 9 horas por semana) estaba directamente asociado con el mejoramiento en el bienestar emocional, el funcionamiento cognoscitivo y las relaciones sociales. Se hicieron sesiones de grupo, sesiones educativas (conferencias), junto con la observación de películas y videos enfocados a las adicciones; en sesiones especializadas se analiza la espiritualidad, recuperación, habilidades sociales,



habilidades para padres, género y SIDA. De los tres dominios psicosociales, el mejoramiento en las relaciones sociales (en la calidad de la amistad y en el número de amigos) tuvo el efecto más fuerte en la disminución en el autorreporte de uso de cocaína, verificado por el análisis de orina. El mejoramiento en el funcionamiento cognoscitivo tuvo un pequeño impacto en el uso de la cocaína, mientras que el mejoramiento en el bienestar emocional tuvo un efecto independiente en este programa de tratamiento cognoscitivo conductual. Aunque Carroll (1998), por otro lado, señala que tratamientos mucho más breves también han señalado gran efectividad.

Las aproximaciones de tratamiento cognoscitivo conductuales que se basan en habilidades individuales se sustentan en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1985). Se han diseñado para ayudar a los consumidores a interactuar más efectivamente con su ambiente sin consumir cocaína u otras drogas. Las habilidades de enfrentamiento y el entrenamiento en habilidades sociales son dos de las estrategias más comúnmente usadas y ampliamente estudiadas. Estas estrategias buscan enseñar al consumidor las habilidades básicas que permitan al consumidor dejar o disminuir el consumo, así como manejarse efectivamente en la vida cotidiana sin el consumo de las sustancias. Además, se incluyen numerosas estrategias para trabajar el déficit de habilidades interpersonales, ambientales e individuales que propone un cambio a la sobriedad (Monti, Rohsenow, Colby & Abrams, 1995).

El apoyo empírico se ha construido en los últimos 20 años y esta aproximación se ha implementado en escenarios clínicos y de investigación. Miller, Brown, Simpson, Handmaker, Bien, Luckie, Montgomery, Hester y Tonigan (1995) encontraron que el entrenamiento en habilidades es una de las modalidades de tratamiento mejor sustentadas, tomando en cuenta la eficacia del tratamiento, costo y las cualidades metodológicas. Estas estrategias han demostrado resultados superiores a otras modalidades de tratamiento comúnmente usadas (Eriksen, Bjornstad & Gøtestad, 1986; Monti et al., 1988; Flynn, Kristiansen, Porto & Hubbard, 1999; McKay, Alterman, McLellan, Cacciola, Rutherford, O'Brien & Koppenhaver, 1997; Grabowski, Higgins & Kirby, 1993; Grabowski, Stitzer & Henningfield, 1984; Higgins, Delaney, Budney, Bickel & Hughes, 1991).

En el capítulo Modelo Cognoscitivo Conductual para el Tratamiento de la Cocaína se detalla ampliamente el tratamiento donde se sustenta el modelo que se está evaluando en esta tesis. A continuación se describen cuatro modelos de tratamiento cognoscitivo conductuales.

## TRATAMIENTO NEUROCONDUCTUAL

La terapia neuroconductual de Rawson (Rawson, Obert, McCann & Ling, 1993) es una aplicación de las técnicas cognoscitivo conductuales para tratamiento de cocaína con pacientes externos. Este es un tratamiento extenso para pacientes externos, con una duración de 12 meses, que incluye la terapia individual, educación sobre drogas, estabilización del cliente y la asistencia a grupos de autoayuda.

Este modelo enfatiza una secuencia de etapas específicas que marcan el paso hacia la recuperación. Se distinguen cinco etapas de recuperación durante el proceso de tratamiento: retiro, luna de miel, pared, ajuste y resolución. Estas se trabajan en las diferentes fases del tratamiento, variando en intensidad. Durante cada fase, los clientes asisten a grupos educativos, reuniones de grupos de 12 pasos, sesiones de consejo individual, pruebas de orina y sesiones de discusión con miembros de la familia. La intensidad del tratamiento se reduce de una manera gradual al final del 1º, 3º y 6º mes.

También se incluyen técnicas de prevención de recaídas, aunque sólo son una pequeña parte de esta aproximación. Se enfatiza el llevar al cliente a trabajar problemas conductuales, emocionales, cognoscitivos y sociales en cada etapa de la recuperación. Por ejemplo, en la etapa de retiro se trabajan las dificultades con la depresión, ansiedad, inseguridad, vergüenza (problemas emocionales) y dificultades de concentración, deseos de la droga, así como irrupciones de la memoria a corto plazo (problemas cognoscitivos). En los primeros seis meses se enfatiza el consejo individual, y en los siguientes seis meses se trabaja semanalmente con terapia grupal, siendo opcionales las terapias individuales o de pareja.

Varias investigaciones han demostrado que la aproximación neuroconductual puede ser efectiva en la promoción de la abstinencia y la retención en el tratamiento. La U. S. General Accounting Office (1996) indica que el 36% de los usuarios consumidores de cocaína enrolados en un programa de terapia neuroconductual de California se mantuvieron abstinentes durante 6 meses después de entrar a tratamiento; el promedio de estancia en este programa fue de 18 meses. En otro estudio, Shoptaw, Rawson, McCann & Obert (1994) evaluaron el modelo matriz (fundamentado en el modelo neuroconductual) dirigido a pacientes externos consumidores de cocaína. Los usuarios que participaron alcanzaron el criterio de abuso o dependencia a los estimulantes. La mayor parte de ellos eran hombres (84%), blancos (63%), con un promedio de educación de 13 años y solteros la mayoría (78%). Se encontró que el 36% de la muestra permaneció abstemio de la cocaína al menos durante 8 semanas de tratamiento; asimismo, el 38% permaneció abstemio de esta droga durante el seguimiento a los seis meses. Estos autores concluyen que este modelo tiene una eficacia relativa, pero que hace falta investigar los aspectos donde se muestra débil.

### REFORZAMIENTO COMUNITARIO

El reforzamiento comunitario (CRA) es un tratamiento extenso cognoscitivo conductual que enfatiza la identificación y la construcción de un sistema de apoyo del cliente que ayude a su recuperación (Hunt & Azrin, 1973; Meyers & Smith, 1995).

El reforzamiento comunitario (o manejo de contingencias) busca a ayudar al cliente tanto a lograr la abstinencia como a regresar a un estilo de vida libre de sustancias. El modelo consiste en retornar al cliente a su comunidad. Se incluye la participación del otro significativo (un miembro de la familia o un amigo) en el proceso de tratamiento.

Las sesiones se enfocan en cuatro temas generales:

- El apoyo de algún sujeto cercano al paciente, que lo acompañará en las sesiones de tratamiento y que lo reforzará o castigará dependiendo de si usa o no usa cocaína.
- Enseñarlos a hacer un análisis funcional sobre el uso de la cocaína y darles habilidades sociales importantes donde se observen deficiencias.
- Cuando no hayan cumplido una meta importante, ayudarles a alcanzarla. Por ejemplo, se da consejo sobre búsqueda de empleo cuando es necesario.
- De la misma manera se motiva la participación del cliente en actividades recreativas que sean placenteras o saludables y que no se relacionen con el consumo de drogas

Muchos autores han notado el primordial papel que juegan los otros significativos en el consumo del cliente y en su recuperación. Sobell, Sobell, Toneatto y Leo (1993) reportaron que más del 60% de aquellos usuarios que se recuperaron del problema de consumo identificaron al apoyo de la esposa como el componente más importante en su proceso de recuperación. Además, notaron que atender solamente al consumidor y no al par o a su familia es dar un marco de referencia inestable para la recuperación. Tanto el reforzamiento comunitario como la terapia conductual marital y familiar se enfocan en el contexto social del consumidor individual. En la terapia conductual familiar y marital la meta primaria es trabajar con el individuo y con la esposa o familiar para disminuir o eliminar el consumo abusivo así como las consecuencias relacionadas (O'Farrell, 1995). Este modelo ha demostrado que ayuda a solucionar el problema del consumo así como las dificultades relacionadas con la familia.

Un componente muy importante del CRA es el manejo de contingencias. En este modelo de intervención, las condiciones se arreglan de tal manera que el uso de drogas lleva a retirar el reforzador. En ese sentido, el precio de ingerir cocaína es el precio usual asociado con la adquisición y consumo, junto con la confiscación del reforzador que podía haber estado disponible si el usuario no hubiera utilizado la droga. Se manejan incentivos para recompensar la abstinencia de la droga (a esto se refiere el manejo de contingencias) cuando, a través de pruebas médicas, se observa que el cliente no la ha consumido. Al principio terapeuta y paciente seleccionan detalladamente elementos y actividades para reforzar la abstinencia inicial. Si el paciente cumple los criterios propuestos para ganar algún reforzador (muestras de orina libres de cocaína), lo obtiene. Por ejemplo, si permanece abstemio, recibe bonos del

programa y gana el derecho a participar en alguna actividad importante con los otros significativos. Si no los cumple, no gana el reforzador y, además, pierde algo. Si la prueba de orina es positiva por uso de drogas (o no se somete a la prueba), se aplican sanciones negativas, como quitar los bonos ya ganados. Conforme transcurre el tratamiento, el criterio para alcanzar un reforzador es cada vez más alto, pero las recompensas son cada vez mayores. De esta forma, la terapia de reforzamiento comunitario enseña al cliente que sus acciones tienen consecuencias significativas, que las fortalezas familiares pueden ayudarlo a dejar la droga, y que algunas ataduras sociales pueden ayudarlo o a dejar o a consumir la sustancia.

Los efectos significativos de los tratamientos basados en el manejo de contingencias apoyan la eficacia de este tipo de intervenciones para reducir el uso de cocaína, ya que se observó una reducción muy importante en 11 de 13 estudios (Higgins, 1996).

Higgins (1996) señala que inicialmente se usó para el alcoholismo severo, pero después se adaptó para usarse con sujetos dependientes de la cocaína. La meta primaria de esta intervención fue mejorar la calidad de las relaciones familiares, vocacionales, recreativas y sociales del cliente, de tal forma que pueda competir efectivamente con los efectos del reforzamiento derivados del estilo de vida de los drogadictos. Todavía no se ha demostrado la efectividad de este tratamiento aisladamente. Sólo se ha probado junto con el manejo de contingencias, probando ser efectiva. En este tratamiento, una persona significativa para el paciente que no consuma drogas se integra al mismo, con el objeto de ayudar al sujeto a tener cambios positivos respecto a su dependencia. Se enseña a los sujetos a reconocer antecedentes y consecuentes del consumo, se enseña a reestructurar las actividades diarias para minimizar el contacto con personas relacionadas con la cocaína, buscar alternativas para las consecuencias positivas derivadas del uso de la cocaína así como hacer explícitas las consecuencias negativas de su consumo. También se entrena a los sujetos en déficit específicos: aprender a rechazar la droga, solución de problemas, consejo para conseguir o cambiar de empleo, ayudarlos a lograr meta académica, desarrollar nuevas actividades recreativas o que volver a involucrarse en aquellas actividades que tenían antes de iniciar el uso de la cocaína.

Finney y Monahan (1996), han señalado que el CRA está entre las aproximaciones de tratamiento con mayor evidencia acumulada y apoyo metodológico más riguroso. Desde 1970, el CRA ha demostrado ser un tratamiento efectivo para las personas involucradas con el alcohol. Una de las primeras investigaciones comparó al CRA con un tratamiento tradicional de un hospital estatal. Se encontró que los sujetos asignados al CRA tenían mejores resultados respecto al consumo, mejor funcionamiento familiar así como mejores resultados, en contra de los sujetos que participaron en el grupo de comparación (Hunt & Azrin, 1973). Normalmente este modelo se utiliza junto con otras aproximaciones para maximizar la eficiencia del tratamiento (Meyer & Smith, 1995). En particular, el CRA se ha utilizado en conjunto con las intervenciones farmacológicas tales como el disulfiram, para ayudarlo a aumentar la adherencia al tratamiento.

Higgins, Delaney, Budney, Bickel, Hughes, Foerg y Fenwick (1991) hicieron un estudio donde observaron la efectividad de este tipo de tratamiento. Juntos, terapeutas y pacientes escogían los reforzadores para lograr la abstinencia inicial. Se hacían análisis de orina: si resultaba negativo, el sujeto ganaba puntos, si resultaba positivo, los perdía. Encontraron que el 84% de los pacientes terminaron el tratamiento; el 77% de los pacientes lograron hasta 4 semanas continuas de abstinencia, el 61% alcanzó 8 semanas y el 23% alcanzaron 12 semanas. Higgins, Budney, Bickel, Hughes, Foerg y Badger (1993) encontraron que el 58% de los sujetos completaron todo el tratamiento (24 semanas), y el 42% lograron una abstinencia continua de 16 semanas.

Ningún otro tipo de intervenciones de tratamiento para la adicción a la cocaína tienen un nivel de apoyo empírico comparable de eficacia con este modelo para reducir su abuso. Los resultados obtenidos con este tipo de tratamiento son promisorios debido a que tiene mucha aceptación por los pacientes, los retiene efectivamente, logra periodos importantes de abstinencia. Este tipo de tratamiento ha mostrado gran efectividad contra la dependencia de la cocaína. Aunque una crítica importante que se le hace a este modelo de tratamiento es que involucra el uso de incentivos costosos. Además, estas contingencias

pueden hacer poco costeable la recuperación, ya que no todos los centros de tratamiento pueden administrarlos.

### ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Fue desarrollada por Miller (1985). La terapia motivacional quiere despertar en el cliente su propia motivación para buscar el cambio y consolidar una decisión personal sobre su consumo, así como desarrollar un plan para buscar el cambio evitando un consumo dañino.

El cliente escoge sus metas de tratamiento (abstinencia o moderación), ninguna de las cuales es impuesta por el terapeuta, aunque este último puede dar consejos específicos para tal fin.

Este modelo se basa en los principios básicos de la psicología cognoscitiva y de la psicología social. El terapeuta busca desarrollar una discrepancia en la percepción del cliente entre su conducta cotidiana y sus metas personales más importantes. Consistente con la teoría de la autopercepción de Bem, el énfasis está en elicitarse en el cliente afirmaciones automotivacionales de deseo y compromiso al cambio. Las suposiciones de esta teoría señalan que la motivación intrínseca puede ser necesaria y en ocasiones un factor suficiente para instigar el cambio (Miller, 1999).

Se basa en el modelo centrado en el cliente, tratándolo de motivar a explorar su consumo y sus consecuencias en un ambiente de apoyo no amenazador (Miller & Rollnick, 1991). Desarrollada en la tradición de las intervenciones breves (Miller, 1985), la aproximación de mejoramiento motivacional (como la entrevista motivacional) se ha vuelto muy popular, siendo un recurso fácilmente administrable y efectivo para disminuir el consumo problemático de sustancias (Heather, 1995; Miller, Benefield & Tonigan, 1993).

Las aproximaciones motivacionales tienen seis elementos básicos que ayudan a hacer los cambios en las conductas adictivas: retroalimentación sobre el deterioro o riesgo personal, responsabilidad para cambiar, consejo para modificar conductas, opciones para el cambio, empatía con el terapeuta y búsqueda de la eficacia del cliente (Miller, 1999).

La entrevista motivacional y otras intervenciones basadas en las intervenciones breves están entre los tratamientos con fuerte evidencia de tratamiento efectiva y positiva (Miller, Brown Simpson, Handmaker, Bien, Luckie, Montgomery, Hester & Tonigan, 1995). Los estudios han demostrado su eficacia en el tratamiento de los problemas de alcohol, comparándolo o con una lista de espera como condición control o contra otras intervenciones (Miller, Benefield & Tonigan, 1993; Miller, Sovereign & Greger, 1988).

Para más información sobre este modelo, ver anexo 2.

### PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

La premisa básica de este modelo cognoscitivo conductual (Mariatt, 1985) señala que las habilidades inadecuadas de afrontamiento, así como la disminución de la eficacia (mediada por las expectativas de resultados positivos para los efectos de las sustancias adictivas) aumentan la probabilidad de recaídas.

Este modelo (que puede ser individual o grupal) se enfoca a que el cliente identifique sus propias situaciones de alto riesgo (disparadores) que pueden llevarlo a una tener una recaída, para desarrollar las conductas apropiadas para evitarlas o manejarlas mejor. Utiliza varias técnicas que ayudan a identificar y enfrentar/evitar factores de riesgo ambientales y personales que disparan el uso de drogas, para que efectivamente enfrente el impulso de usar drogas (Higgins, Budney & Bickel, 1994). Los componentes primarios de este modelo son: el automonitoreo y el análisis funcional de los factores situacionales asociados con el deseo/uso de la cocaína; el entrenamiento en habilidades de

enfrentamiento; modificación general del estilo de vida; e instrucciones en como manejar la calda, para minimizar los efectos de violación de la abstinencia que hipotéticamente llevan a una recaída.

Se ha encontrado que la prevención de recaídas es efectiva, y quizás más que otras formas de tratamiento de consumo de sustancias. Este modelo recaída ha recibido apoyo empírico sobre su efectividad para tratar el alcoholismo, tabaco y otras sustancias ilícitas, como la cocaína (Daley, 1988; Marlatt & Gordon, 1985).

Los clientes que han recibido el tratamiento de prevención de recaídas han demostrado tasas favorables de abstinencia no solamente durante el periodo de tratamiento, sino también durante los periodos de seguimiento (Carroll, Rousaville, Gordon, Nich, Jattlow, Bisighini & Gawin, 1994).

Havassy, Wasserman y Hall (1993) señalan que lo riguroso de las metas de abstinencia escogidas por los pacientes de drogas al final del tratamiento se correlaciona con la abstinencia posterior. En una investigación, encontraron que es más probable que los pacientes que se comprometen con la abstinencia absoluta a las drogas (total y permanente) permanezcan abstinentes; mientras que aquellos que escogen una meta menos severa (como la moderación), se observan periodos de abstinencia con rebalones ocasionales.

Schmitz, Oswald, Jacks, Rustin, Rhoades y Grabowski (1997) hicieron una investigación utilizando el modelo de prevención de recaídas en cocaína. Querían comparar la efectividad de la terapia grupal e individual para pacientes externos. La intervención se enfocó en reducir la probabilidad de recaídas al aumentar la habilidad del paciente para hacer frente a situaciones de alto riesgo. Los componentes de este tratamiento fueron el automonitoreo, el análisis funcional, el entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, la modificación general del estilo de vida e instrucciones para manejar la calda. Asignaron aleatoriamente a los sujetos a ambos tipos de tratamiento. Fueron 12 sesiones de tratamiento. La proporción de sujetos que arrojaron pruebas de orina libres de cocaína al final del programa no varió entre ambos tipos de tratamiento. Sin embargo, los sujetos que participaron en la terapia grupal reportaron que usaron cocaína en significativamente menos días y que experimentaron menos problemas relacionados con ella, a diferencia de los sujetos de la terapia individual. Pero en el seguimiento hecho a las 12 y 24 semanas de haber terminado el tratamiento, no se encontró ninguna diferencia significativa entre ambos formatos en ninguna de las pruebas de uso de cocaína. Por otro lado, encontraron que el formato individual es menos intimidante para algunos pacientes; se dirige a la necesidad directa del cliente y es más fácil y práctico de administrar. El grupal es más efectivo con relación en el costo-tiempo; da mayores oportunidades de apoyo social; puede ayudar a generalizar las habilidades, ya que los participantes pueden practicar en situaciones de alto riesgo, y muchos pacientes prefieren esta forma de tratamiento.

El procedimiento de prevención de recaídas que O'Brien (1994) usa en su tratamiento incluye una aproximación cognitiva que enseña al paciente cómo enfrentar al deseo y una explicación que incluye una hipótesis sobre el condicionamiento. Desgraciadamente se sabe, a través de estudios de aprendizaje asociativo, que aún cuando se extinga la respuesta, algún tipo de trazo de memoria permanece, demostrándose a través de un rápido restablecimiento de la asociación.

McKay, Alterman, Cacciola, O'Brien, Koppenhaver, y Shepard, (1999) hicieron un estudio sobre el cuidado continuo de pacientes externos dependientes de la cocaína, donde se asignaron aleatoriamente o a un grupo estándar de consejo (STND) o de prevención de recaídas individual (RP). Se encontró que los pacientes de RP cuya meta fue la abstinencia absoluta al entrar al cuidado continuo obtuvieron mejores resultados respecto al consumo que los del STND; sin embargo se encontró lo opuesto con metas de abstinencia menos severas. Además, los pacientes dependientes al alcohol o cocaína que entraron al cuidado continuo que recibieron RP tienen mejores resultados respecto al consumo de cocaína durante los meses 1-6 y mejores resultados en el consumo de alcohol durante los meses 13 a 24 que los que participaron en el tratamiento STND.

Carroll, Rousaville, Gordon, Nich, Jattlow, Bisighini y Gawin (1994) analizaron la eficacia de un tratamiento de prevención de recaídas que duraba 12 semanas. Los usuarios que participaron

alcanzaban el criterio de dependencia a la cocaína. Encontró que en general los sujetos que participaron, eran abstinentes al menos durante el 70% del tiempo en que permanecieron en el tratamiento. Carroll (1998) concluye que el prevención de recaídas (como tratamiento primario o de mantenimiento), ayuda particularmente a los pacientes con altos niveles de severidad de la dependencia y como forma de reducir la severidad de los episodios de uso de sustancia que ocurren.

Para más información sobre este modelo, ver Anexo 1.

### CONCLUSIÓN

A pesar de la gran cantidad de recursos que se usaron para apoyar la investigación sobre los tratamientos de la cocaína en los 80's en Estados Unidos (Leukefeld & Tims, 1993), esta solo ha producido resultados limitados. Sin embargo, en los 90's se han realizado más estudios que se reflejan en mejoras significativas en los tratamientos disponibles. El campo de tratamiento ha aprendido mucho sobre los tratamientos para cocaína en estos casi 20 años, periodo en que empezó la "epidemia" de consumo de esta droga en Estados Unidos; en cambio, en México no se ha hecho investigación sobre los tratamientos dirigidos específicamente a esta droga (ver capítulo sobre Tratamientos para Cocaína en México).

Los estudios hechos en Estados Unidos muestran que la abstinencia del cliente y las tasas de retención pueden afectarse positivamente a través de algunas aproximaciones prometedoras. Sin embargo, de acuerdo a expertos en los tratamientos de cocaína, se necesita hacer investigación adicional antes de que se puedan formular claramente tratamientos estándar y generalizables específicamente dirigidos para adictos de la cocaína, de diferentes grupos clínicos y demográficos (U. S. General Accounting Office, 1996). Entre los diferentes modelos de tratamiento abordados en este capítulo, el que más apoyo empírico tiene, el que ha demostrado mayor costo-efectividad, y el que más resultados favorables ha mostrado son los modelos cognoscitivo conductuales (Maude-Griffin, Hohenstein, Humfleet, Reilly, Tusel y Hall, 1998; Eriksen, Bjornstad & Gotestam, 1986; Miller, Benefield & Tonigan, 1993).

Por otra parte, la recomendación de que los tratamientos que se llevan a cabo en un nivel de prevención secundaria sean de breve duración, se basa en estudios que analizan la eficacia de este tipo de modalidades. La determinación de la efectividad de los tratamientos breves se relaciona principalmente con la reducción del patrón de consumo de drogas en niveles moderados y en individuos con niveles bajos de dependencia. También se ha observado que otro tipo de servicios (ej. modalidades de duración media o larga, que pueden incluir hospitalización) tienen un costo considerablemente más altos (Institute of Medicine, 1990). Además (como ya se verá en el capítulo de Tratamientos para Cocaína en México) los individuos con dependencia baja o media de cocaína tienen poca probabilidad de recibir tratamiento de acuerdo a sus necesidades, lo que constituye un desequilibrio en la prestación de servicios y en las políticas de salud pública de la gran mayoría de los países occidentales.

En los últimos 20 años en Estados Unidos, y en los últimos diez años en México, se han desarrollado y evaluado diferentes modelos de tratamiento o intervención breve dirigidos tanto a drogas legales e ilegales, para diferentes poblaciones y para todos los niveles de dependencia (ej. Ayala, 2001; Lira, 2002; Martínez & Ayala, 2001), mostrando resultados promisorios y que actualmente constituyen el fundamento para las acciones de prevención secundaria en esta problemática (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 2001). Las intervenciones breves representan, en México, una nueva perspectiva, con principios innovadores que subyacen a los modelos de tratamiento, que ayudan a afrontar el consumo de drogas legales e ilegales.

Estos tratamientos son costo-eficientes, lo que se refleja en los siguientes indicadores: el bajo costo de su aplicación, que ayudan a reducir el ausentismo laboral, que pueden aplicarse prácticamente en cualquier escenario clínico, que no incluyen internamiento, entre otros.

Específicamente, los tratamientos breves cognoscitivo conductuales reúnen muchos de los requisitos necesarios para los tratamientos de prevención secundaria, que se dirigen a los consumidores con dependencia media. Estas características son su corta duración, no ser un modelo intensivo, que los servicios se pueden ofrecer como de consulta externa, y que durante el tratamiento los consumidores pueden elegir la meta terapéutica (aunque en el caso de la cocaína, por ser una droga ilegal y que causa severos daños a todas las áreas del consumidor, la meta final es la abstinencia).

Dentro de las ventajas que tienen los modelos cognoscitivo conductuales comparados con otros modelos están el que no es necesario el uso de medicamentos durante el tratamiento, aunque podrían ser auxiliares valiosos. Estos tratamientos pueden ser mucho más breves que las otras aproximaciones (psicosocial, farmacológica, doce pasos, etc.). En estos modelos no se conceptualiza a la adicción como una enfermedad, sino más bien como un problema de conducta, por lo que el consumidor tiene todo el control sobre su problema; además, el consumidor no se vuelve dependiente del grupo. No es necesario trabajar con otros miembros de la familia, a menos que el usuario así lo desee. Es un modelo no confrontativo. El usuario no necesita de ninguna entidad externa (ej. un dios) en quien confiar. Puede ser grupal o individual, y no es necesario asistir a ambos formatos, ya que con uno de ellos es suficiente. Generalmente son de modalidad externa, lo que implica un gasto muchísimo menor, comparado con los tratamientos residenciales. Puede combinarse con otras modalidades de tratamiento, aunque en general no es necesario. Además, no se utilizan contingencias. No tiene implicaciones secundarias, como generalmente sucede con el uso de medicamentos. Tiene evidencia empírica fuerte, seria, sistemática, científica y bien controlada. Por sus características ha demostrado una gran efectividad en la retención al tratamiento. Las características del modelo que se aplicará en esta investigación se desarrollan más ampliamente en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO 5. TRATAMIENTOS PARA COCAÍNA EN MÉXICO

### INTRODUCCIÓN

Actualmente la farmacodependencia es uno de los mayores problemas de salud en el ámbito internacional. El uso y abuso de sustancias adictivas es un complejo fenómeno que lleva a consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar, en el desarrollo y la estabilidad social, entre otras áreas.

El consumo en México todavía no alcanza las proporciones de otros países, principalmente los llamados "desarrollados", aunque en los últimos años ya es posible considerarlo como un problema de salud pública.

Para reducir la demanda de drogas, el Sector Salud tiene las siguientes iniciativas que buscan prevenir su consumo: disminuir progresivamente el número de usuarios, mitigar los daños a la salud que puede causar el abuso, proporcionar información y tratamiento a los consumidores problemáticos o adictos, buscando su rehabilitación y reinserción social (SS, 1999).

En México hay diferentes modelos terapéuticos para atender el problema del consumo de sustancias: el médico institucional que aborda el problema desde el punto de vista psiquiátrico, el psicosocial, el de los Doce Pasos, los cognoscitivo conductuales, entre otros. El formato puede ser individual, grupal, de pareja o familiar. Hay centros que buscan la desintoxicación o la reinserción social de los adictos.

La Secretaría de Salud (SSA), responsable del Sector Salud, promueve un enfoque integral que incluye a todas las drogas que producen adicciones (legales e ilegales), que causan problemas de salud pública. Esta secretaría trata de incorporar en los programas a los diversos sectores públicos y sociales (Programa de Prevención y Control de la Farmacodependencia, 1999).

Como hay una gran variedad de factores asociados al inicio y mantenimiento del consumo de drogas, y como la farmacodependencia es un problema que implica una serie de hábitos no saludables cuyo proceso se inicia en edades tempranas, es necesario conocer las condiciones en que los jóvenes consumen sustancias dentro de su medio ambiente.

### BREVE PANORAMA HISTÓRICO SOBRE LA INVESTIGACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS EN MÉXICO

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ) se fundan en 1969 para dar atención a los jóvenes farmacodependientes. En 1972 la SSA crea el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), donde se desarrollan las primeras investigaciones biomédicas, clínicas y epidemiológicas para estudiar el uso y abuso de las sustancias adictivas en México. En 1979 el Instituto Mexicano de Psiquiatría de la SSA absorbe sus funciones.

En los ochenta se desarrolla un gran número de grupos y organizaciones civiles que trabajaban en la prevención y tratamiento de las adicciones. En 1986 se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), que busca establecer un marco normativo, además de integrar los esfuerzos de los diferentes sectores dedicados a este problema. Además, en este mismo año, se califica al consumo de sustancias como un problema de salud pública, lo que hace que se trabaje como una situación más integral, y donde habrá más actores involucrados.

En 1998 actualiza el Programa de Prevención y Control de las Adicciones (mismo que se ha modificado en cada cambio de gobierno en los últimos periodos presidenciales), que se maneja en las unidades de salud y en los diferentes niveles de atención de los servicios estatales. Este incluye estrategias dirigidas a obtener información que permita el diagnóstico de la situación, la coordinación de



las acciones y la evaluación de resultados, además de actualizar el marco legal para mantener un mejor control de la disponibilidad de las sustancias adictivas, mejorando la calidad de los servicios que ofrecen. Este es un paso decisivo del gobierno mexicano, al ubicar este fenómeno como problema prioritario de la salud pública del país. Aunque realmente, a la fecha, todo esto que se menciona se queda solamente en buenas intenciones, ya que no se ha aplicado como se menciona en este último párrafo.

### MARCO JURÍDICO NORMATIVO

Las normas y disposiciones jurídicas que el gobierno mexicano ha implantado para reducir la demanda se fundamentan en el artículo 4º de la Constitución Política, que consagra el derecho a la salud. De este, han derivado los siguientes ordenamientos federales:

- Ley orgánica de la Administración Pública Federal: atribuye a la SSA la competencia de estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra el alcoholismo y el consumo de sustancias adictivas.
- Ley General de Salud (1984), en su Programa Nacional contra las Adicciones:
  - o Clasifica los medicamentos estupefacientes y las sustancias psicotrópicas
  - o Controla su producción y manufactura
  - o Controla su disponibilidad, prescripción y venta
  - o Regula la prestación de los servicios
  - o Programa de Prevención y Control de las Adicciones
- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 (SS, 1999): el gobierno mexicano considera a las adicciones como un nuevo problema de salud originado por los cambios en el estilo de vida.
- Programa Nacional para el Control de Drogas 1995-2000: da una estrategia integral para enfrentar el problema de las adicciones y el narcotráfico. Define objetivos, estrategias y líneas de acción en las que participan diferentes dependencias respecto al control de la oferta, encomendando la prevención y reducción de la demanda a la SSA y a la Secretaría de Educación Pública.

En 1997, la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades de la SS, incorpora el Programa de Prevención y control de Adicciones (PPCA) estando a cargo del CONADIC. Esta da el marco conceptual, contenidos, instrumentos y capacitación a los Servicios Estatales de Salud, que están a cargo de la operación de las acciones de los PPCA en todo el país. Este programa considera al abuso de sustancias adictivas como conductas con efectos negativos en la salud física, psicológica, en las relaciones interpersonales y en la salud pública, que lleva a importantes pérdidas humanas y materiales para México. De ahí que el programa busque promover estilos de vida donde se logre restringir o eliminar el uso de estas sustancias, disminuyendo los efectos negativos que pueden presentarse en el individuo y la sociedad, dando a los que ya son adictos la atención terapéutica y los servicios más apropiados.

Aunque el Sector Salud tiene gran responsabilidad en este problema, es necesaria la incorporación coordinada de otros sectores, cuyos esfuerzos son fundamentales para enfrentar exitosamente este reto. El PPCA ayuda a regular las acciones que se deben desarrollar en los ámbitos familiar, educativo, laboral, comunicación y comunitario, aumentando las posibilidades de reducir el problema y de mejorar la calidad de vida de la población. Sus objetivos son:

- Reducir los índices de uso y abuso de sustancias que causan adicción.
- Detectar y brindar atención oportuna a los adictos.
- Abatir los problemas de salud pública relacionados con el consumo.

Las estrategias que el PPCA plantea para avanzar en el logro de los objetivos son (SS, 1999):

- Investigación en información: estos son elementos imprescindibles para fundamentar las acciones a tomar. Los estudios biomédicos, clínicos, psicosociales epidemiológicos, junto con los servicios de sistemas de registro y vigilancia ayudan a conocer la magnitud, características,

distribución y tendencias del consumo de drogas; identificar los factores de riesgo y protectores individuales y sociales; conocer los problemas asociados; y estimar la efectividad de las medidas preventivas y de las acciones terapéuticas.

- **Prevención:** es una estrategia prioritaria de las políticas de salud. Su objetivo es dar mensajes y desarrollar acciones para transmitir conocimientos objetivos adecuados sobre las drogas, los efectos de su consumo, facilitar el desarrollo de actitudes y conductas que tienden hacia la salud, generando estilos de vida saludables.
- **Tratamiento y rehabilitación:** estas estrategias buscan desarrollar acciones que permitan contar con los suficientes recursos y modalidades terapéuticas que demuestren ser las más adecuadas para las necesidades individuales y sociales de los consumidores de las drogas, respetando los derechos y la integridad humana. El programa incluye una amplia gama de líneas de acción:
  - Detección y canalización temprana de los casos de abuso en el consumo
  - Atención de los trastornos físicos y psicológicos asociados al uso de sustancias
  - Diversos abordajes terapéuticos hacia el adicto y su familia
  - Desintoxicación y manejo médico de los síndromes de supresión
  - Medidas de apoyo al proceso de abandono del uso de drogas, de prevención de recaídas y de inserción social para lograr un mejor estilo de vida para el individuo y su entorno.
  - Conveniente cobertura y accesibilidad de los servicios
  - Contar con mecanismos de referencia y evaluación.
- **Normatividad:** se refiere al desarrollo de mecanismos que garanticen criterios mínimos para operar programas de capacitación, prevención, tratamiento y comunicación educativa y social, así como del registro y vigilancia epidemiológica del problema en el país.
- **Capacitación:** son necesarios recursos humanos suficientemente preparados para aplicar eficazmente la normatividad en el apto desarrollo de acciones de investigación, prevención y tratamiento.
- **Investigación e Información:** los centros de investigación coordinados por el Programa son:
  - Instituto Mexicano de Psiquiatría (actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría- INP), encargado de las investigaciones (clínicas, biomédicas, psicosociales y epidemiológicas), encuestas y del Sistema de Reporte de Información sobre Drogas (SRID).
  - Dirección General de Epidemiología (DGE), responsable del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) y del Grupo de Trabajo Epidemiológico en la Frontera Norte sobre abuso de drogas.

A su vez, el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 identifica a las adicciones como un factor importante de riesgo para la salud. Las actividades de salud deben cumplir con requisitos que aseguren calidad en los tratamientos con miras a la protección de la población. En el caso de las adicciones se ha ido presentando un elevado número de iniciativas de prevención y tratamiento como parte del interés creciente que este problema fue despertando en distintos sectores sociales y privados. Por ello, se vio en la imperiosa necesidad de establecer criterios y lineamientos básicos para el adecuado desarrollo de las acciones. En este sentido CONADIC convocó a especialistas y representantes de más de 50 organismos e instituciones vinculados con las acciones de reducción de la demanda, para elaborar el Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Entonces, se elaboró y publicó esta Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-1999), cuyo objetivo es establecer los procedimientos y criterios para la prevención y tratamiento de las adicciones. Esta norma fue publicada en 15 de septiembre de 2000 en el Diario Oficial de la Federación. Establece y uniforma los principios y criterios mínimos de calidad en la atención de las adicciones logrando el consenso y la colaboración de todos los sectores interesados. Esta Norma define y establece los principios y criterios de operación en materia de prevención, detección temprana, referencia de casos, tratamiento, investigación, vigilancia epidemiológica, seguimiento y evaluación, capacitación y enseñanza, así como de los derechos de los usuarios (SS, 2001).

## PREVENCIÓN

Hace varios años que el IMSS, el ISSSTE, el DIF, la SEP y el GDF, la UNAM y el CONADE (entre otros organismos) han puesto en marcha programas preventivos dirigidos a su personal, derechohabientes, estudiantes y familias con las que trabajan; además de distribuir y editar materiales y guías sobre el tema de adicciones.

En el país se han desarrollado varios modelos con este fin. Un ejemplo es *Construye tu vida sin adicciones*, desarrollado por el CONADIC, ha servido de fundamento para diseñar diversos programas e instrumentos de trabajo. Además, se ha dado apoyo a programas juveniles comunitarios; se han hecho concursos de campañas preventivas y campañas en medios de comunicación (periódicos, TV, radio).

Otros modelos son el Chimali (INEPAR), Para Vivir sin Drogas (CONADIC), el Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones (PEPCA) de la SEP, el IMIFAP. También se está promoviendo el desarrollo de la Red de Universidades para la Prevención de las Adicciones (REUNA), coordinado por la UNAM. El problema de la mayoría de estos modelos es que no señalan datos de efectividad de los mismos.

Un caso especial, donde si se ha evaluado la efectividad del modelo breve cognoscitivo-conductual dirigido a adolescentes que inician el consumo de drogas, es en la facultad de psicología. Los resultados señalan que de los adolescentes que asistieron al programa se observan cambios en su patrón de consumo durante el tratamiento, así como una disminución de problemas relacionados con el consumo en la etapa de seguimiento (Martínez y Ayala, 2002).

## TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

Para que los profesionales de la salud puedan detectar, evaluar e intervenir en los problemas de adicciones, se ha elaborado material escrito que pueden utilizar en sus consultas. Un ejemplo sería el del CONADIC, que ha desarrollado las *Guías de detección y derivación de casos de consumo de sustancias adictivas*. Por su parte, el CIJ elaboró el *Manual de farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos*.

Se ha tratado de organizar la información que hay sobre recursos de tratamiento (SS, 1999). El CONADIC compila un banco de información sobre organismos que trabajan en adicciones que se sistematiza y actualiza permanentemente. Contiene datos sobre funciones, servicios y cobertura. Hasta diciembre de 1998 tenía información de 180 organismos que trabajan en el área metropolitana de la ciudad de México y de aproximadamente 300 de los estados que trabajan en el tratamiento de las adicciones. De ellos, más de 200 se dedican a casos de adicción de drogas ilegales. De acuerdo con el Sistema de Reporte Interinstitucional del CONADIC, de 1996 a enero de 1999 se realizaron 227 000 diagnósticos, 101 462 orientaciones y 23 601 derivaciones, además de que se otorgaron 97 982 consultas de primera vez. 10 583 pacientes fueron atendidos en unidades de hospitalización y 9 584 en servicios de desintoxicación.

México tiene diferentes modalidades terapéuticas para atender el problema. En algunos servicios predomina el modelo médico psiquiátrico y se da especial atención a la comorbilidad; en otros, se utiliza el enfoque psicosocial y muchos basan su programa en el modelo de Doce Pasos; por otro lado, tiene varios años que se están desarrollando programas cognoscitivo conductuales diseñados para trabajar las adicciones. Un buen número de programas para farmacodependientes incorpora a las familias de los pacientes en sus intervenciones. En algunos centros se desarrollan actividades de desintoxicación y, en pocos, acciones encaminadas a la reinserción social de los adictos. El problema con los datos que se presentan más adelante es que, en general, no hay datos sobre la efectividad de los programas de tratamiento.

## SECRETARÍA DE SALUD

La SSA tiene diferentes servicios para atender los problemas de adicción. Están los servicios de salud mental ambulatorios, 26 consultorios de psiquiatría y 50 de psicología ubicados en hospitales generales y centros de salud. En el D. F. hay tres Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM). Los hospitales de psiquiatría del país dan atención a la comorbilidad psiquiátrica con diferentes tipos de psicoterapia; hay servicios ambulatorios y de internamiento. El problema con estos centros es que parece que en la realidad no funcionan como lo dicen en el papel.

En el hospital psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro, para niños y adolescentes, se lleva a cabo el programa PAIDEIA para la atención de menores inhaladores.

## GOBIERNO DEL D. F.

En el D. F. hay algunos servicios de desintoxicación, de corta estancia y con apoyo psicológico, como los Centros de Atención Toxicológica Jóvenes por la Salud de las delegaciones Xochimilco y Venustiano Carranza y en hospitales de urgencias de la ciudad.

En el D. F. hay algunos servicios de desintoxicación de corta estancia y con apoyo psicológico, como los Centros de Atención Toxicológica Jóvenes por la Salud de las delegaciones Xochimilco y Venustiano Carranza y en hospitales de urgencias de la ciudad. Estos cuentan con servicio de internamiento de corta estancia, desintoxicación y apoyo psicológico.

## CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

Es una organización de participación pública mayoritaria. Apoya a la atención de problemas específicos de adicción a drogas ilegales. Trabaja con el usuario de drogas y a su familia, promoviendo la rehabilitación y reinserción social del paciente.

Probablemente es la institución con mayor número de servicios dedicados específicamente a los casos de drogadicción. Cuentan con 54 centros (en 26 entidades federativas), donde ofrecen servicios preventivos y terapéuticos. En cuatro centros (de consulta externa especializada) cuentan con servicios de tratamiento ambulatorio del uso de drogas; otros tres cuentan con internamiento. La principal modalidad terapéutica es la psicoterapia breve (con un formato individual, grupal, familiar o de pareja), como la farmacoterapia en los casos que lo requieren.

El modelo de atención es operado por psiquiatras, médicos generales, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y enfermeros. La consulta externa es la forma de servicio más frecuente, ya que en México (a diferencia de otros países) la mayor parte de los usuarios consume marihuana, cocaína, inhalables y depresores del sistema nervioso central, problemática que puede atenderse a nivel ambulatorio. En esta variante de atención es posible proporcionar servicios de bajo costo sin necesidad de lista de espera. En hospitalización se atiende a pacientes que presentan cuadro de intoxicación por uso de sustancias psicoactivas, así como a aquellos que requieren del manejo de manifestaciones psicofisiológicas por síndromes de abstinencia y a quienes lo necesitan por la gravedad del cuadro o por el tipo de sustancias utilizadas.

El modelo tanto para consulta externa como para hospitalización consta de cuatro etapas. Recepción, se trabaja en la motivación y expectativas del asistente y en la aceptación del consumo de drogas como problema de salud que requiere atención. Diagnóstico, permite identificar los factores de tipo orgánico psicológico familiar y social que influyen en el consumo de drogas así como trastornos coexistentes que deben ser tratados en otras instituciones de salud. Se elabora de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM-IV). Tratamiento y Rehabilitación, desde diferentes marcos conceptuales y procedimientos técnicos se utilizan diversos enfoques terapéuticos que han mostrado eficacia: farmacoterapia, terapia individual, grupal y

familiar, además de grupos de padres. En terapia individual se maneja el enfoque breve y la terapia cognitivo conductual, en la familiar el sistémico y en la grupal el psicoanalítico, entre otros. Seguimiento, se realiza al término del tratamiento con el propósito de prevenir recaídas o en su caso atenderlas oportunamente.

Las funciones del tratamiento de consumo de drogas es suprimir o reducir el uso de drogas; acortar el curso y evolución de la conducta adictiva asociada; identificar y tratar otros trastornos físicos y mentales; identificar y tratar relaciones familiares que propician la adicción; y reintegrar al usuario a una vida productiva

## SERVICIOS DE TRATAMIENTO PRIVADOS

Diversos organismos de los sectores privado y social ofrecen distintas modalidades terapéuticas específicas para los adictos, como el Hospital Español; la clínica San Rafael, el Centro de Rehabilitación Terapéutica para las Adicciones (CRETA) y la Clínica Especializada en Solucionar Alcoholismo y Dependencias (CESAD), Monte Fénix, en la ciudad de México. El Centro Integral de Atención a la Juventud, en el estado de Guanajuato. Y el Instituto Mexicano de Psicoterapia, en el estado de Morelos.

Otros servicios de estos sectores son: Asesoría Psicológica Katún, Fideicomiso para la Prevención de las Adicciones (FIPADIC) en el estado de Tlaxcala. Centro de Asesoría, Prevención y Rehabilitación de Adicciones (CAPRA) en el estado de Puebla. Fundación Juventud, Luz y Esperanza; la Fundación Ama la Vida; el centro Cáritas para la atención de la Farmacodependencia y Situaciones Críticas Asociadas. Entre los abordajes de estos centros se incluye la participación de grupos de ayuda mutua para adictos y familiares.

En el estado de Baja California están localizados el Centro de la Conducta y la Clínica Integral de Tratamiento contra las Adicciones, cuyo trabajo terapéutico está dirigido a los adictos a heroína en el esquema de sustitución por metadona.

Algunas instituciones privadas ofrecen programas de tratamiento y recuperación que incluyen una estancia prolongada con servicios profesionales y un programa de recuperación inspirado en el Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos; también brindan atención a la familia y a la prevención de recaídas. Ejemplos de estas clínicas son Monte Fénix, el Centro de Integración para Adictos y Familiares, en el D. F. Y la Clínica Sol, en el estado de Guanajuato.

En 1993 se fundó el Centro de Tratamiento Oceánica, para el tratamiento del alcoholismo y la adicción a otras sustancias en Mazatlán (Sinaloa). El modelo de tratamiento de este centro se basa en el modelo Betty Ford Center, el cual ha sido adaptado a la cultura e idiosincrasia mexicana. Una de sus metas es educar sobre la dependencia de sustancias adictivas en nuestro país. Se busca crear conciencia en la sociedad de que la adicción a las sustancias es una enfermedad primaria, progresiva y mortal, que puede ser tratada exitosamente. Para la población de altos ingresos actualmente se cuenta con el Centro de tratamiento ubicado en Mazatlán (Sinaloa), con 40 camas. Ingresos medios, a partir de 1999, Oceánica apoya al Centro de Tratamiento "San José de la Palma" ubicado en el Estado de México.

En la frontera norte están el Centro de la Conducta y la Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones (en Baja California), donde se ofrecen servicios de rehabilitación a los adictos a la heroína, en la modalidad de sustitución por metadona.

## GRUPOS DE AYUDA MUTUA

Los grupos de ayuda mutua, inspirados en el programa de Doce Pasos de servicios gratuitos, desempeñan un papel importante dentro de los recursos de atención a los adictos en México. En los últimos años ha habido un fuerte surgimiento de estos grupos. Tiene programas especializados en la atención de personas con problemas de alcoholismo o adicción a otras drogas. Estos grupos tienen

albergues y granjas que brindan servicio las 24 horas del día. Algunos de estos han desarrollado una red de centros en diferentes estados de la república. Entre ellos destacan: Drogadictos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Jóvenes Oceanía, Fundación Sergio Berumen Torres, Grupo Compañeros Uno, Centro de Rehabilitación Nuevo Impacto, Grupos Primer Paso de AA para jóvenes Adictos, Grupo Jóvenes AA de 24 horas de Servicio Gratuito, Centros de Integración y Recuperación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción Mario Camacho Espiritu (CIRAD), Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción (CREAD) y Hacienda del Lago, en el estado de Jalisco. También colaboran en el campo de la prevención de la farmacodependencia, mediante el desarrollo de sesiones de información pública con la presentación de testimonios, entre otras actividades.

Narcóticos Anónimos (NA, 1991) es una asociación sin ánimo de lucro compuesta por sujetos para quienes las drogas se han convertido en un grave problema, y que están aprendiendo a vivir sin ellas NA tienen varios años de experiencia trabajando con adictos. No tienen ningún tipo de cuotas ni horarios. Estos grupos señalan que reuniéndose, hablando y ayudando a otros adictos, son capaces de mantenerse abstemios. El recién llegado es la persona más importante en cualquier reunión. Cuentan con 135 instalaciones en 64 localidades.

Alcohólicos Anónimos 24 Horas Terapia Intensiva tienen 422 establecimientos a nivel nacional; cada centro de atención cuenta con albergues. Su funcionamiento se rige por tres lineamientos: servicio gratuito, estancia voluntaria y respeto a la integridad humana.

En Drogadictos Anónimos se rehabilita adictos con base en la observación y vigilancia de su sobriedad. Dan terapias orientadas a ofrecer apoyo emocional a grupos integrados por 10 personas, y cuentan con 30 grupos de anexos transitorios.

## COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Este modelo fue desarrollado por Jones en 1947 (CJ, s/f). Ha contribuido de manera importante al desarrollo de la terapia social y al uso del medio ambiente como un recurso que promueve el cambio deseado en los pacientes. El modelo de la comunidad terapéutica implica un programa de trabajo en el cual los pacientes participan activamente para satisfacer las necesidades de la comunidad donde viven. El trabajo desempeñado en la comunidad terapéutica es necesario e importante para la integridad del grupo, donde la satisfacción personal es equiparable con los objetivos grupales. Se concibe a la psicoterapia como un proceso de aprendizaje emocional diseñado para facilitar e incrementar la capacidad de adaptación del individuo. Este enfoque no es una forma adjunta de psicoterapia sino un complemento de tratamiento que se combina con la psicoterapia individual y la psicoterapia grupal.

El modelo de comunidad terapéutica, muy difundido en otros países para la atención de los adictos, constituye una modalidad poco aplicada en México, con ejemplos como la Fundación Hogar Integral de Juventud; la Comunidad Terapéutica para Mujeres, de la Fundación Ama la Vida, y algunas otras que están iniciando su funcionamiento.

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA (UNAM)

En esta institución se han desarrollado una serie de tratamientos e intervenciones cognoscitivo conductuales dirigidos a trabajar el consumo de drogas legales e ilegales. Estos se basan básicamente en el modelo del aprendizaje social y de la autoeficacia (Bandura, 1977). Parece que son los únicos modelos en México que han señalado datos sobre su efectividad. Están el Modelo de Autocambio para Bebedores Problema (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutierrez, 1998; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 2001), el Modelo de Intervención para Usuarios Crónicos Dependientes de Alcohol y otras Drogas (Barragán, Morales & Ayala, 2002), el Programa de Tratamiento para la Adicción a la Nicotina (Lira & Ayala, 2002) y el programa de Tratamiento dirigido a Consumidores de Cocaína (Croepeza & Ayala, 2003).

## METAS PARA REDUCIR EL PROBLEMA DEL CONSUMO DE DROGAS

El consumo de drogas legales e ilegales en México todavía no es tan alto como en otros países, pero está aumentando y se está intentando responder a esta problemática. Hay instituciones, programas y personas comprometidas de todos los sectores que tratan de enfrentar el problema. Hay información actualizada de la epidemiología del consumo de drogas y de una gran diversidad de modelos sobre investigación, prevención y tratamiento. Asimismo, en los últimos años ha aumentado el número de expertos dedicados a estas tareas y se ha incrementado la cooperación entre sectores.

El diagnóstico sobre este consumo de drogas ha identificado problemáticas a las que hay que responder. Estas hacen necesario reorientar los esfuerzos y establecer líneas de acción que será preciso mantener, fortalecer y desarrollar, con el propósito de corregir vacíos, mejorar los servicios, elevar la participación de grupos específicos y hacer más efectiva la coordinación de diversos sectores. Además, es necesario fortalecer y mantener la vigilancia y el diagnóstico del problema, así como promover las líneas de investigación necesarias. Uno de los retos observados es que hay un incremento en la prevalencia del consumo de drogas en el país, en especial de la cocaína, en la ciudad de México y otras ciudades de la región noroccidental. Las líneas de acción dedicadas al tratamiento y a la rehabilitación, específicamente dirigidas al consumo de cocaína, son las siguientes (SS, 1999; Programa de Prevención y Control de la Farmacodependencia, 1999):

- Promover la creación de recursos de atención especializada en adicciones en los lugares donde no se cuentan con estos servicios
- Desarrollar servicios de tratamiento residenciales y de modalidades de medio camino, para dar atención a los casos que así lo requieran
- Generar y ampliar modalidades de tratamiento especiales para adictos a ciertas sustancias, como en este caso la cocaína
- Fortalecer la detección temprana y la generación de servicios para los nuevos grupos de jóvenes con problemas de adicción a la cocaína
- Difundir los resultados de las investigaciones y la información de los recursos de tratamiento disponibles entre quienes pueden derivar casos, como los servicios de salud, los centros educativos, laborales y las autoridades de procuración de justicia.
- Contar con mejores mecanismos de seguimiento y evaluación de las acciones.
- Analizar, mediante estudios, las actitudes del personal de salud hacia pacientes con problemas de abuso de sustancias, que impacten sobre la calidad de los servicios.
- Desarrollar y evaluar nuevos modelos de tratamiento.

Por su parte, el Programa Integral de Prevención del Delito, la Violencia y las Adicciones del Gobierno del Distrito Federal (2001), tiene como principal interés disminuir el consumo de drogas (especialmente el de la cocaína) en esta capital. Para ello propone las siguientes líneas de acción:

- Analizar el proceso adictivo en las personas, la familia y la comunidad
- Identificar los factores de riesgo que pueden conducir a las personas hacia las adicciones
- Describir las consecuencias del consumo de drogas en el ámbito individual, familiar, legal, escolar, etc.
- Aumentar y fortalecer los factores protectores en la prevención de las adicciones
- Construir propuestas prácticas a favor de la prevención y control de las adicciones en las familias, las comunidades y por lo tanto en las unidades territoriales
- Organizar redes comunitarias que promuevan estilos de vida saludables como prevención del uso de drogas.

## CONCLUSIÓN

En la revisión que se hace en México sobre el tratamiento para sustancias legales e ilegales, no mencionan en ningún momento datos sobre la efectividad de los tratamientos (excepto en los que se han desarrollado en la facultad de psicología de la UNAM). Sólo señalan algunas características sobre el modelo en que se basan y algo de su infraestructura. En ese sentido esa ha sido una de las metas

propuestas en varios de los programas de farmacodependencia en el país, pero que realmente no se han llevado a cabo. En ese sentido, una parte fundamental de cualquier tratamiento es su evaluación, para observar su funcionamiento, así como sus debilidades y fortalezas. Si se hace una evaluación del tratamiento, es posible hacerle mejoras en aquellas partes que no están funcionando de manera adecuada. También es factible observar para qué población está funcionando mejor y para cual realmente no funciona, lo que puede redundar en dirigir adecuadamente estos tratamientos.

Como se ha analizado anteriormente, en México no se cuenta con ningún modelo de tratamiento especializado para drogas específicas. En los antecedentes se observó que la droga que más ha aumentado su prevalencia es la cocaína, por lo que su uso se está convirtiendo en un problema de salud pública en México, en hombres y mujeres, en los diferentes rangos de edad, en todos los estratos socioeconómicos y sociodemográficos.

Por otro lado, todas las políticas dirigidas a solucionar el problema de consumo de sustancias se ven muy completas y pareciera que realmente pueden resolverlo pero el inconveniente es que éstas se quedan sólo en el papel y en buenas intenciones, ya que de todo lo que señalan son muy pocas las acciones reales que llevan a cabo. La infraestructura de salud real que se dirige a controlar y a disminuir el consumo de sustancias es muy pobre, está poco organizado, muchos de los tratamientos que se mencionan realmente no se ponen en práctica. Además, los profesionales de la salud que se dedican a trabajar con sustancias adictivas normalmente no tienen una formación especializada con las mismas, ya sean legales o ilegales.

En este sentido, Ortiz, Soriano, Galván, Rodríguez, González y Unikel (1997) hicieron un estudio específicamente dirigido a analizar el problema de consumo de la cocaína. Ellos señalan que aumento continuo del uso específico de esta droga requiere programas de servicio de atención y tratamiento adecuados para las necesidades específicas de los usuarios de esta droga. Encontraron que alrededor del 25% de los usuarios de cocaína consideran que los servicios que dan las instituciones de tratamiento son limitados porque no son especializados, los profesionales no saben como tratarlos y los enfoques son muy generales. Normalmente se emplea la misma terapia para todas las sustancias (incluso para la cocaína), además de que sienten que los tratamientos no funcionan. Esta situación explica en parte las recaídas frecuentes que durante el tratamiento tienen los consumidores. La excepción la señalan los usuarios que han tenido la oportunidad de asistir a una terapia personalizada, privada o a grupos de autoayuda.

En México no se ha desarrollado una estrategia o un modelo que ataque el problema determinado de esta droga. Por lo tanto, este proyecto busca responder a los retos planteados respecto al tratamiento y a la rehabilitación de los usuarios específicamente de cocaína. En ese sentido se propone desarrollar un modelo de tratamiento y rehabilitación especialmente diseñado para sujetos que consumen cocaína, ya que no existe ninguno diseñado específicamente para esta droga. Como se menciona anteriormente, es necesario diseñar modelos específicos para drogas específicas, ya que las características adictivas de las diferentes drogas pueden variar ampliamente entre unas y otras, y lo que funciona para una no necesariamente debe funcionar para las otras.

Además, este no sería un modelo que abarcara todos los niveles de dependencia. Aunque se va a evaluar con todos, se espera que funcione más adecuadamente con los usuarios que tienen un consumo leve, moderado o sustancial, pero no de manera tan efectiva con los consumidores severos. Esto, debido a que normalmente estos últimos necesitan un tratamiento más intenso y que en ocasiones necesitan de medicamentos para controlar el síndrome de abstinencia.

También se busca hacer una detección temprana de usuarios de la droga en etapas iniciales de la adicción al desarrollar instrumentos de evaluación que permitan evaluar la cantidad, frecuencia de consumo, así como los problemas asociados al mismo.

En nuestro país no se ha desarrollado una cultura de la evaluación de programas y acciones a nivel de políticas públicas lo que representa un importante vacío que debe ser cubierto. Este es un modelo de tratamiento con mecanismos que buscan evaluar su efectividad en términos de cambios en el



patrón de consumo (disminuyendo cantidad y frecuencia del consumo de la cocaína) así como con indicadores de funcionamiento psicosocial al término del tratamiento y durante los seguimientos. Esto se hará usando algunos instrumentos de evaluación o que ya han sido adaptados con población mexicana y los que no, se adaptarán a la misma.

El modelo también se evalúa en términos de la validación social del mismo (Wolf, 1978; Fulgencio & Ayala, 1996), es decir, se va a evaluar las metas, procedimientos y resultados del modelo.

Asimismo, se buscaría diseminar los resultados de la efectividad de este modelo para que, en caso de que funcione, se pueda promover su aplicación en diferentes instancias del área de la salud, especialmente dedicadas al trabajar con adictos a las drogas y específicamente con la cocaína

Se propone trabajar este modelo en la Ciudad de México, ya que las estadísticas (ENA, 1993, 1998) indican que esta es una de las regiones del país donde más ha aumentado la prevalencia de usuarios de cocaína.

Por otro lado, al analizar los diferentes modelos de tratamiento breves utilizados para trabajar el consumo de cocaína, se ha observado que los modelos que más costo efectivos son los cognoscitivo-conductuales (ver capítulo 4 y 5). Es por esto que se eligió esta aproximación para desarrollar el presente modelo.

## CAPÍTULO 6. MODELO DE TRATAMIENTO BREVE COGNOSCITIVO - CONDUCTUAL DIRIGIDO AL CONSUMO DE COCAÍNA

### INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presenta un modelo de tratamiento breve cognoscitivo conductual dirigido a consumidores de cocaína, que servirá como fundamento del modelo de tratamiento que se propone desarrollar y evaluar en este trabajo de tesis. Este modelo se fundamenta en el "A Cognitive Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction" de Carroll (1998) y el en "Programa de Autocontrol para bebedores problema" de Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1995).

### PANORAMA DE LA TERAPIA COGNOSCITIVO - CONDUCTUAL PARA USUARIOS DE COCAÍNA

Este modelo cognoscitivo conductual de habilidades de enfrentamiento (TCC) es un tratamiento breve, que busca ayudar a que los usuarios dependientes de la cocaína (es decir, que alcanzan los criterios del DSM-IV para abuso o dependencia), busquen la abstinencia de la misma. La suposición subyacente es que el proceso de aprendizaje tiene un papel importante en el desarrollo y continuación del abuso o dependencia a esta droga (Bandura, 1977). El mismo proceso de aprendizaje puede usarse para ayudar a los sujetos a reducir su consumo de otras drogas.

Este modelo intenta ayudar a los usuarios a reconocer las situaciones en las cuales es más probable consumir cocaína, evitarlas cuando sea posible y enfrentar mejor los problemas y las conductas problemáticas asociadas con su consumo.

La terapia cognoscitivo conductual tiene varias características importantes que la hacen particularmente útil como tratamiento para el abuso y la dependencia de la cocaína (Carroll, 1998; Ayala, 2001). Normalmente son tratamientos breves diseñados para la capacidad y los recursos de prácticamente cualquier centro de tratamiento. Se han evaluado extensamente en investigaciones clínicas rigurosas y tienen un apoyo empírico sólido como tratamiento para el abuso de la cocaína (Eriksen, Bjornstad & Golestam, 1986; Monti et al., 1990; Flynn, Kristiansen, Porto & Hubbard, 1999; McKay, Alterman, McLellan, Cacciola, Rutherford, O'Brien & Koppenhaver, 1997). Los datos señalan la duración de sus efectos y su efectividad incluso con abusadores más severamente dependientes. Son estructurados, orientados a metas y se enfocan en los problemas inmediatos que enfrentan los consumidores que entran al tratamiento y que tratan de controlar su consumo.

Son aproximaciones flexibles e individualizadas que pueden adaptarse a un gran rango de pacientes, a una gran variedad de escenarios (pacientes internos y externos) y de formatos (individual y grupal). Son compatibles con otros tratamientos, tal como la farmacoterapia. Esta aproximación tiene varias tareas que ayudan al éxito en el tratamiento de abuso de sustancias (Kadden, Carroll, Donovan, Cooney, Monti, Abrams, Litt, & Hester, 1992).

La TCC es colaborativa, ya que paciente y terapeuta consideran y deciden juntos las metas apropiadas de tratamiento, el tipo y tiempo de entrenamiento de habilidades, la naturaleza de las tareas, etc. Esto no solo motiva una buena relación terapéutica y evita que se perciba al terapeuta como alguien pasivo y oscuro, sino como alguien útil e importante para el paciente.

Este programa tiene dos componentes críticos que son el análisis funcional (Wells, Peterson, Gainey, Hawkins & Cataiano, 1994) y el entrenamiento en habilidades (Chaney, O'Leary & Mariati, 1978).

### ANÁLISIS FUNCIONAL.

Durante el tratamiento, para cada ocasión de consumo, terapeuta y paciente utilizan el análisis funcional para identificar los pensamientos, sentimientos y circunstancias antes y después del consumo

de la cocaína (Marlatt & Gordon, 1985). Al inicio del tratamiento, esta estrategia es importante porque ayuda a que ambos evalúen los determinantes y las situaciones de alto riesgo donde es probable que haya un consumo; también le ayuda a identificar las estrategias que le pueden dar un insight de sus razones para usar la droga (ej. enfrentarse con dificultades interpersonales, experimentar riesgos o euforia que no tendría estando sobrio). Al final del tratamiento, el análisis funcional ayuda a identificar las situaciones donde el sujeto todavía tiene dificultades para enfrentar su consumo.

#### ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES.

El programa de entrenamiento individual ayuda a que los usuarios desaprendan viejos hábitos asociados con el abuso de cocaína y que aprendan o reaprendan habilidades y hábitos saludables (Miller & Rollnick, 1999). Si el consumo de la sustancia fue lo suficientemente severo como para necesitar un tratamiento, es muy probable que los usuarios usen la droga como la forma más común para enfrentar un gran rango de problemas inter e intrapersonales. Esto puede ocurrir por varias razones. Quizás, si el sujeto comenzó a usarla al inicio de su adolescencia, nunca aprendió estrategias efectivas para enfrentarse con cambios y problemas de la vida adulta. Aunque puede haber adquirido estrategias que fueron efectivas en algún momento, estas habilidades pueden haberse deteriorado por la confianza adquirida en el consumo de la sustancia como medio principal de enfrentamiento. Estos pacientes probablemente perdieron estas estrategias que fueron efectivas en algún tiempo por involucrarse con estilos de vida asociados con el consumo de drogas, donde la mayor parte del tiempo lo dedican en adquirir, usar y recobrase de los efectos de las drogas.

Como los sujetos que abusan de la cocaína forman un grupo heterogéneo y normalmente asisten al tratamiento con una gran cantidad de problemas, es necesario entrenarlos en diferentes habilidades (Carroll, 1998). Para esto se recomienda que las primeras sesiones se dirijan a enseñar habilidades que buscan iniciar el control en el uso de cocaína (ej. identificación de situaciones de alto riesgo, enfrentamiento con pensamientos acerca del uso de cocaína). Cuando estas habilidades básicas se dominan, el entrenamiento incluye otros problemas en los cuales el sujeto puede tener dificultades para enfrentar el consumo (ej. aislamiento social). Además, para reforzar y aumentar sus habilidades de enfrentamiento, el entrenamiento también debe enfocarse tanto en habilidades intrapersonales (ej. enfrentarse al deseo) como interpersonales (ej. rehusar los ofrecimientos de cocaína). Entonces, a los pacientes se les enseñan habilidades, estrategias específicas (aplicables aquí y ahora para controlar el uso de cocaína) y generales que pueden aplicarse a una gran variedad de problemas. Por lo tanto, este modelo no solamente ayuda al usuario a reducir y eliminar el uso de sustancias mientras está en tratamiento, sino que también le da habilidades que pueden beneficiarlo mucho tiempo después del tratamiento para solucionar diferentes tipos de problemas.

El modelo también debe incluir algunos tópicos críticos que son esenciales para un tratamiento de abuso de sustancias exitoso (Rounsaville & Carroll, 1992). Por ejemplo, la motivación a la abstinencia es una técnica usada para aumentar la motivación a detener el consumo de cocaína (Hall, Havassy, & Wasserman, 1991). Se hace a través de un análisis de decisiones (balance decisional) que ayuda a clarificar los costos y beneficios de dejar de consumir o de seguir consumiendo cocaína; las habilidades de enfrentamiento ayudan a los pacientes tanto a reconocer las situaciones de alto riesgo en las que es más probable que consuma, como a buscar que desarrolle otras estrategias más efectivas para enfrentarlas, además de ayudarlo a cambiar las contingencias de reforzamiento.

Este modelo tiene un formato individual, debido a que es más sencillo individualizarlo para alcanzar las necesidades específicas de cada paciente. De esta manera, el paciente recibe más atención y es posible que se involucre más en el tratamiento si tiene la oportunidad de trabajar solo con el terapeuta, al mismo tiempo que puede construir una buena relación a través del tiempo. Este formato da más flexibilidad para programar las sesiones y eliminar el problema de pedirle a los pacientes que esperen varias semanas hasta que se haya reclutado el número necesario de pacientes para formar un grupo (Carroll, 1998). Además, las tasas comparativamente altas de retención en este tipo de formatos refleja, en parte, sus grandes ventajas particulares.

El programa se brinda en 10 sesiones, 2 de evaluación y 8 de tratamiento, una vez a la semana, durante 10 semanas. Este es un tratamiento breve que intenta que, como meta final, el consumidor llegue a la abstinencia, aunque durante el tratamiento es posible trabajar la moderación. Los seguimientos se hacen al mes, a los tres meses y a los seis meses de haber dado de alta al consumidor, lo que puede ser suficiente para que este mantenga el patrón que había alcanzado al final del tratamiento. Las investigaciones sugieren que los pacientes que son capaces de alcanzar 3 o más semanas de abstinencia continua de la cocaína durante las 10 semanas que dura el tratamiento son capaces de tener un buen resultado durante los 12 meses siguientes al término del tratamiento (Carroll, 1998). Sin embargo, para muchos pacientes un tratamiento breve no es suficiente para estabilizarlos o mejorarlos. En estos casos, este modelo puede prepararlo para una terapia más larga. De igual forma, si el paciente tiene algún problema especial que quiera trabajar, es factible recomendar un tratamiento adicional al final del tratamiento. El seguimiento tiene las siguientes funciones: ayudar a identificar situaciones, emociones y cogniciones que siguen siendo problemáticas o para mantener la abstinencia o que surgen cuando el uso de cocaína ha terminado o se ha reducido; ayudar a mantener las ganancias ya obtenidas al reafirmar las habilidades y estrategias de afrontamiento que el sujeto ha implementado; motivar al usuario a que se involucre en actividades y relaciones que son incompatibles con el consumo de drogas.

El tratamiento normalmente se suministra como consulta externa debido a que se enfoca a descubrir y enfrentar los disparadores del uso de sustancia en la vida cotidiana del usuario. Entonces, para entender quién es el usuario, cómo pasa su tiempo libre, donde y como vive, el terapeuta debe hacer un análisis funcional más elaborado. El entrenamiento de habilidades es más efectivo cuando los pacientes tienen la oportunidad de practicar nuevas habilidades en su contexto cotidiano, aprender lo que funciona y lo que no funciona así como analizar nuevas estrategias, más que en un contexto residencial.

Los modelos cognoscitivo conductuales se han evaluado con un gran rango de consumidores de cocaína (ver capítulo sobre Tratamientos para Cocaína; Carroll, Nich & Rounsaville, 1995; Carroll, Rounsaville & Gawin, 1991; General Accounting Office, 1996; Hall, Havassy & Wasseman, 1991; Higgins, Delaney, Budney, Bickel, Huges, Foerg & Fenwick, 1991) y se ha encontrado que este modelo no funciona con pacientes con trastornos bipolares o psicóticos que no se han estabilizado con medicamentos; que no tiene estilos de vida estable; que no son médicamente estables; que tienen una dependencia concurrente fuerte de varias sustancias ilegales, excepto la dependencia al alcohol o a la marihuana (aunque es necesario evaluar la necesidad de desintoxicación antes del tratamiento). Carroll (1998) menciona que no se han encontrado diferencias significativas en el resultado o en la retención en pacientes que buscan tratamiento debido a problemas legales, a la presión de la libertad provisional, al género, a la raza, o a los que tienen diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial u otros trastornos en el eje II (según el DSM IV).

### COMPATIBILIDAD CON OTROS TRATAMIENTOS

Este tipo de terapia es compatible con otros tratamientos diseñados para diferentes problemas comórbidos y con gran severidad de abusos de cocaína, tal como la farmacoterapia para el abuso de cocaína y/o trastornos psiquiátricos; los grupos de autoayuda (cocaínómanos anónimos (CA) y alcohólicos anónimos (AA)); la terapia familiar y de pareja; el consejo vocacional, entrenamiento a padres, entre otras, donde se aplica esta terapia como parte de un tratamiento más largo, aunque es esencial que el terapeuta mantenga un contacto cercano y regular con estos otros proveedores de tratamiento (Barry, 1999).

### INGREDIENTES ACTIVOS

Todos los tratamientos cognoscitivo conductuales incluyen factores comunes y factores únicos o "ingredientes activos". Los factores comunes son las dimensiones de tratamiento que tienen la mayoría de las psicoterapias, tales como enseñar al usuario, dar razones convincentes para asistir a tratamiento, motivar, aumentar las expectativas de mejoría, dar apoyo y mantener una buena relación terapéutica

(Rozenzweig, 1936, citado en Carroll, 1998; Castonguay, 1993). Los factores únicos son las técnicas e intervenciones que caracterizan a una psicoterapia particular.

La TCC, como la mayoría de las terapias, posee una compleja combinación de factores únicos y comunes. Por ejemplo, en estos modelos dar habilidades de entrenamiento sin una relación terapéutica positiva lleva a una aproximación fría que aliena o aburre a la mayoría de los pacientes y que puede tener un efecto contrario al que se busca.

Una tarea fundamental del terapeuta es lograr un balance entre la relación terapéutica y el entrenamiento en habilidades. Sin una alianza terapéutica sólida es poco probable que el paciente permanezca en el tratamiento, esté lo suficientemente involucrado para aprender nuevas habilidades o comparta el éxito o el fracaso al usar nuevas aproximaciones para viejos problemas (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999). Al contrario, el trabajo empático de habilidades de enfrentamiento como herramienta para ayudar a los pacientes a manejar su vida más efectivamente puede formar las bases de una alianza de trabajo fuerte.

### FACTORES ÚNICOS

Los factores activos que distinguen a este modelo de otros incluyen: el análisis funcional de abuso de sustancias, el entrenamiento para reconocer y enfrentar el deseo, manejo de pensamientos sobre el uso de sustancias, solución de problemas, plan para emergencias, reconocimiento de decisiones aparentemente irrelevantes, habilidades de rechazo, el análisis de procesos cognoscitivos relacionados con el uso de sustancias, la identificación y análisis de situaciones de alto riesgo pasadas y futuras, la motivación de desarrollar y practicar habilidades en fuera de las sesiones.

### FACTORES RECOMENDADOS PERO NO ÚNICOS

Los factores que también son apropiadas pero que no son necesariamente únicos del modelo son: discutir, analizar y reformular las metas del paciente para el tratamiento; monitorear el abuso y el deseo de la cocaína, el abuso de otras sustancias y el funcionamiento general; explorar las consecuencias negativas y positivas del abuso de cocaína así como la relación entre emociones y abuso de sustancias; discutir las ventajas de la meta de la abstinencia; explorar la ambivalencia sobre la abstinencia; conocer las resistencias con la exploración y la solución de problemas; apoyar los esfuerzos del paciente; evaluar el nivel de apoyo de la familia; explicar la diferencia entre resbalón y recaída.

### FACTORES ACEPTABLES

Los factores que no se necesitan o se recomiendan poco como parte de la TCC pero que no son incompatibles con esta intervención son: involucrarse en grupos de autoayuda como herramienta de enfrentamiento; identificar los medios del auto-reforzamiento para la abstinencia; explorar la discrepancia entre la meta del paciente y las acciones.

### FACTORES NO RECOMENDADOS

Los factores que definitivamente no son parte de estos modelos son: el amplio auto descubrimiento del terapeuta; el estilo confrontativo; pedir al paciente que asista a grupos de autoayuda; discutir el modelo de 12 pasos; hablar de la existencia de un poder especial; uso del lenguaje del modelo de enfermedad; exploración intensa de aspectos interpersonales del abuso de sustancia; discutir o interpretar los conflictos o motivos inconscientes; reforzar directamente la abstinencia.

## ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES

La TCC se basa en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977). Esta señala que un factor importante para los sujetos que inician el consumo y el abuso de sustancias es que aprenden a hacerlo. El aprendizaje ayuda a entender el proceso de tratamiento de la TCC (Klein, 1994; ver capítulo sobre Teorías de Aprendizaje). El terapeuta puede decir al usuario que la meta del tratamiento es ayudarlo a aprender nuevas conductas y a desaprender conductas viejas (poco efectivas). Los usuarios, particularmente los que están desalentados por su fracaso en dejar su consumo, o quienes han tenido consecuencias muy negativas, se sorprenden cuando consideran al abuso de cocaína como una habilidad o como algo que han aprendido a través del tiempo. Se sorprenden pensando que han adquirido diferentes habilidades que los hacen capaces de conseguir el dinero que necesitan para comprar la droga (a través de actividades ilícitas e ilegales), obtenerla sin ser arrestados, consumirla y evitar su detección, etc. Los pacientes que pueden reconstruir su autoestima frecuentemente se dan cuenta que tienen la capacidad de aprender nuevas de habilidades que pueden ayudarlos a permanecer abstemios.

En la TCC, se asume que los individuos aprenden a hacerse consumidores de droga a través de una relación compleja de modelamiento, condicionamiento clásico y operante. Cada uno de estos principios es útil para ayudar al paciente a detener su abuso. Las formas que hay para aprender a consumir drogas incluyen el modelado, el condicionamiento operante y el condicionamiento clásico, que se describen a continuación (ver además el Anexo 3).

## MODELAMIENTO

Las personas pueden aprender nuevas habilidades observando a otros y tratando de hacer lo mismo (Lazarus, 1966). Por ejemplo, los niños aprenden el lenguaje al escuchar y al imitar a sus padres. Esto también pasa con muchos consumidores de sustancias. Al observar a sus padres consumir alcohol, pueden aprender a enfrentar los problemas bebiendo. En ocasiones los adolescentes fuman al ver a sus amigos fumar. Y lo mismo sucede con los usuarios de cocaína, ya que muchos empiezan a usarla después de ver a sus amigos, conocidos o a los miembros de su familia a usar cocaína u otras drogas.

El modelamiento ayuda a que los pacientes aprendan nuevas conductas. Una técnica es participar en juegos de roles con el terapeuta. El paciente aprende a responder en forma nueva, observando al terapeuta como modelo y practicando las estrategias durante la terapia y en situaciones externas a la misma. Se pueden incluir nuevas conductas tales como rechazar el ofrecimiento de drogas o romper la relación con sujetos asociados con las mismas.

## CONDICIONAMIENTO OPERANTE

Los animales de laboratorio pueden trabajar para obtener las mismas sustancias adictivas que muchos humanos abusan (ej. cocaína, opiáceos o alcohol) ya que encuentran su consumo placentero o reforzante. El uso de drogas puede verse como una conducta que se refuerza por sus consecuencias. En este sentido, la cocaína puede usarse para cambiar la forma en que la persona se siente (ej. poderosa, con energía, eufórica, estimulada, menos deprimida), piensa (yo puedo hacer lo que quiera) o se comporta (menos inhibida, con más confianza).

Las consecuencias positivas (y negativas) percibidas del consumo de cocaína varían de individuo a individuo. Los sujetos con historias familiares de abuso de sustancias, con una gran necesidad de búsqueda de sensaciones o con desórdenes psiquiátricos concurrentes pueden ver a la cocaína como particularmente reforzante. También es importante que los terapeutas entiendan que el consumo de cocaína se hace por razones importantes y particulares.

En el condicionamiento operante, a través de un examen detallado de los antecedentes y los consecuentes del abuso de sustancias, el terapeuta trata de entender la probabilidad de que el

consumidor las use en determinadas situaciones y entender el papel que la cocaína juega en su vida. El análisis funcional se usa para identificar las situaciones de alto riesgo donde es más probable que abuse de las drogas, una vez identificadas estas situaciones de alto riesgo, el usuario puede probar conductas de enfrentamiento que sean efectivas en esos contextos. Además, el terapeuta puede intentar ayudar a los pacientes a desarrollar reforzadores alternativos significativos que le ayuden a alcanzar la abstinencia (Higgins, Budney, Bickel, Foerg, Donham, & Badger, 1994). También el hacer un examen detallado de las consecuencias negativas (a corto y largo plazo) del abuso de la cocaína y de otras sustancias, es una estrategia que puede ayudar a reforzar a los pacientes a reducir o a abandonar el consumo.

## CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

Pavlov demostró que al aparear repetidamente un estímulo (el sonido de una campana) con otro (la presentación de comida) puede elicitar una respuesta confiable (la salivación del perro). Asimismo, el abuso de cocaína puede relacionarse con su parafernalia, dinero, lugares (bares o lugares donde comprar drogas), personas (amigos que consumen drogas, distribuidores), momentos del día o de la semana (salir del trabajo, cobrar), estados de ánimo (soledad, aburrimiento), entre otros. Eventualmente, la exposición a uno de esos disparadores es suficiente para elicitar deseos muy intensos a los que normalmente sigue el consumo de la droga (Klein, 1994).

El condicionamiento clásico juega un papel importante en la TCC, especialmente en las intervenciones dirigidas a reducir el deseo de la droga. Pavlov demostró que aparear repetidamente un estímulo condicionado con uno incondicionado pueden elicitar una respuesta condicionada; también demostró que la exposición repetida a los estímulos condicionados sin el estímulo incondicionado podría, después de un tiempo, extinguir la respuesta condicionada del paciente. Por lo tanto el terapeuta puede ayudar a los pacientes a entender y a reconocer el deseo condicionado, al identificar y evitar los propios disparadores condicionados, para enfrentarlos de forma efectiva.

## Análisis funcional

El primer paso de la TCC es ayudar a los pacientes a reconocer porqué usan cocaína y determinar qué necesitan hacer para evitar o enfrentar los disparadores que los llevan a consumirla. Esto requiere de un análisis cuidadoso de las circunstancias de cada episodio, de las herramientas y de los recursos disponibles para el paciente. Estas situaciones se evalúan en las primeras sesiones al analizar la historia de consumo de drogas, conocer su punto de vista de porqué asiste a la terapia así como saber cuáles son sus metas de tratamiento (Carroll, 1998).

Es importante conocer algunos de los siguientes aspectos del consumo de drogas del consumidor, con el objetivo de dirigir el tratamiento a alguna de esas circunstancias específicas: si reconoce la necesidad de reducir la disponibilidad de la cocaína; si es capaz de reconocer los disparadores importantes de su consumo; si puede lograr (aún por periodos cortos) la abstinencia a la droga; si puede reconocer los eventos que lo llevan a recaer; si es capaz de tolerar periodos de deseo o de angustia emocional sin que se dispare su consumo; si tiene desórdenes psiquiátricos concurrentes u otros problemas que puedan confundir los esfuerzos de cambio de conducta.

Otros aspectos muy importantes son conocer el patrón individual de consumo (frecuencia y cantidad); distinguir sus disparadores de consumo; saber si consume cocaína solo o acompañado; dónde la compra y la consume; dónde y cómo consigue el dinero para comprarla; qué eventos vivió el consumidor antes de los episodios más recientes de abuso; qué circunstancias estaban en juego cuando comenzó a consumir; cuando su consumo se hizo problemático; cómo describe a la cocaína y sus efectos; qué papel (positivo o negativo) juega la droga en su vida.

## HABILIDADES Y FORTALEZAS

También es necesario conocer las habilidades y fortalezas demostradas en periodos previos de abstinencia; si ha podido mantener un trabajo o una relación positiva mientras abusa de las drogas; si hay personas en sus red social que no usen o distribuyan drogas; si tiene un apoyo social que lo ayude a llegar a la abstinencia; cómo pasa el tiempo cuando no está usando drogas o cuando se está recuperando de sus efectos; cuál es el máximo nivel de funcionamiento antes de consumir las drogas; qué lo llevó en ese momento a tratamiento; y qué tan motivado está para participar en el mismo.

## DOMINIOS DE RIESGO

Identificar los determinantes de abuso de drogas puede ser útil para que los terapeutas enfoquen sus preguntas cubriendo al menos los siguientes cinco dominios generales:

- **Social.** Con quién pasa la mayor parte del tiempo y con quién consume drogas; si se relaciona con sujetos que no están involucrados con el consumo de sustancias; si vive con alguien que abusa de las drogas; si ha cambiado su red social desde que el abuso de sustancias empezó (Annis, 1982).
- **Ambiental.**Cuál es su disparador ambiental particular para su abuso de drogas (ej. dinero, alcohol, momentos del día, amistades); cuál es el nivel de exposición diario a estos disparadores; si algunos de estos disparadores pueden evitarse fácilmente (Annis, 1982).
- **Emocional.** La investigación ha demostrado que las emociones comúnmente preceden al deseo o al consumo de sustancias (Kadden et al., 1992). Estas incluyen estados afectivos negativos (depresión, ansiedad, aburrimiento, enojo) o positivos (excitación, alegría). Muchos pacientes inicialmente tienen dificultades para ligar estados emocionales a su abuso de sustancias (o lo hacen pero sólo superficialmente), por lo que estos antecedentes son más difíciles de identificar al inicio del tratamiento.
- **Cognoscitivo.** Frecuentemente hay pensamientos o cogniciones que preceden al consumo de cocaína (necesito escapar, no puedo enfrentar esto a menos que consuma), y que normalmente dan una sensación de urgencia (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).
- **Físico.** El deseo de salir de estados físicos desagradables (ej. síndrome de abstinencia) ha mostrado ser un disparador muy común del abuso de drogas. Estos consumidores frecuentemente reportan sensaciones físicas particulares como antecedentes del abuso de la sustancia (ej. punzadas en el estómago, fatiga, dificultad para concentrarse).

## HABILIDADES GENERALIZABLES

Como el modelo que se está describiendo en este capítulo es pertenece a la modalidad de los tratamientos breves, sólo es posible enseñar pocas habilidades específicas a los pacientes dirigidas específicamente a controlar el consumo de la cocaína y otras sustancias (ej. enfrentar el deseo y manejar pensamientos sobre el abuso de drogas). Aunque también el terapeuta puede enseñar al paciente que estas habilidades pueden aplicarse a otros problemas, no solo al abuso de esta droga.

El terapeuta debe explicar que el modelo de TCC enseña habilidades y estrategias que el paciente pueda usar una vez que termina el tratamiento, incluso en áreas diferentes al consumo de sustancias. Por ejemplo, las habilidades involucradas en el enfrentamiento con el deseo (reconocer y evitar los disparadores, modificar la conducta a través de técnicas del control de la urgencia) pueden usarse para manejar diferentes estados emocionales que pueden estar relacionados con el abuso de la cocaína. Además, la solución de problemas puede aplicarse a cualquier dificultad que el paciente enfrente, esté o no relacionada con el abuso de drogas.



## HABILIDADES BÁSICAS

Cada sesión del tratamiento se dirige a una habilidad o habilidades (ej. controlar el deseo o enfrentar situaciones de riesgo). El orden de las sesiones tiene que ver con los problemas más frecuentes mostrados por los usuarios de cocaína que asisten a tratamiento.

En las primeras sesiones se trabaja la ambivalencia del usuario buscando que suspenda su consumo, considerando su disponibilidad y el deseo, tratando de alcanzar la abstinencia inicial o el control de su consumo (Marlatt & Gordon, 1985). En las sesiones intermedias, el paciente pueden aprender habilidades para controlar el deseo (o urgencia) y los pensamientos relacionados (Davis, Robbins & McKay, 1988), lo que le ayuda a manejar otros estados emocionales que lo pueden llevar a consumir cocaína. Las siguientes sesiones lo tratan de ayudar a tener mayor control sobre el abuso abordando tópicos y habilidades más complejas, tal como una estrategia de solución de problemas (D'Zurilla & Golfried, 1971).

## MATERIAL UTILIZADO

Este modelo de tratamiento es individualizado, por lo que se debe elegir cuidadosamente el contenido, tiempo y naturaleza de la presentación del material. Por lo tanto, es necesario intentar enseñar habilidades en el momento en el que más lo necesite el paciente. El terapeuta debe trabajar activamente en los temas, sin correr a través del material con tal de cubrirlo todo en pocas semanas; para algunos pacientes, puede tomar más tiempo dominar una habilidad básica. Es más efectivo trabajar paso a paso, de forma cómoda y productiva con un sujeto particular, que romper la alianza terapéutica al usar un paso poco adecuado. El terapeuta debe sentirse libre de repetir el contenido de las sesiones en tantas ocasiones y de tantas formas diferentes como se necesite.

El terapeuta debe intentar usar un lenguaje compatible con el nivel cognoscitivo del paciente. Ya que mientras algunos pacientes pueden entender fácilmente el concepto de deseo condicionado en términos de los experimentos de Pavlov (condicionamiento clásico), otros necesitan ejemplos más simples y concretos, usando lenguaje y términos familiares.

El terapeuta debe asegurarse que el usuario entiende los conceptos y debe hacerlo sentir que el material es importante para él. También debe estar alerta a los signos del paciente que señalan que ese material no está claro o no es adecuado; esto se puede observar cuando el paciente pierde el contacto visual, cuando hay desviaciones del tema, da respuestas cortas, da ejemplos inadecuados o no hace bien la tarea.

Una buena estrategia para escoger el material (y dar el tratamiento pertinente) es usar, cuando sea posible, ejemplos específicos tomados de la propia historia del paciente. Por ejemplo, más que recitar de forma abstracta la estrategia de las *decisiones aparentemente irrelevantes* (DAI; Marlatt & Gordon, 1985), el terapeuta debe usar un ejemplo reciente y específico sobre una decisión del paciente que haya terminado en un episodio de consumo. De la misma manera, para asegurarse que el usuario entiende un concepto, hay que pedirle un ejemplo específico que lo ilustre, además de revisar que haya hecho adecuadamente la tarea que se le deje (relacionada con ese ejemplo).

## PRACTICA DE LOS EJERCICIOS

Aprender nuevas herramientas que sean verdaderamente efectivas requiere de tiempo y práctica. Normalmente cuando el usuario asiste al tratamiento, sus hábitos de consumo están ya profundamente arraigados. En muchas ocasiones la rutina del paciente gira en torno a adquirir, usar y recobrar del uso de cocaína. Normalmente los hábitos de consumo son muy fuertes y hacen que se sienta bien, debido a sus consecuencias positivas. Es importante que el terapeuta reconozca lo difícil, incomodo y amenazante que es cambiarlos y realizar nuevas conductas (Carroll, 1998). Para la mayoría de los pacientes, dominar nuevos hábitos en viejas situaciones requiere de mucha práctica.

Muchos pacientes asisten a tratamiento sólo después de largos periodos de consumo crónico, que pueden haber afectado su atención, concentración, memoria y su habilidad para entender material nuevo. Otros buscan tratamiento en un punto extremo de crisis (ej. al perder un trabajo), quienes pueden estar preocupados por sus problemas por lo que es difícil que se enfoquen en los consejos y sugerencias del terapeuta.

Los conceptos básicos de este modelo de tratamiento se repiten durante todo el proceso. Por ejemplo, el análisis funcional se trabaja en primera sesión de tratamiento, pidiéndole al usuario que vea su consumo en términos de antecedentes y consecuentes, además de que se le deja como tarea de la primera sesión. En las siguientes sesiones se recurre a este concepto, analizando los episodios de consumo, lo qué lo precedió y cómo lo enfrentó. Este concepto de antecedentes y consecuentes de uso de cocaína es inherente a la mayoría de las sesiones de tratamiento. Los deseos y pensamientos sobre la cocaína son antecedentes comunes de su abuso y se abordan en las primeras sesiones motivando al paciente a identificar estos disparadores mas sutiles que los llevan a consumir, con un enfoque ligeramente diferente en cada caso. De la misma forma, cada sesión termina analizando los peligros y situaciones de alto riesgo que pueden ocurrir antes de la siguiente sesión, para motivar a que el paciente esté preparado y cambie los hábitos relacionados con ese consumo.

### PRACTICA PARA DOMINAR LAS HABILIDADES

No es posible dominar nuevas habilidades complejas sólo leyéndolas u observando a otros sujetos. Esas habilidades se aprenden tratando de realizarlas, cometiendo errores, identificándolas e intentándolas de nuevo.

En este modelo de terapia practicar nuevas habilidades es un componente fundamental. El grado en el que se trabaja entrenando habilidades tiene que ver con la cantidad de práctica. Es importante que el paciente trabaje en su vida cotidiana las nuevas habilidades en un contexto de apoyo dentro del tratamiento. A través de su propia experiencia, los pacientes pueden aprender qué nuevas estrategias les ayudan y cuales no o donde tienen dificultades. Este modelo ofrece muchas oportunidades de práctica, durante las sesiones como fuera de ellas. Cada sesión da la oportunidad de repetir y revisar ideas, conocer los intereses del consumidor y ser retroalimentado por el terapeuta. En cada sesión se sugiere practicar algunos ejercicios durante la semana y hacer tareas que dan herramientas para ayudar al paciente a probar conductas poco familiares o tratar conductas familiares en situaciones nuevas. Sin embargo, la práctica sólo es útil si el paciente observa su importancia y la lleva a cabo. Comprometerse con tareas fuera de las sesiones es un problema para muchos pacientes, aunque hay diferentes estrategias para motivarlos a que las hagan. A continuación se mencionan algunas (Carroll, 1998):

**Dar razones claras.** El terapeuta no debe esperar que el paciente practique una habilidad o haga una tarea sin entender si es útil para él. Entonces, como parte de la primera sesión, el terapeuta debe señalar la importancia de practicar estas habilidades fuera de la sesión de terapia.

**Buscara un compromiso.** Es más fácil decirle a los demás que hagan algo a que uno mismo lo haga. Más que asumir que el paciente hará la tarea, el terapeuta debe ser directo y preguntarle si quiere practicar esas habilidades fuera de las sesiones y si piensa que le ayudarán. Un sí de parte del paciente puede señalar que entiende la importancia y utilidad de las tareas. Por otro lado, la indecisión o rechazo del paciente puede ser un signo importante a explorar. Puede negarse a hacer tareas porque no ve su valor, porque no la entiende o porque está ambivalente respecto al tratamiento o a renunciar al abuso de la droga.

**Anticipación de obstáculos.** Es necesario dar suficiente tiempo al final de cada sesión para analizar en detalle los ejercicios de práctica de la siguiente semana. Los pacientes deben tener la oportunidad de hacer preguntas o resolver dudas sobre la tarea. El terapeuta debe pedir a los pacientes que anticipen cualquier dificultad que creen que pueden encontrar y aplicar las estrategias de solución de problemas para ayudarlos a atravesar esos obstáculos. Los pacientes deben ser participantes activos en

este proceso y deben tener la oportunidad de desarrollar la tarea con el terapeuta para planear cómo poner en práctica las habilidades.

**Monitoreo cercano.** Hacer un seguimiento de la tarea es muy importante para aumentar el compromiso y su efectividad. Revisar que se haga tiene que ver con la importancia de practicar habilidades de enfrentamiento fuera de la terapia. Esto ayuda a analizar la experiencia con la tarea, lo que permite revisar cualquier problema que se presente en el tratamiento. Normalmente los pacientes que hacen la tarea tienen un terapeuta que la valora, que dedica tiempo a analizarla y que espera que sus pacientes la hagan. La primera parte de cada sesión incluye un tiempo para revisarla en detalle y no limitarse a preguntar al paciente si la hizo o no. De la misma forma, si cualquier otra tarea se deja durante la sesión (ej. la implementación de un plan específico para enfrentar una situación de alto riesgo), es necesario revisarla en la siguiente sesión.

**Uso de los datos.** La tarea y los pensamientos relacionados dan información importante sobre los estilos de afrontamiento, recursos, fortalezas y debilidades del paciente. El terapeuta debe analizarlos y usarlos durante las sesiones. El automonitoreo, por ejemplo, muestra la comprensión que el paciente tiene de la tarea, su nivel de reflexión, el insight sobre su conducta, su motivación, su estilo de enfrentamiento, su nivel de impulsividad, sus habilidades verbales o su estado emocional. Mas que simplemente revisar la tarea, se debe explorar lo que el paciente aprendió sobre sí mismo al hacerla.

**Análisis de la resistencia.** Algunos pacientes hacen la tarea en la sala de espera antes de la sesión, mientras que otros ni se acuerdan de la misma. El no hacer los ejercicios de afrontamiento fuera de las sesiones puede tener diferentes significados: los pacientes están esperanzados y piensan que no es necesario esforzarse en cambiar la conducta; otros esperan que el cambio se haga por sí solo, sin necesidad de modificar ninguna área específica del problema; la vida del paciente es caótica, tiene crisis recurrentes y es tan desorganizada que no puede hacerla. Al explorar la naturaleza específica de sus dificultades, el terapeuta puede ayudarle trabajando en ellas.

**Alabanzas.** Como la mayoría de los pacientes no se vuelven abstinentes al inicio del tratamiento, muchos no terminan los ejercicios de tarea. El terapeuta debe tratar de alabar aún lo poco que hallan hecho, señalando cualquier cosa que pueda ayudarle o que sea interesante para que la termine, reiterando la importancia de la práctica y desarrollando un plan para que la finalice para la siguiente sesión.

### CONCLUSIÓN

En este capítulo se presenta un modelo de tratamiento cognoscitivo conductual breve que sirve como fundamento del tratamiento que se desarrollará en este trabajo de tesis. Se mencionan una serie de características de los modelos breves cognoscitivo conductuales que han mostrado gran efectividad. Todos los elementos que se mencionan están sustentados con apoyo empírico, lo que le da mayor fuerza al modelo.

Como se ha observado, este modelo puede instrumentarse prácticamente en cualquier escenario clínico. Se puede dirigir a una gran cantidad de usuarios y ese de bajo costo. Además, este es el tipo de modelo que recomienda el National Institute on Drug Abuse (NIDA) para trabajar el abuso de sustancias ilegales como la cocaína (Leshner, 2001). Además, este tipo de tratamiento constituyen en la actualidad el fundamento para las acciones de prevención secundaria en esta problemática (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 2001; Sobell, 2001\*). Estas modelos no son solamente otro tipo de tratamiento para los problemas relacionados con el consumo de cocaína, sino que representan una perspectiva novedosa (que además en México no hay ninguna) para afrontar esta problemática y una nueva serie de principios que subyacen al tratamiento.

La determinación de la efectividad en los tratamientos breves cognoscitivo conductuales se relaciona principalmente con la reducción del patrón de consumo de sustancias (frecuencia y cantidad) en niveles moderados y en individuos con niveles medios y bajos de dependencia. Además, estos

## ***TRATAMIENTO BREVE COGNOSCITIVO CONDUCTUAL***

modelos de tratamiento cumplen con los requisitos obligados de la prevención secundaria, que son los siguientes: su corta duración, no ser un tratamiento intensivo, son de consulta externa, es posible la elección de la meta (durante el tratamiento, ya que la meta final siempre es la abstinencia), la facilidad de implementarlo por diferentes profesionales de la salud, que no requiere de medicamentos, que no es confrontativa, entre otras características.

## SEGUNDA PARTE

En esta segunda parte se describe la investigación realizada, los resultados y las conclusiones respecto al desarrollo, aplicación y evaluación de un modelo de tratamiento breve cognoscitivo conductual para consumidores de cocaína.

Este programa se desarrolló e instrumentó en la Ciudad de México como un programa de tratamiento breve dirigido específicamente a consumidores de cocaína (ya sea en forma de polvo o como crack), especialmente para aquellos con una dependencia baja o media a la sustancia, pero también interesados en ver sus efectos para aquellos consumidores con dependencia alta; que además tuvieran una historia de diferentes tipos de problemas (sociales, familiares, escolares, económicos, orgánicos) asociados con el consumo.

La modalidad de tratamiento breve cognoscitivo conductual se deriva dos modelos de tratamiento. En primer lugar, del modelo de Autocambio Dirigido para Consumidores problema, aplicado aquí en la Ciudad de México (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1995). Los resultados de este modelo han sido muy favorables, encontrándose que los sujetos con un consumo excesivo de alcohol que se expusieron al tratamiento se modificó a un consumo moderado, el cual se observa que se mantuvo en el seguimiento realizado a los 6 y 12 meses de haber concluido el tratamiento. En segundo lugar, del modelo A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction, dirigido específicamente a consumidores de cocaína (Carroll, 1998). Es un tratamiento breve que se enfoca a ayudar a los sujetos dependientes de esta sustancia a alcanzar la abstinencia de la misma y de otras sustancias. Este segundo modelo también ha tenido resultados muy favorables, apoyado por una investigación rigurosa con esta aproximación y con este tipo de pacientes.

Este programa de tratamiento tiene como características principales el buscar el autocontrol del consumo de la cocaína (Sobell & Sobell, 1993), contar con una estrategia de prevención de recaídas (Marlatt & Gordon, 1985), así como intentar motivar a los participantes a buscar un cambio en su forma de consumo de la sustancia (Miller & Rollnick, 1999).

El principal objetivo del tratamiento es que los usuarios alcancen la meta de la abstinencia al final del mismo, por lo que se busca impactar tanto en la frecuencia como en la cantidad de consumo. Los tópicos que se abordan en las sesiones de tratamiento es identificar los precipitadores del consumo, detectar y enfrentar tanto el deseo como los pensamientos relacionados con el consumo de la droga, enseñar una estrategia de asertividad asociada con el rechazo al ofrecimiento de la sustancia, el darse cuenta de cómo las decisiones que se toman están muy conectadas con el consumo, aprender una estrategia general de solución de problemas y desarrollar planes de acción para las situaciones de riesgo más comunes.

Esta modalidad de tratamiento busca ser una opción costo efectiva y costo beneficio, así como un servicio de atención accesible para la población de consumidores de cocaína, basada en intervenciones breves de efectividad probada.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Desarrollar, aplicar y evaluar un modelo de intervención breve cognoscitivo conductual para sujetos con problemas en su consumo de cocaína, que incida en la disminución del patrón de consumo y en los problemas relacionados.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Desarrollar un modelo breve de prevención secundaria para sujetos que consumen cocaína.
2. Identificar y adoptar instrumentos de detección temprana de problemas asociados con el consumo de cocaína para su empleo en el tratamiento
3. Dar servicio de tratamiento de consulta externa a una muestra de sujetos identificados con problemas en el consumo de la cocaína, que se ofrecerá en el Centro de Servicios Psicológicos, y en el Centro Acasulco, ambos de la Facultad de Psicología de la UNAM.
4. Evaluar la efectividad del programa en términos de cambios en el patrón de consumo e indicadores de funcionamiento psicosocial a los usuarios al término del tratamiento, con base en el seguimiento de la muestra de los usuarios al mes, 3 y 6 meses de haberse dado de alta.

## MÉTODO

### SUJETOS

Participaron 19 usuarios de cocaína (18 hombres y 1 mujer). Todos finalizaron el tratamiento, así como el seguimiento al mes, tres y seis meses de concluido el mismo.

Los criterios de inclusión para participar en el programa fueron los siguientes:

1. Acudir a solicitar servicio de consulta externa para trabajar su problema de consumo de cocaína.
2. Hombres o mujeres mayores de 18 años.
3. Que fueran consumidores de cocaína.
4. Usuarios de cocaína con un consumo moderado de alcohol, tabaco o marihuana.
5. Poliusuarios cuya droga primaria sea la cocaína y secundariamente alguna otra droga ilegal (excepto opiáceos).
6. Saber leer y escribir
7. Secundaria terminada

Los criterios de exclusión del programa fueron los siguientes:

1. No cumplir con los criterios de inclusión
2. Consumidores con complicaciones médicas graves.
3. Alteraciones cognitivas severas que impidan su participación adecuada, medidas a través del ASI.
4. Residir fuera de la Zona Metropolitana.

### ESCENARIO

Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" y Centro Acasulco, ambos pertenecientes a la Facultad de Psicología de la UNAM.

### DISEÑO

Fue un diseño clínico aleatorizado.

### INSTRUMENTOS

- Ficha de Admisión (Centro de Servicios Psicológicos). Este es el primer acercamiento con el centro de servicios psicológicos. Es una ficha que se aplica cuando el usuario pide el servicio de tratamiento al Centro. Pide datos sociodemográficos sobre el paciente así como el motivo de consulta.
- Cuestionario de preselección. Es un instrumento que consta de 16 reactivos diseñado específicamente para esta investigación. Da una descripción general de las características del consumidor que pide participar en el tratamiento. Se incluyen los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente.
- Consentimiento informado. Es un formato elaborado específicamente para este programa y donde se señalaban algunas características del programa: duración, forma de trabajo, obligaciones del usuario y del terapeuta. También en este se les pide autorización a los usuarios tanto para usar sus datos para analizarlos como para video grabarlos. Se firma tanto por el usuario como por el terapeuta.

- **Indicadores de dependencia a drogas del DSM IV (Oropeza, 2000).** Esta escala se adaptó a partir de los indicadores de dependencia a sustancias del DSM IV. Son 13 reactivos dicotómicos que señala los síntomas que el usuario puede presentar en el momento de la evaluación.
- **Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD, De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez & Ayala, 2001).** Este instrumento se adaptó a población mexicana a partir del Drug Abuse Screening Test (DAST, Skinner, 1982). Arroja un Índice cuantitativo de problemas de drogas, incluyendo algunos síntomas de dependencia y otras consecuencias del abuso de drogas psicoactivas experimentadas en un periodo de 12 meses. Este instrumento ha demostrado gran validez y confiabilidad. Son 20 reactivos con respuestas dicotómicas.
- **Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD, De León, Pérez, Oropeza & Ayala, 2001).** Este instrumento se adaptó a población mexicana a partir del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS, Annis & Martin, 1985). Arroja perfiles del uso individual de drogas de los últimos 12 meses Su objetivo es detectar las principales situaciones de consumo de drogas de los usuarios de cocaína. Se basa en el trabajo de Marlatt sobre prevención de recaídas (Marlatt & Gordon, 1985). Tiene 60 reactivos que se dividen en 8 subescalas, que son emociones placenteras, emociones displacenteras, control personal, incomodidad física, necesidad y tentación de consumo, tiempo placentero con otros, conflicto con otros y presión social. Las diferentes drogas usadas por poliusuarios se miden independientemente. La evidencia sugiere que el ISCD es una prueba confiable y válida, aunque la subescala de inconformidad física debe interpretarse con precaución. Los perfiles del IDTS pueden trabajarse como una herramienta de planeación de tratamiento para intervenciones de consumo de droga. También es un complemento a otras pruebas que se usen durante los seguimientos (Annis & Graham, 1991).
- **Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD, Pérez, De León, Oropeza & Ayala, 2001).** Este instrumento se adaptó a población mexicana a partir del Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ, Annis & Graham, 1988). Mide la percepción de autoeficacia al observar qué tanta confianza percibe el usuario que podrá resistir consumir la droga en el futuro, en ocho categorías que miden situaciones de alto riesgo. La evidencia señala que tiene validez y confiabilidad, y que es sensible a los cambios en la autoeficacia conforme avanza el tratamiento. Esta prueba se ha usado con hombres y mujeres y con un gran rango de grupos de edad (aunque no ha sido específicamente usado con jóvenes, viejos o poblaciones especiales). El DTCQ puede usarse para estimar la estabilidad de los resultados del consumo de drogas después del tratamiento
- **Autorregistro (Echeverría & Ayala, 1997).** El autorregistro diario de abuso de sustancias puede usarse para recolectar información sobre el consumo de cocaína y otras sustancias durante un periodo significativo (Carroll, 1998). Si consume, debe señalar la cantidad de droga, la situación asociada, así como los pensamientos y sentimientos asociados con el consumo (tratando de analizar los antecedentes y consecuentes). Este autorregistro debe llevarse a cabo durante todo el tiempo que dure el tratamiento, además de que se recomienda que se lleve durante el seguimiento. Este instrumento ha mostrado ser eficaz para ayudar a que el sujeto se autocontrole.
- **Entrevista inicial (Oropeza, 2000).** Esta entrevista se diseñó específicamente para el Programa de Cocaína, a partir de la entrevista usada en el programa de Auto-Cambio para Bebedores Problema. Tiene como objetivo analizar diferentes áreas importantes de la vida del paciente, como son la historia del consumo de sustancias (cocaína, alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas); problemas psicológicos, físicos, afectivos, emocionales, económicos y de salud relacionados con el consumo. Esta entrevista se desarrolló específicamente para este tratamiento
- **Línea base retrospectiva (Sobell, Maisto, Sobell & Cooper, 1979, adaptada por Ayala, 1997):** El método de la línea retrospectiva se desarrolló para ayudar a recordar conductas de consumo de alcohol o drogas reciente. Es un registro de los últimos seis meses del año, cuyo objetivo es



identificar la frecuencia (en días) y cantidad de consumo del usuario. Se registra tal como lo señala el usuario. Este instrumento ha probado ser muy sensible para medir diferencias individuales respecto al consumo de sustancias (Sobell & Sobell, 1992; Sobell, Sobell, Leo & Cancilla, 1988). O'Farrell, Cutter, Bayong, Dentch & Fortgang (1984) establecieron la confiabilidad y validez con bebedores problema de alcohol, así como con estudiantes de entre los 20 y los 28 años de edad (Sobell, Sobell, Klanjer, Pavan & Basian, 1986). Los registros diarios del pre y del pos tratamiento pueden hacerse con la ayuda de muchos auxiliares de la memoria. El tiempo de aplicación oscila entre los 10 y los 30 minutos. Sobell, Buchan, Cleland, Sobell, Fedoroff y Leo (1996) señalan que este instrumento se considera como la medida de autorreporte más confiable y válida para el campo del alcohol y otras drogas. Además, parece que los sujetos recuerdan confiablemente su consumo hasta un año hacia atrás.

- Índice de Severidad de la Adicción (ASI, McLellan, Luborsky, Woody & O'Brien, 1980). Mide la severidad problema de cada paciente a través del análisis de seis áreas generales que comúnmente resultan en problemas de tratamiento. Estas seis áreas son abuso químico, médico, psicológico, legal, familiar/social y empleo/manutención.

**Tabla 15. Sesiones e instrumentos aplicados durante el programa**

Sesión	Instrumento (orden de aplicación)
Admisión	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ficha de admisión</li> <li>2. Cuestionario de Preselección</li> <li>3. Consentimiento Informado</li> <li>4. Indicadores de Dependencia a Drogas DSM IV (DSM IV)</li> <li>5. Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)</li> <li>6. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)</li> <li>7. Automonitoreo (AM)</li> </ol>
Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrevista Inicial</li> <li>2. Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD)</li> <li>3. Línea Base Retrospectiva (LIBARE)</li> <li>4. Índice de la Severidad de la Adicción (ASI)</li> <li>5. Cuestionario de Autoconfianza de Abuso de Drogas</li> <li>6. Automonitoreo</li> <li>7. Validación social – Metas</li> </ol>
Sesiones 1-7	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Automonitoreo</li> <li>2. Validación social – procedimiento</li> </ol>
Sesión 8	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Automonitoreo</li> <li>2. Cuestionario de satisfacción del cliente</li> <li>3. Validación social – procedimiento</li> <li>4. Validación social – resultados</li> </ol>
Seguimiento 1 y 3 m	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reporte de seguimiento</li> <li>2. Autorregistro</li> </ol>
Seguimiento a 6 m	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reporte de seguimiento</li> <li>2. Autorregistro</li> <li>3. Cuestionario de preselección</li> <li>4. Indicadores de dependencia del DSM IV</li> <li>5. Cuestionario de abuso de drogas</li> <li>6. ISCD y CACD</li> </ol>

- Cuestionario de Validación Social (Oropeza, Oliver & Fukushima, 2001). Son diez instrumentos. El primero evalúa las metas de tratamiento; los siguientes ocho evalúan el procedimiento de cada una de las sesiones; el último evalúa los resultados del tratamiento. Esto, con el objetivo de evaluar la satisfacción con este tratamiento.

- Cuestionario de Satisfacción del Cliente (Oropeza, 2000). Fue adaptado a partir del Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8, Larsen, Attkinsson, Hargreaves & Nguyen, 1979). Esta es una medida global estándar que mide la retroalimentación del cliente sobre el tratamiento. Una de sus mayores virtudes son la brevedad, disponibilidad, facilidad de calificar y su gran consistencia interna. Su relación con otras variables e instrumentos da gran apoyo para la validez de esta escala. Como es una medición global, la evaluación de la satisfacción a lo largo de una sola dimensión del tratamiento es una de sus debilidades. Por lo tanto se recomienda que se construyan nuevos reactivos que sean relevantes para programas específicos. Esta escala se puede usar con hombres y mujeres de muchas poblaciones clínicas diferentes.

En la Tabla 15, aparece un resumen de los instrumentos aplicados a lo largo del programa de tratamiento

## PROCEDIMIENTO

Las actividades del desarrollo, aplicación y evaluación del modelo se desarrollaron en 7 etapas:

### I. Desarrollo del material de lectura del tratamiento

- a) Primera etapa: Se eligieron dos modelos de tratamiento para crear uno propio. Se tomó como base el Modelo de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1995), que ha probado ser costo efectivo para esta determinada población en México. Después se analizó la efectividad de diferentes modelos de tratamiento cognoscitivo conductual dirigidos al consumo de cocaína. Entre diferentes modelos se eligió el de Carroll (1998), que es uno de los modelos propuestos por el NIDA, que señalan que es costo-eficiente. Entonces, este modelo combina elementos de ambos modelos, pero también se crearon muchos materiales propios.
- b) Segunda etapa: Una vez elegido los modelos que servirían como base, se elaboró el material de trabajo para las sesiones de tratamiento. Este material consta de lecturas y tareas diseñadas específicamente para intentar controlar el consumo de cocaína (ver componentes del tratamiento).
- c) Tercera etapa: Ya terminado el material de trabajo, se pidió a 5 expertos en adicciones que lo evaluara, en términos de la claridad, extensión, ejemplos, lenguaje e ilustraciones utilizadas, entre otras cosas. Estos expertos hicieron algunos comentarios para mejorar este material. Entonces se procedió a hacer estos cambios.
- d) Cuarta etapa: Una vez hechos, se hizo una evaluación de este material modificado pero ahora con 10 usuarios de cocaína. También se les pidió que evaluaran el material (en los mismos términos), pero a la luz de su experiencia como consumidores de la droga. Estos sujetos evaluaron el material de lectura e hicieron comentarios sobre el mismo, sobre todo en término de los ejemplos usados, buscando que estos fueran más realistas. Se hicieron los cambios sugeridos por los consumidores al material de trabajo. Una vez hecho esto, quedó listo el material de lectura y trabajo que se usaría a lo largo del tratamiento.

### II. Elección de los instrumentos a usar en el tratamiento

- a) Se hizo un análisis de los instrumentos disponibles y adaptados en población mexicana para evaluar diversos aspectos del consumo de drogas ilegales. Entre estos se encontraron los siguientes:
  - Índice de severidad de la Adicción
  - Línea base retrospectiva
- b) Se adaptaron otros instrumentos que la literatura internacional señalaba como fundamentales para evaluar algunos aspectos de la adicción:

- Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD, De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez & Ayala, 2001)
- Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD, De León, Pérez, Oropeza & Ayala, 2001)
- Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD, Pérez, De León, Oropeza & Ayala, 2001)

### III. Piloteo del programa de tratamiento

- a) El modelo de tratamiento se pilotó con dos usuarios de cocaína. Estos sujetos terminaron el tratamiento y los seguimientos.
- b) Respecto al programa de tratamiento señalaron que les pareció muy adecuado, además de que les sirvió mucho para resolver sus problemas con la droga. Una sugerencia que hicieron fue que, desde la sesión de admisión, se dejara de tarea el automonitoreo, para ya empezar a trabajar el problema de consumo de cocaína.
- c) Respecto al material utilizado, hicieron algunos comentarios que sirvieron para afinarlas todavía más y dejarla ya listas para aplicarlas.
- d) Se escribió la última versión del material de lectura y de los ejercicios tal como se aplicó durante el tratamiento.

### IV. Difusión del tratamiento

- a) Se hizo difusión del tratamiento en Ciudad Universitaria y en colonias cercanas a esta a través de posters y trípticos.
- b) Otra forma que se usó para difundir el tratamiento fue a través de pláticas en centros de salud tanto del IMSS como de la propia UNAM, dirigida a profesionales de la salud. Estas pláticas tenían como objetivo enseñar las características del programa para pedir la canalización al mismo.

### V. Admisión y evaluación del programa de tratamiento

- a) El sujeto pedía ser atendido en el CSP y llenaba la ficha de admisión.
- b) Si en la ficha de admisión señalaba como problema principal tener problemas con su consumo de cocaína, se programaba una cita con uno de los terapeutas del modelo.
- c) El usuario asistía a la sesión de Admisión, donde a través de una entrevista y de la aplicación de una serie de instrumentos se determinaba si era apto para participar en el programa. Al inicio de esta sesión se hacía una breve entrevista sobre su consumo de cocaína y se le aplicaba el cuestionario de preselección. Si el usuario era apto para participar en el programa, se le explicaba las características del tratamiento. Una vez que el usuario estaba de acuerdo con las mismas, firmaba el formato de consentimiento. Después se aplicaba el DSM IV y el CAD. Por último, se dejaba de tarea, para la siguiente sesión, el automonitoreo y el ISCD.
- d) Al inicio de la sesión de Evaluación se revisaba la tarea, empezando con el automonitoreo (a partir de esta sesión, las siguientes sesiones iniciaban con la aplicación de este instrumento). Después se revisaba el ISCD, analizando cuáles eran las situaciones de mayor consumo. Ya durante la sesión, se aplicaba la Entrevista Inicial, el CACD, la LIBARE y el ASI. Se dejaba de tarea el material de la sesión 1 y el automonitoreo. La sesión terminaba aplicándole el cuestionario de Validación Social de Metas.

### VI. Programa de tratamiento

- a) En cada sesión, se revisaba el material (lecturas y ejercicios) que se dejó de tarea en la sesión anterior y, si durante la misma se terminaba de revisar todos los ejercicios, se le dejaba la siguiente tarea, que normalmente era el material de la siguiente sesión.
- b) Los componentes del tratamiento fueron los siguientes:
- *Sesión motivacional:* se ha encontrado que la motivación inicial para que el usuario asista al tratamiento de cocaína es uno de los predictores de retención de corto plazo a través de la mayoría de los grupos (De León, Melnick & Kressel, 1997).
  - *Análisis de los resultados de los instrumentos:* se revisó cuál era el patrón de consumo utilizando los resultados de la evaluación inicial. Se analizó su consumo de la última semana a través de los registros de automonitoreo que diariamente llenó, y a lo largo de todas las sesiones de tratamiento. Se le dió retroalimentación sobre la acción de la droga en el organismo y los riesgos que conlleva.
  - *Análisis funcional:* se enseñó al sujeto a identificar los antecedentes (pensamientos, sentimientos y circunstancias) y consecuencias de su forma de consumo. Al principio del tratamiento, el análisis funcional juega un rol crítico para ayudar al paciente y al terapeuta a medir los determinantes, o situaciones de riesgo, que son probables que lleven al uso de cocaína y que de retroalimentación para algunas de las razones de porqué el sujeto usa cocaína (ej. enfrentarse con dificultades interpersonales, experimentar riesgos o euforia no disponibles de otra manera en la vida del sujeto). Al final del tratamiento, el análisis funcional de episodios de uso de cocaína puede ayudar a identificar aquellas situaciones o estados en los cuales el sujeto todavía tiene dificultades de enfrentamiento (Carroll, 1998).
  - *Balace decisional:* en esta parte, el sujeto estableció cuales eran sus razones para cambiar su patrón de consumo, por medio de un proceso de balance decisional. En el se especificó cuáles eran los costos y los beneficios de cambiar su patrón hacia la abstinencia, así como los costos y beneficios de seguir consumiendo cocaína como lo había hecho hasta antes del tratamiento.
  - *Establecimiento de metas:* se motivó al sujeto a elegir, con ayuda del terapeuta, la meta de la abstinencia para las siguientes semanas. Planteó la importancia que esta meta tiene para él y cual era su nivel de confianza para alcanzarla.
  - *Identificar y enfrentar pensamientos sobre la cocaína:* se enseñó al sujeto estrategias para reconocer, evitar y enfrentar sus pensamientos con relación al uso y deseo de la cocaína. Usualmente, la ambivalencia se manifiesta en pensamientos sobre la sustancia, que pueden ser difíciles de manejar. La cocaína es un factor importante, y en ocasiones dominante, de la vida de los usuarios; los pensamientos tanto positivos como negativos son normales y es probable que permanezcan durante un buen tiempo antes de desaparecer (Carroll, 1998).
  - *Enfrentarse al deseo de la cocaína:* se enseñaron estrategias para identificar los disparadores que le hacían desear consumir cocaína; ya fuera para evitarlos o enfrentarlos. Es importante que los usuarios reconozcan que experimentar algún deseo es normal y muy común. El deseo no significa que algo esté mal o que el usuario realmente desee continuar usando la droga (Kadden, Cooney, Getter & Litt, 1989). Debido a la frecuencia y variedad de circunstancias en que se auto-administra la cocaína, una gran cantidad de estímulos se han apareado con el abuso de la cocaína. Estos pueden actuar como señales condicionadas o disparadores del deseo de la cocaína (Siegel, 1999; Ramos, Siegel & Bueno, 2002). En los disparadores comunes se incluyen la gente que está alrededor del sujeto que usa cocaína, tener dinero o recibir el sueldo, tomar alcohol, situaciones sociales, ciertos estados afectivos tales como ansiedad, depresión o felicidad. Los disparadores para el deseo de la cocaína también son altamente idiosincrásicos, y esta identificación de las señales debería hacerse de manera prolongada en cualquier tratamiento.

- **Habilidades de rechazo:** se enseñaron habilidades para evaluar la disponibilidad de la cocaína, para aprender a romper el contacto con distribuidores, y para poder rechazar a los probables distribuidores con los que se tenía que enfrentar. Un tema muy importante para muchos de los sujetos que abusan de la cocaína es reducir su disponibilidad y rechazar efectivamente las ofertas de la cocaína. Los usuarios que permanecen ambivalentes respecto a la reducción de uso de la cocaína tienen dificultades particulares cuando se les ofrece directamente cocaína. Muchas redes sociales de los adictos a la cocaína son muy estrechas y ellos se asocian con muy poca gente que no usa cocaína, así que romper su contacto puede significar el aislamiento social. A muchos usuarios les faltan las habilidades básicas de asertividad para rechazar efectivamente los ofrecimientos de cocaína o prevenir futuros ofrecimientos de la misma (Lazarus, 1966).
- **Decisiones aparentemente irrelevantes:** Las decisiones aparentemente irrelevantes (Marlatt & Gordon, 1985) se refieren a aquellas decisiones, racionalizaciones y minimizaciones del riesgo que llevan al paciente cerca o a las situaciones de mucho riesgo, aunque estas no parezcan relacionadas con el uso de la cocaína. Se discutieron lo que son las decisiones aparentemente irrelevantes, se relacionaron con las situaciones de riesgo, y se desarrollaron cursos de acción. Conforme el tratamiento iba progresando, los usuarios invariablemente encontraron situaciones de mucho riesgo relacionadas con el consumo de la sustancia, a pesar de los esfuerzos que hacían. Una forma de exposición de la cocaína que los sujetos la percibían como fuera de su control, involucraba conductas determinadas por el paciente (Siegel, 1999).
- **Solución de problemas:** se enseñaron los pasos básicos para la solución de problemas y se trató de aplicar a posibles situaciones de riesgo. Al transcurrir el tiempo, el repertorio de enfrentamiento y de solución de problemas de los usuarios se ha reducido de tal manera, que la cocaína y el abuso de otras sustancias se ha convertido en el medio principal y general de enfrentar los problemas. Muchos usuarios son incapaces de resolver sus problemas cuando surgen, y los ignoran hasta que estos hacen crisis. Algunos sujetos, particularmente aquellos que tienen estilos cognoscitivos impulsivos o que no están acostumbrados a pensar a través de conductas y consecuencias alternativas, encuentran este tópico especialmente útil. Otros piensan que poseen buenas habilidades de solución de problemas pero, cuando se confrontan con la situación, es probable que actúen impulsivamente (Kadden, Cooney, Getter & Liit, 1989; D'Zurilla & Goldfried, 1971).
- **Identificación de situaciones de riesgo:** el sujeto debía identificar 3 situaciones de riesgo de consumo de cocaína. A pesar de los mejores esfuerzos del paciente, había una gran variedad de circunstancias imprevistas que surgían que lo llevaban a situaciones de mucho riesgo. En ocasiones, estas podían ser muy graves, relacionadas con eventos negativos muy estresantes tales como la muerte o enfermedad de un ser querido, perder el trabajo, la pérdida de una amistad importante, así como otras situaciones. Sin embargo, también los eventos positivos podían llevar a situaciones de mucho riesgo. Ejemplos de estos eran recibir una gran cantidad de dinero o iniciar una nueva relación íntima. Como tales eventos podían ocurrir en cualquier momento, tanto durante o después del tratamiento, se trataba de motivar a los usuarios a desarrollar un plan emergente de afrontamiento al cual se pudiera referir y que pudiera usar si ocurría alguna crisis (Carroll, 1998).
- **Probabilidad de recaídas:** se analizó la probabilidad de que el sujeto tuviera alguna recaída. Se enfatizó la importancia de considerarlas como experiencias necesarias en un proceso de enseñanza, y no como fracasos o indicadores de un fracaso evidente del programa de tratamiento (Marlatt & Gordon, 1985).

c) Sesiones de tratamiento

Primera Sesión: Balance Decisional y Establecimiento de Metas

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Análisis de los resultados de los instrumentos
- Balance decisional
- Establecimiento de metas
- Introducción al análisis funcional

Segunda Sesión: Manejo de Problemas Relacionados con el Consumo de Cocaína

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Análisis funcional
- Situaciones de riesgo

Tercera sesión: Identificar y Enfrentar Pensamientos Asociados con el Consumo de Cocaína

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Identificar y enfrentar pensamientos sobre la cocaína

Cuarta sesión: Identificar y Enfrentar el Deseo de la Cocaína

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Identificar y enfrentar el deseo de la cocaína

Quinta sesión: Habilidades Asertivas de Rechazo

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Habilidades de rechazo y asertividad

Sexta sesión: Decisiones Aparentemente Irrelevantes

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Decisiones aparentemente irrelevantes

Séptima sesión: Solución de Problemas Sociales

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Solución de problemas
- Sesiones adicionales

Octava sesión: Reestablecimiento de Metas y Planes de Acción

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Probabilidad de recaídas y planes de acción
- Restablecimiento de metas
- Retroalimentación terapeuta-usuario, usuario-terapeuta

VII. Validación Social del Tratamiento

- Validación de metas
- Validación de procedimientos
- Validación de resultados

VIII. Seguimiento

- a) Las sesiones de seguimiento se hicieron al mes, tres y seis meses de haber dado de alta al usuario. El objetivo de estas sesiones era determinar el mantenimiento del cambio en el patrón de consumo y las consecuencias asociadas que se derivan de este cambio en el comportamiento adictivo.
- b) Al mes y a los tres meses se analizó el probable consumo (frecuencia y cantidad) de los usuarios a través del automonitoreo.
- c) A los seis meses también se analizó el probable consumo (frecuencia y cantidad) de los usuarios a través del automonitoreo. En esta última sesión también se volvió a aplicar el ISCD, el CACD, el CAD, los criterios del DSM IV y el cuestionario de preselección.

## RESULTADOS

## INTRODUCCIÓN

A continuación se muestran los resultados de esta investigación. Estos se dividirán en cuatro secciones generales. Estas cuatro partes corresponden a las fases que se siguieron en el tratamiento; además, el orden dentro de cada una de ellas corresponde al orden en que se fueron obteniendo los datos, por lo que puede parecer que se mezclan datos cuantitativos con datos cualitativos. La primera sección se refiere a las características de los usuarios que participaron en el tratamiento. La segunda describe los resultados generales de la investigación. En la tercera, solo como ejemplo, se comparan los resultados de tres participantes: el sujeto típico, el que obtuvo mejores resultados y el que obtuvo los resultados más desfavorables. En la cuarta, se describen los resultados de la validación social del tratamiento.

## I. CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS

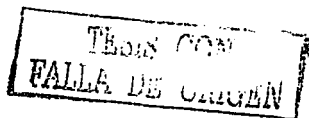
En el Modelo de Tratamiento Breve Cognoscitivo Conductual para Usuarios de Cocaína participaron 19 sujetos, los cuales completaron las 8 sesiones de tratamiento así como los seguimientos. A continuación se describen sus características.

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En la Tabla 16 se describen las principales características sociodemográficas (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación y situación laboral) de los sujetos que participaron en el programa de cocaína.

Tabla 16. Características sociodemográficas de los sujetos

Variable	Resultado
Edad	20 a 39 años $\bar{X}$ = 26 años
Educación	6 a 17 años $\bar{X}$ = 11.89 años
Estado civil	Soltero = 57.9 % Casado = 31.6 % Unión libre = 5.3 % Divorciado = 5.3 %
Ocupación	Trabaja = 84.2 % Estudia = 15.8 %
Tipo de empleo	Por su cuenta 22.22 % Ocasional = 33.33 % Permanente = 44.44 %
Situación laboral	Tiempo compl. = 57.9 % Medio tiempo = 21.1 % Por horas = 10.5 % Ocasional = 10.5 %





## OTRAS DROGAS

En la Tabla 17 se presenta el consumo de otras drogas, legales e ilegales, de los participantes. El alcohol es la sustancia que más consumen, seguido del tabaco. Entre las drogas ilegales que mencionan, la que más consumen es la marihuana, seguida del tiner. Otras drogas ilegales que mencionan haber consumido, pero únicamente como consumo experimental, está el peyote, los hongos, las anfetaminas, el LSD, entre otras.

Tabla 17. Consumo de otras drogas legales e ilegales de los participantes

Droga	Porcentaje de sujetos
Consumo alcohol	Si = 89.5 %
Consumo tabaco	Si = 31.6 %
Otras drogas	Marihuana = 68.4 % Tiner = 5.3 % Ninguna = 26.3 %

## CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE COCAÍNA ANTES DEL TRATAMIENTO

Tabla 18. Características de consumo antes del tratamiento

Variable	Resultado
Edad de inicio del consumo de coca	$\bar{X}$ = 20.68 13 a 35 años
Años de uso de cocaína	$\bar{X}$ = 5.74 1 a 17 años
Años de uso problemático	$\bar{X}$ = 2.95 1 a 5 años
Gasto semanal en coca	$\bar{X}$ = 706.84 pesos 30 a 3000 pesos
Mayor tiempo de abstinencia	$\bar{X}$ = 135.53 días 4 a 726 días
Participación previa en tratamientos	63.2 %
Vía de administración	Inhalada: 57.9 % Fumada: 42.1 %
Forma de presentación	Polvo: 57.9 % Piedra: 42.1 %
Percepción de severidad	Problema pequeño: 5.3% Problema medio: 21.1% Problema mayor: 31.6% Gran problema: 42.1%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la Tabla 18 se muestran las características de consumo de los participantes antes de iniciar el tratamiento. La edad de inicio del consumo de la coca fue 20.68 años; en promedio tienen 5.74 años consumiéndola, y casi tres años de uso problemático; en promedio gastaban poco más de seiscientos pesos a la semana para comprar la sustancia. El promedio de mayor tiempo de abstinencia fue de poco más de cuatro meses. El 63 % de los participantes había asistido anteriormente a otro tratamiento. El 58% consumían cocaína inhalada y el 42% la consumían fumándola en forma de crack. Y la mayoría (73.7%) consideraba su consumo como un gran problema o como un problema mayor.

**PROBLEMAS ASOCIADOS CON EL CONSUMO DE COCAÍNA**

En la Tabla 19 se muestran los problemas asociados con el consumo de la cocaína. Se puede observar que los daños más severos se asocian con los problemas afectivos y emocionales. Otros problemas también importantes son los daños físicos, los cognoscitivos, la agresión (sobre todo verbal), los problemas laborales y los financieros. En general, el problema menor se asocia con los problemas legales.

<b>Tabla 19. Problemas asociados con el consumo de cocaína</b>	
<b>Tipo de problema</b>	<b>Severidad</b>
Daño físico	Ninguno: 52.6% Medio: 36.8 Severo: 10.5
Daños cognoscitivos	Ninguno: 10.5 Menos de 5 ocasiones: 63.2 Mas de 5 ocasiones: 26.3
Problemas afectivos	Ninguno: 5.3 Medio: 57.9 Severo: 36.8
Problemas interpersonales	Ninguno: 5.3 Medio: 57.9 Severo: 36.8
Agresión	Ninguna: 47.4 Verbal: 42.1 Física: 10.5
Problemas laborales	Ninguno: 57.9 Amenaza de pérdida de trabajo: 15.8 Pérdida de trabajo: 26.3
Problemas legales	Ninguno: 89.5 Acusación: 10.5
Problemas financieros	Ninguno: 21.1 Medio: 36.8 Severo: 42.1

Tratamiento  
FALLA DE URGEN 114

MOTIVO DE CONSULTA

En la Tabla 20 se muestra el principal motivo de consulta de los sujetos que participaron en el tratamiento. El primer lugar de motivo de consulta lo ocupa la cocaína; es decir, lo que señalan los sujetos es que es el mismo consumo de la droga, que ya no pueden controlar, lo que los llevó a asistir a un tratamiento. El segundo lugar lo ocupan los problemas psicológicos; y en último, con el mismo porcentaje, lo ocupan los problemas familiares y los problemas laborales.

Tabla 20. Principal motivo de consulta para asistir al tratamiento

Motivo	Porcentaje de sujetos
Cocaína	73.7%
Problemas psicológicos	15.8%
Problemas familiares	5.3%
Problemas laborales	5.3%

CONSUMO EXCESIVO

En la Tabla 21 se presenta la principal situación de consumo excesivo de la sustancia. Las situaciones donde los sujetos reportaron mayor consumo fue la afectiva (es decir, que señalaron estar con un estado de ánimo negativo que los llevó a buscar una salida y que esta era normalmente el consumo) y la económica (que se refiere a traer dinero en efectivo en la bolsa). Otras situaciones de consumo excesivo fueron la misma cocaína (lo que quiere decir que los sujetos, una vez que habían iniciado el consumo, ya no podían controlarlo), o debido a algún problema familiar, social o laboral.

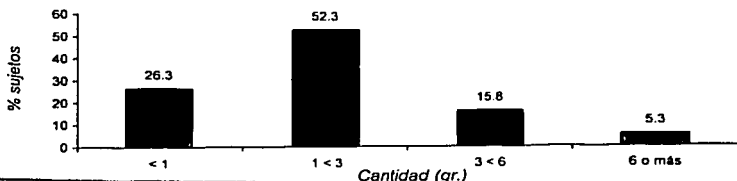
Tabla 21. Situación principal de consumo excesivo

Situación	% sujetos
Afectiva	21.1
Económica	21.1
Cocaína	15.8
Familiar	15.8
Social	15.8
Laboral	10.5

CANTIDAD DE CONSUMO

En la Figura 13 se muestra el patrón de consumo general antes del tratamiento. Se puede observar que la mayoría de los sujetos (78.6%) consumían en un rango de menos de 1 gramo a 3 gr. El resto de los sujetos (21.1%) consumían entre 3 gramos a más de 6 gramos.

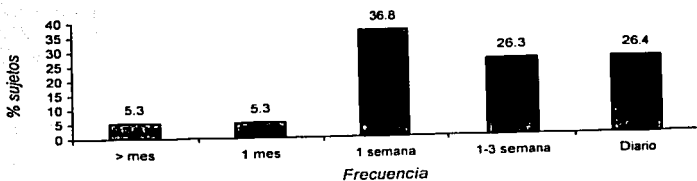
Figura 13. Patrón de consumo de cocaína por semana antes del tratamiento



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## FRECUENCIA DE CONSUMO

Figura 14. Frecuencia de consumo antes del tratamiento



Respecto a la frecuencia general de consumo antes del tratamiento, en la Figura 14 es posible observar que son menos los sujetos que consumen con una frecuencia de una vez al mes o menos; mientras que la mayoría consume entre una a tres veces a la semana. Un porcentaje relativamente grande de sujetos consume diario o más de una vez al día (26.4%).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

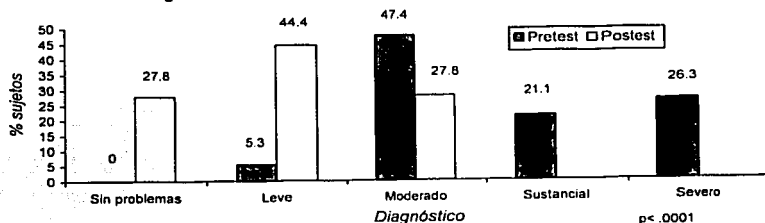
## II. RESULTADOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN

Los efectos del programa se determinaron mediante una serie de indicadores sobre el patrón de consumo de los participantes que fueron: el nivel de la problemática asociada a su consumo, la auto percepción de mejoría, el nivel de autoeficacia y la satisfacción con su calidad de vida. El funcionamiento de los sujetos, de acuerdo a estos indicadores, se comparó entre la fase de pretratamiento con la fase de seguimiento a los 6 meses de haber dado de alta al usuario.

### NIVEL DE DEPENDENCIA

El nivel de dependencia a la cocaína se determinó con base en la frecuencia de síntomas que comprenden el síndrome de dependencia a la cocaína. Se analizó este nivel de dependencia antes de iniciado el tratamiento y en el seguimiento. Las escalas usadas para medir este nivel de dependencia fueron el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD, De las Fuentes, Villalpando, Oropeza & Ayala, 2001) y los criterios de dependencia del DSM IV.

Figura 15. Resultados CAD en el pretest y en el postest.

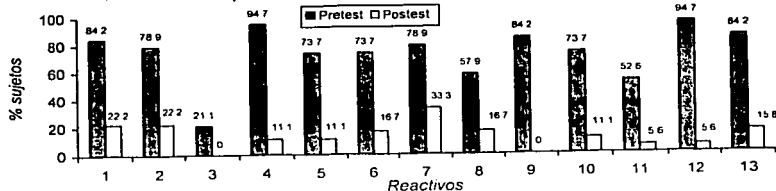


La Figura 15 muestra la distribución de los sujetos, de acuerdo a 5 niveles de consumo (sin problema, leve, moderado, sustancial y severo) antes y después del tratamiento. Se encontraron diferencias significativa entre ambas aplicaciones al emplear la prueba de Wilcoxon ( $W = 0$ ,  $p < .0001$ ). En esta figura se puede observar que al inicio del tratamiento, ningún sujeto reportó no tener problemas; sólo el 53.7% reportó tener problemas de leves a moderados, mientras que el resto, el 47.4% reportó tener un consumo de sustancial a severo. En el postest, el resultado cambió radicalmente, ya que ahora el 27.8% de los sujetos reportaron no tener problemas (cuestión que nadie había reportado antes del tratamiento), y el resto reportó un consumo de leve a moderado (72.2%); ningún sujeto reportó un diagnóstico de consumo sustancial o severo.

En la Figura 16 se puede observar el porcentaje de sujetos que presentaba un determinado síntoma de los criterios de abuso de cocaína del DSM IV (en la Tabla 22 se muestran los reactivos correspondientes). En el pretest se puede observar que los reactivos con mayor porcentaje de sujetos son el reactivo 4, que señala que se consume la droga a pesar de tener problemas sociales; y en el reactivo 12, que indica que el consumo ha llevado a reducir problemas importantes. Los otros reactivos tienen aproximadamente el mismo porcentaje de respuesta, excepto el reactivo 3, que indica que el sujeto ha tenido problemas legales por el consumo. En el postest se puede observar una reducción muy importante en todos los reactivos, respecto al porcentaje de sujetos que presentan ese determinado síntoma. La reducción más importante se puede observar en el reactivo 4, en el reactivo 12 (mencionados anteriormente) y en el reactivo 9, que señala que el sujeto consumía cantidades mayores a las que se pretendía. En todos los demás reactivos también se puede observar una reducción muy importante del porcentaje de sujetos con ese determinado síntoma. Entonces, estos resultados muestran

que entre el pretest y el postest hay una reducción significativa del porcentaje de sujetos con ese determinado síntoma.

**Figura 16. Porcentaje de sujetos que presentan determinado síntoma antes y después del tratamiento respecto a los Criterios de Abuso de Cocaína del DSM IV**

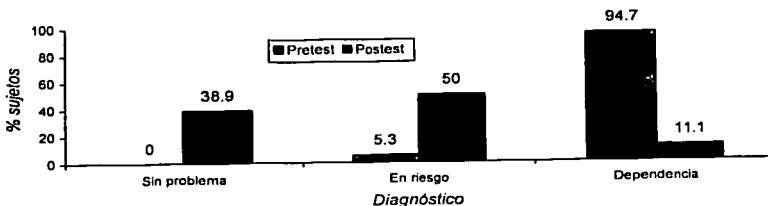


**Tabla 22. Reactivos de los Criterios de Abuso de Cocaína del DSM IV**

- | Reactivo  |
|---|
| 1. Conducta irresponsable por el consumo                  |
| 2. Consumo en situaciones peligrosas                      |
| 3. Problemas legales por el consumo                       |
| 4. Consumir a pesar de tener problemas sociales           |
| 5. Necesidad de consumir cantidades mayores               |
| 6. El efecto disminuye con el consumo continuado          |
| 7. Malestar físico y psicológico al detener el consumo    |
| 8. Consumir para aliviar el malestar físico y psicológico |
| 9. Consumir cantidades mayores a la que se pretendía      |
| 10. Esfuerzos ineficaces para controlar el consumo        |
| 11. Utiliza mucho tiempo relacionado con la sustancia     |
| 12. Reducción de actividades importantes                  |
| 13. Consume a pesar de tener problemas importantes        |

En la Figura 17 se muestra el porcentaje de sujetos con un determinado diagnóstico de dependencia del DSM IV. Esta figura señala que en el pretest, no había ningún sujeto diagnosticado como sin problemas con el consumo de la cocaína, muy pocos en riesgo y la gran mayoría se diagnosticaron con dependencia (94.7%). El postest indica que al final del tratamiento ya es posible diagnosticar a un gran porcentaje de sujetos como sin problemas (38.9%) o en riesgo de dependencia (50%), y disminuyó importantemente el número de sujetos con dependencia, de un 94.7% a un 11.1%.

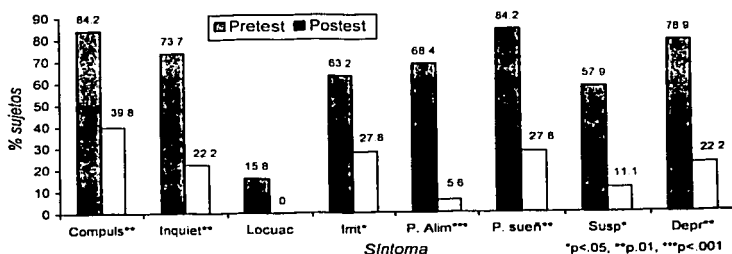
**Figura 17. Diagnóstico de dependencia de los criterios del DSM IV**



FALLA DE CUBIERTA

En la Figura 18 se muestran los resultados del Cuestionario de Preselección antes y después del tratamiento. Se puede observar que en el postest todos los síntomas disminuyeron de forma importante. En el pretest, los reactivos más altos fueron el de compulsión por usar la droga y el de problemas de sueño; a estos siguieron el de depresión e inquietud física. En el postest, en todas las escalas hubo una disminución importante del número de sujetos con ese determinado síntoma. Al evaluarlos con la  $\chi^2$ , todas las diferencias fueron significativas, por lo menos al  $p < .05$ , excepto el síntoma de locuacidad, que no lo fue, pero esto debido a que desde el pretest salió muy bajo el porcentaje de sujetos que reportó este síntoma. En el reactivo donde se observa la mayor diferencia fue en el ítem de problemas alimentarios, que disminuyó con una significancia menor a .0001.

Figura 18. Porcentaje de sujetos que afirmaron tener determinados síntomas del Cuestionario de Preselección antes y después del tratamiento



En la Tabla 23 se presentan las abreviaturas (y sus significados) utilizadas en la Fig. 18, respecto a los síntomas del cuestionario de preselección.

Tabla 23. Síntomas del Cuestionario de preselección

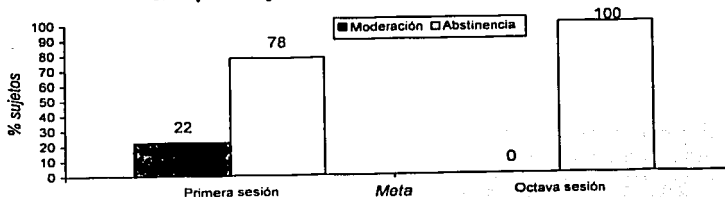
Abreviatura	Concepto completo
Compuls	Compulsión por usar la droga
Inquiet	Inquietud física
Locuac	Locuacidad
Irrit	Irritabilidad
P. Alim	Problemas alimentarios
P. Sueñ	Problemas de sueño
Susp	Suspensión
Depr	Depresión

#### META DE TRATAMIENTO

En la primera sesión de tratamiento los sujetos tuvieron la oportunidad de seleccionar su meta de tratamiento. Durante el tratamiento podían seleccionar entre la meta de abstinencia o de moderación; y siempre se les recomendaba, como meta final, la abstinencia (aunque siempre tenían la opción de escoger la moderación). Esta es una estrategia motivacional que puede ayudar a fortalecer el compromiso al cambio de los usuarios del programa. Como se puede ver en la Figura 19, antes del tratamiento el 22% de los sujetos señaló que tenía como meta la moderación, y el 78% a la abstinencia; en cambio, al final del tratamiento ningún sujeto señaló como meta la moderación, es decir, el 100% escogió como meta para los siguientes seis meses a la abstinencia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Figura 19. Porcentaje de sujetos que seleccionaron determinada meta en la primera y en la última sesión del tratamiento



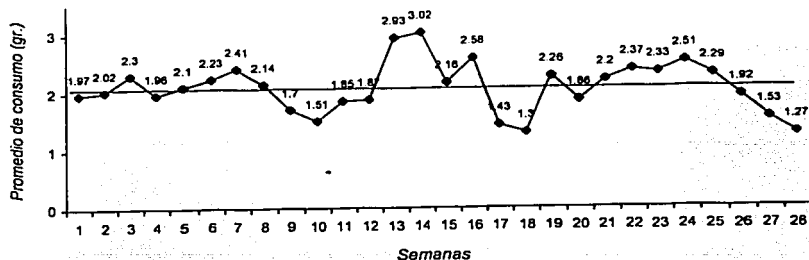
### IMPACTO DEL TRATAMIENTO

La determinación del impacto del tratamiento se llevó a cabo al comparar el patrón de consumo de los sujetos a través de tres fases: antes de iniciarlo (línea base retrospectiva), durante las diez sesiones (evaluación y tratamiento, auto registro de tratamiento) y durante el seguimiento a los seis meses (auto registro de seguimiento).

#### Línea base retrospectiva

La línea base se obtuvo en la sesión de evaluación. Durante la sesión se solicitó a los sujetos que recordaran la cantidad y la frecuencia de consumo de cocaína durante los últimos seis meses (en el caso de esta investigación, se hizo para las 28 semanas previas a entrar a tratamiento). En la línea base retrospectiva se observó un promedio general de consumo de 2.07 gr por semana (ver línea de la Figura 20), en un rango individual que varió de 0 a 15 gr (que no se muestra en la Figura, ya que solo están los promedios). También se puede observar que el promedio de consumo varió de manera importante en estos seis meses, ya que hubo ocasiones donde solo consumieron 1.27 gr por semana, pero en otras consumieron hasta 3.02 gr por semana.

Figura 20. Promedio de consumo y línea de tendencia de los usuarios durante las 28 semanas de línea base.



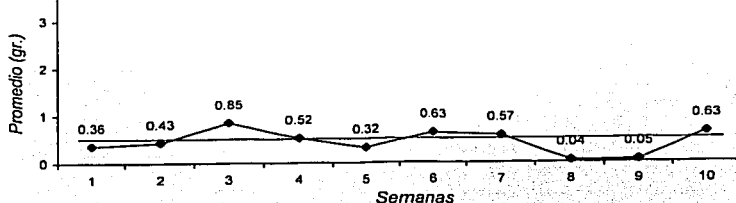
TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR



Auto registro del consumo

El auto registro de consumo se obtuvo durante todo el tratamiento (10 sesiones). Se les dio a los participantes un cuadernillo de registro donde diariamente tenían que señalar (entre otros datos) si habían o no consumido la sustancia, y la cantidad de consumo (en gramos). El auto registro inició durante la primera sesión de evaluación y se mantuvo hasta finalizar el tratamiento (sesión 8). En el auto registro se observó un promedio de consumo de 0.44 gr. por semana (ver línea de la Figura 21), en un rango que varió de 0 a 10 gr. El menor promedio registrado fue de 0.04 gr, mientras que el mayor fue de 0.85 gr.

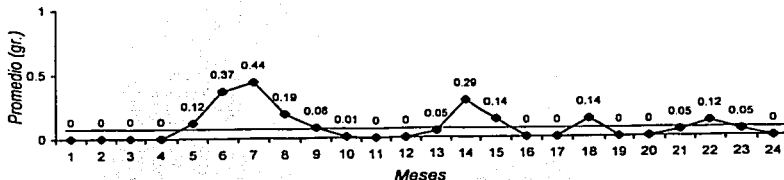
Figura 21. Promedio de consumo durante las 10 sesiones de tratamiento



Seguimiento

Las sesiones de seguimiento se hicieron al mes, a los tres y a los seis meses de haber terminado el tratamiento. Durante ellas, se registró el consumo de la sustancia del usuario. Este auto registro del seguimiento inició una vez que se daba de alto al consumidor y se registró hasta el seguimiento hecho a los seis meses. En el auto registro (ver Figura 22) se observó un promedio general de consumo de 0.08 gr. por semana, en un rango que varió de 0 a 4 gr. En este caso, el promedio de consumo varió de 0.44 gr a 0 gr por semana. Además se puede observar que hay una ligera disminución en los picos del consumo conforme va transcurriendo el tiempo.

Figura 22. Promedio de consumo durante los 6 meses de seguimiento



Comparación entre la línea base, el auto registro y el auto registro de seguimiento

En la Figura 23 se muestra la media de consumo y el promedio general de consumo de los participantes durante la línea base, el tratamiento y el seguimiento. El promedio total obtenido en la línea base fue de 2.07gr, durante el tratamiento fue de 0.44 gr y durante el seguimiento fue de 0.08 gr. A través

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de la inferencia visual se puede observar que el consumo disminuye drásticamente de la primera a la segunda y a la tercera fase, aunque es más clara la diferencia que hay entre la línea base y el tratamiento. No obstante, también es clara la reducción del consumo entre el tratamiento y el seguimiento.

Por otro lado, se llevó a cabo un análisis de varianza de una vía para observar si existían diferencias significativas en las tres fases del programa (línea base, tratamiento y seguimiento), en cuanto al promedio de consumo del grupo de consumidores. Con esta prueba se encontraron diferencias significativas entre las tres condiciones ( $F_{2, 55} = 18.082, p < .0001$ ). Al mismo tiempo, para observar exactamente entre que condiciones había diferencias significativas se llevó una prueba de Tukey. Se encontró que entre la línea base contra el autorregistro y el seguimiento, sí hubo diferencias significativas ( $p < .0001$ ); en cambio, no se encontraron diferencias significativas entre las fases del autorregistro y el seguimiento.

Figura 23. Comparación entre el promedio de consumo semanal en la línea base, tratamiento y seguimiento, además de la línea de tendencia y las líneas de promedio general de consumo.

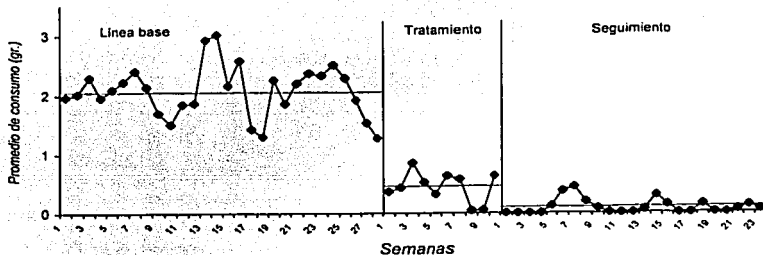
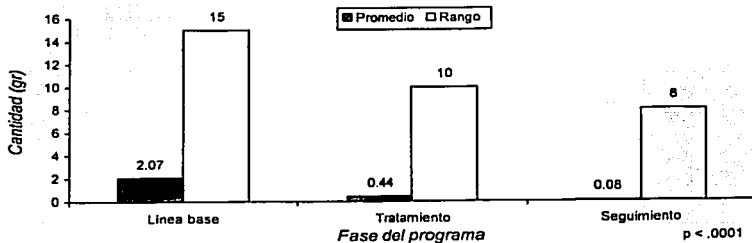


Figura 24. Promedio y rango de consumo de cocaína durante las fases de línea base, tratamiento y seguimiento

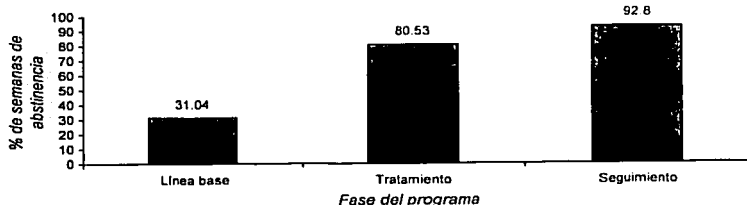


TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

En la Figura 24 se puede observar el promedio y rango de consumo en las tres fases del programa: línea base, tratamiento y seguimiento. Puede prestar atención que en las tres fases hay una reducción muy importante del consumo de la droga. Ya se comentó, en los párrafos anteriores, la reducción relacionada con el promedio. Respecto al rango, podemos ver que también se reduce sustancialmente la cantidad de coca consumida por ocasión de consumo. En la línea base los sujetos consumían hasta 15 gr de cocaína por ocasión de consumo, pero esta cantidad disminuye, en el tratamiento, a 10 gr y en el seguimiento a 8 gr.

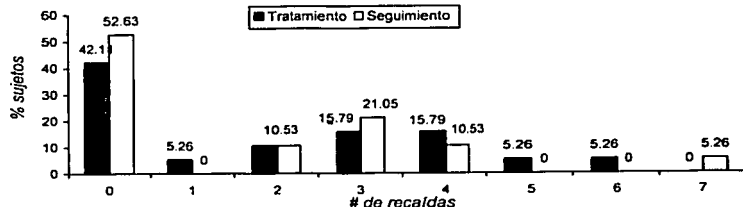
En la Figura 25 se muestra el porcentaje de semanas de abstinencia durante las tres fases del programa. Por inferencia visual se puede observar un aumento importante entre las tres fases del programa; aunque es claro que se da un mayor aumento de semanas de abstinencia entre la fase de línea base y la fase de tratamiento, ya que en la primera el porcentaje fue de 31.04 semanas y en el tratamiento aumentó a 80.53 semanas; es decir, aumentó casi un 50% la abstinencia de los consumidores.

Figura 25. Porcentaje de semanas de abstinencia durante las tres fases del programa



En la Figura 26 se puede observar el porcentaje de sujetos y el número de recaídas durante el tratamiento y durante el seguimiento. Es importante tener en cuenta que es menor el tiempo del tratamiento (diez semanas) que el del seguimiento (que son 24 semanas). Se puede observar que en el seguimiento, hubo una disminución importante en el número de recaídas, comparándolos con los datos del tratamiento, lo que indica, que hubo un aumento en el número de semanas de abstinencia en todos los sujetos.

Figura 26. Porcentaje de sujetos y número de recaídas durante el tratamiento y el seguimiento



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## OTROS INDICADORES

Otros indicadores que en la literatura se recomiendan y que se deben emplear para evaluar el impacto del tratamiento, son aquellos que describen el auto reporte de los usuarios en relación a su satisfacción con su estilo de vida, las consecuencias o problemas ocasionados por su forma de consumo, la apreciación de la severidad de su problemática y la percepción global de mejoría como resultado de su participación en el programa de tratamiento (Sobell, Sobell & Gavin, 1995). A continuación se evalúan estas situaciones.

## Evaluación de la Autoeficacia

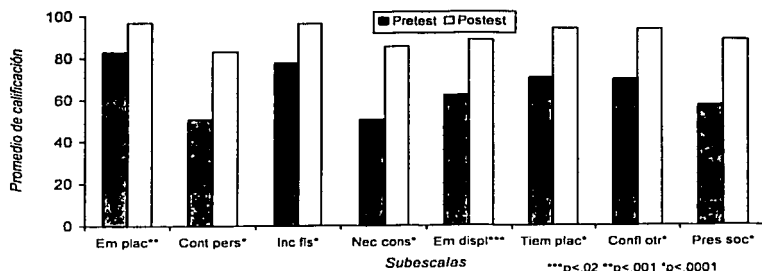
Uno de los objetivos centrales del tratamiento fue buscar que los usuarios del tratamiento aumentaran su confianza o la autoeficacia para controlar su consumo en aquellas situaciones de riesgo donde normalmente se presentaban los episodios de consumo excesivo. Para determinar el grado de autoeficacia ante las situaciones de riesgo, se utilizó el Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD, ver Figura 27) y el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD, ver Figura 28); ambos se aplicaron al inicio del tratamiento y durante el seguimiento. En la Tabla 24 se presenta el significado de las abreviaturas usadas para señalar las subescalas de ambos instrumentos. Es necesario observar que ambos cuestionarios tienen las mismas subescalas. Además, es importante tomar en cuenta que para el CACD, entre más alto sea el resultado de la subescala, significa que el usuario tiene más confianza a resistirse a consumir la cocaína en esa determinada situación. Y en cambio, en el ISCD es lo contrario, ya que entre más bajo sea el resultado obtenido en determinada subescala, significa que el sujeto consumió, durante el año pasado, en menos situaciones relacionadas con el consumo de drogas. Entonces, se espera que el sujeto obtenga en el seguimiento, altas calificaciones en el CACD y bajas calificaciones en el ISCD.

**Tabla 24. Subescalas del CACD y del ISCD**

Abreviatura	Concepto completo
Em plac	Emociones placenteras
Cont pers	Prueba de control personal
Inc fis	Incomodidad física
Nec cons	Necesidad de consumo
Em displ	Emociones displacenteras
Tiem plac	Tiempo placentero con otros
Conf. otr	Conflicto con otros
Pres soc	Presión social de consumo

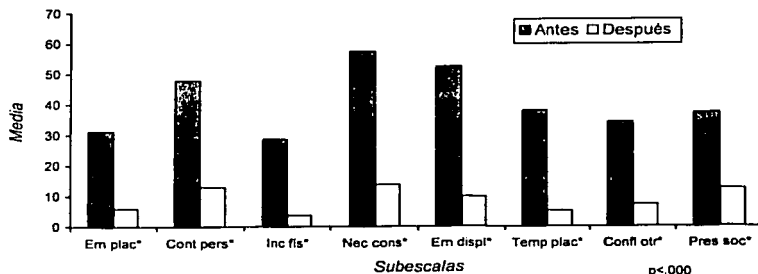
En la figura 27 se puede observar que, en comparación a los puntajes obtenidos al inicio del tratamiento en el CACD, hubo un aumento en la autoeficacia en las 8 categorías de autoconfianza en el seguimiento a seis meses. Los cambios en el nivel de autoeficacia, como resultado de la participación de los sujetos, mostraron ser significativos al aplicar la prueba T para muestras apareadas. Las subescalas que mostraron un resultado más significativo fueron la relacionada con el control personal, incomodidad física, necesidad de consumo, tiempo placentero con otros, conflicto con otros y presión social, ya que obtuvieron una  $p < .0001$ ; la subescala de emociones placenteras alcanzó una  $p < .001$ ; y la subescala menos significativa fue la de emociones displacenteras.

Figura 27. Índice de mejoría en el pretest y postest del Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD)



En la Figura 28 se observó que también, en comparación a los puntajes obtenidos al inicio del tratamiento, en el seguimiento a seis meses han disminuido las ocho subescalas del ISCD, es decir, de las situaciones más frecuentes de consumo de cocaína, entonces, el sujeto consumió en menos situaciones después del tratamiento que antes del mismo. Este resultado revela que todas las subescalas de este instrumento mostraron ser significativos al aplicar la prueba T para muestras apareadas, con una  $p<.0001$ . Por lo tanto, se puede afirmar que aumentó el nivel de autoeficacia para poder controlar el consumo de la droga, como resultado de la participación de los sujetos en el tratamiento.

Figura 28. Índice de mejoría en el pretest y postest del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

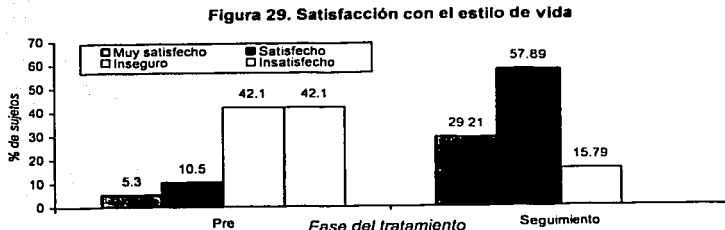


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EVALUACIÓN FINAL

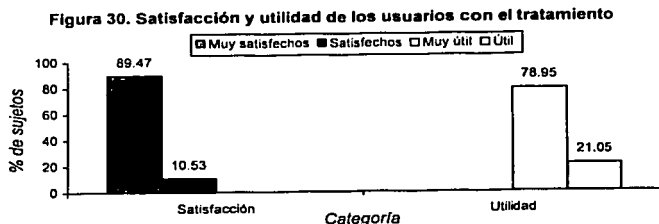
Satisfacción con el estilo de vida actual

Respecto a la satisfacción con el estilo de vida (ver Figura 29) un 84.2% de los sujetos reportaron estar inseguros o insatisfechos con su estilo de vida antes del tratamiento. Sólo el 5.3% señaló estar muy satisfecho, y un 10.5% indicó estar satisfecho. Se observó un cambio importante como resultado del tratamiento, ya que durante el seguimiento hecho a los 6 meses ningún sujeto señaló estar insatisfecho. Además, el porcentaje de sujetos muy satisfechos aumentó a 29.21%, mientras que el porcentaje de sujetos satisfechos aumentó a 57.89%. Sólo un 15.79% indicó estar inseguro respecto a la satisfacción de su estilo de vida.



Satisfacción y utilidad del tratamiento

Para evaluar la satisfacción con el tratamiento y su utilidad, se pidió a todos los usuarios que terminaron la fase de tratamiento que lo calificaran. El cuestionario para recabar esta información pedía a los sujetos que examinaran tanto al tratamiento en general como a los diversos componentes usados en cada una de las sesiones, mediante una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta. Los resultados se muestran en la Figura 30, la que permite observar que un 89.47% de los usuarios está muy satisfecho con los resultados obtenidos durante el programa, mientras que un 10.53% se encuentran satisfechos. En términos de utilidad, el 78.95% lo calificó como muy útil y el 21.05% restante lo calificó como útil, al ayudarlos a resolver su problema con la cocaína. Estos resultados nos señalan opiniones muy favorables respecto a la satisfacción y a la utilidad del tratamiento.



En la Tabla 25 se pueden observar la evaluación final que hace el usuario del servicio durante la última sesión de tratamiento. En ella puede ver que en general los pacientes evaluaron positivamente

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

todos los aspectos analizados. Un porcentaje muy grande de los sujetos señalaron estar muy satisfechos con el programa (93.8%); que la calidad del servicio proporcionado en el programa fue o excelente (68.8%) o muy buena (25%), y muy pocos que era simplemente buena (6.2%); que el tiempo ocupado fue correcto (12.5%) o medianamente correcto (81.3%), y solo el 6.2% indicó que era poco; respecto a los componentes de autocontrol del programa están muy satisfechos (56.2%), medianamente satisfechos (18.8%) o satisfechos (25%); que en general las tareas trabajadas durante el tratamiento fueron muy útiles (62.5%), medianamente útiles (31.3%) y útiles (6.2%); acerca de la dificultad de las mismas, la mayoría señalaron que eran medianamente fáciles (43.8%) o fáciles (25%), el 12.5% indicó que eran muy fáciles, mientras que el 6.2% señaló que eran poco fáciles y el 12.5% que eran nada fáciles; en lo tocante a la utilidad del autorregistro, mencionaron que era muy útil (56.3%), medianamente útil (18.8%), útil (18.8%) y muy pocos que era poco útil (6.2%); respecto al clima del programa, la mayoría señaló estar muy satisfecho (81.3%), y solo algunos estar medianamente satisfechos (12.5%) o satisfecho (6.2%). Por último, la mayoría opinó que el programa ayudó mucho a solucionar su problema (87.5%), mientras que solo el 12.5% indicó que ayudó medianamente a solucionarlo.

**Tabla 25. Evaluación del programa por el usuario en la última sesión**

Variable	Porcentaje de sujetos
Satisfacción con el programa	Muy satisfecho: 93.8% Medianamente satisfecho: 6.2%
Calidad de los servicios	Excelente: 68.8% Muy buena: 25% Buena: 6.2%
Tiempo ocupado	Lo correcto: 12.5% Medianamente correcto: 81.3% Poco: 6.2%
Autocontrol del programa	Muy satisfecho: 56.2% Medianamente satisfecho: 18.8% Satisfecho: 25%
Utilidad de las tareas	Muy útiles: 62.5% Medianamente útiles: 31.3% Útiles: 6.2%
Dificultad de las tareas	Muy fáciles: 12.5% Medianamente fáciles: 43.8% Fáciles: 25% Poco fáciles: 6.2% Nada fáciles: 12.5%
Utilidad de los registros	Muy útiles: 56.3% Medianamente útiles: 18.8% Útiles: 18.8% Poco útiles: 6.2%
Clima del programa de tratamiento	Muy satisfecho: 81.3% Medianamente satisfecho: 12.5% Satisfecho: 6.2%
Ayudó a solucionar su problema	Ayudó mucho: 87.5% Ayudó medianamente: 12.5%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la Tabla 26 se presentan los datos que hay de la evaluación que hace el usuario sobre el desempeño del terapeuta en el tratamiento. Se puede observar que en todos los rubros salió evaluado muy positivamente. Tocante a la satisfacción con el terapeuta, la gran mayoría mencionó estar muy satisfecho (93.8%), y solo algunos estar satisfechos (6.2%); acerca de la calidad de los servicios la mayoría indicó que fue excelente (68.8%), algunos indicaron que fue muy buena (25%) y muy pocos señalaron que fue buena (6.2%); en cuanto al ambiente del programa prácticamente todos señalaron estar muy satisfechos (93.8%), y muy pocos estar simplemente satisfechos (6.2%); y finalmente, el 100% de los pacientes indicaron estar muy satisfechos respecto a su relación con el terapeuta.

Variable	Porcentaje de sujetos
Satisfacción con el terapeuta	Muy satisfecho: 93.8% Satisfecho: 6.2%
Calidad de los servicios	Excelente: 68.8% Muy buena: 25.00% Buena: 6.2%
Ambiente en el programa	Muy satisfecho: 93.8% Satisfecho: 6.2%
Rapport con el terapeuta	Muy satisfecho: 100%

Otros resultados relacionados con el seguimiento

Ya en otros apartados anteriores se muestran algunos de los resultados del seguimiento. En este sólo se mencionan algunos otros datos que pueden resultar de interés. En la Tabla 27 se presentan otros datos obtenidos en el seguimiento a seis meses. El primer reactivo pregunta sobre si los sujetos han revisado el material, y el 94.4% señalan que si lo han hecho. El 55.6% indica que durante el seguimiento, han podido cumplir la meta que se habían propuesto (que es la de abstinencia). El 66.7% señala que durante este período, han tenido por lo menos una recaída. El promedio que se menciona es de 2.22 ocasiones, en un rango que va de 0 a 12 gr por ocasión de consumo. El promedio general de consumo que se menciona es de 1.78 gr por ocasión.

**Tabla 27. Otros reactivos del formato de seguimiento a seis meses**

Reactivo	Dato
Revisar el material	Si = 94.4 %
Cumplimiento de meta	Si = 55.6 %
Recaídas	Si = 66.7 %
Cuántas veces	$\bar{X}$ = 2.22 ocasiones
Consumo aproximado	$\bar{X}$ = 1.78 gr

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



### III. COMPARACIÓN DEL MEJOR CASO, DEL CASO TÍPICO Y DEL PEOR CASO

En este apartado se muestran los resultados de los casos extremos (más positivo y más negativo) y del caso típico. La elección de los tres casos se realizó con base en la media de consumo de la línea base, del tratamiento y del seguimiento. El mejor caso fue el sujeto que tuvo el menor número de consumos en las tres fases de tratamiento; está representado por el sujeto # 8. Por caso típico entendemos aquél sujeto que estuvo más cerca de la media de consumo en las tres fases del tratamiento; está representado por el sujeto # 18. Por el peor caso entendemos aquél que tuvo el consumo más fuerte en las mismas tres fases; está representado por el sujeto #17. Se hacen los mismos análisis que en el apartado anterior.

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS TRES CASOS

Datos sociodemográficos

Tabla 28. Características sociodemográficas de los sujetos

Variable	Resultado
Sexo	Mejor: hombre Típico: mujer Peor: hombre
Edad	Mejor: 24 Típico: 26 Peor: 36
Educación	Mejor: Bachillerato Típico: Licenciatura Peor: Bachillerato
Estado civil	Mejor: Soltero Típico: Soltero Peor: Casado
Ocupación	Mejor: Estudiante Típico: Estudiante Peor: Trabajador
Tipo de empleo	Mejor: sin empleo Típico: por su cuenta Peor: permanente
Situación laboral	Mejor: sin empleo Típico: por horas Peor: tiempo completo
Con quien vive	Mejor: familia nuclear Típico: familia nuclear Peor: familia nuclear
Ingresos	Mejor: 3 000 pesos Típico: 6 000 pesos Peor: 9 000 pesos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la Tabla 28 se describen las principales características sociodemográficas (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación) de los casos prototípicos. Respecto al mejor caso, era hombre, tenía 24 años, estudió hasta bachillerato, era soltero, estudiante, vivía con su madre (sus padres eran divorciados) y sus ingresos aproximados eran de 3000 pesos. Con relación al caso típico, era mujer, tenía 26 años, estaba buscando titularse, era soltera, básicamente estudiante (ya que trabajaba muy pocas horas), vivía con su familia y tenía un ingreso aproximado de 6 000 pesos. Acerca del peor caso, era hombre, de 36 años, casado, con bachillerato, trabajador (encargado en una biblioteca), vivía con su familia y su ingreso era aproximadamente de 9 000 pesos.

Características del consumo de cocaína antes del tratamiento

<b>Tabla 29. Características de consumo antes del tratamiento</b>	
<b>Variable</b>	<b>Resultado</b>
Edad inicia consumo de coca	Mejor: 18 Típico: 16 Peor: 32
Años de uso de cocaína	Mejor: 4 Típico: 10 Peor: 4
Años de uso problemático	Mejor: 3 Típico: 5 Peor: 3
Vía de administración	Mejor: fumada Típico: inhalada Peor: fumada
Forma de presentación	Mejor: piedra Típico: polvo Peor: piedra
Gasto semanal en coca	Mejor: 200 Típico: 1 000 Peor: 2 000
Mayor tiempo de abstinencia	Mejor: 180 días Típico: 90 días Peor: 20 días
Participación previa en tratamientos	Mejor: sí Típico: no Peor: sí
Percepción de severidad	Mejor: un problema mayor Típico: un problema mayor Peor: un gran problema

En la Tabla 29 se muestran las características de consumo de los participantes antes de iniciar el tratamiento. El mejor caso inició el consumo a los 18 años, llevaba cuatro años consumiendo la cocaína, con tres años de consumo problemático, gastaba aproximadamente 200 pesos semanales en la sustancia, su mayor tiempo de abstinencia habían sido seis meses (precisamente antes de entrar al tratamiento, ver Figura 31), antes había estado en un anexo de AA, normalmente consumía crack, y

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sentía que tenía un problema mayor con la droga. El caso típico inició el consumo de cocaína en polvo a los 16 años, y llevaba 10 años consumiéndola, con cinco años de uso problemático, gastaba aproximadamente 100 semanales en ella, su mayor tiempo de abstinencia era de 90 días (por un viaje a Europa), no había participado en ningún otro tratamiento relacionado con sustancias y percibía su consumo como un problema mayor. El peor caso inició su consumo a los 32 años, inició consumiendo polvo pero poco tiempo después consumía crack, tenía 4 años con su consumo, con tres años de consumo problemático, semanalmente gastaba 2 000 pesos en la sustancia, su mayor tiempo de abstinencia habían sido 20 días, y caracterizaba su situación como un gran problema.

#### Otras drogas

En la Tabla 30 se presenta el consumo de otras drogas, legales e ilegales, de estos tres participantes. El mejor caso no consumía ni alcohol ni tabaco; en cambio, el típico y el peor sí consumían alcohol y tabaco. Entre las drogas ilegales que mencionan, los tres habían consumido marihuana. Otras drogas ilegales que mencionan haber consumido, pero únicamente como consumo experimental, está el peyote, los hongos, las anfetaminas, el LSD, entre otras.

**Tabla 30. Consumo de otras drogas legales e ilegales de los tres participantes**

Droga	Porcentaje de sujetos
Consumo alcohol	Mejor: no Típico: sí Peor: sí
Consumo tabaco	Mejor: no Típico: sí Peor: sí
Otras drogas	Mejor: inhalables, marihuana. Típico: anfetaminas, marihuana, hongos, LSD, peyote. Peor: marihuana, hongos.

#### Consumo excesivo

En la Tabla 31 se presenta la principal situación de consumo excesivo. El mejor sujeto señalaba como su mayor situación de riesgo el hecho de traer dinero en efectivo en a mano. Las situaciones donde el sujeto típico y el peor sujeto reportaron de mayor consumo era cuando ya estaban consumiendo la cocaína y no eran capaces de detener su consumo, por lo que señalaban que la misma droga hacía que consumieran más.

**Tabla 31. Situación principal de consumo excesivo**

Sujetos	Situación
Mejor	Traer dinero
Típico	Cocaína
Peor	Cocaína

#### Problemas asociados con el consumo de cocaína

En la Tabla 32 se muestran diferentes tipos de problemas asociados con el consumo de la cocaína. Se puede observar que los tres reportan haber tenido problemas afectivos e interpersonales. Otros problemas que reportan alguno de ellos son los daños físicos, los cognoscitivos, la agresión verbal, los problemas laborales y los financieros. Ninguno de los tres reporta haber tenido problemas legales.

**Tabla 32. Problemas asociados con el consumo de cocaína**

Tipo de problema	Severidad
Daño físico	Mejor: severo Típico: ninguno Peor: ninguno
Daños cognoscitivos	Mejor: ninguno Típico: leve Peor: leve
Problemas afectivos	Mejor: mayor Típico: menor Peor: ninguno
Problemas interpersonales	Mejor: menor Típico: menor Peor: menor
Agresión	Mejor: abuso verbal Típico: abuso verbal Peor: ninguno
Problemas laborales	Mejor: ninguno Típico: amenaza de pérdida Peor: pérdida de trabajo
Problemas legales	Mejor: ninguno Típico: ninguno Peor: ninguno
Problemas financieros	Mejor: ninguno Típico: leve Peor: severo

#### RESULTADOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN DEL MEJOR CASO, DEL CASO TÍPICO Y DEL MÁS DESFAVORABLE

##### Nivel de dependencia

La Tabla 33 muestra el diagnóstico de consumo de cocaína de acuerdo al Cuestionario de Abuso de Drogas antes del tratamiento. En esta tabla se puede observar que sólo el mejor sujeto obtuvo un diagnóstico de moderado, mientras que el sujeto típico y el peor sujeto obtuvieron un diagnóstico de consumo sustancial.

**Tabla 33. Resultados CAD en el pretest y en el postest.**

Sujeto	Diagnóstico
Mejor	Moderado
Típico	Sustancial
Peor	Sustancial

En la Tabla 34 se muestran los resultados del cuestionario de preselección en el pretest y en el postest. Se puede observar que en el postest se modificaron positivamente algunos de los síntomas que

los usuarios señalaron al inicio del tratamiento. En el caso del mejor sujeto, se puede observar que al inicio del tratamiento, reportaba haber tenido compulsión por usar la droga, inquietud, locuacidad, irritabilidad, problemas alimentarios y problemas de sueño; en el seguimiento reportó que todos estos síntomas habían desaparecido. En el caso del sujeto típico, señaló que antes del tratamiento tenía compulsión, irritabilidad, problemas alimentarios, problemas de sueño y depresión, todos debidos al consumo de la droga; en el seguimiento señaló que ya no presentaba ninguno de estos síntomas. Por último, con relación al peor sujeto, antes del tratamiento indicó que tenía compulsión por usarla, inquietud física, irritabilidad, problemas de sueño y depresión; de estos síntomas, los únicos que permanecieron en el seguimiento a seis meses fueron la compulsión por usarla, la inquietud física y la irritabilidad.

**Tabla 34. Reactivos de preselección en el pre y el postest**

Síntoma	Sujeto	Pre	Post
Compulsión	Mejor:	si	no
	Típico:	si	no
	Peor:	si	si
Inquietud	Mejor:	si	no
	Típico:	no	no
	Peor:	si	si
Locuacidad	Mejor:	si	no
	Típico:	no	no
	Peor:	no	no
Irritabilidad	Mejor:	si	no
	Típico:	si	no
	Peor:	si	si
P. alimentarios	Mejor:	si	no
	Típico:	si	no
	Peor:	no	no
P. sueño	Mejor:	si	no
	Típico:	si	no
	Peor:	si	no
Suspiciacia	Mejor:	no	no
	Típico:	no	no
	Peor:	no	no
Depresión	Mejor:	no	no
	Típico:	si	no
	Peor:	si	no

Meta de tratamiento

Como se puede ver en la Tabla 35, los tres sujetos eligieron la meta de la abstinencia antes y después del tratamiento.

**Tabla 35. Elección de metas de tratamiento (al inicio y al final)**

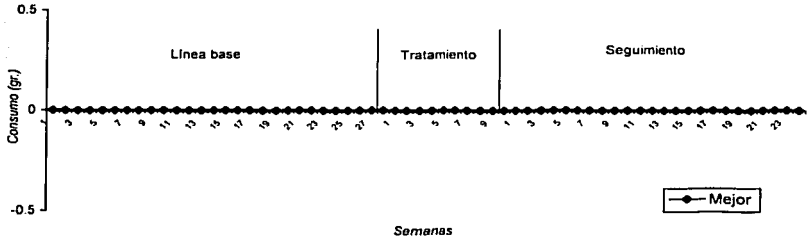
Sujeto	Meta pre	Meta post
Mejor	Abstinencia	Abstinencia
Típico	Abstinencia	Abstinencia
Peor	Abstinencia	Abstinencia

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Impacto del tratamiento

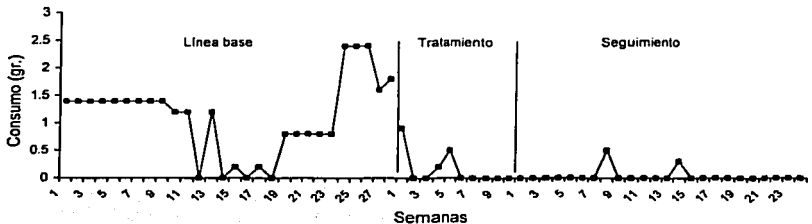
Se analiza individualmente el patrón de consumo de los tres sujetos en las tres fases del programa: durante la línea base, durante el tratamiento y durante el seguimiento a los seis meses.

Figura 31. Comparación entre el promedio de consumo en la línea base, tratamiento y seguimiento del mejor sujeto



En la Figura 31 se puede observar el promedio de consumo del mejor participante durante la línea base, el tratamiento y el seguimiento. Este usuario había tenido un consumo muy fuerte de cocaína antes de los seis meses que se muestran en la línea base. De hecho, registraba una dependencia severa a esta sustancia. Ocho meses antes de la línea base estuvo en un anexo, donde duró dos meses. Su salida del anexo coincide con el inicio del registro de línea base. Aproximadamente un mes antes de entrar a nuestro programa de tratamiento, sentía que ya no podía controlar el deseo del consumo de la cocaína, razón por la cual pidió cita en el Centro de Servicios Psicológicos. En esta figura es posible ver que el sujeto no consumió cocaína en ninguna de las fases del programa (ojo, ver que la ordenada va de -0.5 y llega hasta 0.5 gramos de consumo), a pesar de que en ocasiones el deseo de consumo era sumamente fuerte.

Figura 32. Comparación entre el promedio de consumo en la línea base, tratamiento y seguimiento del sujeto típico



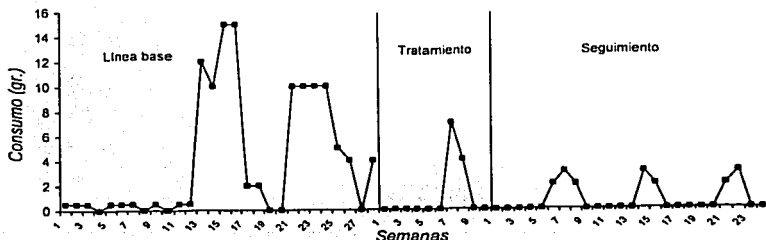
En la Figura 32 se puede observar el promedio de consumo del caso típico durante la línea base, el tratamiento y el seguimiento. A través de la inferencia visual se puede observar que el consumo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

disminuye drásticamente durante las tres fases, aunque es más clara la diferencia entre la línea base y el tratamiento; no obstante, es más clara la reducción del consumo entre el tratamiento y el seguimiento. Además, es posible observar que la línea de tendencia tiene una pendiente muy pronunciada en esta figura. Hay que observar que la ordenada va de  $-0.5$  a 3 gramos de consumo de la cocaína.

En la Figura 33 se puede observar el promedio de consumo del peor sujeto durante la línea base, el tratamiento y el seguimiento. A través de la inferencia visual se puede observar que el consumo disminuye drásticamente durante las tres fases, aunque es más clara la diferencia entre la línea base y el tratamiento; pero durante el tratamiento y seguimiento no es tan clara la diferencia. Hay que observar que la ordenada va de 0 a 16 gramos de consumo de la cocaína.

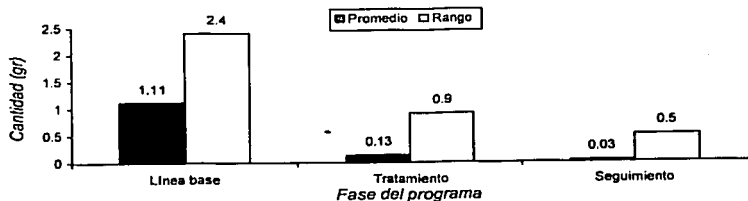
Figura 33. Comparación entre el promedio de consumo en la línea base, tratamiento y seguimiento del peor sujeto



Frecuencia de consumo

Respecto a la frecuencia general de consumo antes del tratamiento, en la Figura 34 se muestra el promedio y el rango de consumo del sujeto típico. En esta figura se muestra que tanto el promedio como el rango de consumo disminuyeron tanto en la fase de tratamiento como en la fase de seguimiento. No se muestran los datos del mejor sujeto debido a que no tuvo ningún consumo en ninguna de las tres fases.

Figura 34. Promedio y rango de consumo de cocaína durante las fases de línea base, tratamiento y seguimiento del sujeto típico

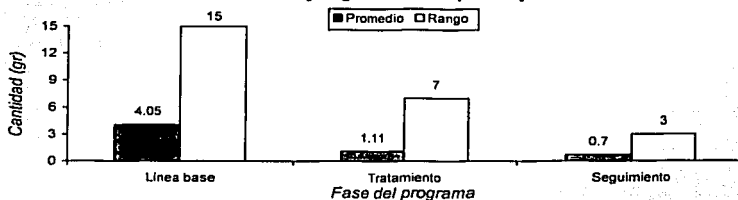


En la Figura 35 se muestra el promedio y el rango de consumo del peor sujeto. En esta figura se puede observar que hubo una drástica disminución en el promedio de consumo y en el rango consumido

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

de la línea base al tratamiento. Ambos indicadores también disminuyeron de la fase de tratamiento a la de seguimiento.

**Figura 35. Promedio y rango de consumo de cocaína durante las fases de línea base, tratamiento y seguimiento del peor sujeto**

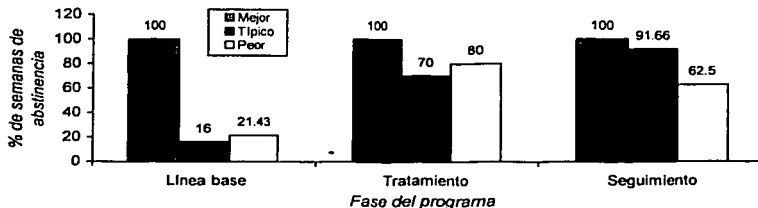


En la figura 36 se puede prestar atención al porcentaje de semanas de abstinencia durante las tres fases del programa de los tres sujetos. El mejor sujeto permaneció abstinentemente durante las tres fases. El sujeto típico aumentó de manera muy importante el porcentaje de semanas de abstinencia de la línea base al tratamiento; del periodo de tratamiento al seguimiento también aumentó el porcentaje de abstinencia. El caso del peor sujeto fue diferente. Aumentó el porcentaje de abstinencia de la línea base al tratamiento, aunque disminuyó de esta segunda fase al seguimiento.

**Evaluación de la Autoeficacia**

Respecto al aumento de la autoeficacia para controlar el consumo de la sustancia, se encontró que en el CACD (ver Figura 37) los tres sujetos aumentaron su autoconfianza del pretest al postest. El mayor aumento se observó en el mejor sujeto y en el sujeto típico, mientras que en el peor sujeto se observó también un gran aumento. Estos resultados pueden señalar que los sujetos sienten que pueden controlar de mejor manera el consumo de drogas en varias situaciones que normalmente son de mucho riesgo para los consumidores de cocaína.

**Figura 36. Porcentaje de semanas de abstinencia durante las tres fases del programa de los tres sujetos**



Con relación en el aumento de la confianza para controlar el consumo de la sustancia en determinadas situaciones de riesgo, se encontró que en el ISCD (ver Figura 38) los tres sujetos

TRABAJAR CON  
FALLA DE URGEN



disminuyeron de manera importante el número de situaciones en las cuales consumieron la droga en el periodo que va del pretest al postest. Este resultado puede indicar que los tres sujetos mejoraron su autoeficacia en una gran cantidad de situaciones que podían ser problemáticas y que probablemente no podían controlarlas.

Figura 37. Pretest y postest de la calificación general del Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas

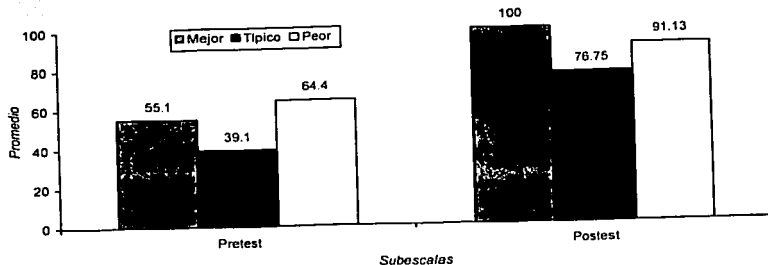
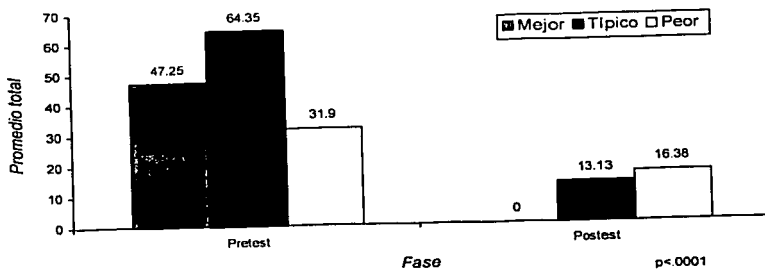


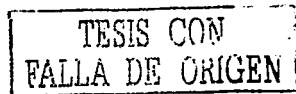
Figura 38. Pre y post del promedio total del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas



### EVALUACIÓN FINAL

#### Satisfacción con el programa de tratamiento

En la evaluación que hicieron los tres usuarios al final del tratamiento (ver Tabla 36), señalaron que en general están muy satisfechos con el programa y que los servicios fueron de entre excelentes y buenos. Respecto al mejor sujeto, señaló que el tiempo ocupado por el programa fue medianamente correcto, que estaba muy satisfecho con los componentes de autocontrol del programa, que estuvo muy satisfecho con el terapeuta asignado, que las tareas le resultaron muy útiles, aunque no eran nada fáciles, que los registros le resultaron muy útiles, que estaba muy satisfecho con el clima del programa y



que este ayudó mucho a solucionar su problema. Por su parte, el sujeto típico señaló que el tiempo ocupado por el programa fue el correcto, que estuvo satisfecho con los componentes de autocontrol, que estuvo satisfecho con el terapeuta, que las tareas le resultaron muy útiles y muy fáciles, que los registros también fueron muy útiles, que estuvo muy satisfecho con el ambiente del tratamiento y que este modelo le ayudó mucho a solucionar el problema con la coca. El peor sujeto señaló que el tiempo ocupado por el programa fue el correcto, respecto a los componentes de autocontrol estar medianamente satisfecho, aunque estuvo muy satisfecho con su terapeuta, que las tareas le resultaron muy útiles y medianamente fáciles, que los registros le resultaron medianamente útiles, que estuvo muy satisfecho con el ambiente en el programa y que el tratamiento le ayudó mucho a solucionar su problema.

**Tabla 36. Aspectos evaluados por el usuario al final del tratamiento**

Variable	Evaluación
Satisfacción con el programa	Mejor: muy satisfecho Típico: muy satisfecho Peor: muy satisfecho
Calidad de los servicios	Mejor: excelente Típico: buena Peor: excelente
Tiempo ocupado	Mejor: medianamente correcto Típico: correcto Peor: correcto
Autocontrol del programa	Mejor: muy satisfecho Típico: satisfecho Peor: medianamente satisfecho
Satisfacción con el terapeuta	Mejor: muy satisfecho Típico: satisfecho Peor: muy satisfecho
Utilidad de las tareas	Mejor: muy útiles Típico: muy útiles Peor: muy útiles
Dificultad de las tareas	Mejor: nada fáciles Típico: fáciles Peor: medianamente fáciles
Utilidad de los registros	Mejor: muy útiles Típico: muy útiles Peor: medianamente útiles
Ambiente del tratamiento	Mejor: muy satisfecho Típico: muy satisfecho Peor: muy satisfecho
Ayudó a solucionar su problema	Mejor: ayudó mucho Típico: ayudó mucho Peor: ayudó mucho

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## SEGUIMIENTO

En la Tabla 37 se presentan otros datos obtenidos en el seguimiento a seis meses del mejor sujeto, del sujeto típico y del peor sujeto. Los tres sujetos señalan que si han revisado el material; dos de ellos (el sujeto típico y el peor sujeto) indican que durante el seguimiento no han podido (en algunas ocasiones), cumplir la meta de abstinencia que se habían propuesto, ya que si han tenido recaídas.

**Tabla 37. Otros reactivos del formato de seguimiento a seis meses**

Reactivo	Dato
Revisar el material	Mejor: si Típico: si Peor: si
Cumplimiento de meta	Mejor: si Típico: no Peor: no
Recaídas	Mejor: no Típico: si Peor: si
Cuántas veces	Mejor: cero Típico: 2 veces Peor: 5 veces
Consumo aproximado	$\bar{X}$ mejor: 0 gr $\bar{X}$ típico: 0.4 gr $\bar{X}$ peor: 2.5 gr

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### IV. VALIDACIÓN SOCIAL DEL TRATAMIENTO

Es necesario que para evaluar la efectividad de un programa de tratamiento se incorporen procedimientos que permitan recabar juicios valorativos de carácter subjetivo por parte de los usuarios (Wolf, 1988; Fulgencio, 1996). Se ha recomendado que tales juicios deben evaluar la importancia clínica de las conductas sujetas a tratamiento, la aceptabilidad del procedimiento específico de cambio conductual utilizado y la satisfacción general con los resultados obtenidos por el tratamiento (Schwartz & Baer, 1991).

Una estrategia que se propone como respuesta a la necesidad de validar los resultados obtenidos en los programas de tratamiento es la validación social (Kazdin, 1977; Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza & Ayala, 2002). Esta forma de evaluación es un medio necesario para demostrar la utilidad social de la investigación aplicada y representa un paso importante para poder contar con una visión integral de lo que comprende la efectividad de un programa y de hacer estos más responsivos a las necesidades de la comunidad (Braukman, Fixsen, Kirigin, Phillips, Phillips & Wolf, 1974). Para tal fin, deben considerarse tres elementos fundamentales (Fulgencio & Ayala, 1996):

- Validación de metas. Permite considerar si las conductas meta del tratamiento son realmente útiles para la vida del usuario y su mejor desempeño. Por lo tanto identifica si los programas de tratamiento toman en cuenta la modificación de conductas socialmente importantes. Por ello, las metas deben evaluarse por su importancia y aceptabilidad.
- Validación de procedimientos. Se evalúa si los usuarios consideran que las estrategias de tratamiento son aceptables, e investiga las variables que pueden influir en ellas.
- Validación de resultados. Toma en consideración si los usuarios están satisfechos con el cambio producido por el tratamiento, incluyendo aquellos no previstos al inicio.

En la presente investigación se evaluaron estos tres elementos del tratamiento. Para lo cual, se desarrollaron 10 instrumentos: uno para evaluar las metas de tratamiento, que se aplicó al final de la primera sesión de evaluación; ocho para evaluar el procedimiento, uno para cada una de las sesiones de tratamiento, que se aplicaron al final de las mismas; y uno para evaluar los resultados, que se aplicó al final de la última sesión de tratamiento. Cada instrumento constó de entre 10 y 16 reactivos (dependiendo del número de aspectos a evaluar). Cada reactivo tenía cinco opciones de respuesta, que son las siguientes: 1: mucho, 2: un poco, 3: moderadamente, 4: bastante y 5: nada. A continuación se presentan los resultados obtenidos en las metas, procedimientos y resultados.

#### VALIDACIÓN SOCIAL DE METAS

Generalmente, la respuesta con el número 5 es la más positiva (la más deseable), a menos que el reactivo y la barra correspondiente tengan un asterisco, lo que indica que la respuesta más positiva es el número 1.

En la figura 39 se puede observar el promedio alcanzado en cada uno de los reactivos del instrumento sobre las metas de tratamiento. En la tabla 38 se presentan los reactivos correspondientes a las barras de la figura 39. Todos los reactivos (excepto el 2) tienen como respuesta más positiva la opción # 5. En el caso del reactivo 2, la respuesta más positiva es el # 1. El promedio de las respuestas a estos reactivos es de 4.35, lo que indica que en general, los sujetos estaban entre bastante satisfechos y muy satisfechos con las metas del programa.

Figura 39. Resultados de la validación social sobre las metas del tratamiento.

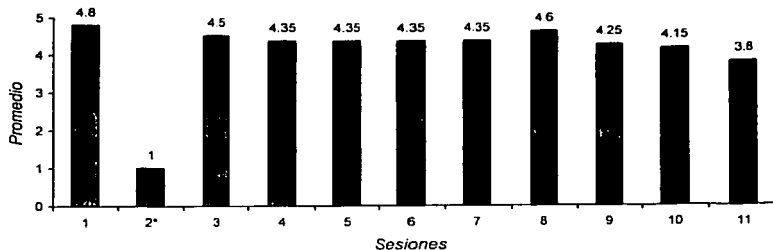


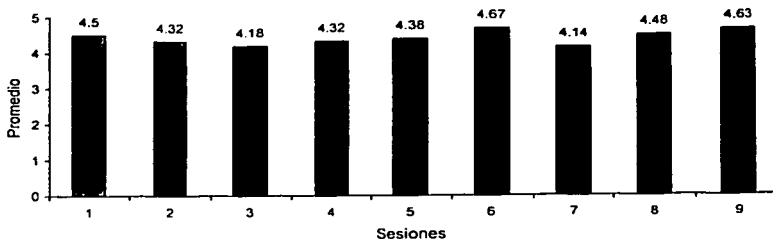
Tabla 38. Reactivos del instrumento sobre metas de tratamiento

#	Reactivo
1.	¿Está de acuerdo en que el problema por el que solicitó el servicio es el principal objetivo del tratamiento?
2.*	¿Siento que la meta escogida del tratamiento fue impuesta por el terapeuta?
3.	¿Considera que este tratamiento le ayudará a resolver su problema con el consumo de cocaína?
4.	¿Se le explicó bien en qué consiste el tratamiento completo?
5.	¿Entendió bien en qué consiste el tratamiento completo?
6.	¿Este tratamiento está realmente enfocado a modificar su manera de consumo de cocaína?
7.	¿Está de acuerdo en la forma que se pretende llevar a cabo este tratamiento?
8.	¿Considera que el terapeuta tiene la capacidad para llevar a cabo este tratamiento?
9.	¿Tanto usted como el terapeuta están de acuerdo que este es el tratamiento apropiado para su problema?
10.	¿Piensa que este tratamiento tiene grandes posibilidades de éxito?
11.	¿Se consideraron otras opciones de tratamiento para su problema?

Validación social de procedimientos generales

En la figura 40 se puede observar el promedio alcanzado, en los reactivos comunes de los ocho instrumentos de validación social, del procedimiento seguido en las ocho sesiones de tratamiento. En la tabla 35 se presentan los reactivos correspondientes a las barras de la figura 40.

Figura 40. Resultados sobre la validación social del procedimiento del tratamiento en los reactivos comunes a los ocho instrumentos.



TESIS SOBRE  
FALLA DE ORIGEN

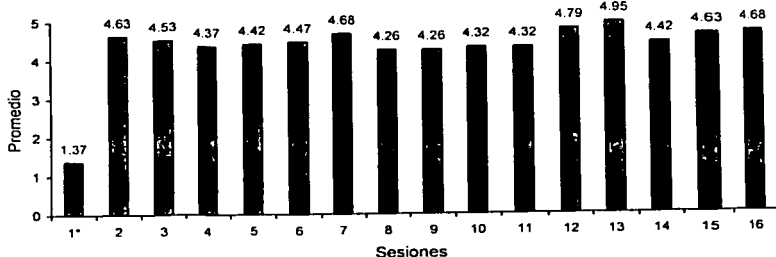
En estos instrumentos, todos los reactivos tienen como respuesta más favorable la opción de respuesta # 5. El promedio de las respuestas a estos reactivos es de 4.40; también esta respuesta muestra que, en general, los sujetos se ubican entre bastante satisfechos y muy satisfechos con los procedimientos utilizados en el tratamiento de las sesiones 1 a la sesión 8.

**Tabla 39. Reactivos comunes de las ocho sesiones relacionados con los procedimientos del tratamiento**

#	Reactivo
1.	¿Está de acuerdo en que el problema por el que solicitó el servicio es el principal objetivo del tratamiento?
2.	¿Considera que las actividades realizadas durante la sesión N le ayudan a resolver su problema de cocaína?
3.	¿Cómo se sintió durante la sesión N?
4.	¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumir?
5.	¿Qué tanto le gustó la sesión?
6.	¿Cree que el trabajo realizado durante la sesión le origine otros problemas relacionados con el de la cocaína?
7.	¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá en otras áreas en las que tenga algún problema?
8.	¿El desempeño de su terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?
9.	¿Considera que tuvo la suficiente información para realizar las tareas de la sesión?

En la figura 41 se puede observar el promedio alcanzado en los reactivos relacionados con los resultados del tratamiento. En la tabla 40 se presentan los reactivos correspondientes a las barras de la Figura 41. Cabe señalar que este instrumento se aplicó al finalizar la última sesión de tratamiento, ya que era el momento de evaluar los resultados alcanzados hasta ese momento.

**Figura 41. Validación social de los resultados del tratamiento.**



En este instrumento, el reactivo 1 tiene como opción de respuesta más positiva la #1, y todos los reactivos tienen como respuesta más favorable la opción de respuesta # 5. El promedio de las respuestas a estos reactivos es de 4.52; lo que señala que, en general, los sujetos decidieron que están entre bastante satisfechos y muy satisfechos con los resultados alcanzados al finalizar el programa de tratamiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

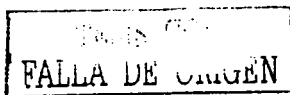
**Tabla 40. Reactivos del instrumento sobre resultados del tratamiento**

#	Reactivo
1*	¿Considera que las metas establecidas al inicio hayan cambiado al concluir la terapia?
2.	¿Después de recibir el tratamiento, los problemas respecto a su forma de consumir cocaína han mejorado?
3.	¿Con este tratamiento, ha disminuido mi consumo de cocaína?
4.	¿Gracias al tratamiento recibido, puedo evitar recaer en el consumo de cocaína?
5.	¿Puedo controlar y enfrentar mis pensamientos sobre cocaína?
6.	¿Actualmente puedo controlar y enfrentar mejor mi deseo de la cocaína?
7.	¿He adquirido la habilidad de rechazar de mejor manera cualquier ofrecimiento de cocaína?
8.	¿Reconozco las posibles decisiones aparentemente irrelevantes relacionadas con el consumo de cocaína?
9.	¿Evito tomar decisiones aparentemente irrelevantes relacionadas con el consumo de cocaína?
10.	¿Me siento capaz de enfrentar cualquier problema relacionado con el consumo de cocaína?
11.	¿Me siento capaz de dar solución a cualquier problema relacionado con el consumo de cocaína?
12.	En términos generales considero que el tratamiento es
13.	¿Cómo calificaría el trato proporcionado por el terapeuta?
14.	¿Cómo calificaría la preparación profesional del terapeuta?
15.	¿Recomendaría a otras personas este tratamiento?
16.	¿Este tratamiento fue adecuado para resolver mi problema con el consumo de cocaína?

VALIDACIÓN SOCIAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CADA SESIÓN

**Tabla 41. Resultados de la validación social de los procedimientos de cada una de las 8 sesiones de tratamiento.**

Sesión	Reactivos	Opciones de respuesta (-)				
		(+)	M	B	Mod	Un p
1	Utilidad del balance decisional	30	55	10	5	
2.	Necesidad de establecer metas	55	35	5		5
1	Utilidad de establecer metas	55	45			
2	Utilidad de la montaña de la recuperación	50	45	5		
2	Identificar precipitadores ayuda a resolver el problema	65	25	10		
2	Utilidad de conocer las consecuencias del consumo	75	20		5	
2	Analizar situaciones de riesgo ayuda a prevenir recaídas	50	50			
3	Identificar pensamientos ayuda a resolver el problema	60	35	5		
3	Enfrentar pensamientos ayuda a resolver el problema	50	45	5		
3	Plantear metas a 3 meses ayuda a resolver el problema	45	55			
3	Comunicarse con alguien ayuda a resolver el problema	35	45	10	10	
4	Identificar disparadores ayuda a resolver el problema	80	20			
4	Las estrategias de enfrentamiento ayudan a ...	70	20	5	5	
4	El registro del deseo	60	25	10	5	
5	Analizar las situaciones de ofrecimiento de cocaína ay...	35	50	10	5	
5	Practicar respuestas asertivas ayuda a resolver el pr...	45	35	10	5	5
5	Dar respuestas asertivas ayuda a resolver el problema	30	55	10		5
5	Los pasos para evitar el acceso ayudan a resolver ...	40	40	10	10	
6	Utilidad de identificar las DAI	50	45	5		
6	Identificar las DAI me ayuda a resolver mi problema	60	40			
7	Utilidad de las estrategias de solución de problemas	45	35	20		
8	Utilidad de reevaluar las metas	45	45	5	5	
8	Utilidad de reestablecer las metas	55	35	10		
8	Utilidad de realizar planes de acción	75	25			
Media		52.5	38.54	6.04	2.3	0.62



En la Tabla 41 se pueden observar los resultados sobre las tareas y los ejercicios que los usuarios debían trabajar en cada una de las sesiones de tratamiento. En la columna "opciones de respuesta" se muestran las opciones que los sujetos tenían para evaluar cada reactivos, siendo M = mucho, B = bastante, Mod = moderado, Un p = un poco y N = nada; la respuesta más positiva era M (que equivale a 5 puntos) y la más negativa era N (que equivale a 1 punto). Los puntajes representan el porcentaje de sujetos que señalaron esa respuesta. Al final de la tabla se muestran las medias del porcentaje de respuestas de todos los reactivos en cada una de las opciones. Se puede observar que la mayoría de los puntajes obtenidos sobre la validación de los procedimientos, caen en la respuesta más positiva.



## DISCUSIÓN

### INTRODUCCIÓN

En este capítulo, se presentan las conclusiones generales de la investigación. Se evalúan los resultados, la eficacia del programa, los componentes, se discuten las limitaciones y se hacen sugerencias para futuros estudios.

### CONCLUSIÓN GENERAL

Los resultados de este estudio empírico, respecto a la aplicación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual, muestran que hubo cambios importantes y significativos en el patrón de consumo de cocaína en prácticamente todo el grupo de consumidores, quienes presentaban niveles bajos, medios y altos de dependencia a la sustancia. Estos cambios se manifestaron, durante el tratamiento, en un mayor número de días en que permanecieron abstemios (comparados con la línea base) y, en general, cuando fue el caso, en un consumo más moderado o de poco riesgo en aquellas ocasiones en que consumieron la sustancia. Estas modificaciones parecen mantenerse a lo largo de un periodo de por lo menos 6 meses posteriores al término del programa de tratamiento (que es el tiempo que duró el seguimiento). Los cambios en el patrón de consumo estuvieron acompañados por un aumento en el nivel de confianza (auto-eficacia) para poder abstenerse o controlar la cantidad y la frecuencia de consumo de la droga, por la reducción en el número y tipo de problemas (asociados al uso de la sustancia) que deben enfrentar en su vida personal, así como por una sensación de mejoría en su calidad de vida, derivada de la percepción de que han experimentado un progreso importante en la solución de su problema de consumo de la droga.

### CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Este tratamiento se probó con 19 sujetos (18 hombres y una mujer), cuyas edades estaban en un rango de edad que iba de los 20 a los 39 años ( $M = 26$ ). Participaron sujetos solteros y casados. La mayoría trabajaba tiempo completo. La educación máxima fue licenciatura, aunque el promedio era de bachillerato. Una buena proporción de ellos consumía alcohol y marihuana, y sólo algunos consumían tabaco. La edad promedio del inicio de consumo de la coca era casi 21 años. En promedio tenían poco menos de 6 años de consumir la droga, con cerca de tres años de consumo problemático. En promedio gastaban 700 pesos semanales en cocaína. La media de mayor tiempo de abstinencia era de 175 días. El 63% había participado en algún tratamiento para drogas (normalmente en alcoholicos anónimos). El 58% consumía la cocaína en forma de polvo y el restante porcentaje como piedra (crack). La mayoría de los sujetos percibía su consumo de la droga como un problema mayor o como un gran problema. Las áreas problema que más se reportaban eran la cognoscitiva, afectiva, social y financiera. La principal razón por la cual asistían al tratamiento era por su incapacidad para controlar su consumo de la cocaína. Las situaciones en las cuales consumían excesivamente eran por tener problemas afectivos o por traer dinero en efectivo. Estas fueron las características generales de los sujetos que participaron en el tratamiento y con los cuales se probó el modelo. En la siguiente sección se examinan los resultados generales de la intervención.

### INDICADORES DE RESULTADOS

En este apartado, se examinan los indicadores que evalúan la efectividad del tratamiento, tal como la modificación en el nivel de dependencia de la droga, el cambio en los síntomas, las metas de consumo así como las modificaciones en el patrón de consumo (frecuencia y cantidad).

Respecto al nivel de dependencia de los participantes, se encontró una diferencia significativa entre el pre y el postest. Se observó que al inicio del tratamiento la mayoría obtenía un diagnóstico en el

CAD de moderado, sustancial o severo; situación que cambió en el postest, donde el diagnóstico se transformó a sin problemas en el consumo, consumo leve o moderado. Este resultado se puede interpretar como que este modelo de tratamiento ayudó a disminuir la severidad de la dependencia de la droga.

Acercas de a los síntomas evaluados antes y después por el cuestionario de preselección, se pudo observar que hubo diferencias significativas en todos los reactivos, excepto en el que se refiere a la locuacidad. Las diferencias en este reactivo no fueron significativas debido a que desde el inicio, muy pocos sujetos presentaban este síntoma, que, sin embargo, en el postest ya ningún sujeto la presentó. Con estos datos, es posible señalar que el tratamiento fue efectivo para disminuir de manera importante muchos de los síntomas asociados con el consumo de esta sustancia.

Con relación a las metas de consumo, al inicio del tratamiento el sujeto podía elegir, entre la moderación o la abstinencia, la meta que quería trabajar durante el tratamiento. Los resultados muestran que la mayoría de los sujetos eligieron la abstinencia como meta durante el tratamiento, y unos pocos eligieron a la moderación. En el tratamiento se sugería firmemente que la meta final fuera la abstinencia, aunque siempre podían elegir a la moderación. En la última sesión, todos los sujetos eligieron como meta de consumo para los siguientes seis meses a la abstinencia. Este resultado muestra que, en algún momento durante el tratamiento, los sujetos que al inicio se hablan decidido por la moderación, al final se decidieron por la abstinencia. Probablemente se dieron cuenta de que la moderación no era una meta viable, por la dificultad que comporta moderar el consumo de la droga.

Un indicador fundamental para evaluar la efectividad de cualquier modelo de tratamiento para consumidores de sustancias es la disminución del patrón de consumo. En ese sentido, en esta investigación se utilizó el diseño de caso único (con réplicas), con el objetivo de evaluar los posibles cambios en el consumo (en un continuo temporal que abarcaba la línea base, el tratamiento y el seguimiento) en el mismo sujeto, siendo él mismo su propio control. Además, con este diseño se buscaba identificar la relación funcional del tratamiento (VI) con el patrón de consumo (VD) en cada sujeto, replicando este proceso en 18 ocasiones.

Un procedimiento que se utiliza para evaluar los cambios con este tipo de diseño es a través de la inferencia visual (Baer, Wolf & Risley, 1968). Si los resultados del tratamiento son significativos, las diferencias entre antes y durante o después del tratamiento deben ser claramente evidentes por inferencia visual. Hay tres lineamientos para llevar a cabo este análisis (Barlow & Hersen, 1988, citado en Martínez, 2003):

- a) Observar si el nivel de conducta durante la línea base se traslapa con el nivel de la intervención, o con el nivel del seguimiento.
- b) Analizar si la línea de tendencia se modifica de la línea base al tratamiento o al seguimiento.
- c) La media de la línea base debe ser visualmente diferente de la media del tratamiento o de la media del seguimiento.

En el caso de esta investigación, se contrastaron los resultados obtenidos en la línea base con los del tratamiento y con los del seguimiento. Se halló una clara disminución (por inspección visual) en la frecuencia y cantidad de consumo de cocaína, de la fase de línea base a la de tratamiento, y de esta a la de seguimiento, en prácticamente todos los sujetos que participaron. Además, a través de un anova de una vía, se observaron diferencias significativas entre las tres condiciones. La prueba de Tukey señaló que había diferencias significativas entre la línea base y el tratamiento y el seguimiento, pero no entre el tratamiento y el seguimiento. Por lo tanto, estos resultados demuestran que con la asistencia al tratamiento, todos los sujetos disminuyeron claramente su consumo. Incluso, en el caso más desfavorable, se observó una disminución muy pronunciada del consumo una vez que el sujeto entró al tratamiento. También hay una disminución importante del tratamiento al seguimiento, aunque esa diferencia es menos pronunciada que entre las fases anteriores; este resultado puede indicar que los cambios se mantienen durante el tratamiento y el seguimiento. Con estos resultados, es posible afirmar que el responsable de los cambios en el patrón de consumo es el tratamiento.

Respecto al promedio general de consumo en cada una de las fases del tratamiento (línea base, tratamiento y seguimiento), podemos observar que hubo una disminución importante de una a otra, tanto de la frecuencia como de la cantidad. De la línea base al tratamiento el consumo disminuyó de 2.07 gr a 0.44 gr; y del tratamiento al seguimiento, disminuyó de 0.44 gr a 0.08 gr. También hubo una disminución respecto al rango de la cantidad consumida, ya que de la línea base al tratamiento se redujo de 15 a 10 gr (en el caso de los sujetos que más consumían), y al seguimiento se redujo a 8 gr. Es probable que estas diferencias en promedio en cada una de las tres fases se deban a la participación de los consumidores en el tratamiento.

El seguimiento se considera como un aspecto importante para continuar los esfuerzos de rehabilitación del consumidor, al mismo tiempo que señala la efectividad a largo plazo del tratamiento. Los hallazgos en esta investigación son los suficientemente robustos para probar que el tratamiento es efectivo, en el sentido en que todos los sujetos alcanzaron por lo menos 4 semanas de abstinencia continua (30 días) durante los seis meses de seguimiento. De hecho, las tasas de abstinencia aumentaron de 31.04% (en promedio) en la línea base a 92.8% en el seguimiento; es decir, aumentó un 60%. Estudios previos con este tipo de tratamiento también han encontrado esas tasas de abstinencia (Maude-Griffin, Hohenstein, Humfleet, Reilly, Tusell & Hall, 1998) una vez que concluye el programa.

Respecto a los resultados obtenidos con peor sujeto, se puede señalar que al revisar su perfil inicial (el sujeto con mayores ingresos de los tres, casado, de mayor edad, etc.), uno podría pensar que tendría un pronóstico muy favorable respecto al tratamiento. Y si observamos sus resultados podemos observar que no es así. El principal problema por el cual recayó de manera tan fuerte es su relación con el consumo de alcohol. En su familia su padre y varios de sus hermanos tienen diagnóstico de alcohólicos, y de hecho el paciente también se le diagnosticó alcoholismo en años anteriores; además, vive y trabaja en un ambiente lleno de disparadores relacionados con el consumo de la droga. El reporta que cuando está en presencia del alcohol y consume, inmediatamente se le dispara el deseo por el consumo de la cocaína. Si no ha consumido alcohol puede controlar este deseo; cuando consume alcohol se vuelve incapaz de controlar el deseo, pierde su autocontrol e inmediatamente busca la manera de consumir la cocaína. Además, en el

## RELACIÓN CON OTROS ESTUDIOS

Estos resultados son comparables a los resultados de otros modelos de tratamiento breves dirigidos a consumidores de sustancias. Millar y Tonigan (1993) y Carroll (1996) señalan que hay evidencia derivada de más de 24 estudios empíricos sobre alcohol, tabaco, cocaína y otras sustancias, que demuestra que los resultados de tratamientos breves son sorprendentemente similares a través de diferentes culturas, logrando un nivel de efectividad consistentemente mejor que la ausencia de tratamiento y un nivel de mejoría comparable al logrado con las intervenciones más extensas y costosas.

En otros países se han probado tratamientos breves específicamente dirigidos a tratar el consumo de cocaína, con una gran variedad de modelos (Flynn, Kristiansen, Porto & Hubbard, 1999; McKay, Alterman, McLelland, Boardman, Mulvaney & O'Brien, 1998; Sobell et al, 1995; Schmitz, Oswald, Jacks, Rustin, Rhoades & Grabowski, 1997), entre los cuales destacan los cognoscitivo conductuales (TCC). A este respecto, en estas otras investigaciones se ha encontrado evidencia contradictoria; por ejemplo, Carroll (1996) menciona que hay estudios que indican la superioridad de los TCC, mientras que otras investigaciones han mostrado que estos modelos son comparables, y no más efectivos, a otras aproximaciones. Por su parte, Maude-Griffin, Hohenstein, Humfleet, Reilly, Tusell & Hall (1998) señalan que los TCC si han demostrado una mayor eficacia para modificar el consumo de cocaína, comparándolos con otros modelos de tratamiento que también han mostrado ser efectivos. Se ha observado que los TCC son particularmente prometedores para reducir la severidad de las recaídas cuando estas ocurren, mejoran notablemente la durabilidad de los efectos, particularmente con aquellos pacientes con altos niveles de daño en dimensiones psicopatológicas o con una dependencia severa (Carroll, 1996). Los resultados de nuestra investigación son comparables a estos datos sobre la efectividad de los TCC, ya que se encontró que los sujetos si reduciendo el número de recaídas y su intensidad, incluso con los sujetos cuyo diagnóstico era de dependencia severa; asimismo, se observó

que los cambios se mantenían a lo largo del seguimiento (es decir, durante seis meses posteriores al tratamiento).

Carroll, Rounsaville y Gawin (1991) hicieron una investigación sobre tratamientos dirigidos a usuarios de cocaína, donde compararon un modelo de TCC con uno de terapia interpersonal. Encontraron que entre los consumidores más severos de cocaína, hubo mayor número de sujetos que alcanzaron la abstinencia en los que recibieron el TCC que entre aquellos que participaron en la terapia interpersonal. Estos hallazgos sugieren que los sujetos consumidores de cocaína más severamente dependientes necesitan de la mayor estructura y dirección ofrecida por el TCC, que enfatiza el aprendizaje y la repetición de estrategias específicas para interrumpir y controlar el uso de cocaína. Aunque en la presente investigación no se hizo ninguna comparación con otros tratamientos, se pudo observar que en todos los niveles de dependencia hubo una disminución importante respecto a la cantidad y frecuencia del consumo de la cocaína (en varios sujetos se alcanzó, incluso, la abstinencia). Y como comentamos antes, en nuestra investigación se encontró que los sujetos severamente dependientes a la cocaína también se beneficiaron del tratamiento, ya que la mayoría pudo abstenerse o controlar el consumo de la sustancia.

Carroll, Rounsaville, Gordon, Nich, Jallow, Bisighini y Gawin (1994) hicieron otra investigación donde compararon la TCC con el modelo de manejo clínico, en consumidores de cocaína. Encontraron que los pacientes más severamente dependientes a la sustancia permanecían más tiempo en el tratamiento, alcanzaban periodos más largos de abstinencia, y tenían menos muestras de orina positivas para la droga cuando participaban en un TCC que aquellos que participaron en el de manejo clínico. Nuevamente, estos datos sugieren que los consumidores más dependientes pueden beneficiarse de la estructura, intensidad y contenido didáctico de la TCC, que se enfoca específicamente en reducir el acceso a esta sustancia y evitar situaciones de alto riesgo para la recaída. Se hizo un seguimiento un año después, y se encontró que como grupo, todos los participantes disminuyeron su consumo de manera global o permanecieron estables con respecto a los niveles del postratamiento, más que regresar a los niveles del pretratamiento. Pero más importante, fue que hubo evidencia consistente de efectos demorados para los que participaron en el TCC y no en los del manejo clínico. Una vez que acabó el tratamiento, los sujetos que recibieron el TCC continuaron reduciendo su consumo de cocaína, mientras que los del grupo de manejo clínico permanecieron estables. En la presente investigación hubo un resultado similar en el sentido de que hubo una disminución importante de la frecuencia y cantidad de consumo en las tres fases de tratamiento (incluyendo la abstinencia de un gran número de sujetos), observándose una disminución de una fase a la otra (es decir, de la línea base al tratamiento, y del tratamiento al seguimiento); además de que la línea de tendencia así lo marca. Por otro lado, se pudo observar que en los sujetos si se mantenían los cambios logrados en el tratamiento.

## PANORAMA DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE COCAÍNA EN MÉXICO

Los resultados obtenidos en esta investigación también concuerdan con los datos obtenidos de la aplicación de otros modelos de tratamiento breve cognoscitivo conductuales, dirigidos a consumidores de alcohol u otras sustancias en México. Ayala et al. (1995) evaluaron un programa de autocontrol para bebedores problema. Lira (2002) probó un programa de tratamiento breve que busca solucionar la adicción a la nicotina. Martínez (2003) desarrolló un programa de intervención breve dirigida a adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Barragán, Morales y Ayala (2003) están desarrollando un modelo de tratamiento de reforzamiento comunitario dirigido a usuarios crónicos de sustancias, que es relativamente más largo. Todos estos modelos han obtenido resultados satisfactorios; aunque un problema observado es que en México no se ha probado ningún modelo (ni cognoscitivo conductual ni alguno otro) que haya sido evaluado empíricamente, específicamente dirigido a consumidores de cocaína. La ausencia de estudios de campo controlados en nuestro país para esta sustancia, a pesar de las graves consecuencias que trae su consumo continuado, refleja el lamentable estado que guarda la investigación sobre desarrollo de tratamientos en el campo de las adicciones, así como el consentimiento de las instancias gubernamentales dedicadas a la salud para la proliferación de servicios de atención de dudosa efectividad a esta población. Además, como ya se señaló anteriormente, el consumo de esta droga ha aumentado alarmantemente en los últimos años en nuestro país, causando

severos problemas en todas las áreas de la vida del consumidor y de la sociedad cercana a él. El desarrollo de este modelo es el primer esfuerzo sistemático y empírico por desarrollar un modelo de tratamiento dirigido específicamente a tratar el consumo de la cocaína en México.

## **BENEFICIOS DE LOS TCC**

Los modelos de TCC llevan consigo una serie de beneficios intangibles que pueden ser muy importantes, tales como reducir el dolor, el sufrimiento y los problemas (entre los mismos consumidores y sus esposas, hijos, familias y los otros significativos), que resultan del cambio de conducta asociado con una serie de mejoras posteriores al tratamiento, tanto en el funcionamiento psicológico como en la responsabilidad asumida una vez que se reduce el consumo de drogas. Otra área adicional de beneficio tiene que ver con la salud y particularmente con el costo de reducir los posibles daños asociados con la evitación de la enfermedad y sus complicaciones (Flynn, Kristiansen, Porto & Hubbard, 1999).

Factores tales como el progreso en el empleo, la reducción del riesgo de contagio de SIDA y otras enfermedades, el aumento en la responsabilidad familiar y el mejoramiento en el funcionamiento en la salud y otras áreas, son beneficios asociados con el tratamiento del abuso de drogas, que también pueden trasladarse a beneficios económicos tanto del mismo paciente como de la comunidad y de las instituciones dedicadas a la salud. Aunque sería deseable evaluar directamente el probable impacto social que tiene el tratamiento. Por ejemplo, se esperaría poder evaluar el impacto que tiene el programa en el bienestar familiar y social, posiblemente entrevistando a la familia y a otros significativos del paciente.

La flexibilidad de los programas, las actitudes abiertas del terapeuta, y la atención dada a las características positiva del modelo son importantes para aumentar la retención de los usuarios en el tratamiento de cocaína, dada su poca motivación, impulsividad, y baja aceptación de auto ayuda.

## **EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL MODELO DE TRATAMIENTO**

Así como sucede al trabajar con otro tipo de problemas psicológicos, es importante reconocer que hay todo un menú de estrategias y procedimientos (que llamaremos componentes) de tratamiento que son potencialmente efectivos para trabajar esta sustancia (y sus problemas asociados), por lo que la forma en que se aborda un caso particular debe determinarse con base en sus propias características específicas. Desde este punto de vista, este modelo es una buena opción de tratamiento de primera vez. Es de bajo costo, poco intrusivo y consistente con el mantenimiento o incremento de la autoestima y la autoeficacia del usuario. Es también claro que la mayoría de los consumidores de cocaína se sienten satisfechos con un modelo que se fundamenta en las técnicas de autocontrol y que da la opción de auto seleccionar su meta durante el tratamiento (ya que siempre se recomienda como meta final la abstinencia).

Es importante señalar que por su naturaleza y brevedad, este modelo de tratamiento solo utiliza algunas de las estrategias que se enseñan en el adiestramiento en habilidades, que es característico de los tratamientos cognoscitivo conductuales tradicionales de largo plazo. Además, por su carácter general, busca aumentar la conciencia sobre la problemática relacionada con el consumo de cocaína y en aconsejar un cambio en esta conducta.

Miller y Rollnick (1999) han sugerido que uno de los componentes de las intervenciones breves que más influencia tienen en la conducta es la motivación para el cambio. Estos autores han observado que una vez que se ha impactado sobre la motivación, el individuo puede cambiar su comportamiento con un mínimo de ayuda adicional. Sobell et al. (1991) han encontrado que el cambio en el patrón de consumo (alcanzar la moderación o la abstinencia) puede suceder sin ayuda o consejo específico. Sin embargo, indican que las intervenciones breves estimulan un proceso de cambio "natural" más rápido que de otra forma no ocurriría, o que podría tardar mucho tiempo en iniciarse. Y es precisamente ese

cambio en la forma de consumo lo que se busca en este modelo de tratamiento: incidir en el sujeto para que surja ese cambio conductual, que es fundamental para recuperar su vida.

Este es un modelo de tratamiento motivacional cuya meta es facilitar que los consumidores tengan las estrategias suficientes para solucionar sus problemas. Los tratamientos motivacionales tienen un desarrollo reciente, sobre todo en México, entre los modelos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas (Miller & Rollnick, 1999) y como tales, hay amplia oportunidad para continuar innovándolos y mejorándolos. Lo esencial es tener claro el principio que señala que es necesario ayudar al cliente a que se ayude a sí mismo.

Si cuando el sujeto llega al tratamiento está motivado para modificar su comportamiento con respecto al consumo de la sustancia, se requiere de un mínimo de ayuda adicional para lograr un cambio. En ese sentido, durante todas las sesiones de tratamiento de nuestra investigación, se intentó motivar al consumidor a cambiar su consumo de cocaína, en búsqueda de un mayor bienestar personal. Por esto, la investigación sobre la motivación en consumidores de sustancias se debe enfocar en entender mejor este concepto como factor para incrementar la retención en un tratamiento, además de conocer exactamente el papel que la sustancia juega en el cambio conductual.

En ese sentido, los sujetos que participaron en nuestro estudio llegaron por ellos mismos, sin que asistieran en contra de su voluntad al tratamiento (aunque probablemente algunos llegaron por algún tipo de presión familiar); es decir, probablemente eran sujetos que ya venían motivados a cambiar. Esta puede ser una variable que puede ayudar a que haya mayor adherencia y que ayude en la finalización del tratamiento.

Otro componente de este tipo de tratamientos que ha probado que funciona es crear la discrepancia que hay entre la conducta actual del consumidor y sus metas a mediano y largo plazo. Miller y Brown (1991) han sugerido que puede estimularse un cambio conductual (en función de la modificación del patrón de consumo), al crear una percepción de discrepancia entre el nivel actual de la problemática del individuo y las metas que desea. Cuando el sujeto se da cuenta de que si sigue consumiendo no va a alcanzar las metas que se ha propuesto a corto, mediano o largo plazo, y que, en lugar de alcanzarlas cada vez van a estar más alejadas, es probable que esté interesado en buscar el cambio en el consumo. En la sesión tres del tratamiento se analizaron cuáles son los objetivos a mediano y a largo plazo del consumidor, y se busca que observe la discrepancia que tiene con la conducta actual. Entonces, el sujeto debe analizar cómo lo que está haciendo no es compatible con las metas propuestas. Se ha encontrado que cuando el sujeto plantea sus metas a mediano o largo plazo, todas son incompatibles con el consumo de la droga. Lo importante es ahora motivarlo a que las lleve a cabo.

Un componente fundamental de este modelo de tratamiento son las habilidades de enfrentamiento. En general, los consumidores de drogas han aprendido a enfrentar aparentemente sus problemas consumiendo sustancias, lo que en lugar de ayudarlos y sacarlos adelante, los va perjudicando más. Pero después de un tiempo de consumir la sustancia, esta forma inadecuada de resolver las situaciones (sociales, familiares, afectivas, económicas, escolares) se convierte en su única alternativa aparentemente viable de enfrentar sus problemas. Por esto es importante enseñar otras estrategias más adaptativas y más funcionales a los consumidores.

Dentro de las habilidades de enfrentamiento que se trabajan en este programa se incluyen la asertividad, que se enseña en la sesión 5. Esta es una estrategia muy importante, ya que se ha observado que normalmente a los consumidores les cuesta mucho trabajo rechazar el ofrecimiento de la droga (Lazarus, 1966) o, en las pocas ocasiones en que lo hacen, dejan la puerta abierta a futuros ofrecimientos. Aquí los consumidores tienen que evaluar las situaciones más frecuentes de ofrecimiento de la droga por parte de los distribuidores, buscando respuestas asertivas que cierren la puerta a futuros ofrecimientos. En los resultados de la validación social del tratamiento, se encontró que esta estrategia fue muy útil para todos los usuarios. Al señalar a los proveedores que no ya no estaban consumiendo la droga, en la mayor parte de los casos funcionó muy adecuadamente, ya que había menos ofrecimientos de la misma y por lo tanto, menos disparadores del consumo.

En la sesión 7 (la penúltima sesión) se enseña una estrategia general de solución de problemas (Golfried & Davison, 1976). Esta es una estrategia sumamente flexible que se puede aplicar en una gran variedad de situaciones, y donde se puede poner en práctica todo lo que el participante ha aprendido hasta ese momento. Al evaluar esta estrategia, los usuarios también la calificaron como muy útil y flexible; como un auxiliar para controlar o abstenerse del consumo de drogas, además de que es posible usarla en otras situaciones de su vida.

Un siguiente componente del programa es el enseñarle al participante a identificar las decisiones aparentemente irrelevantes que se asocian con el consumo de la droga (Marlatt & Gordon, 1985). Una vez que el sujeto es capaz de identificar las decisiones que se relacionan con sus propias situaciones de riesgo de consumo, y se desarrollan cursos de acción para tomar decisiones "más saludables", es menos probable que tenga alguna recaída. Conforme va transcurriendo el tratamiento los usuarios se enfrentarán a situaciones de mucho riesgo relacionadas con la cocaína, a pesar de los esfuerzos que hagan, pero es menos probable si sabe cómo se concatenan una serie de decisiones con el riesgo del consumo. En la validación social de esta sesión, los usuarios han señalado que esta es una estrategia muy efectiva para tratar de controlar el consumo de la sustancia, y que además se van haciendo más conscientes de las decisiones que toman, en general, en su vida diaria.

Uno de los principales objetivos de este tratamiento es la búsqueda de un mayor autocontrol del consumo de drogas por parte del consumidor (Marlatt, 1993). Normalmente, los sujetos sienten una sensación de mayor control de su vida mientras no consuman la droga. Este control percibido se mantendrá hasta que se presente una situación de alto riesgo de consumo (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980). Si el consumidor afronta satisfactoriamente esta situación de riesgo, entonces experimentará una sensación de control sobre su consumo, considerándose más seguro para afrontar una posterior situación de riesgo. Este concepto de autocontrol se asocia con el concepto de autoeficacia de Bandura (1977), donde el individuo siente que puede enfrentar exitosamente una determinada situación de riesgo. Esta sensación de autocontrol y autoeficacia ayuda al sujeto a alcanzar la meta de abstinencia planteada como meta final del tratamiento, además de ayudar a prevenir al sujeto de una recaída. En la evaluación de nuestro tratamiento, los sujetos señalaron que estaban muy satisfechos con el componente de autocontrol del programa, ya que verdaderamente sentían que eran capaces de controlar o abstenerse de consumir la sustancia. Asimismo, como ya lo observamos anteriormente, hubo una disminución significativa en el patrón de consumo de la línea base al tratamiento y al seguimiento.

Una parte fundamental del proceso de recuperación es que el usuario aprenda a identificar sus propias situaciones de riesgo para el consumo de la sustancia, al mismo tiempo que determinar el grado de confianza que tiene para controlar o abstenerse de consumir en estas determinadas situaciones. El uso de instrumentos que ayudan a evaluar tanto las situaciones de riesgo como el nivel de autoconfianza, tales como el ISCD (Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas) y el CADC (Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas), como parte del protocolo de este modelo, permite que el terapeuta individualice el tratamiento a las características específicas del cliente relacionadas con su consumo de cocaína. Estos instrumentos se aplican durante la evaluación y durante el seguimiento. Con la información obtenida a través de ellos se analizan cuales son los principales disparadores de consumo de drogas del sujeto y cual es la autoconfianza que sienten para resistirse al consumo en determinadas situaciones. En esta investigación se encontró que hay una disminución significativa en las situaciones de consumo de drogas, así como un aumento también significativo en la autoconfianza del usuario para resistir la tentación de consumirlas.

La validez transcultural de estos instrumentos se ha determinado en estudios sufragados por la OMS, empleándolos en varios países (Canadá, México, Australia, Suecia y Polonia) con muestras de bebedores problema (Annis et al., 1966; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 2001); además, se han evaluado con consumidores de drogas en México (De León, Pérez, Oropeza & Ayala, 2001; Pérez, De León, Oropeza & Ayala, 2001). Es recomendable, por tanto, que la planificación del tratamiento para esta población, sea cual fuese su orientación conceptual o intensidad de la intervención, contemple el uso de estos instrumentos para favorecer el proceso de cambio y su mantenimiento a través del tiempo.

Un modelo fundamental para la prevención de recaídas es el que recibe este mismo nombre, desarrollado por Marlatt y Gordon (1980). Este modelo busca que el consumidor pueda autocontrolar su consumo y pueda anticipar y afrontar los problemas asociados con las recaídas. En el apartado anterior ya comentamos algunas de las estrategias asociadas con el autocontrol. Otra estrategia que tiene que ver con el mismo es el autorregistro de consumo, de frecuencia, cantidad, así como de las situaciones relacionadas con el mismo. Este instrumento es muy eficaz para analizar las posibles recaídas y las situaciones relacionadas. El autorregistro es parte fundamental de nuestro tratamiento; se utiliza en el transcurso de la evaluación y de las 8 semanas de tratamiento y se sugiere a los usuarios que la sigan usando una vez que termina el tratamiento (durante el seguimiento). Los consumidores han señalado que esta estrategia es muy efectiva para ayudarles a controlar su consumo de la droga, ya que, al monitorear sus situaciones de consumo o de deseo de la droga, se empiezan a dar cuenta de cuando se está presentando una situación de riesgo, por lo que pueden hacer algo para prevenirla. Este autorregistro del consumo también ayuda a lo terapeutas para analizar estas situaciones de riesgo, lo que le permite, junto con el paciente, generar planes de enfrentamiento para las mismas.

Otra categoría general de estrategia de prevención de recaídas es la reestructuración cognoscitiva. Normalmente el consumo de cocaína está asociado con las urgencias o deseos irresistibles de la sustancia. Para trabajar estas situaciones en nuestro programa, está la sesión 3, donde se busca enfrentar los pensamientos asociados con la cocaína, y la sesión 4, donde se busca enfrentar el deseo de la sustancia. Tanto los pensamientos como el deseo de la sustancia están muy asociados con las recaídas (Marlatt, 1993; Kadden, Cooney, Getter & Litt, 1989; Carroll, 1998) y con la pérdida del autocontrol. Aunque no es nada fácil controlar el deseo o el pensamiento asociado con la droga, debido a que en ocasiones estos pueden ser muy fuertes (incluso sentir que son incontrolables), se puede enseñar al usuario que es normal sentir ese deseo o tener esos pensamientos, y que la dificultad estriba en identificarlos, para después controlarlos. En el ambiente del consumidor normalmente hay muchas situaciones que disparan tanto el deseo como los pensamientos asociados con el consumo, que generalmente lo preceden. Si el sujeto los identifica y tiene una estrategia para enfrentarlos, entonces puede salir airoso de esa situación, lo que le da mayor sensación de auto eficacia. Durante el tratamiento, cuando los pacientes evaluaron estas estrategias, señalaron que realmente son muy útiles para controlar el consumo de la cocaína.

La última estrategia de la prevención de recaídas es la búsqueda del reequilibrio en el estilo de vida. Las estrategias usadas aquí se refieren a la necesidad que tiene el sujeto de llenar el tiempo que antes usaba para consumir en actividades más sanas y productivas, que también le generen placer, pero que no estén asociadas con el consumo. Para esto es necesario motivarlo a buscar metas que lo beneficien a corto y a largo plazo en las diferentes áreas de su vida (familiar, social, escolar, laboral), con el fin de recuperar todo lo que había perdido hasta ese momento. En ese sentido, en la sesión 3 se le pide al sujeto que analice las metas que tiene para los siguientes tres meses en esas áreas, además de que tiene que elaborar planes de acción para alcanzarlas (siempre alejados del consumo de la droga). Durante las siguientes sesiones el terapeuta va monitoreando el logro de estas metas, evaluando y sugiriéndole estrategias para alcanzarlas. En la última sesión, cuando se valoran los aspectos generales del programa, los usuarios señalaron que están mucho más satisfechos con su estilo de vida que al inicio del tratamiento.

En los TCC, es muy importante que haya una relación de colaboración entre paciente y terapeuta, debido a que esta influye de manera determinante en la recuperación de los usuarios. Hay varios aspectos fundamentales de la misma que son (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999): establecer un rapport, una alianza terapéutica, una confianza mutua, instaurar límites claros, y entre otras, mantener un espíritu de colaboración. También se busca que el terapeuta tenga un estilo no confrontacional, sustentado en la escucha reflexiva, lo que permite que el cliente no presente una actitud resistente hacia el tratamiento (Miller & Rollinick, 1999). En ese aspecto, en el modelo de tratamiento tratamos de trabajar todos estos aspectos, buscando siempre que la terapia tenga mayor efectividad y mejores resultados. Y parece que sí se logra, ya que al evaluar estos aspectos los datos señalan que los pacientes están muy satisfechos con el desempeño del terapeuta, que tuvieron buen rapport con él, que el clima del programa fue, en general, excelente, y que se mostraron muy satisfechos con el clima del programa.



## VALIDACIÓN SOCIAL

En este rubro, se pidió al usuario del programa que hiciera la validación de las metas, los procedimientos y los resultados del tratamiento. Esto, con el fin de conocer su efectividad a través del juicio subjetivo del participante, que, en última instancia es a quien se dirige el tratamiento.

En varios de los apartados anteriores ya se comentaron los resultados de la validación social de algunos aspectos del tratamiento, pero haremos una conclusión de este rubro. En general, al hacer la evaluación de las metas, los procedimientos y los resultados, se obtuvieron resultados sumamente positivos, ya que prácticamente todas las respuestas eran evaluadas entre en las categorías 4 y 5, que eran las opciones más positivas del continuo; así mismo, cuando la respuesta más positiva era el otro extremo de la escala, los sujetos evaluaron el tratamiento entre 1 y 2. Solamente en un caso, el promedio de las respuestas fue menor a 4, que fue en el reactivo que evalúa si se le dieron al sujeto otras opciones de tratamiento.

Con estos resultados es posible afirmar que la población que participó en el tratamiento validó las metas que se plantearon al inicio del tratamiento, los procedimientos utilizados, así como los resultados alcanzados. Así mismo, es posible afirmar que las metas que se plantean al inicio del tratamiento, fueron las metas que los consumidores esperaban de un tratamiento para adicciones. Con respecto a los procedimientos usados en cada una de las sesiones, los usuarios señalan que si resultaron efectivos para ayudarlos tanto a solucionar su problema de consumo de la droga, como los problemas asociados a ella. Y en relación a los resultados, los consumidores señalaron que si eran los que pretendían al participar en un tratamiento de adicciones. Entonces, se puede aseverar que este tratamiento si es efectivo para ayudar a solucionar el problema del consumo de cocaína en este tipo de consumidores.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Es muy factible que haya consumidores de cocaína que probablemente no respondan bien a esta aproximación, aún cuando participen en el tratamiento pensando que son candidatos viables para este modelo. Esta situación podría hacer que el sujeto abandone el tratamiento, o que lo termine pero no haya hecho modificaciones importantes en su conducta de consumo. Por lo tanto, es importante que se continúe monitoreando el funcionamiento del cliente después de que han concluido las ocho sesiones de tratamiento y que se den sesiones adicionales o alternativas a aquellos que siguen teniendo problemas asociados con su consumo o que así lo soliciten.

Igualmente es necesario identificar variables adicionales del paciente y características del programa que puedan interactuar para producir resultados del tratamiento óptimos. Además, igualar el tratamiento con el paciente puede tener considerables aplicaciones prácticas para mejorar su eficacia (Maude-Griffin, Hohenstein, Humfleet, Reilly, Tusell & Hall, 1998).

Todas las mediciones usadas en esta investigación fueron de autorreporte, por lo que están sujetas a todas las críticas asociadas a este tipo de medidas (Martin, Rossi, Rohsenow, Monti & Rosenbloom, 1994); sin embargo, estas medidas han demostrado gran confiabilidad y validez en los reportes que las han evaluado. Ciertamente, valdría la pena contar con pruebas fisiológicas, para monitorear el consumo de sustancias en cada sesión del tratamiento (con muestras de orina, de aliento o de sangre), cuyos resultados se pudieran correlacionar con los datos del autorreporte, para darles mayor validez y confiabilidad a estas mediciones.

Para analizar y perfeccionar este modelo de tratamiento, es necesario hacer esfuerzos sistemáticos que integren la investigación empírica al tratamiento. Los estudios deben comprometerse a aumentar el conocimiento de los factores y los mecanismos relacionados con el ingreso del consumidor, su participación, retención y obediencia a las expectativas del tratamiento, así como la inclusión de las tasas de mantenimiento. Tal conocimiento es esencial para diseñar tratamientos efectivos y mejorar este modelo delineado para consumidores de cocaína.

Asimismo, se debe buscar identificar y evaluar sistemáticamente los elementos del tratamiento que son los más útiles para lograr la abstinencia de la cocaína y reducir la probabilidad de una recaída. Para esto, es importante caracterizar y entender el proceso y los resultados a largo plazo, trabajando con datos que contemplen periodos de un año de seguimiento o más (si es posible).

En esta investigación se evaluaron (antes y después del tratamiento) el nivel de dependencia de la droga, los síntomas asociados al consumo de la sustancia, la situaciones más frecuentes de consumo que presentaba el usuario, se registraba la frecuencia y cantidad del consumo, así como la autoconfianza en resistirse a consumir la droga. Otro elemento que sería importante evaluar sesión con sesión es la intensidad del deseo del consumidor para usar la droga. Se esperaría que conforme transcurre el tratamiento, el deseo vaya disminuyendo paulatinamente hasta alcanzar niveles muy bajos (o incluso desaparecer), que el paciente pueda manejar, y que no lo lleven inmediatamente a consumir.

Una de las metas del tratamiento es que el sujeto disminuya los problemas y mejore su relación con la gente cercana a él. Como sabemos, los otros significativos juegan un papel fundamental en la vida de los consumidores de drogas, con quienes, durante el periodo de consumo normalmente hay muchos malentendidos que pueden causar gran cantidad de problemas. Además, estos otros significativos del paciente generalmente tratan de ayudarlos pero no saben como. Entonces, se podría implementar una sesión con los otros significativos del consumidor, con el objetivo de describirles el tratamiento y enseñar alguna estrategia con la cual puedan apoyar a los consumidores con su trabajo en el tratamiento. Además, ellos podrían ayudar a evaluar el tratamiento a través de reportes indirectos sobre los cambios observados en el paciente.

Probablemente, otra limitación del estudio sería que solamente participó una mujer, por lo que sería deseable tener mayor participación femenina para evaluar como funciona el tratamiento con esta población. Pero debido a las características del programa, eran los propios sujetos los que llegaban al mismo sin que nosotros los buscáramos o hiciéramos algún tipo de presión para que asistieran. Los programas de tratamiento no deben satisfacerse simplemente con alcanzar a aquellos sujetos que asisten por sí mismos al tratamiento, sino también es necesario aumentar la participación llegando y contactando a aquellos consumidores que son renuentes a asistir (por ejemplo a las mujeres).

Es substancial hacer estudios empíricos donde se pruebe el modelo con poblaciones diferentes a las de esta investigación. Por ejemplo, sería interesante probar su efectividad y eficiencia con algunas de las siguientes poblaciones: una población rural alfabetizada, tanto del centro de la república como en los estados al sur y al norte; evaluarlo con consumidores que vivan fuera del D. F.; o intentar adaptarlo a una población no alfabetizada o con una escolaridad menor a secundaria; también podría tratar de adaptarse a una población de adolescentes, ya que son una población de riesgo muy importante. Esto, con el objetivo de conocer con más detalle que alcances puede tener este modelo de tratamiento.

Una de las grandes dificultades observadas en el transcurso del estudio era la poca afluencia de consumidores de cocaína al tratamiento. Esto probablemente se debió a que no se le hizo la suficiente difusión al modelo, pero habla dos limitaciones para esto: la primera es que había muy poco personal capacitado para ofrecer el servicio, por lo que si se ofrecía en mayor escala, probablemente no se hubiera podido responder a tal demanda. En ese sentido, actualmente se cuenta con más psicólogos capacitados por lo que se puede ampliar la oferta. La segunda razón es que se estaba probando la eficacia y la efectividad del modelo. Y con los datos de nuestro estudio, se puede afirmar que este modelo sí es efectivo para trabajar con un amplio rango de consumidores de cocaína. Entonces, una vez superadas estas limitaciones, vale la pena diseñar un modelo de diseminación dirigido tanto al personal de salud que trabaje en adicciones, como a los posibles centros de tratamiento, con el fin de darlo a conocer y capacitar al personal de salud interesado en la aplicación del modelo.

Normalmente, se espera que los resultados de un tratamiento permanezcan por largo plazo en los sujetos que participan en el mismo. Debido a cuestiones de tiempo, en este trabajo el seguimiento se realizó hasta los seis meses de haber dado de alta al paciente, por lo que tenemos a los distintos indicadores evaluados hasta ese momento, aunque valdría la pena seguir evaluando a los sujetos por un

periodo de tiempo mucho más largo. Esto, para observar la permanencia de los cambios relacionados con el consumo (frecuencia y cantidad) y con la solución de los problemas asociados, a lo largo de un periodo de tiempo que sea más significativo.

También es fundamental hacer estudios diseñados y llevados a cabo para mejorar la retención en el programa de tratamiento para pacientes externos; para lo cual, es necesario hacer pruebas rigurosas para saber qué elementos del mismo funcionan mejor para qué tipo de clientes, y que elementos se observa que no funcionan. Dentro del mismo tema, es necesario analizar qué factores están asociados con el abandono durante la evaluación o durante las primeras sesiones de tratamiento en los consumidores de cocaína; si es posible detectarlos, entonces será más fácil implementar una estrategia para modificarlos y que no afecten de manera negativa al tratamiento, y, en última instancia al participante.

Por otro lado, es necesario diseñar mecanismos que tomen en consideración las características del usuario asociadas a la ruta de administración (aspirada, inyectada, fumada) de la sustancia, ya que ellas podrían influir de alguna manera en el tratamiento, por lo que haría necesario adaptarlo a estas diferencias.

Asimismo, es preciso buscar mecanismos objetivos que garanticen la fidelidad del tratamiento por parte de los terapeutas que participan en el programa, con el objetivo de garantizar la integridad del mismo, y no dejarlo a la deriva desvirtuándose el esquema original y la manera en que fue diseñado.

## CONCLUSIÓN FINAL

La brevedad, bajo costo y alto nivel de efectividad, hacen que este modelo de tratamiento sea especialmente apto para una sociedad como México, con pocos recursos para instaurar programas de atención especializada dirigidos a modificar el consumo de sustancias. Este es un tratamiento de corto plazo, que puede adaptarse a los recursos y a las capacidades de la mayoría de los centros de tratamiento relacionados con problemas de salud. Los programas cognoscitivo conductuales han sido extensamente evaluados en escenarios clínicos rigurosos y cuentan con un sólido apoyo empírico como tratamiento para consumidores de cocaína. Es un programa estructurado, orientado a metas, enfocado en los problemas inmediatos que tienen que enfrentar los usuarios de esta droga. Es un modelo flexible, individualizado, que puede ser adaptado a un gran rango de pacientes así como a una gran variedad de escenarios (pacientes internos y externos) y formatos (individual y grupal). También es compatible con otro tipo de tratamientos, como la farmacoterapia.

Asimismo, el hecho de poder incorporar modelos de corte breve, dirigidos a incidir en el consumo de sustancias (especialmente de drogas tan fuertes como la cocaína) en un nivel de atención secundaria en instituciones de salud pública en México, haría posible que buena parte de la población (adolescente y adulta) que de hecho no tiene opciones adecuadas de atención, pero cuyo patrón de consumo de cocaína la pone en riesgo de desarrollar una dependencia más severa a la sustancia, y experimentar un creciente número de problemas asociados a su consumo, pueda contar con un servicio que lo ayude a resolver su problema. La mayoría de estos consumidores no buscan modelos especializados de tratamiento a sustancias específicas (debido a que no cuentan con ellos), pero sí buscan aquellos donde el enfoque del modelo es para dependencias severas, modelos que no son apropiados para ayudarles a resolver su problema.

A medida que el campo profesional sobre tratamiento de las adicciones se oriente más a una perspectiva de salud pública, las intervenciones breves cognoscitivo conductuales se convertirán en una buena opción para adoptar en los servicios de salud del primero o segundo nivel de atención (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 2001).

## REFERENCIAS

AA (s. f.) **Los doce pasos. Alcohólicos Anónimos.**

- Abrams, D. B. y Niaura, R. S. (1987). Social learning theory. En H. T. Blane y K. E. Leonard (Eds.) **Psychological theories of drinking and alcoholism.** Nueva York: Guilford, 131-178.
- Addiction Research Foundation (1993). **Directory of client outcome measures for addictions treatment programs.** Toronto: Addiction Research Foundation.
- Agosti, V., Nunes, E. y Ocepeck-Welikson, K. (1996). Patient factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 22(1), 29-39.
- Alterman, A. I., McKay, J. R., Mulvaney, F. D. y McLelland, A. T. (1996). Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine dependent men. **Drug and Alcohol Dependence**, 40, 227-233.
- Alterman, A. I., Snider, E. C., Cacciola, J. S., May, D. S., Parikh, G., Maany, I. y Rosenbaum, P. R. (1996). A quasi-experimental comparison of the effectiveness of 6 - versus 12 - tour per week outpatient treatments for cocaine dependence. **Brief Reports.**
- American Psychiatric Association (1988). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (third edition - revised). Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (fourth edition). Washington: APA.
- Annis, H. M. (1982). **Inventory of drinking situations (IDS-100).** Toronto, Canada: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. M. y Davis, C. S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. En T. B. Baker y D. S. Cannon (eds.) **Handbook of Alcoholism Treatment Approaches.** Elmsford, N. Y.: Pergamon, 170-182.
- Annis, H. M., Sobell, L. C., Allsop, S., Ayala, H., Rybakowski, J., Sandahl, C., Saunders, W. y Ziolkowski, M. (1996). Drinking related assessment instruments: cross cultural studies. **Substance Use and Misuse**, 31, 1525-1546.
- Ayala, H. (2001). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: resultados iniciales. En H. Ayala y L. Echeverría (eds.) **Tratamiento de Conductas Adictivas.** Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. **Salud Mental**, 18(4), 18-24.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). **Manual de autoayuda para personas con problemas con su forma de beber.** México: Miguel Ángel Porrúa.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell, L. (2001). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En H. Ayala y L. Echeverría (eds.) **Tratamiento de Conductas Adictivas.** Facultad de Psicología, UNAM.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community reinforcement approach to alcoholism. **Behaviour Research and Therapy**, 14(5), 339-348.

- Baer, D. M., Wolf, M. M. y Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Bandura, A. (1977). *Self efficacy*. USA: Freeman.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs N. J.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. N. J.: Prentice Hall.
- Bandura, A. y Walters, R. (1985). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Barber, J., Luborsky, L., Gallop, R., Crist-Christoph, P., Connolly, M., Gladis, M., Foltz, C., Siqueland, L., Weiss, R., Frank, A. y Thase, M. (2001). La alianza terapéutica como predictor de resultados y retención en el estudio de tratamiento de cocaína del instituto nacional sobre abuso de drogas. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 69(1), 119-124.
- Barragán, L., Morales, S. y Ayala, H. (2002). *Modelo de intervención para usuarios crónico dependientes de alcohol y otras drogas*. Coloquio 2002 de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual.
- Barragán, L., Morales, S. y Ayala, H. (2003). *Community Reinforcement Approach: Treatment for chronic alcohol and drug users in Mexico*. 29<sup>th</sup> Annual Convention, ABA. San Francisco, CA.
- Barry, K. L. (1999). *Brief interventions and brief therapies for substance abuse*. Therapy manuals for drug addiction. Rockville, MD: NIDA.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Bekir, P., McLellan, T., Childress, A. R. y Gariti, P. (1993). Role reversals in families of substance misusers: a transgenerational phenomenon. *International Journal of Addictions*, 28(7), 613-630.
- Bell, D. C., Richards, A. J. y Feltz, L. C. (1996). Mediators of drug treatment outcomes. *Addictive Behaviors*, 21(5), 597-613.
- Belsasso, G., Estaño, B. y Juárez, H. (2001). Los sistemas de recompensa en el cerebro. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, número especial 1994-2001, 22-24.
- Berg, I. K. y Miller, S. D. (1992). *Working with the problem drinker*. Nueva York: Norton.
- Bien, T. H., Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1993). Brief intervention for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Boulton, A. A., Baker, G. B. y Wu, P. H. (1992). *Animal models of drug addiction*. Totowa, NJ: Humana.
- Brailewsky, S. (1999). *Las sustancias de los sueños*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Braukman, C. J., Fixsen, D. L., Kirigin, K. A., Phillips, E. A., Phillips, E. L. y Wolf, M. M. (1974). Achievement place: the training and certification of teaching parents. En S. Wood (ed.) **Issues in evaluating behavior modification**. USA: Research Press.
- Brownell, K. D., Mariatt, G. A., Lichtenstein, E., Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. **American Psychology**, 41, 765-782.
- Bunn, T. A. y Clarke, A. M. (1979). Crisis intervention: an experimental study of the effects of a brief period of counseling on the anxiety of relatives of seriously injured or ill hospital patients. **British Journal of Psychology**, 52, 191-195.
- Caballo, V. (1995). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1995b). El entrenamiento en habilidades sociales, en V. Caballo (ed.) **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. Madrid: Siglo XX, 403 – 471.
- Campbell, M. D. (1997). Evaluation of a Residential Program Using the Addiction Severity Index and Stages of Change. **Journal of Addictive Diseases**, 16(2).
- Caraveo, J. y Colmenares, E. (2002). Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: panorama epidemiológico. **Salud Mental**, 25 (2), 9-15.
- Carroll, K., Rounsaville, B. y Keller, D. (1991). Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 17(3), 249-265.
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: a review of controlled clinical trials. **Journal of Experimental Clinical Psychopharmacology**, 4, 46-54.
- Carroll, K. M. (1996b). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. En G. A. Mariatt y G. R. VandenBos (eds.) **Addictive behaviors: reading on etiology, prevention and treatment**. Washington, D. C.: APA, 697-717.
- Carroll, K. M. (1998). **A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction**. Therapy manuals for drug addiction. Rockville, MD: NIDA.
- Carroll, K. M., Nich, C. y Rounsaville, B. J. (1995). Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacotherapy. **Journal in Nervous Mental Disorders**, 183(4), 251-259.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. y Gawin, F. H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 17(3), 229-247.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Gordon, L. T., Nich, C., Jatlow, P. M., Bisighini, R. M. y Gawin, F. H. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. **Archives of General Psychiatry**, 51(3), 177-187.
- Carroll, K., Power, M. E., Bryant, K. y Rounsaville, B. (1993). One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers psychopathology and dependence severity as predictor outcome. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 181(2), 71-179.
- Carroll, K., Rounsaville, B., Gordon, L., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R. y Gawin, (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. **Archives of General Psychiatry**, 51, 177-187.

- Castonguay, L. G. (1993). "Common factors" and "nonspecific variables": clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 267-286.
- Castro, M. E., Rojas, E., García, G. y de la Serna, J. (1986). Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. *Salud Mental*, 9 (4), 80-86.
- Chaney, E. F., O'Leary, M. R. y Marlatt, G. A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal Consulting of Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
- CIJ (2002). *Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ*. México: CIJ.
- CIJ (2001). *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos*. México: CIJ.
- CIJ (s/f). *Alternativas de rehabilitación en salud mental*. México: CIJ.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Arts. 4º, párrafos cuarto y sexto.
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy or brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 149(2), 151-158.
- Cummings, C., Gordon, J. R. y Marlatt, G. A. (1980). Relapse prevention and prediction. En W. R. Miller (ed.) *The addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. Oxford: Pergamon, 291-321.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.
- Daley, D. C. (1988). *Surviving addiction*. Nueva York: Gardner Press.
- Davis, M., Robbins, E. y McKay, M. (1988). *Técnicas de autocontrol emocional*. Madrid: Martínez Roca.
- De la Serna, J. J., Rojas, G. E., Estrada, M. y Medina-Mora, M. E. (1991). Medición del uso de drogas entre estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y Zona Conurbada. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la VI Reunión de Investigación*, 2, 163-187.
- De las Fuentes, M. E., Villaalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F. y Ayala, H. (2001). *Cuestionario de Abuso de Drogas. Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- De León, L., Pérez, Y., Oropeza, R. y Ayala, H. (2001). *Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas. Adaptación, validación y confiabilización del inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ)*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- DeNelsky, G. Y. y Boat, B. W. (1986). A coping skills model of psychological diagnosis and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 322-330.
- Díaz, J. (1997). *How drugs influence behavior. A neurobehavioral approach*. New Jersey: Prentice Hall.

- Dickinson, A. (1987). **Teorías actuales del aprendizaje animal**. Madrid: Debate.
- Dirección General de Epidemiología** (1997). Informe del SISVEA.
- Domjan, M. (1999). **Principios de aprendizaje y conducta**. México: Thompson.
- Edlin, A. e Irwin, K. (1992). High risk sex behavior among young street recruited crack cocaine smokers in three American cities: an interim report. **Journal of Psychoactive Drugs**, 24 (4).
- ENA – Encuesta Nacional de Adicciones (1988). **Drogas ilegales**. México: SS.
- ENA - Encuesta Nacional de Adicciones (1993). **Drogas ilegales**. México: SS.
- ENA - Encuesta Nacional de Adicciones (1998). **Drogas ilegales**. México: SS.
- Eriksen, L. Bjornstad, S. y Gøtestam, K. G. (1986). Social skills training in groups of alcoholics: one year treatment outcome for groups and individuals: **Addictive Behaviors**, 11, 309-329.
- Festinger, D. S., Lamb, R. J., Marlowe, D. B. y Kirby, K. C. (2002) From telephone to office: intake attendance as a function of appointment delay. **Addictive behaviors**, 27 (1), 131-7.
- Finney, J. W. y Monahan, S. C. (1996). The cost-effectiveness of treatment of alcoholism: a second approximation. **Journal of Studies on Alcohol**, 57, 229-243.
- Fletcher, B. y Tims, F. (1997). Drug abuse treatment study (DATOS) treatment evaluation research in the United States. **Psychology of Addictive Behaviors**, 11(4), 216-229.
- Flores-Ortiz, Y. y Bernal, G. (1989). Contextual family therapy of addiction with latinos. **Journal of Psychotherapy and the Family**, 6(1-2), 123-142.
- Flynn, P. M., Kristiansen, P. L., Porto, J. Y. y Hubbard, R. L. (1999). Cost and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS. **Drug and Alcohol Dependence**, 57, 167-174.
- Forrest-Tennant, J. S. (1995). Cocaine abuse in methadone maintenance patients is associated with low serum methadone concentrations. **Journal of Addictive Diseases**, 14(1).
- Frank, G. y Galea, J. (1996). Cocaine trends and other drug trends in New York City, 1986-1994. **Journal of Addictive Diseases**, 15 (4).
- Franks, C. (1995). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: una revisión conceptual, en V. Caballo (ed.) **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. Madrid: Siglo XXI, 3 – 26.
- Fulgencio, M. (1996). **Validación social de un programa eco-conductual para la prevención y tratamiento del maltrato infantil**. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Fulgencio, M. y Ayala, H. (1996). Validación social de intervenciones conductuales con niños: evaluación de metas, procedimientos y resultados. **Revista Mexicana de Análisis de la Conducta**, 22(2), 113-138.



- Gallanter, M., Keller, D. S. y Dermatis, H. (1997). Network therapy for addiction: assessment of the clinical outcome of training. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(3), 355-367.
- Galván, J., Rodríguez, E. y Ortiz, A. (1994) Diferencias por género respecto a patrones de consumo y problemas asociados al uso de cocaína: un análisis cualitativo. *Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario*, 65-73. México: CONADIC, Secretaría de Salud.
- Garbutt, J. C., West, S. L., Carey, T. S., Lohr, K. N. y Crews, F. T. (1999). **Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence**, JAMA, 281, 1318-1325.
- General Accounting Office (1996). **Cocaine treatment: early results from various approaches**. Washington, DC: GAO.
- Gobierno del Distrito Federal (2001). **Programa Integral de Prevención del Delito, la Violencia y las Adicciones**, Secretaría de Desarrollo Social.
- Golfried, M. R. y Davison, G. C. (1976). **Clinical behavior therapy**. Nueva York: Holt, Rinehard and Winston.
- Gordis, E. (1989). **Alcohol withdrawal syndrome**. A commentary by NIAAA Director. NIAAA, 5 (270), 3.
- Gossop, M. (1989). An investigation of the withdrawal symptoms shown by opiate addicts during and subsequent to a 21 day inpatient methadone detoxification procedure. *Addictive Behaviors*, 12, 1-6.
- Grabowski, J., Higgins, S. y Kirby, K. (1993). Behavioral treatments of cocaine dependence. En F. Tims y C. Leukefeld (eds.) **Cocaine treatment: research and clinical perspectives**. Rockville: NIDA Research Monograph 135, 133-149;
- Grabowsky, J., Stitzer, M. y Henningfield, J. (1984). **Behavioral intervention techniques in drug abuse treatment**. Washington, D. C.: NIDA Research Monograph 46.
- Grimm, J., Hope, B., Wise, R. y Shaham, Y. (2001). After stopping cocaine use, drug craving gets stronger over time. *Nature*, 12 de Julio.
- Grinspoon, L. y Bakalar, J. (1976). **Cocaine. A drug and its social evolution**. Nueva York: Basic Books.
- Halikas, J. A., Kuhn, K. L., Crosby, R., Carlson, G. y Crea, F. (1991). The measurement of craving in cocaine patients using the Minnesota Cocaine Craving Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 32(1), 22-27.
- Hall, S. M., Havassy, B. E. y Wasseman, D. A. (1991). Effects of commitment to abstinence, positive moods, stress and coping on relapse on cocaine use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(4), 526-532.
- Harwood, H. J., Hubbard, R. L., Collins, J. J. y Rachal, J. V. (1988). The cost of crime and the benefits of drug abuse treatment: a cost benefit analysis using TOPS data. En C. G. Leukefeld y F. M. Tims (Eds.) **Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice**. NIDA Research Monograph, 86, 209-235.
- Havassy, B., Wasseman, D. y Hall, S. (1993). Relapse to cocaine use: conceptual issues. En F. Tims y C. Leukefeld (Eds.), **Cocaine treatment: Research and clinical perspectives**. NIDA Research Monograph 135.

- Heather, N. (1989). Psychology and brief interventions. *British Journal of Addictions*, 4(4), 357-370.
- Heather, N. (1995). Brief intervention strategies. En R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.) *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (p. 105-122). Needham Heights, MA: Simon and Schuster.
- Heinz, A., Ragan, P., Jones, D. W., Hommer, D., Williams, W., Knable, M. B., Gorey, J. G., Doty, L., Geyer, C., Lee, K. S., Coppola, R., Weinberger, D. R. y Linoita, M. (1998). **Reduced central serotonin transporters in alcoholism**. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1544-1549.
- Hester, R. K. y Delaney, H. D. (1997). Behavioral self control program for windows: results of a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 686-693.
- Higgins, S. T. (1996). Some potential contributions of reinforcement and consumer-demand theory to reducing cocaine use. *Addictive Behaviors*, 21(6), 803-816.
- Higgins, S. T., Budney, A. J. y Bickel, W. K. (1994). Applying behavioral concepts and principles to the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 87-97.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., Donham, R. y Badger, G. J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51(7), 568-576.
- Higgins, S. T., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K., Huges, J. R., Foerg, F. y Fenwick, J. W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1218-1224.
- Higgins, S. T., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K. y Hughes, J. R. (1991). **A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence**. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224.
- Hunt, G. M. y Azrin, G. M. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Husband, S., Marlowe, D., Lamb, R. J., Iguchi, M. Y., Bux, D. A., Kirby, K. C. y Platt, J. J. (1996). Decline self reported dysphoria after treatment entry in inner-city cocaine addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 221-224.
- Iguchi, M. Y., Belding, M. A., Morral, A. R., Lamb, R. J. y Husband, S. D. (1997). Reinforcing operants other than abstinence in drug abuse treatment: an effective alternative for reducing drug use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 421-428.
- IMSS (1998). Sistema de registro del uso de drogas.
- Institute of Medicine (1990). **Broadening the base of treatment for alcohol problems**. Washington, D. C.: National Academic.
- Kadden, R., Cooney, N., Getter y Litt, M. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 698-704.
- Kadden, R., Carroll, K. M., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M. y Hester, R. (1992). **Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: a clinical research guide for therapist treating individuals with alcohol abuse and dependence**. NIAAA Project Match Monograph Series, vol 3.

- Kanfer, F. y Phillips, J. (1976). **Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento**. México: Trillas.
- Kang, S. Y., Kleinman, P. H., Woody, G. E., Millman, R. B., Todd, M. D., Kemp, J. y Lipton, D. S. (1991). Outcomes for cocaine abusers after once-a-week psychosocial therapy. **American Journal of Psychiatry**, 148(5), 630-635.
- Kaplan, C. D., Hush, J. A. y Bieleman, B. (1994). The prevention of stimulant misuse. **Addiction**, 89, 1517-1521.
- Katzung, B. G. (1991). **Farmacología básica y clínica**. México: Manual Moderno.
- Kazdin, A. (1977). Assessing the clinical or applied significance of behavior change through social validation. **Behavior Modification**, 1, 427-452.
- Klein, S. B. (1994). **Aprendizaje: principios y aplicaciones**. Madrid: Mc Graw Hill.
- Kosten, T. A. y Kosten, T. R. (1991). Pharmacological blocking agents for treating substance abuse. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 179, 583-592.
- Lash, S. J. (1998). Increasing participation in substance abuse aftercare treatment. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 24(1), 31-36.
- Lawton, K. (1999). **Brief interventions and brief therapies for substance abuse**. Treatment Improvement Protocol. Washington, D. C. : NIDA.
- Lazarus, A. A. (1966). Behaviour rehearsal vs non directive therapy vs advice in effecting behaviour change. **Behaviour Research and Therapy**, 4, 209-212.
- Leshner, A. (2001). **Cocaína, adicción y abuso**. NIDA, NIH.
- Leukefeld, C. y Tims, F. (1993). Treatment of cocaine abuse and dependence: directions and recommendations. En F. Tims y C. G. Leukefeld (eds.) **Cocaine treatment: Research and Clinical Perspectives**. Rockville: NIDA Research Monograph 135, 133-149.
- Ley General de Salud (1997). Secretaría de Salud.
- Ley General de Salud. (1984). D. O. 7 de febrero de 1984. México: SS.
- Lira, J. y Ayala, H. (2002). **Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina**. Tesis de Maestría. ENEP Iztacala, UNAM.
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C. y Lizasoain, I. (1998). **Drogodependencias**. Madrid: Médica Panamericana.
- Luborsky, L. y Mark, D. (1991). Short-term supportive-expressive psychoanalytic psychotherapy. En P. Crits-Christoph y J. P. Barber (eds.) **Handbook of short-term Dynamic Psychotherapy**. Nueva York: Basic Books, 110-136.
- Madden, J. S. (1986). **Alcoholismo y farmacodependencia**. México: Manual Moderno.
- Margolin, A., Avants, K., Chang, P. y Kosten, T. (1993). Acupuncture for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patient. **The American Journal on Addictions**, 2(3), 194-201.

- Marlatt, G. A. (1987). Alcohol, the magic elixir: stress, expectancy and the transformation of emotional states. En E. Gottheil, K. A. Druly, S. Pashko y S. P. Weinstein (eds.) *Stress and addiction*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognoscitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (eds.) *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaida y prevención de recaídas*. Barcelona: Sitges.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R.. (1980). Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. En P. O. Davidson y S. M. Davidson (eds.) *Behavioral medicine: changing health lifestyles*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M. y Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.
- Marlatt, G. A., Tucker, J. A., Donovan, D. M. y Vuchinich, R. E. (1996). *Help seeking by substance abuse*. NIDA Research Monograph, 165, 44-84.
- Martin, R. A., Rossi, J. S., Rohsenow, D. J., Monti, P. M. y Rosenbloom, D. (1994). *Stages of change profiles for quitting cocaine*. 28<sup>th</sup> Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Diego California.
- Martínez, K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Martínez, K. y Ayala, H. (2001). *Resultados preliminares de un modelo de intervención breve para adolescentes que consumen drogas*. XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Toluca, Edo. de México.
- Martínez, K. y Ayala, H. (2002). *Resultados del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de drogas*. Coloquio 2002 de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual.
- Maude-Griffin, P. M., Hohenstein, J. M., Humfleet, G. L., Reilly, P. M., Tusell, D. J. y Hall, S. M. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 832-837.
- McCrary, B. S. y Delaney, S. I. (1995). Self-help groups. En R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.) *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (p. 160-175). Needham Heights, MA: Simon and Schuster.
- McKay, J. R., Alterman, A. I., McLelland, T., Boardman, C. R., Mulvaney, F. D. y O'Brien, C. P. (1998). Random versus nonrandom assignment in evaluation of treatment for cocaine abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 697-701.
- McKay, J., Alterman, A., McLelland, Cacciola, J., Rutherford, M., O'Brien, C. y Koppenhaver, J. (1997). Group counseling versus individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence initial results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 778-788.

- McKay, J., Alterman, A., Cacciola, J., O'Brien, C., Koppenhaver, J. y Shepard, D. (1999). Continuing care for cocaine dependence comprehensive 2-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 420-427.
- Meana, J. J. y Baturen, F. (1993). *Psicoestimulantes: cocaína, xantinas y anfetaminas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Medina - Mora M. E., Villatoro J. y Rojas, E. (1996). Drug use among students in Mexico's northern border states. *Community Epidemiology Work Group*, 367-379.
- Medina - Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. y Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24(4), 3-19.
- Medina - Mora, M. E., (1978). Prevalencia del consumo de drogas en algunas ciudades de la República Mexicana. Encuestas de hogares. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 4(7), 111-125.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., López, E., Berenzon, S., Carreño, S. y Juárez, F. (1995). Factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 131(4), 383-393.
- Medina-Mora, M.E. (1992). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En R. C. Tapia (ed.). *Las Adicciones en México: dimensión, impacto y perspectivas*. México: FCE.
- Medina-Mora, M. E. (2003). *Comunicación personal*.
- Mercer, D. y Woody, G. (1999). *Individual drug counseling*. Rockville, Mariland: NIDA.
- Messer, S. B. y Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: a comparative approach*. Nueva York: Guilford.
- Meyers, R. J. y Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. Nueva York: Guilford.
- Miller, P. M. y Mastria, M. A. (1977). *Alternatives to alcohol abuse: a social learning model*. USA: Research Press.
- Miller, W. R. (1999). The Motivational Interviewing Newsletter: Updates, Education and Training *Minuet*, 6(3), 2-4.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Miller, W. R. y Brown, J. M. (1991). Self regulation as conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. En N. Heather, W. R. Miller y J. Greeley (eds.) *Self control and the addictive behaviours*, 182-242. Sydney: Maxwell Macmillan.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Miller, W. R., Benefield, G. y Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.

- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. F., Montgomery, H. A., Hester, R. K. y Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.) **Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives** (p. 221-241). Needham Heights, MA: Simon and Schuster.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G. y Krege, B. (1988). Motivational Interviewing with Problem Drinkers: II. The Drinker's Check up as a Preventive Intervention. **Behavioral Psychotherapy**, 16, 251-268.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M. y Cooney, N. L. (1989). **Dependence: a coping skills training guide in the treatment of alcoholism**. Nueva York: Guilford.
- Monti, P. M., Gulliver, S. B. y Myers, M. G. (1994). Social skills training for alcoholics: Assessment and treatment. **Alcohol and Alcoholism**, 29(6), 227-237.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. R., Colby, S. M. y Abrams, D. B. (1995). Coping and social skills training. En R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.) **Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives** (p. 221-241). Needham Heights, MA: Simon and Schuster.
- Moreno, K. (1997). **Cómo proteger a tus hijos contra las drogas**. México: Centros de Integración Juvenil.
- Narcotics Anonymous World Services (1991). **AA**. California: Chatsworth.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica**. D. O. 11 de marzo 1996.
- O'Farrell, T. J. (1995). Marital and family Therapy. En R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.) **Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives** (p. 195-220). Needham Heights, MA: Simon and Schuster.
- O'Brien, C. P. (1994). Overview: the treatment of drug dependence. **Addiction**, 89, 1565-1569.
- O'Malley, S. S. y Kosten, T. R. (1988). Copules therapy with cocaine abusers. **Family Therapy Collections**, 25(121), 121-131.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992). **CIE-10 Transtornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico**. Madrid: Meditor.Oropeza, R. (2000). **Instrumentos diseñados específicamente para esta investigación**.
- Oropeza, R. y Ayala, H. (2003). **Resultados preliminares de un tratamiento cognoscitivo conductual dirigido a consumidores de cocaína**. 3er. Coloquio Internacional sobre Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas.
- Ortiz, A., Rodríguez, E., Galván, J. y González, L. (1993). Aspectos cualitativos sobre el consumo de cocaína. **Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario**, 106-111. México: CONADIC. Secretaría de Salud.
- Ortiz, A., Rodríguez, E., Galván, J., Unikel, C., Domínguez, M. y González, L. (1994). Cocaine use in Mexico City: an ethnographic approach. **Community Epidemiology Work Group**, 353-366.
- Ortiz, A., Rodríguez, E., Unikel, C., Galván, J., González, L., Domínguez, M. y Hernández, G. (1994b). Tendencias recientes del consumo de cocaína en la Ciudad de México. Algunos aspectos cuantitativos y cualitativos. En SSA-CONADIC, **Las Adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario**, 54-64.

- Ortiz, A., Romero, M., Rodríguez, E., González, L., Unikel, C. y Sosa, R. (1992). Principales tendencias del consumo de drogas en la Ciudad de México de 1987 a 1990. **Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría**, 90-98.
- Ortiz, A., Soriano, A., Galván, J., Rodríguez, E., González, L. y Unikel, C. (1997). Características de los usuarios de cocaína, su percepción y actitud hacia los servicios de tratamiento. **Salud Mental**, 20 (suplemento 2), 8-14.
- Ortiz, A., Soriano, A. y Galván, J. (2000). **Sistema de Reporte de Información en Drogas. Tendencias en el área metropolitana**, 28. Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Ortiz, A., Soriano, A., Galván, J., Flores, J. C. y Rodríguez, E. (1999). Grupo interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la aplicación de la cédula: Informe individual sobre consumo de drogas. **Tendencias en el área metropolitana**, 27. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Palij, M., Rosenblum, A., Magura, S., Handelsman, L. y Stimmel, B. (1996). Daily cocaine use patterns effects of contextual and psychological variables. **Journal of Addictive Diseases**, 15(2).
- Pear, J. (1995). Técnicas basadas principalmente en el condicionamiento operante, en V. Caballo (ed.) **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. Madrid: Siglo XXI, 299 – 400.
- Pedroza, F., Galán, S., Martínez, K., Oropeza, R. y Ayala, H. (2002). Evaluación del cambio clínico en las intervenciones psicológicas. **Revista Mexicana de Psicología**, 19(1), 73-84.
- Pérez, Y., De León, L., Oropeza, R. y Ayala, H. (2001). **Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas. Adaptación, validación y confiabilización del inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ)**. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W. R. Miller y N. Heather (eds.) **Treating addictive behaviors: Processes of change** (3-27). Nueva York: Plenum.
- Pulvirenti, L. y Kobb, G. F. (1996). Bases neurológicas de la adicción a la cocaína. **Investigación y Ciencia**, julio, 48-55.
- Ramos, B. M. C., Siegel, S. y Bueno, J. L. (2002). Ocasion setting and drug tolerance. **Integrative Physiological & Behavioral Science**, 37(3), 165-177.
- Rawson, R., Obert, J., McCann, M. y Ling, W. (1993). Neurobehavioral treatment for cocaine dependence: a preliminary evaluation. En F. Tims y C. G. Leukefeld (eds.) **Cocaine treatment: Research and Clinical Perspectives**. Rockville: NIDA Research Monograph 135, 92-115.
- Reglamento para la Organización y Funcionamiento del CONADIC**. D. O. 15 de febrero de 1988.
- Reid, M. S., Mickalian, J. D., Delucchi, K. L., Hall, S. M. y Berger, S. P. (1998). An acute dose of nicotine enhances cue-induced cocaine craving. **Drug and Alcohol Dependence**, 49, 95-104.
- Roberts, A. J. y Koob, G. F. (1997). The neurobiology of addiction: an overview. **Alcohol Health and Research World**, 21, 101-106.
- Rojas, G., Medina Mora, M. E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S. y Berenson, S. (1998). Evolución del consumo de drogas entre estudiantes del Distrito Federal. **Salud Mental**, 21, (1), 15-21.

- Rollnick, S. y Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, 23, 325-334.
- Room, R. (1993). Alcoholics Anonymous as a social movement. En B. S. McCrady y W. R. Miller (eds.), **Research on Alcoholics Anonymous** (pp. 167-189). New Brunswick, NJ: Rutgers Center on Alcohol Studies.
- Rotgers, F. (1996). Behavioral theory of substance abuse treatment: bringing science to bear on practice. En F. Rotgers, D. S. Keller y J. Morgenstern (eds) **Treating substance abuse: theory and technique**. Nueva York: Guilford, 174-201.
- Rousaville, B. J. y Carroll, K. M. (1992). Individual psychotherapy for drug abusers. En J. H. Lowinson, P. Ruiz y R. B. Millman (eds) **Comprehensive Textbook of Substance Abuse**. Nueva York: William and Wilkins, 496-508.
- Rudgley, R. (1999). **Enciclopedia de las sustancias psicoactivas**. Barcelona: Paidós.
- Schmitz, J., Oswald, L., Jacks, S., Rustin, T., Rhoades, H. y Grabowski, J. (1997). Relapse prevention treatment for cocaine dependence: group vs individual format. **Addictive Behaviors**, 22(3), 405-418.
- Schuckit, M. A. (1994). The treatment of stimulant dependence. **Addiction**, 89, 1559-1563.
- Schuckit, M. A. (1996). Recent developments in the pharmacotherapy of alcohol dependence. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 64, 669-676.
- Schwartz, L. y Baer, D. (1991). Social validity assessments: is current practice state of the art? **Journal of Applied Behavior Analysis**, 24, 189-204.
- Sheehan, T. y Owen, P. (1999). The disease model. En B. S. McCrady y E. E. Epstein (eds.), **Addictions: a comprehensive guidebook** (pp. 268-286). Nueva York: Oxford University.
- Shiffman, S., Read, L., Maltese, J., Rapkin, D. y Jarvik, M. E. (1985). Preventing relapse in ex-smokers: a self management approach. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (eds.) **Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. -Nueva York: Guilford.
- Shoptaw, S., Rawson, R., McCann, M. y Obert, J. (1994). The Matrix Model of outpatient stimulant abuse treatment: evidence of efficacy. **Journal of Addictive Diseases**, 13(4), 129-141.
- Siegel, S. (1999). Drug anticipation and drug addiction. The 1998 H. David Archibald Lecture. **Addiction**, 94(8), 1113-1124.
- Snyder, S. H. (1986). **Drugs and the brain**. Nueva York: Scientific American Books.
- Sobell, L. C., Buchan, G., Cleland, P., Sobell, M. B., Fedoroff, I. y Leo, G. I. (1996). **The reliability of the timeline followback (TLFB) method as applied to drug, cigarette, and cannabis use**. Conferencia presentada en la Reunión 30 de la Asociación para el Avance de la Terapia de la Conducta., Nueva York.
- Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1993). **Problem drinkers: guided self change treatment**. Nueva York: Guilford.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T. y Leo, G. I. (1993). What triggers the resolution of alcohol problems without treatment?. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, 17, 212-224.



- Sobell, M. S. (2001\*). A public health approach to the treatment of alcohol problems: issues and implications. En H. Ayala y L. Echeverría (eds.) **Tratamientos para conductas adictivas**. Facultad de Psicología, UNAM.
- Sobell, M. A., Sobell, L. C. y Toneatto, T. (1991). Recovery from alcohol problems without treatment. En N. Heather, W. R. Miller y J. Greeley (eds.) **Self control and the addictive behaviours**, 182-242. Sydney: Maxwell Macmillan.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C. y Gavin, D. R. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: different yardsticks of success. **Behavior Therapy**, 26(4), 643-670.
- SS (1999). **El consumo de drogas en México**. Secretaría de Salud.
- SS (1999). **Programa de Prevención y Control de la Farmacodependencia 1998-2000**.
- SS (2001). Programa de Acción: Adicciones. **Farmacodependencia**.
- Sterling, R., Gotthel, E., Weinstein, S., Lundy, A. y Serota, R. (1996). Learned helplessness and cocaine dependence: an investigation. **Journal of Addictive Diseases**, 15(2).
- Tapia, R. (2001). La cocaína. En R. Tapia (ed.) **Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectiva**. México: Manual Moderno, 219-228.
- Terroba, G. y Medina - Mora, M. E. (1979). Prevalencia del uso de fármacos en la ciudad de Mexicali, B. C. **Cuadernos Científicos CEMESAM**, 11, 123-143.
- U. S. General Accounting Office (1998). **Cocaine treatment. Early results from various approaches**. Washington, D. C.: GAO.
- Velasco, R (1997). **Las Adicciones**. México: Trillas.
- Villatoro, J. (1994). **Problemas psicosociales asociados al consumo de drogas: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones**. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Alcántar, E., Hernández, S. y Parra, J. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997. **Salud Mental**, 22, 1-23.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Alcántar, E., Fleiz, C., Navarro, C., Blanco, J., Parra, J. y Niquiz, G. (1999). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. **Reporte Estadístico**. SEP, IMP, México.
- Volpicelli, J. R., Alterman, A. L., Hayashida, M. y O'Brien, C. P. (1992). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. **Archives of General Psychiatry**, 49, 876-880.
- Wallace, J. (1996). Theory of 12-step oriented treatment. En N. Rotgers, D. S. Keller y J. Morgenstern (eds.) **Treating substance abuse: Theory and Technique** (pp. 13-37). Nueva York: Guilford.
- Washton, A. M. (1989). **Cocaine addiction: treatment, recovery and relapse prevention**. Nueva York: Norton.
- Weinstein, S., Gotthel, E. y Sterling, R. (1997). Randomized comparison of intensive outpatient vs individual therapy for cocaine abusers. **Journal of Addictive Diseases**, 16(2), 56-64.
- Weisz, C. (1996). Social identities and response to treatment for alcohol and cocaine abuse. **Addictive Behaviors**, 21(4), 445-458.

## REFERENCIAS

- Wells, E. A., Peterson, P. L., Gainey, R. R., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1994). Outpatient treatment for cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve step approaches. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 20(1), 1-17.
- Wiseman, E. J. y McMillan, D. E. (1996). Combined use of cocaine with alcohol or cigarettes. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 22(4), 577-587.
- Wolf, M. M. (1978). Social validity: the case of subjective measurement or how applied behavior analysis is finding it's Herat. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 11- 203-214.
- Yalom, I D. (1995). **The theory and practice of group psychotherapy**. Nueva York: Basic Books.

## ANEXOS

## ANEXO 1.

## LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DESDE EL ENFOQUE COGNOSCITIVO-CONDUCTUAL

## INTRODUCCIÓN

En este capítulo se hace una breve descripción de lo que es el modelo de prevención de recaídas, señalando sus supuestos, sus principales características, estrategias, así como algunos estudios empíricos que han evaluado su efectividad.

## PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El objetivo del modelo de intervención de prevención de recaídas es que el consumidor tenga mayor autocontrol sobre su consumo, además de que pueda anticipar y afrontar los problemas asociados con las recaídas de las conductas adictivas (Mariatt, 1993). Este modelo tiene como base la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986). En él se combinan procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades, la terapia cognoscitiva y la búsqueda del reequilibrio en el estilo de vida.

Este modelo originalmente fue desarrollado como un programa conductual de mantenimiento de sobriedad en los tratamientos de conductas adictivas (Mariatt & Gordon, 1980, 1985). Sus metas son o la abstinencia total o la moderación en el consumo de las sustancias. Se puede usar como estrategia de mantenimiento, para prevenir recaídas o para modificar el estilo de vida. Las estrategias de mantenimiento buscan prevenir o intervenir en el proceso de recaída cuando ya ha iniciado el cambio conductual. Por lo tanto, sus estrategias están diseñadas para mantener el cambio conductual. Estas pueden aplicarse independientemente de la orientación teórica o del modelo de tratamiento usado al inicio del tratamiento. Entonces, cuando un consumidor de drogas deja de consumirlas, es posible aplicar el modelo de prevención de recaídas con el fin de alcanzar el mantenimiento de la abstinencia, independientemente del método que se usó para iniciarla.

Este enfoque considera a la recaída como proceso transitorio o serie de acontecimientos, que pueden o no estar seguidos por el regreso a la línea base observada al inicio del tratamiento; entonces, esta es una bifurcación en el camino, en la que se puede regresar al problema conductual previo o mantener en la dirección del cambio positivo (Bronwell, Mariatt, Lichtenstein & Wilson, 1986).

## PERSPECTIVA GENERAL DEL MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Este modelo señala que el sujeto puede sentir una sensación de control mientras se mantiene abstinente. Entre más largo sea el periodo de abstinencia, hay mayor percepción de autocontrol. Este control percibido seguirá hasta que se presente una situación de alto riesgo (cualquier situación que represente una amenaza para la sensación de control y aumente el riesgo de recaída). Cummings, Gordon y Mariatt (1980) identificaron tres situaciones principales de alto riesgo que se asocian con casi tres cuartas partes de todas las recaídas (independientemente del problema particular implicado): estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social.

Si el consumidor emite una respuesta eficiente de afrontamiento en la situación de alto riesgo (ej. contrarrestar la presión social), la probabilidad de recaída disminuye significativamente. Por tanto, el individuo que afronta satisfactoriamente la situación puede experimentar una sensación de dominio o una percepción de control, lo que puede asociarse a la expectativa de ser capaz de afrontar con satisfacción el siguiente acontecimiento de riesgo. La expectativa poder afrontar sucesivas situaciones de alto riesgo a medida que aparecen, se asocia estrechamente con la noción de autoeficacia de Bandura (1977), que define como la expectativa del individuo relacionada con la capacidad de afrontar exitosamente una situación o tarea inminente. La sensación de confianza en la propia capacidad para afrontar de eficazmente una situación de alto riesgo se relaciona con el aumento de la percepción de autoeficacia. A

medida que aumenta la duración de la abstinencia o del consumo controlado, y el sujeto afronta de mejor manera más situaciones de riesgo, la percepción de control crece de forma acumulativa, disminuyendo la probabilidad de recaída.

Por otro lado, es probable que el consumidor nunca haya adquirido estrategias de afrontamiento saludables o que sus respuestas apropiadas están inhibidas por el miedo o la ansiedad. También es factible que el sujeto no reconozca la situación como peligrosa y por tanto, no responda al riesgo inherente antes de que sea demasiado tarde. Independientemente de la causa, a medida que disminuye la autoeficacia en las situaciones de alto riesgo, también disminuye la expectativa de afrontar favorablemente la siguiente situación problemática. Si esta situación se relaciona con una forma de afrontar el estrés involucrado, está puesto el escenario para una probable recaída. La probabilidad de recaída también aumenta si el sujeto espera que haya consecuencias positivas con relación al consumo de la sustancia. Frecuentemente, basado en experiencias anteriores, el individuo anticipa los efectos positivos inmediatos del consumo, mientras ignora las consecuencias negativas involucradas más a largo plazo. Por lo tanto, las expectativas de las consecuencias positivas son un determinante principal del abuso de sustancias (Marlatt, 1987).

Después de una experiencia fallida, el individuo probablemente sienta una disminución de su autoeficacia, que se asocia frecuentemente a una sensación de desamparo y una tendencia a rendirse pasivamente ante la situación. Para explicar esta reacción ante la trasgresión de un requisito categórico, Marlatt y Gordon (1985) han postulado un mecanismo denominado efecto de la violación de la abstinencia, que se presenta bajo las siguientes condiciones: antes del primer fallo, el consumidor se ha comprometido a un periodo de abstinencia (indefinido o limitado). La intensidad del efecto variará en función de diversos factores, incluyendo el grado de compromiso anterior o esfuerzo realizado para mantener la abstinencia, la duración del periodo de abstinencia y el valor subjetivo o importancia de la conducta prohibida para el individuo.

#### ANTECEDENTES ENCUBIERTOS

Frecuentemente, los sujetos están de pronto ante una situación que se va intensificando rápidamente y que no pueden controlar de forma efectiva, por lo que puede venir la recaída. Pero en otros episodios de recaída, la situación de alto riesgo aparece como el último eslabón de una cadena de acontecimientos previos al primer fallo. Además, puede haber distorsiones cognitivas (como la negación o racionalización) que facilitan la recaída.

#### ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

Este modelo usa una serie de estrategias para evitar las recaídas, que pueden clasificarse en tres categorías principales (Marlatt, 1993): entrenamiento en habilidades (que incluyen respuestas conductuales y cognitivas para afrontar las situaciones de alto riesgo), reestructuración cognoscitiva (que dan cogniciones alternativas relacionadas con la naturaleza del proceso de cambio de conductas) y reequilibrio en el estilo de vida (que ayudan a fortalecer la capacidad general de afrontamiento y a reducir la frecuencia e intensidad de las urgencias y los deseos irresistibles).

Un aspecto esencial para enseñar a los individuos a controlar las situaciones de alto riesgo de forma más efectiva, es capacitarlos para identificar y anticipar estas situaciones. Por lo tanto, siempre que sea posible, los individuos realizarán un registro de sus conductas adictivas durante un periodo de línea base antes del tratamiento, cuestión que resulta eficaz para evaluar las situaciones de alto riesgo.

La piedra angular de este modelo es el entrenamiento en habilidades para identificar el déficit en estrategias de afrontamiento. Cuando el sujeto carece de habilidades de afrontamiento se le pueden enseñar diferentes técnicas. El contenido del programa de entrenamiento en habilidades es variable y depende de las necesidades del individuo. Las posibles áreas de contenido específicas incluyen: asertividad, control de estrés, entrenamiento en relajación, control de la ira, habilidades de comunicación

y habilidades sociales generales. Además de estas áreas, se incluye rutinariamente el entrenamiento en habilidades de solución de problemas más generales (Golfried & Davison, 1976). La ventaja de este entrenamiento es que da al individuo un conjunto de habilidades muy flexibles, que pueden generalizarse a lo largo de diversas situaciones y áreas problemáticas.

Con relación al entrenamiento en habilidades, se incluye al ensayo conductual, las auto-instrucciones, el entrenamiento, la retroalimentación, el modelamiento y el juego de roles. Para poner a prueba y consolidar las habilidades recientemente adquiridas, asignar tareas para realizar en casa es un ingrediente esencial en el entrenamiento en habilidades o capacidades.

Debe anticiparse que el individuo puede fracasar en el empleo eficaz de estas estrategias de afrontamiento y experimentar una caída (Mariatt & Gordon, 1985). La reacción después de la caída es un punto de intervención muy importante en este modelo, ya que determina el grado de intensidad desde una caída única y aislada hasta una recaída completa. El primer paso en la anticipación y manejo de estas reacciones es hacer un contrato terapéutico explícito para limitar la cantidad de sustancia a usar si se produce una caída. Aunque el método fundamental de intervención tras la caída es el uso de la reestructuración cognoscitiva para contrarrestar sus componentes cognoscitivos y afectivos. Su objetivo principal es capacitar al individuo para que pueda interpretar la caída como un acontecimiento único, un error. Si por el contrario, el usuario entiende la caída como un fracaso y sucumbe al conflicto, la culpa y las atribuciones que se da, hay más posibilidades de que se produzca una recaída absoluta.

Un programa completo de autocontrol debe también mejorar el estilo de vida global del individuo y por tanto, aumentar su capacidad para afrontar factores de estrés generalizado, previo a la aparición de las situaciones de alto riesgo. Por ejemplo, hay que alentarle a que disponga de momentos de ocio durante el día para que se comprometa a realizar actividades gratificantes que sean valiosas, incluyendo adiciones más positivas (como la meditación, procedimientos de relajación, deportes, etc.)

A pesar de la eficacia de estas técnicas para contrarrestar los sentimientos de privación que predisponían al individuo a una recaída, las urgencias y los deseos irresistibles pueden aparecer ocasionalmente (Mariatt, 1993). Por esta razón, se recomiendan diversos procedimientos para el control de los deseos irresistibles. Algunas veces, las urgencias y los deseos irresistibles se producen directamente por estímulos externos (ej. ver al amigo con el que se consumía o el lugar donde solía hacerlo). La frecuencia de estos deseos desencadenados externamente pueden reducirse sustancialmente mediante el uso de simples técnicas de control de estímulos encaminadas a minimizar su exposición. En ocasiones, las estrategias de evitación ofrecen la forma más eficaz de reducir la frecuencia de los deseos apremiantes provocados externamente. Hay circunstancias, como el lugar donde se solía consumir, que pueden simplemente evitarse mientras el individuo desarrolla otras estrategias de afrontamiento. En general, las estrategias de evitación pueden, con frecuencia, estar disponibles para controlar una situación de alto riesgo que aparece inesperadamente. Una selección de estrategias viables de evitación puede aumentar la sensación de elección del individuo cuando se enfrenta a situaciones peligrosas.

Cuando se enseña a los individuos a afrontar las experiencias de urgencia y de deseo irresistibles, es importante subrayar que la incomodidad asociada con estos acontecimientos internos es natural. Con frecuencia, la persona que está sometida a deseos irresistibles tiene tendencias a sentir que la incomodidad continuará aumentando paulatinamente hasta que su resistencia se rompa debido a un deseo arrollador. Al trabajar este tema, hay que señalar que los deseos irresistibles pueden ser provocados por estímulos condicionados; y que estos aumentan de intensidad, alcanzan un pico máximo y luego disminuyen, lo que puede compararse con la formación, desarrollo y rompimiento de una ola de mar.

Hay que destacar que los deseos irresistibles pueden no operar siempre en un nivel consciente, sino que en ocasiones están enmascarados por distorsiones cognoscitivas o mecanismos de defensa. E incluso entonces, pueden ejercer una influencia importante permitiendo que las "decisiones aparentemente irrelevantes" lleven al individuo más cerca de una recaída. Para evitarla, se entrena al individuo para que pueda "ver a través" de estos autoengaños reconociendo su verdadero significado. Si

se reconoce que ciertas decisiones representan potencialmente deseos irresistibles, se capacita al individuo para usar estas experiencias como señales previas de aviso. Los deseos deben entenderse como eventos naturales que ocurren en respuesta a los estímulos ambientales y del estilo de vida, más que como señales del fracaso del tratamiento e indicadores de futuras recaídas.

Este modelo ha mostrado resultados satisfactorios en el tratamiento de diferentes conductas adictivas. Por ejemplo, en la evitación de recaídas con exfumadores (Shiffman, Read, Maltese, Rapkin, & Jarvik, 1985), en el entrenamiento en habilidades con alcohólicos (Chaney, O'Leary & Mariatt, 1978), y en el tratamiento de consumidores de cocaína (Carroll, Rounsaville & Keller, 1991), entre otras adicciones.

## CONCLUSIÓN

El modelo de prevención de recaídas ha sido muy utilizado en los tratamientos dirigidos al consumo de sustancias, especialmente en los modelos cognoscitivo conductuales. Es un modelo que ofrece muchas estrategias al consumidor para mantener la meta elegida. Además, la conceptualización que hace de la caída o recaída ayuda a que el usuario no la vea como un fracaso en su recuperación y pueda continuar con el mismo. Este modelo es parte fundamental del tratamiento que se está desarrollando en este trabajo de tesis, debido a todas sus ventajas inherentes y a que ha demostrado gran efectividad en el tratamiento de las adicciones.

## ANEXO 2.

### LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

#### INTRODUCCIÓN

En este capítulo se describe brevemente las características de la Entrevista Motivacional (EM). Se discute su espíritu, se compara con otras aproximaciones parecidas y se señalan elementos que definitivamente no son parte de la misma.

#### LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

El concepto de EM se desarrolló por la experiencia en el tratamiento de bebedores problema, y fue descrita por primera vez por Miller (1983) en un artículo publicado en Behavioural Psychotherapy. Estos conceptos fundamentales y estas aproximaciones fueron después elaboradas por Miller y Rollnick (1991) en una descripción más detallada de procedimientos clínicos.

Ha habido otras aproximaciones que también usan el nombre de entrevista motivacional (ej. Kuchipudi, Hobein, Fleckinger, e Iber, 1990), donde retoman algunos de los elementos con el modelo original, aunque también hay casos donde se viola directamente lo que se ven como sus características principales. Aunque esto es normal, ya que cualquier innovación tiende a diluirse y a cambiar con la difusión (Rogers, 1994).

La entrevista motivacional es directiva, con un estilo de consejo centrado en el cliente, donde se busca elicitar un cambio de conducta ayudándolo a explorar y resolver su ambivalencia respecto al cambio de conducta. Comparada con el consejo no directivo, esta es más enfocada y se dirige a metas claras. Su principal objetivo analizar y resolver la ambivalencia, y el terapeuta persigue directamente esta meta (Rollnick & Miller, 1995).

#### EL ESPÍRITU DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Es importante distinguir entre el espíritu de la entrevista motivacional de otras técnicas que manifiestan el mismo. Los terapeutas que se enfocan demasiado en el tema de la técnica pueden perder de vista el espíritu y el estilo, que es central a esta aproximación. Hay muchas variaciones en la técnica a las que se enfrentan los clínicos; sin embargo, lo principal es motivar al paciente. La motivación para el cambio se elicita por el cliente, y no se impone desde afuera. Otras aproximaciones motivacionales han enfatizado la coerción, persuasión, confrontación constructiva o el uso de contingencias externas (ej. la amenaza de la pérdida de trabajo o familia). Tales estrategias pueden tener su lugar al evocar el cambio, pero son muy diferentes del espíritu de la EM, que descansa en la identificación y la movilización de los valores y las metas intrínsecas del cliente para estimular la conducta de cambio.

Es tarea del cliente, no del consejero, articular y resolver su ambivalencia. La ambivalencia toma la forma de un conflicto entre dos cursos de acción (ej. indulgencia vs restricción), cada una de las cuales tiene beneficios percibidos y costos asociados. Muchos clientes nunca tienen la oportunidad de expresar su confusión, contradicciones y los elementos personales de este conflicto. Por ejemplo, "si yo dejo de fumar me sentiré mejor, pero entonces pondré atención en mi peso, que me hace sentir mal y poco atractiva". Entonces, la tarea del consejero es facilitar la expresión en ambos lados del callejón de la ambivalencia, y guiar al cliente hacia una resolución aceptable que dispare el cambio (Miller & Rollnick, 1999).

La persuasión directa no es un método efectivo para resolver la ambivalencia. Es tentador tratar de ser útil al intentar persuadir al cliente sobre la urgencia del problema sobre los beneficios del cambio. Es



bastante claro, sin embargo, que estas tácticas generalmente incrementan la resistencia y disminuyen la probabilidad del cambio (Miller, Benefield & Tonigan, 1993; Miller & Rollnick, 1999)

El estilo de consejo normalmente debe ser tranquilo y elicitador. La persuasión directa, la confrontación agresiva y la argumentación se oponen a la EM y están explícitamente prescritos en esta aproximación. Para un consejero acostumbrado a confrontar y dar consejos, la EM puede parecer desesperadamente lenta y ser un proceso pasivo, pero su profundidad está en el resultado. Estrategias más agresivas, en algunas ocasiones guiadas por el deseo de "confrontar al cliente negativamente", fácilmente caen en empujar al cliente a hacer cambios para los cuales no está preparado.

El consejero debe ser directivo para ayudar al cliente a examinar y resolver su ambivalencia. La EM no involucra el entrenamiento en habilidades conductuales de enfrentamiento, aunque ambas aproximaciones no son incompatibles. La suposición operacional de la EM es que la ambivalencia o la falta de acuerdo es el principal obstáculo a superar para alcanzar el cambio. Una vez que se ha llevado a cabo, puede haber o no haber la necesidad de más intervenciones tales como el entrenamiento de habilidades. Las estrategias específicas de la entrevista motivacional están diseñadas para elicitación, clarificar y resolver la ambivalencia centrada el cliente en una atmósfera respetuosa de consejo.

La disposición al cambio no es un rasgo del cliente sino que es un producto fluctuante de interacción personal (Miller, Sovereign, & Kregge, 1988). En ese sentido, el terapeuta debe estar muy atento y ser muy responsivo a los signos motivacionales del cliente. En este modelo, la resistencia y el rechazo no se ven como rasgos del cliente sino como la retroalimentación que se asocia a la conducta del terapeuta. La resistencia del cliente puede ser un signo de que el consejero asume que este ya está preparado para el cambio, lo que indica que el terapeuta necesita modificar sus estrategias motivacionales.

La relación terapéutica es más como una sociedad o una compañía que una serie de roles experto/receptor. El terapeuta respeta la autonomía y la libertad de elección (y las consecuencias) del cliente respecto a sus propias conductas.

Por todos estos aspectos, es inapropiado ver a la EM como una serie de técnicas que se aplican o peor, se utilizan con los clientes. Además, es un estilo interpersonal, no del todo restringido en escenarios de consejo formales. Este es un balance sutil de componentes directivos y centrados en el cliente. Está conformado por una filosofía guiada y tratando de entender qué disparadores se pueden cambiar. Si se convierte en un truco o una técnica para manipular, entonces se habrá perdido su esencia (Miller, 1994).

#### Conductas terapéuticas

Hay, sin embargo, conductas del terapeuta específicas y entrenables que son características del estilo de la EM. Las principales serían las siguientes: tratar de entender el marco de referencia de la persona, particularmente a través de la escucha reflexiva; expresar aceptación y afirmación al cliente; elicitación y reforzar selectivamente las afirmaciones motivacionales donde el cliente reconoce su problema, su preocupación, su deseo, sus intenciones y su habilidad para cambiar; monitorear su grado de disposición para cambiar, y asegurarse que la resistencia no está generada al estar frente al cliente; afirmar la libertad de elección del cliente así como decidir su dirección. El punto es que este es el espíritu de la entrevista motivacional que da lugar a estos y a otras estrategias específicas e informes de su uso. Una descripción más completa del estilo clínico se puede revisar en Miller y Rollnick (1999)

#### DIFERENCIAS ENTRE MÉTODOS RELACIONADOS

##### El Check-up

Varios métodos de intervención específicos han derivado de la intervención motivacional. El check-up con bebedores problema (Miller & Sovereign, 1989; Schippers, Brokken & Otten, 1994) es un modelo basado en la evaluación. Hay una extensa evaluación del consumo del cliente y conductas relacionadas,

seguida de una retroalimentación sistemática. Esta estrategia se ha adaptado a otras áreas problema, donde la clave es dar retroalimentación personal significativa (a través de la EM) que pueda compararse con alguna referencia normativa. Sin embargo, también es posible se usar la EM sin una evaluación formal. También es posible hacer una retroalimentación sin ninguna interacción interpersonal, tal como en la EM via correo; en este sentido, hay evidencia de que ese tipo de retroalimentación puede en sí misma disparar el cambio de conducta (Agostinelli, Brown & Miller, 1995).

#### Terapia de mejoramiento motivacional – Motivational enhancement therapy (MET)

La MET es una adaptación de cuatro sesiones de la intervención de check-up (Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik, 1992). Se desarrolló específicamente como una de las tres intervenciones evaluadas en el Proyecto Match (1993), que fue una investigación muy extensa sobre tratamientos para el abuso y la dependencia al alcohol. Se añadieron dos sesiones de seguimiento (a la semana 6 y a la 12 de haberse dado de alta) a las dos sesiones tradicionales del formato check-up. En los resultados se observaron datos promisorios de esta aproximación.

#### Entrevista Motivacional Breve

La entrevista motivacional breve se aplica en una sola sesión (alrededor de 40 minutos) en escenarios de prevención primaria con bebedores excesivos que no están buscando tratamiento (Rollnick, Bell & Heather, 1992). Un menú de estrategias concretas forma las bases de este modelo. Se ha encontrado que no es fácil para los profesionales de la salud aplicar la EM durante los contactos médicos breves. Es por esto que Rollnick y Bell diseñaron esta serie de técnicas concretas con la intención de mostrar el espíritu y la práctica de la entrevista motivacional en escenarios de contacto breves. Un tema que no se ha resuelto es si el espíritu de la entrevista motivacional puede captarse en encuentros tan breves de 5 a 10 minutos. Se han hecho numerosos intentos de hacer esto, aunque solo una investigación ha publicado datos (Stott, Rollnick, Rees & Pill, 1995).

#### Intervención breve

En este punto hay cuatro confusiones comunes. En general la intervención breve se ha confundido con la entrevista motivacional, quizás por la presentación de términos más genéricos como *consejo motivacional breve* (Holder, Longabaugh, Miller & Rubonis, 1991). Tales intervenciones breves enfocadas en el consumo, han ofrecido dos grandes grupos de clientes: bebedores fuertes en escenarios médicos generales quienes no han pedido ayuda, y consumidores problema en escenarios especiales (Bien, Miller & Tongan, 1993).

Los intentos para demostrar la efectividad generalmente demostrada de las intervenciones breves han señalado algunos ingredientes comunes que subyacen, y una de las expresiones que se utiliza es el acrónimo FRAMES, originalmente desarrollado por Miller (1985). Las iniciales de FRAMES se refieren a uso del Feedback (retroalimentación); que la Responsabilidad para el cambio subyace en el individuo; el uso del consejo (Advice); ofrecer un Menú de opciones de cambio; utilizar un estilo Empatático de consejo; además de buscar la autoeficacia del consumidor (Self-efficacy) (Miller & Rollnick, 1999).

Aunque muchos de estos ingredientes son claramente congruentes con el estilo de la intervención motivacional, algunas aplicaciones no lo son (ej. dar consejo) (Rollnick, Kinnerley & Stott, 1993). Además, la EM no debe confundirse en general con las intervenciones breves. Se ha sugerido que el término "motivacional" se use solamente cuando hay una intención propositiva de aumentar la disposición al cambio. Además, la EM debe usarse solo cuando se ponga atención cuidadosa a la definición y características del espíritu descrito anteriormente. Además, es inapropiado el uso del término EM si para la persuasión directa se recurre a la autoridad profesional, o cuando dar consejo directo es parte de la intervención breve. También es útil distinguir entre los mecanismos de trabajo de las intervenciones

breves (que pueden o no involucrar procesos motivacionales) de los métodos específicos derivados de la EM, diseñados para motivar el cambio de conducta.

#### **Diferencias con las aproximaciones más confrontacionales**

Aunque la EM busca, en algún sentido, confrontar al cliente con la realidad, este modelo difiere sustancialmente de estilos de confrontación más agresivos. Más específicamente, este modelo no se aplica cuando el terapeuta discute que la persona tiene un problema y necesita un cambio; cuando ofrece consejo directo o prescribe soluciones al problema sin el permiso de la persona o sin motivar activamente a la persona que toma sus propias decisiones; cuando se usa una postura autoritaria/experta que deja al cliente en un rol pasivo; cuando la mayor parte de las prácticas se hacen como un sistema de entrega de información unidireccional; cuando se impone una etiqueta de diagnóstico; y cuando el terapeuta se comporta en forma de castigo o coercitiva. Tales técnicas violan el espíritu esencial de la entrevista motivacional (Rollnick & Miller, 1995)

#### **CONCLUSIÓN**

Debido a su utilidad y eficacia, el modelo de la EM forma parte fundamental de muchos de los tratamientos actualmente en boga, en especial de los modelos cognoscitivo conductuales, que se dirigen tanto a la intervención de las conductas adictivas como a otras conductas. En ese sentido, es una de las herramientas fundamentan el tratamiento que se está desarrollando en este trabajo de tesis.

## ANEXO 3.

## TEORÍAS DE APRENDIZAJE

## INTRODUCCIÓN

En este capítulo se revisan brevemente algunas de las principales teorías del aprendizaje que ayudan a explicar el consumo de sustancias. Se analizan más específicamente las teorías que subyacen a los modelos cognoscitivo conductuales.

## ENFOQUE E - R

## TEORÍA DEL IMPULSO

La teoría de Hull (1943, citado en Klein, 1994) fue la que dominó durante el período de 1930 a 1960. Sostiene que la intensidad de una actividad instrumental está determinada por el efecto de varios factores, resumidos en la siguiente ecuación:

$$(E) = (D)(K)(H) - (I)$$

donde:

- (E) = Potencial conductual
- (D) = Impulso
- (K) = Incentivo
- (H) = Intensidad del hábito
- (I) = Inhibición

Para Hull la conducta se motiva por un impulso intenso, que puede ser generado ya sea por una fuerza interna (ej. sentir hambre) o externa (cualquier clave ambiental, ej. descarga eléctrica). Estas claves ambientales pueden condicionarse clásicamente para producir impulsos; por ende, éstos pueden surgir incondicional o condicionalmente. Hull menciona que el ambiente es tan importante que es el principal propiciador de conductas: la dirige y dependiendo de la intensidad del hábito más fuerte, cual de todas las posibles respuestas sucederá. La intensidad puede ser innata o adquirida a través de la experiencia. Cuando es adquirida se intensifica cada vez que la respuesta lleva a la reducción del impulso, lo que se explica mejor con el siguiente ejemplo: para un usuario el consumo de cocaína (conducta) calma su deseo y su angustia (reducción del impulso). Esta relación E-R donde el E es la cocaína y la respuesta es la tranquilidad, se hace más fuerte a través de la experiencia, de esta manera se jerarquizan los hábitos y las conductas se llevan a cabo siguiendo el orden de mayor a menor importancia.

Cuando la conducta no disminuye el impulso (ej. cuando el consumo no reduce la angustia y/o deseo) se inhibe temporalmente cualquier conducta, lo que se llama *inhibición reactiva*. Cuando la conducta decae, se produce nuevamente la conducta habitual. Si la incapacidad de la respuesta para disminuir el impulso persiste, también disminuye la intensidad del hábito, lo que se llama *inhibición condicionada* permanente y este fracaso de la respuesta hará que se produzca el segundo hábito más fuerte en la jerarquía o bien tercero, cuarto o hasta que se halle una respuesta eficaz para disminuir el impulso. Es aquí donde las estrategias que se enseñen al consumidor (en el caso del ejemplo arriba mencionado) deben trabajarse para ganar lugares en la jerarquía del consumidor.

En un principio Hull suponía que la magnitud de la recompensa afectaba sólo al aprendizaje. Estudios con animales como el de Crespi (1942, citado en Klein, 1994) mostraron que el valor de la recompensa influye de manera importante en la motivación. Con estos resultados Hull se convenció de lo mismo, y afirmó que una recompensa grande produce mayor nivel de activación que una recompensa pequeña y por lo tanto más motivación para actuar. De la misma forma, los estímulos condicionados (ej.

ambientales) a recompensas grandes producen una mayor motivación que los asociados a recompensas pequeñas.

Hay dos hallazgos que hacen dudar de la teoría de Hull sobre la reducción del impulso. El primero es el estudio de Olds y Milner (1954, citado en Domjan, 1999) donde demuestran que la estimulación directa del cerebro también es reforzante. Este resultado lo obtienen de la estimulación a través de descargas eléctricas en ratas, mismas que aprenden a presionar una palanca para obtener la estimulación. El segundo se refiere a un estudio de Sheffield (1966, citado en Klein, 1994) que sostiene que más que la reducción del impulso motive la conducta instrumental, es la inducción del mismo, así la recompensa produce la activación que motiva la conducta posterior. Por ejemplo, cuando esta presente la comida hay una excitación, misma que promueve la aproximación, impulsando la acción de alimentación. Es así como la interpretación de la recompensa permite explicar porqué los reforzadores secundarios adquieren la capacidad de provocar conductas, por medio de asociaciones con recompensas primarias, lo que para Hull era un enigma.

### TEORÍA SOBRE LA ANTICIPACIÓN DE LA RECOMPENSA

Spence (1956, citado en Klein, 1994) puntualizó que la motivación de incentivo se adquiere cuando se obtiene una recompensa en un ambiente meta, que produce una respuesta incondicionada (RI) de meta; la recompensa en este ambiente puede ser obtener cocaína en un bar y esto producir como RI un estado psicológico de tranquilidad y seguridad para el usuario (o estado estimular interno), lo que a su vez motiva al consumo. Para Hull este estado equivale a un impulso, y ambos representan un estado de activación interno que motiva la conducta. En el caso del consumo la intensidad de la respuesta meta está determinada por el valor de la recompensa, cuánto más grande es la magnitud de esta última, más fuerte es la respuesta de meta.

Esta teoría surgió como continuación del trabajo de Hull cuando murió en 1952. También se apoya en el condicionamiento Pavloviano, señalando que este es el responsable de la respuesta de la aproximación a la recompensa. Spence indica que normalmente, es posible que las claves ambientales (que generalmente son estímulos neutros) se condicionen cuando se aparean continuamente a un estímulo incondicionado (EI; es decir, que en el bar normalmente se consume la droga) que se transformen en estímulos condicionales (EC; un bar podría ser un estímulo condicional), y que por lo, la respuesta incondicionada (RI) que produce la droga, ahora el EC produzca una respuesta condicionada (RC; como el deseo del consumo). En este caso, pasar cerca de un bar al que se asiste normalmente, puede generar una estimulación interoceptiva (que podría ser el deseo de consumir) y que a la vez promueve el consumo.

Rescorla y Solomon (1967, citado en Dickinson, 1987) señalan como inconveniente a la teoría de Spence, que no en todas las ocasiones los cambios fisiológicos periféricos están relacionados con la conducta instrumental y sugirieron que la RI meta es un acontecimiento central más que periférico (al igual que, por ej., el miedo, la frustración y el alivio). Este proceso central se condiciona clásicamente y su efecto consiste en motivar la conducta.

### TEORÍA DE LA FRUSTRACIÓN

Amsel (1958, citado en Klein, 1994) sostiene que la frustración promueve la conducta de evitación y con esto desaparece la respuesta de aproximación. Por ejemplo, la ausencia de cocaína (recompensa) en el bar donde habitualmente se compra, llevará primero a un estado de frustración (RI) por no conseguirla, este estado tiene propiedades motivacionales que dirigen al usuario a buscarla en otros sitios y dejar de frecuentar ese bar pues ya no se obtiene la recompensa.

Las propiedades motivacionales de la frustración se refieren a que se condicionan estímulos ambientales y producen una respuesta anticipatoria de frustración, promueve la respuesta de escape, y

cuando la frustración está condicionada origina estímulos que motivan al sujeto a evitar situaciones frustrantes.

#### TEORÍA DE EVITACIÓN DE SITUACIONES DOLOROSAS

D' Amato (1970, citado en Klein, 1994) explica la evitación a situaciones dolorosas, a partir del enfoque de la motivación adquirida. Sostiene que un El aversivo provoca dolor y que esta RI impulsa la conducta de escape, es así como se evitan situaciones desagradables. Cuando un adicto a la cocaína se enfrenta con el síndrome de abstinencia (caracterizado por intranquilidad y demás características desagradables, El) está motivado a escapar de ese estado, lo que puede llevarlo al consumo para evitar esa situación dolorosa.

Por el condicionamiento clásico, las claves ambientales presentes durante el El aversivo se condicionan y producen una respuesta de dolor cuyos efectos motivan la conducta de escape.

Para D' Amato al finalizar los síntomas del síndrome de abstinencia se experimenta una sensación de alivio reforzante; así como se condicionan las claves ambientales presentes durante la situación desagradable, sucede con las situaciones anticipatorias de alivio.

#### TEORÍA DE LA CONTIGÜIDAD DE GUTHRIE

Guthrie (1935, 1942, 1959 citado en Klein, 1994) rechaza el punto de vista de Hull donde la recompensa es la responsable de las asociaciones E-R y sostiene que en vez de ésta es la contigüidad entre eventos. Para Guthrie el aprendizaje es un proceso donde siempre que se produzcan simultáneamente un E y una R automáticamente se asociarán.

Este autor señala que se pueden condicionar muchas R a un solo E', pero únicamente la R hecha justo antes de la recompensa se asociará con ese E. Cuando se da la respuesta apropiada, la recompensa cambia el contexto (interno o externo) que estuvo presente justo antes de la recompensa. En este enfoque la recompensa si tiene importancia relevante pero únicamente para impedir cualquier nuevo condicionamiento. Si la recompensa se demora, entonces se realizará cualquier acción que se produzca entre la respuesta apropiada y la recompensa en esa situación estimular.

Al igual que con las teorías anteriores hay hallazgos que reflejan desacuerdos con algunos puntos de vista del autor. Bower y Hilgard (1981) no están de acuerdo con el rechazo hacia la ley del efecto, supliendo al reforzador como modificador de la situación estimular y sostienen que la respuesta no se condicionará, aún cuando se haya producido un cambio estimular importante tras la misma.

#### ENFOQUE COGNOSCITIVO

##### CONDUCTISMO PROPOSITIVO

Tolman (1952, 1959, citado en Klein, 1994) propuso que no es necesaria la recompensa para que halla aprendizaje; creía que la conducta tiene dirección y propósito, y que estamos motivados a lograr metas específicas. Para esto hay dos tipos de motivaciones: la privación y las propiedades motivacionales que atribuidas a los estímulos. Para Tolman la conducta tiene tanto dirección como propósito. Rotter (1954) continuó el trabajo de Tolman proponiendo la Teoría del valor de la expectativa.

#### TEORÍA DEL PROCESO OPONENTE

Solomon y Corbit (1974, citados en Klein, 1994) afirman que tanto las experiencias biológicas y las psicológicas producen una reacción afectiva primaria (estado A), que puede ser agradable o desagradable y cuya magnitud depende de su intensidad. Este estado activa una reacción afectiva

secundaria (estado B), que siempre será opuesta al primero; si el estado A es positivo, el B será negativo y viceversa. La existencia del estado B se debe a que el sistema biológico provoca automáticamente una respuesta opuesta para contrarrestar el efecto inicial de cualquier acontecimiento. Este último estado es menos intenso que el estado A, se intensifica más lentamente y también disminuye más lentamente. Como resultado de los tres puntos anteriores, el estado B se experimenta cuando el acontecimiento termina. En la siguiente tabla se ejemplifican ambos estados:

Acontecimiento	Estado A	Estado B
Ingesta de cocaína	Sensación agradable	Malestar físico y/o psicológico
Realizar un examen	Sensación desagradable	Alivio

Solomon y Corbit sostienen que debido a la experiencia repetida de un acontecimiento a veces aumenta la intensidad del estado B, reduciendo la intensidad del estado A. En consecuencia se piensa que la intensificación del estado B es el mecanismo responsable del desarrollo de la *tolerancia* (disminución de la reacción ante un estímulo debido a su experiencia repetida); en cambio, cuando se experimenta un intenso estado B en ausencia del acontecimiento se denomina *síndrome de abstinencia*.

La teoría del proceso oponente explica el desarrollo de la adicción. Sugiere que la conducta adictiva es una respuesta a un estado B aversivo, y es un ejemplo de conducta motivada para impedir el estado desagradable de la abstinencia. Solomon sugiere que para desarrollar la adicción la persona debe reconocer que abstenerse del estímulo (alcohol, cocaína, tabaco, etc.) produce los síntomas de la abstinencia y que la reanudación elimina esas sensaciones aversivas. En cambio, las personas que no asocian el malestar experimentado en la abstinencia con la falta del estímulo sino que creen que se produce por otros factores, no están motivados para consumir nuevamente, por lo que no se desarrolla la adicción.

Además de no asociar el malestar con el estímulo, el tiempo es una variable importante en el desarrollo de la adicción. Starr (1978, citado en Klein, 1994) descubrió que si transcurre suficiente tiempo entre las experiencias el estado B no se intensifica, sin esto no existe motivación para reanudar la conducta y no se desarrolla la adicción. Por lo tanto, la frecuencia de consumo del estímulo en la intensificación del estado B es la respuesta al porque algunas personas pueden tomar una droga irregularmente y nunca padecer los síntomas de la abstinencia.

Una de las repuestas al porque es tan difícil para los adictos romper su hábito se refiere a que la reacción aversiva de abstinencia es un estado desagradable no específico, por lo que cualquier acontecimiento que active el estado aversivo motivará la conducta adictiva. Son muchas las situaciones tensas que pueden activar el estado motivacional aversivo que a su vez induce la conducta adictiva. Según Solomon para que un adicto rompa su hábito debe prevenirse todo acontecimiento potencialmente aversivo. Aunque en ocasiones las personas se exponen a un estado A aversivo con el fin de experimentar el estado B placentero.

## TEORÍA DE AUTOEFICACIA

Según Bandura (1986), la autoeficacia influye en los patrones de pensamiento, en las acciones y en la activación emocional a lo largo de un amplio rango de experiencias humanas, que van desde la fisiología del individuo hasta los esfuerzos colectivos de grupo. Esta teoría sostiene que dependiendo del nivel de competencia de la persona, va a superar los obstáculos. Por ende, las personas optimistas tienden a hacer frente de mejor manera a las situaciones adversas dado que sus sentimientos de competencia así lo sugieren.

De acuerdo con Caballo (1995b), la Teoría de la autoeficacia facilita los medios necesarios para esclarecer la interdependencia entre los cambios cognitivos y conductuales integrando antecedentes, consecuencias e influencias mediacionales.

## TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

La definición de aprendizaje de Klein (1994), habla de un proceso basado en la experiencia que produce un cambio relativamente permanente en la conducta que no se debe a un estado transitorio, a la maduración o a tendencias de respuesta innata.

Esta teoría toma en cuenta eventos externos en los cuales se centra el condicionamiento clásico (CC), así como contingencias de reforzamiento importantes para el condicionamiento operante (CO), debido a que tienen la misma importancia la cognición y el comportamiento. Es decir, el aprendizaje social estudia las relaciones particulares donde influye la observación, la memoria y la reproducción de lo que se observa. Se da por las experiencias previas y las características del individuo, determinando el repertorio de una persona.

Kanfer y Phillips (1976) señalan que el auge de esta teoría se debe a que las terapias con otros modelos de condicionamiento no son del todo satisfactorias, así como al reconocimiento de que las capacidades humanas difieren a los animales pretendiendo incluir la parte social que otros modelos no explican.

### Aprendizaje social vicario

Se refiere al aprendizaje por medio de la observación. Su importancia es diferente para cada especie, y se ha descubierto que la capacidad humana del lenguaje mejora este tipo de aprendizaje. El condicionamiento emocional vicario deriva ya sea del CC o CO, donde la respuesta emocional provocada vicariamente se condiciona por contigüidad temporal a estímulos que solían resultar neutrales. Partiendo del supuesto de que el nivel de excitación del observador es clave en este condicionamiento, entonces la manipulación experimental daría lugar a diferencias en el aprendizaje vicario. Algunos estudios confirman que se puede producir excitación al observar un castigo en otra persona. Si se consideran los estados emocionales como impulsos con propiedades directivas y potencialmente reforzantes, el aumento en la excitación emocional de un observador sugeriría un cambio en sus disposiciones motivacionales. Según Kanfer y Phillips, (1976) las características relativamente permanentes de los modelos son las que influyen en la imitación del observador.

Miller y Dollard (citados en Kanfer & Phillips, 1976) afirman que el status del modelo (edad, habilidad o el prestigio social), puede aumentar la probabilidad de la imitación y prueban que la interacción con este (afecto no contingente) mejora la imitación del observador. También mencionan que el afecto del observador por el modelo opera de la misma forma, aunque no se han aclarado las condiciones bajo las cuales estas variables aumentan la imitación, ni el efecto que pudiera tener la personalidad del observador en la adquisición de nuevos comportamientos. Patterson, Littman y Brown (1968, citados en Kanfer & Phillips, 1976) ilustraron el papel que tienen los rasgos personales al moderar los efectos del comportamiento de un modelo. Evaluaron el negativismo de niños cursando el primer año, contando las veces que el pequeño alteró la solución inicial de un modelo adulto en una prueba de preferencia de pinturas. Los niños con inclinación negativa mostraron que el modelo los afectaba poco. Esto sugiere que las características del observador (de naturaleza más temporal) afectan la calidad de imitación e incluyen nivel de excitación fisiológica, dependencia, autoestima, experiencias inmediatamente anteriores de fracaso o aislamiento social y un estado afectivo (enojo) congruente con las respuestas del modelo (agresión).

Kanfer y Phillips (1976) clasificaron en cinco categorías de diversas situaciones donde puede demostrarse la relación entre el último comportamiento de un modelo y la conducta del observador, para explicar teóricamente los procesos multifacéticos en este tipo de aprendizaje. Son las siguientes:



1. Diseños de dependencia del compañero: en este procedimiento el sujeto observa la acción de un modelo y luego se recompensa por actuar de manera similar. Cuanto más se le refuerce para adaptarse al modelo, menos necesita aprender nuevas habilidades. Se ha usado para instaurar el habla y otros comportamientos útiles en niños autistas y esquizofrénicos. Para Mc David (1964, citado en Kanfer & Phillips, 1976), la respuesta imitativa se aprende más fácilmente cuando no se dispone de otras señales contradictorias.
2. Estudios de identificación: se relacionan con la adquisición de comportamientos idiosincrásicos. Además de implicar una imitación específica, incorpora reacciones emocionales significativas. Bandura y Huston (1961, citados en Kanfer & Phillips, 1976), demostraron este tipo de aprendizaje analizando algunos niños preescolares observando a un modelo resolver un problema de discriminación de dos selecciones, e imitándolo después.
3. Modelos de aprendizaje sin ensayo: se refiere al aprendizaje después de la observación de un modelo sin práctica aparente o refuerzo contingente de la ejecución del observador. Bandura (1965) aplicó este término a estudios en los cuales un observador adquiere nuevas asociaciones E-R (estímulo - respuesta), aún cuando no haya una oportunidad explícita para ensayar el comportamiento, ni una consecuencia obvia reforzante. Y sugiere que la observación puede afectar la cantidad y la calidad de los comportamientos en situaciones que se asemejan a las observadas. La observación facilita algunos comportamientos que de otra forma no pueden ocurrir. Observar un comportamiento recompensado tiende a mejorar la imitación; observar consecuencias aversivas tiende a inhibirla.
4. Diseños de co-aprendizaje: analizan el efecto de observar a un modelo que realiza la misma tarea de aprendizaje que el sujeto, donde generalmente hay oportunidades alternativas de ver y hacer. Muchas observaciones en animales y humanos han llevado a suponer que la sola presencia de otro organismo aumenta la actividad individual, lo que se denomina "facilitación social".
5. Experimentos de CC vicario: son aquellos que estudian las respuestas del sujeto después de observar la administración de un EI y sus consecuencias. En este tipo de condicionamiento Berger (1962, citado en Kanfer & Phillips, 1976) se enfocó en la excitación emocional (ej. expresiones de temor, ansiedad, aparición de lágrimas, estimulación erótica, etc.) que se presentan durante dramas filmados, comprobando el impacto del comportamiento emocional en el observador. A la forma en que el observador responde emocionalmente al presenciar una respuesta emocional incondicionada en otro la llamó *instigación vicaria*.

Kanfer, Marston et al. (s/f, citado en Kanfer & Phillips, 1976) en trabajaron comparando el aprendizaje vicario con el aprendizaje directo, a partir de varios parámetros relacionados con la ejecución. Encontraron que el comportamiento de un co-aprendiz puede manifestarse durante el procedimiento de adquisición y durante la extinción. En la adquisición el sujeto requiere considerable información acerca de la naturaleza de la tarea y las propiedades de ciertas respuestas. El seguimiento del refuerzo vicario durante los ensayos de extinción no afecta significativamente la inclinación de la curva de extinción del aprendiz y fortalece la hipótesis de Marston (1964, citado en Kanfer & Phillips, 1976) donde el principal efecto de observar la respuesta y el refuerzo contingente de otra persona está en la adquisición y no en el mantenimiento.

#### Técnicas basadas en la teoría del aprendizaje social vicario

##### a. Modelado

Bandura, Ross y Ross (1963, citado en Klein, 1994), hicieron una investigación que explica la conducta agresiva de niños a partir del modelado. Trabajaron con niños dividiéndolos en dos grupos, algunos observaban a un modelo preescolar comportándose agresivamente con un muñeco (Bobo),

mientras que otros no observaban al modelo maltratar al muñeco. Después de la fase inicial del estudio, se reunieron a todos y se les permitió interactuar con juguetes atractivos. Posteriormente se les frustraba cambiando esos juguetes por otros menos atractivos (incluyendo a Bobo). Los investigadores registraron el nivel de agresión imitativa y no imitativa. Se comprobó que ante una frustración todos mostraron comportamientos agresivos no imitativos de agresión, pero sólo los niños que habían observado al modelo manifestaron los patrones imitativos de agresión. Este estudio sugiere que los niños agredidos en casa están aprendiendo por medio del modelado la conducta de los padres y se ha encontrado una fuerte relación entre el uso del castigo por parte de los padres y el nivel de conducta agresiva de sus hijos (Bandura & Walters, 1959, citado en Klein, 1994).

En un estudio realizado por Spinetta y Rigler (1972, citado en Klein, 1994) se encontró que los padres que abusan de sus hijos probablemente recibieron abusos por parte de sus padres cuando eran niños. Con esto puede pensarse que los niños maltratados pueden abusar de sus propios hijos como resultado del modelado.

El éxito de esta técnica se atribuye a la modificación vicaria de las expectativas del paciente. Resulta muy útil en el tratamiento de fobias aplicándolo de manera gradual. Así, el paciente observa como el modelo se acerca cada vez más al objeto fóbico. Bandura et al. (1969) sostiene que el nivel emocional influye en las expectativas de eficacia, por lo que la presencia del modelo disminuye dicha activación. Implementaron una variante haciendo participar al paciente como lo hacía el modelo; debía acercarse lentamente al objeto fóbico después de cada conducta modelada e imitar la conducta en el comienzo siempre acompañado ya sea del modelo o del terapeuta (Klein, 1994).

#### b. Modelado encubierto

Es el aprendizaje de nuevas respuestas o la modificación de respuestas ya existentes, mediante la observación en la imaginación del comportamiento de un modelo y de las consecuencias que siguen. Esta técnica fue propuesta por Cautela (Pear, 1995) y se basa en la Teoría del aprendizaje social. En esta el terapeuta describe la escena, y pregunta acerca de lo que sintió el paciente y con que claridad imagino. En ocasiones, para una sesión basta con describir una escena; en otras se pueden describir varias, ya que son relativamente cortas. El tiempo empleado va de uno a cinco minutos. Cuando el paciente es capaz de imaginarse por sí mismo se intercalan en una misma sesión la reproducción por parte del sujeto, con la que realiza el terapeuta. Es conveniente dejar tareas al paciente, se graban las escenas y se le pide que las practique en casa por lo menos 2 veces al día. Este tipo de modelado ha mostrado ser útil sobre todo en niños, ya que necesitan aprender nuevas conductas constantemente para adaptarse. Están muy familiarizados con los modelos de televisión y están más dispuestos a cooperar si no son ellos mismos los que actúan mal.

Para Pear (1995), además de las diferencias individuales, las conductas de otras personas que siguen a la respuesta del modelo, los procesos de atención, la capacidad de retención del observador y la práctica encubierta de las respuestas modelos, pueden afectar al modelado. Para Bandura (1969), el prestigio del modelo también es un punto importante y para Schachter (1964, citado en Pear, 1995) el grado de activación.

## TEORÍA COGNOSCITIVO – CONDUCTUAL

El enfoque con la mayor aplicación de tratamientos para el abuso de sustancias es el de las terapias cognoscitivo-conductuales, cuya base está en las teorías conductuales, principalmente condicionamiento clásico (CC), condicionamiento operante (CO) y aprendizaje social (AS). Cada una contribuye con ideas únicas (Carroll, 1998).

### TEORÍA CONDUCTUAL

En contraste con otros métodos, hay mucha evidencia que fundamenta la efectividad de los enfoques conductuales usados para los tratamientos de uso de drogas. Las críticas argumentan que esta

efectividad se debe a que los enfoques conductuales se han desarrollado en condiciones controladas y en situaciones reales, y que existen muchas más variables para trabajar que las que se pueden medir, como sucede en experimentos controlados (Miller, 1995). Actualmente, la terapia conductual usada para tratar abuso de sustancias se basa principalmente, aunque no exclusivamente, en métodos derivados de teorías de aprendizaje operante y clásico. El enfoque conductual asume que los desórdenes de abuso de sustancias se desarrollan y se mantienen por medio de los principios de aprendizaje cognoscitivos y conductuales, mientras que los primeros modelos estuvieron influenciados únicamente por los principios del CC y CO (Stasiewicz & Maisto, 1993, citados en Carroll, 1998).

El principio más importante de la terapia conductual sobre abuso de sustancias supone que el problema es un patrón conductual aprendiendo que puede modificarse cambiando las contingencias que dirigen y refuerzan estas conductas, enseñando conductas alternativas más adaptativas, además puede trabajarse de manera individual, grupal o familiar. Las respuestas condicionadas clásicamente pueden manejarse utilizando contracondicionamiento o extinción y las operantes por medio del manejo de contingencias o entrenamiento de imitación de habilidades. Hay varios modelos de tratamiento conductuales breves, donde el objetivo no es rehacer la personalidad, sino ayudar al cliente a identificar sus problemas, dirigiéndolo y capacitándolo enseñándole técnicas y habilidades básicas que probará en el mundo real sin la ayuda del terapeuta. Estas se enfocan en identificar y modificar las conductas observables y medibles. Generalmente se trabaja de manera breve y el éxito de la terapia radica en el cambio, eliminación o mantenimiento de conductas particulares, donde la medición y valoración regular del progreso, lleva a la efectividad de la terapia siendo importante realizar valoraciones durante el tratamiento para decidir que tan largo debe ser el tratamiento ya que cada usuario es un caso único.

#### Técnicas de terapia conductual basadas en modelos de CC

##### *Extinción y exposición a disparadores*

La extinción constituye la base de los tratamientos de exposición a disparadores. Cuando una conducta ocurre en repetidas ocasiones y no es reforzada, su fuerza disminuirá y la conducta se extinguirá con el paso del tiempo. Después de períodos relativamente largos de abstinencia de sustancias, en el ambiente social, emocional y físico del usuario surgen reacciones fisiológicas de ansiedad intensa. O'Brien et al. (1990) realizaron una investigación donde presentaron al cliente propositivamente algunos disparadores, previniéndolo de ingerir la sustancia. Encontraron que los consumidores dependientes de la cocaína asocian los disparadores con su anterior consumo y surgen respuestas típicas de ansiedad esperando que con el tiempo disminuya la reactividad a esos disparadores. Se llevó a cabo un procedimiento de extinción a la sustancia. Para la sexta sesión ninguno había reportado síntomas relacionados con el síndrome de abstinencia; para la décima quinta sesión de tratamiento, todos reportaron no haber experimentado ansiedad cuando se les presentaban sus propios disparadores. De hecho, fue menos probable que los clientes que recibieron en su tratamiento la parte de exposición a disparadores, lo abandonaran y lograron más semanas de abstinencia que los clientes que no recibieron el tratamiento de esta forma.

##### *Contracondicionamiento y aversión*

El contracondicionamiento es otro método del CC utilizado para modificar la conducta. Consiste en hacer menos atrayente la asociación utilizando consecuencias negativas, con lo que el disparador con el tiempo perderá su efectividad. Por ejemplo el hospital Shick-Shadel de Seattle utiliza técnicas de contracondicionamiento con dependientes al alcohol (Lemere, 1987, citado en Barry, 1999). Antes de la sesión de tratamiento se pide al cliente que tome una solución salina. Él no sabe que incluye un medicamento emético que causará náuseas y vómito; luego se lleva a un supuesto bar con posters de bebidas y gran diversidad de las mismas. El lugar está muy iluminado y se hacen más notorios los disparadores. Se pregunta al cliente sobre sus preferencias y se sirve la bebida de forma atrayente, dándosela a oler y probar; poco después se presentan los efectos del medicamento. Esto se hace hasta

lograr condicionar las consecuencias negativas (ej. náuseas y vómito), lo que sucede al décimo día de condicionamiento.

Las terapias basadas en contracondicionamiento inducen aversión química o dan choques eléctricos como consecuencia negativa para asociarla con los disparadores. Las imágenes mentales pueden usarse en la técnica de la *sensibilización encubierta*, donde se pide al cliente que imagine una secuencia de eventos como estar en su bar favorito, visualizar y probar su bebida; esto lleva a una intensa ansiedad y luego se guía a imaginar un estado violento de enfermedad con síntomas como vómito. Rimmele et al. (1995, citado en Barry, 1999), recomendaron la sensibilización encubierta como un componente para aumentar la efectividad del tratamiento, además de que también puede usarse la aversión.

El proceso de condicionamiento aversivo es más empleado en tratamientos de dependencia al alcohol, aunque también se usa en la dependencia de marihuana y cocaína (Frawley & Smith, 1990, citados en Barry, 1999). El condicionamiento aversivo es un componente de tratamiento más que un tratamiento independiente. En este contexto, reportaron hallazgos positivos para dependientes de alcohol y cocaína quienes recibieron procesos de aversión inducida químicamente como parte de su tratamiento, comparados con otros que no lo recibieron así.

#### Técnicas de terapias conductuales basadas en modelos de CO

##### *Manejo de contingencias y contrato conductual*

Los modelos de manejo de contingencias tienen como meta disminuir o detener el uso de sustancias y aumentar las conductas incompatibles con su uso; para ello buscan cambiar las contingencias ambientales que influyen en la conducta de abuso (Higgins et al., 1998). Esas contingencias se revelan a través del *análisis funcional*, para debilitar la asociación de uso de sustancias. El análisis funcional da al cliente las herramientas para manejar situaciones ligadas al uso de sustancias, ya que examina la relación entre el estímulo desencadenador y sus consecuencias; además, ayuda a analizar disparadores importantes para cada cliente, así como probables motivaciones y barreras al cambio. Este análisis ayuda al cliente a identificar los disparadores y trabajarlos.

Un estudio reciente evaluó los efectos de un programa de vouchers en el tratamiento de opiáceos con historia de uso de cocaína, utilizando metadona (Silverman, 1998, citado en Higgins et al., 1998). Los clientes libres de cocaína según el examen de orina recibían vales con valor monetario, cuyo valor aumentaba de manera directamente proporcional a las muestras libres de la droga. Quienes estuvieron en la condición de vales, comparados con los que no los recibieron, reportaron una disminución de la ansiedad hacia la droga así como un aumento en la abstinencia a la misma y a los opiáceos.

Higgins et al. (1998) encontraron que los contratos escritos pueden usarse para ayudar a implementar un programa de manejo de contingencias. El contrato debe ser muy específico, usando las propias palabras del cliente, señalando la conducta blanco que busca cambiarse, las contingencias que la rodean así como el marco temporal en cual se desea cambiar la conducta. El acto de escribir y firmar un contrato es pequeño pero es un ritual potencialmente importante para el compromiso del cambio. En el contrato se deben incluir las contingencias, especialmente las recompensas o incentivos positivos que pueden reforzar las conductas blanco (ej. asistir a las sesiones de tratamiento o a un grupo de 12 pasos, evitar estímulos asociados con el consumo de sustancias). Las metas deben definirse claramente, dividiéndolas en pequeños pasos que ocurran frecuentemente, así como revisar el progreso del tratamiento; además, las contingencias deben darse rápidamente después del éxito o del fracaso.

**Reforzamiento comunitario (CRA)**

Este tratamiento fue desarrollado para desórdenes por abuso de alcohol (Azrin, 1978; Hunt & Azrin, 1973). Su empleo aumentó cuando se percibió como una aproximación conductual para el abuso de sustancias (Higgins, 1998). Esta aproximación se basa en los principios del CO. Su meta es aumentar la probabilidad de continuar en la abstinencia (de alcohol o drogas), al intentar debilitar el reforzamiento que da la sustancia, cambiándola por el reforzamiento que den actividades recreativas incompatibles con el abuso de las mismas.

El programa usa varios componentes que pueden confeccionarse a las circunstancias específicas del cliente (consejo vocacional, habilidades de búsqueda de empleo, consejo social y recreativo, consejo marital así como estrategias de solución de problemas).

Una revisión de los resultados de los tratamientos de alcohol identifica al CRA como una de las intervenciones que mayor apoyo empírico tiene (Miller et al. 1995). El CRA se ha aplicado a otras sustancias diferentes al alcohol también señalando ser exitoso (Higgins et al. 1998). Por ejemplo, Budney y Higgins (1998) encontraron gran éxito al evaluar la efectividad del CRA con el manejo de contingencias en el tratamiento de la dependencia de la cocaína. En comparación con los tratamientos para pacientes externos estándar, los clientes del CRA-vaies, permanecen más tiempo en el tratamiento, tienen más semanas continuas de muestras de orina libres de droga y muestran más tiempo de abstinencia a la droga, aún a los doce meses de seguimiento.

**Entrenamiento en la conducta de autocontrol**

Contrario al reforzamiento comunitario que incluye la participación de otros individuos en el proceso de tratamiento, el autocontrol se enfoca a los esfuerzos propios y a la forma como el usuario puede poner límites y lograr el control o abstinencia del uso de la sustancia, ya sea solo o con ayuda del terapeuta (Hester & Delaney, 1997). La meta de esta aproximación es tanto la moderación y la reducción del daño como la abstinencia. Aunque el terapeuta puede guiar al individuo en el modelo conductual de autocontrol, es el propio usuario el responsable de este cambio de conducta. Durante el curso de la terapia, paciente y terapeuta se comprometen en sesiones breves donde se analiza la tarea asegurándose que el cliente realmente la haga. Más que involucrarse con el terapeuta el usuario se va guiando con los manuales de autoayuda. McCrady (citado en Barry, 1999) señala que el entrenamiento en autocontrol es otra aproximación efectiva pero que está subutilizada y ha sido probada su efectividad para bebedores problema y algunos usuarios de opiáceos. Incluye 8 pasos:

1. El usuario pone un límite de consumo por ocasión, y un máximo de concentración de droga en la sangre por cada ocasión de consumo.
2. Lleva un monitoreo que incluye con quien, a qué hora, dónde y cómo consume, además del conteo de sus consumos.
3. Pone una meta de bajar al consumo, sea por consumir menos, por consumir más lentamente.
4. Desarrolla respuestas asertivas para decir NO al consumo en diferentes escenarios de riesgo.
5. Establece un sistema de reforzamiento para cumplir sus metas.
6. A través del monitoreo logra detectar las situaciones emocionales, sociales y ambientales que lo hacen caer en el consumo.
7. Aprende habilidades no relacionadas con el consumo.
8. Intenta aprender formas de evitar recaídas.

**Sesión de inicio:** se reconoce la demanda del cliente y las razones por las cuales busca ayuda en este momento, cual es su motivación, si es intrínseca o extrínseca, se explora las situaciones, las consecuencias de su experiencia tanto positivas como negativas. Esto se hace a través de un análisis funcional. La información obtenida en esta sesión se evalúa para determinar lo que alienta el abuso de la

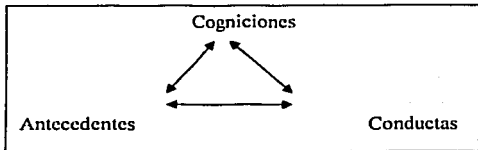
sustancia y los reforzadores que se presentan para su mantenimiento, con lo que puede empezarse a formular un plan de tratamiento con conductas objetivas específicas que dirijan la intervención conductual efectiva.

Las conductas incompatibles con el consumo de los usuarios excesivos deben ser reforzadas y dirigidas para que aumente su frecuencia. Durante la sesión inicial el terapeuta debe notar los problemas principales que ha identificado el cliente e intervenir con el primero. El terapeuta debe evaluar al cliente al inicio de la terapia y desarrollar junto con él las metas desde la moderación o abstinencia del uso de sustancias. Otras metas centrales consistirían en dar al cliente habilidades para reducir el estrés. La parte central de la terapia es la negociación para lograr las metas. Casi al final de la sesión el terapeuta revisa junto con el cliente los procedimientos para llenar el registro de auto-monitoreo, puede proporcionar manuales de autoayuda que especifiquen los pasos conductuales en el proceso de autocontrol y puede utilizar técnicas como las diseñadas por Phillip y Weiner (1996, citados en Barry, 1999), en donde el principal énfasis es escribir.

Sesiones posteriores: basándose en la información obtenida en el auto-monitoreo, se empieza a negociar las metas del tratamiento. Muchos bebedores eligen la moderación mientras otros eligen la abstinencia; en sesiones posteriores se pueden dar indicaciones para exponerse y entrenarse en las recaídas y evitarlas. Las decisiones que se implementan en la intervención se guían por el cliente basándose en el auto-monitoreo, el cual se revisa en forma conjunta cada sesión. Las terapias de intervención breve pueden involucrar a otros significativos cuya función es ayudar a que el cliente disminuya su conducta de beber reforzándolo positivamente con su retroalimentación y con conductas positivas.

#### TEORÍA COGNOSCITIVA

La teoría cognoscitiva asume que la mayoría de los problemas psicológicos derivan de procesos de pensamiento incorrectos (Beck et al., 1999). El siguiente diagrama ilustra los tres componentes bidimensionales de esta teoría: a. cognición o pensamientos, b. afecto o sentimientos, y c. Conducta



La teoría cognoscitiva fue desarrollada por Beck (1999) como una forma de tratar la depresión, aunque luego se usó para otros desórdenes mentales (incluyendo el abuso de sustancias). Creía que los pacientes deprimidos tienen un concepto negativo de ellos mismos, de su alrededor y del futuro y que esas son las causas de su depresión. La gente deprimida es más autocrítica y se culpa de lo que sucede en su entorno. Vio que las dificultades psicológicas se deben a pensamientos impulsivos, disfuncionales y a percepciones propias negativas.

La terapia cognoscitiva se enfoca en pensamientos, actitudes, creencias, esquemas y atribuciones que influyen nuestros sentimientos y moderan la relación entre el estímulo y el comportamiento. La conducta es interactiva y dinámica. De acuerdo con esta teoría cambiando la forma de pensar del cliente, puede cambiarse la manera en que siente y actúa. Los errores más comunes encontrados en el proceso de pensamiento con problemas emocionales y conductuales (incluyendo el abuso de sustancias) son:

TESIS COM  
FALLA DE JUREN

- **Filtraje:** centrarse en detalles negativos y agrandarlos, excluyendo aspectos positivos de cada situación.
- **Pensamiento polarizado:** pensamiento de cosas extremas como bueno-malo, perfecto-pésimo.
- **Sobregeneralización:** generalizar con base en lo particular, como esperar que pase algo malo una y otra vez porque solo una vez así sucedió.
- **Leer la mente:** creer que uno sabe (sin ayuda de los demás) que es lo que la gente siente y porqué actúa como lo hace.
- **Dramatizar:** escuchar acerca de algún problema y automáticamente esperar desastres.
- **Personalizar:** pensar que lo que la gente hace o dice es una reacción hacia mí y me comparo con los demás.
- **Falacia de control:** sentir responsabilidad de la felicidad o infelicidad de los otros.
- **Falacia de justicia:** sentir resentimientos por creer saber lo que es justo, aunque los demás no estén de acuerdo.
- **Culparse:** culparse uno mismo de los problemas o culpar a los otros.
- **Deberías:** sentirse culpable cuando uno rompe las reglas que uno impone sobre cómo actuar y enojarse si la gente las rompe.
- **Razonamiento emocional:** trasladar un sentimiento a ser un rasgo de la personalidad (ej. si siento aburrimiento, entonces soy aburrido).
- **Falacia de cambio:** esperar que mi cambio dependa de los demás.
- **Etiquetar:** generalizar una o dos cualidades a partir de un juicio general negativo.
- **Actuar adecuadamente:** suponer que mis creencias y acciones son correctas y que actuar mal es impensable.
- **Falacia de recompensa:** sentir desaprobación cuando no hay recompensa.

### Teoría cognoscitiva sobre la conducta fóbica

Bandura (1977) adapta este tipo de enfoque a la conducta fóbica. Parte de dos clases de expectativas: consecuencia y eficacia. La primera refleja los resultados percibidos de una conducta; la segunda, la creencia de si uno puede o no realizar una acción particular (en las fobias se tiene la creencia de ser incapaz de soportar la experiencia aversiva). Klein (1994) señala que una fobia es un miedo que alguna vez fue apropiado ante algún acontecimiento aversivo, pero que actualmente no es real, ya que el individuo pudo haber olvidado el acontecimiento desagradable o bien haber generalizado dicho estímulo o simplemente se adquirió a través del aprendizaje vicario.

La información que se usa para formar una expectativa de eficacia son los éxitos propios y los de nuestros similares. También es importante la activación emocional que influye en el sentido de competencia, pues nos sentimos menos capacitados para hacer frente a un acontecimiento aversivo cuando estamos nerviosos o tensos (Kazdin, 1977).

En el caso de las fobias, Bandura considera que la activación emocional es una parte de la motivación a la conducta fóbica. Él no cree que el miedo cause directamente la conducta de evitación,

más bien, sugiere que el miedo y la acción defensiva están correlacionados pero no reflejan una relación causal. A los procesos causales Bandura los conceptualiza en función de lo que denomina "determinantes recíprocos" integrando influencias conductuales, cognoscitivas y ambientales. Sostiene que al igual que sucede con la conducta un ambiente puede tener causas, es decir, la relación entre la conducta humana y el ambiente es recíproca.

#### Terapia cognoscitiva

Dado que la conducta disfuncional incluye abuso de sustancias, se determina en gran parte por las cogniciones defectuosas. El papel de la terapia es modificar el proceso de pensamientos impulsivos, dirigiendo al cliente a distinguir esos pensamientos y luego poder cambiarlos. Las técnicas de la terapia cognoscitiva estimulan al cliente a entender su situación y el terapeuta ayuda al cliente a ser más objetivo sobre su pensamiento y a reconocer sus errores. El tratamiento está dirigido para cambiar pensamientos no adaptativos y la disfunción conductual. La reestructuración cognoscitiva (que es cambiar los patrones de pensamiento) es lo que facilita ese proceso de cambio. Una vez que el pensamiento erróneo se ha descubierto en las respuestas automáticas entonces es posible modificarlo y sustituirlo por ideas más realistas para crear una vida más saludable sin el abuso de sustancias. El papel del terapeuta es más activo que en otro tipo de terapias y dependerá del estado de tratamiento, de la severidad del consumo y del grado de la capacidad cognoscitiva de la persona.

La terapia pretende entender la conexión entre el establecimiento del pensamiento y la conducta, entender como el individuo llega a estas respuestas emocionales y conductuales, lo que es esencial para entender los mecanismos de cambio. También pretende desarrollar un plan de acción que pueda revertir los procesos disfuncionales de pensamiento, emociones y conductas.

Sesión inicial: se parte del supuesto que se puede enseñar al cliente a enfrentar sus problemas de forma racional. El terapeuta evalúa el punto de vista del cliente, como ve su problema y sus causas, pone atención al significado, a los eventos y como se relacionan con subsecuentes sentimientos y conductas indeseadas. A mitad de la sesión el terapeuta enfatiza los aspectos de colaboración y plantea el modelo al cliente, siguiendo tres pasos:

1. Establecimiento de rapport, se intenta entender como el cliente piensa acerca de su vida y como sus pensamientos están relacionados con sus emociones y conductas.
2. Se enseña al cliente el modelo cognoscitivo y se determina si está satisfecho con él.
3. El terapeuta pide al cliente que describa eventos recientes, señale en qué emociones negativas se presentaron e inicia el camino para ilustrar el proceso de terapia.

Sesiones posteriores: Se centra en los problemas actuales, Beck, estructura en ocho elementos las sesiones:

1. Establece la agenda: se centra en las metas principales del tratamiento.
2. Revisa las emociones: da seguimiento a los sentimientos, afectos y determina los cambios.
3. Continuidad con la última sesión: para mantener las sesiones vinculadas.
4. Discusión de la agenda del día: da prioridad a los tópicos de importancia, evita objetivos irrelevantes, determina el mejor uso del tiempo y solicita al cliente sus tópicos de discusión.
5. Cuestionamiento socrático: alienta al cliente a contemplar, evaluar y sintetizar diversos recursos de información también conocidas como guías de descubrimiento.
6. Resumen: mantiene centrada la conexión entre la terapia y las metas.



7. Tareas: vincula sesiones y asegura que continúe el trabajo en los problemas.
8. Retroalimentación de las sesiones: para asegurar que el cliente y el terapeuta se están entendiendo.

El número de sesiones dependerá de la naturaleza del problema, van de doce a veinte, una sesión por semana; o bien pueden llevarse a cabo en menos tiempo una vez a la semana por seis a ocho sesiones. Está planeada para tiempos cortos y no hay mucha investigación sobre la efectividad cuando es de larga duración. Las primeras sesiones se usan para determinar el punto o foco más productivo de la terapia. Si el cliente usa la sustancia cuando experimenta estados de ánimo negativos, la terapia debe enfocarse a como el cliente interpreta los eventos que lo llevan a un estado de ánimo negativo. Reestructurar este proceso de pensamiento puede ayudar a disminuir la razón del abuso de sustancias. Si el cliente bebe excesivamente en fiestas por los buenos momentos con amigos, el tratamiento debe llevar al cliente a un conocimiento de las consecuencias negativas y a una reducción del uso de sustancias. Si el cliente está volviendo a la terapia después de un periodo de sobriedad al final de una recalda, hay que enfocarse en las circunstancias que lo llevaron a recaer.

En periodos sin sesiones de terapia, los clientes tienen tiempo de practicar nuevas formas para identificar pensamientos improductivos, aunque es fácil caer en los antiguos pensamientos automáticos, que pueden requerir retomar otra terapia. El terapeuta debe estar preparado para saltar en varios temas no despegándose del principal, como los pensamientos del cliente, incluyendo el abuso de sustancias (Carroll 1996).

Donovan y Marlatt (1993, citados en Barry, 1999) creyeron que entender los antecedentes y reforzar las contingencias era suficiente para explicar el comportamiento y modificarlo. Se enfocaron casi exclusivamente en comportamientos observables. Con el tiempo estas teorías del comportamiento comenzaron a incorporar factores cognoscitivos dentro de la conceptualización de desordenes y abuso de sustancias.

#### Terapia Racional Emotiva

En la terapia racional emotiva (TRE) el terapeuta advierte al cliente las creencias irracionales a las que toda la gente esta expuesta. Es una terapia más confrontativa. Beck y Ellis tienen puntos de vista similares en cuanto al papel de las cogniciones en el abuso de sustancias. Sus teorías difieren en la forma en como el terapeuta debe abordar estas creencias o pensamientos erróneos. Beck cree que el terapeuta cognoscitivo debe utilizar el soporte del método socrático, guiar al cliente cuidadosamente a examinar sus creencias con exactitud, dando más importancia a los descubrimientos de sus clientes sobre sus pensamientos improductivos y erróneos.

#### Componentes de la terapia cognoscitiva

Una atribución es una explicación individual de cuando ocurrió un evento. Abram et al. (citados en Barry, 1999) propusieron estilos de atribuciones que desarrollan los individuos. Los estilos atribucionales juegan un papel importante en la teoría del comportamiento cognoscitivo del abuso de sustancias (Davis, 1992, citado en Barry, 1999). Un cliente dependiente puede creer que el bebé por ser débil (atribución interna) o debido a personas que le alientan a beber (atribución externa) o que bebe por una circunstancia específica (atribución específica), el puede creer que la causa de su equivocación es algo que no puede cambiar (atribución estable).

Marlatt y Gordon (1985) describieron procesos de atribuciones negativas, que pueden ocurrir después de una equivocación o recalda y a continuar el uso de sustancias. Estos clientes pueden creer que son adictos, que están desesperados, que nunca podrán lograr y mantener sobriedad, razones que usarán para no cambiar porque creen que no pueden tener éxito. El sentimiento de incapacidad y los

estados emocionalmente negativos aumentan la probabilidad de que al inicio de tratamiento tengan una recaída importante.

Folman y Lazarus (s/f, citados en Barry, 1999) describen dos niveles de evaluación cognoscitiva. El primero es una evaluación primaria, que representa la percepción de una situación potencial de estrés; la segunda representa la evaluación de la habilidad para reconocer los retos y las demandas específicas de la situación. Esta evaluación secundaria puede afectarse por la extensión, naturaleza y habilidad de la técnica del individuo. En las siguientes intervenciones puede mediar la percepción individual emocional y el estrés.

Esta teoría sostiene que los usuarios de sustancias tienen poca habilidad para arreglar sus problemas personales, interpersonales y emocionales, mismos que son vistos como amenazantes y potencialmente insalvables. Desde esta perspectiva el abuso puede verse como un comportamiento útil funcionalmente para el individuo. En situaciones problemáticas, el uso de sustancias es como tratar de arreglárselas en ausencia de una conducta métodos emocionales y cognitivos más apropiados.

Finalmente está el afrontamiento restaurativo, que se emplea si falla el arreglo. La estrategia de afrontamiento juega un rol determinante en el inicio de la recaída. Hay comportamientos de afrontamiento relacionados con desórdenes de abuso de sustancias, generalmente apoyados por el principio básico de modelos de comportamiento cognoscitivo. Las expectativas de autoeficacia se determinan en parte por el repertorio individual de técnicas de afrontamiento y la apreciación de la eficiencia relativa en relación a demandas específicas de las situaciones. Bandura hipotetizó estas expectativas que determinan cuando el afrontamiento puede iniciarse intentando continuar frente a obstáculos y experiencias adversas. Si una persona tiene baja autoeficacia, probablemente tendrá pensamientos negativos o distorsionados, creencias sobre sí mismo y su situación, baja motivación, depresión y desesperación. Niveles bajos de autoeficacia se relacionan con uso de sustancias y un incremento probable de recaída, después de la abstinencia. La autoeficacia para este caso se entiende como el grado que tiene el cliente de abstenerse a usar sustancias.

Las situaciones de alto riesgo sirven para medir la autoeficacia. Los usuarios de alcohol, cocaína, marihuana, sedantes, tranquilizantes y opiáceos han reportado que las experiencias sociales positivas y los estados emocionales negativos son un factor importante de riesgo.

Los ingredientes claves que distinguen a estos modelos terapéuticos que deben incluirse en el tratamiento incluyen al análisis funcional sobre el abuso de sustancia, entrenamiento en discriminación de puntos clave, manejo de pensamientos sobre el abuso de sustancia, solución de problemas, planes para emergencias, reconocer decisiones aparentemente irrelevantes, usar estrategias, identificación de situaciones de riesgo pasado y futuro, revisión de sesiones así como practicar esta habilidades dentro de la sesión (Carroll, 1998).

El análisis funcional evaluará los pensamientos y estados emocionales del cliente en su ambiente, lo que permite la identificación de situaciones de riesgo. Sin dicha evaluación es probable fracasar en el tratamiento, ya que terapeuta o cliente pueden usar los resultados del análisis para prever situaciones de alto riesgo para desarrollar métodos específicos de evitación.

#### Capacitación de Habilidades de Enfrentamiento

Un componente importante en la terapia cognoscitivo-conductual es el desarrollo apropiado de estrategias, ya que los déficit en habilidades de enfrentamiento pueden llevar a fracasos en el control de las sustancias. Para Carroll, estas herramientas son el núcleo de la terapia. Por ejemplo, se puede enseñar a un cliente a rehusar un pensamiento en una situación social (que puede incluir alguna forma de entrenamiento en asertividad) y aprender a desarrollar nuevas relaciones.

**Habilidades Intrapersonales**

- Manejo de pensamientos sobre abuso de sustancia
- Solución de Problemas
- Toma de decisiones
- Relajación y manejo de estrés
- Concientización y manejo del enojo
- Concientización y manejo de pensamientos negativos
- Planeación de actividades recreativas
- Plan para emergencias
- Enfrentamiento de problemas persistentes

**Habilidades Interpersonales**

- Rehúsar ofertas de consumo de alcohol o drogas
- Iniciar conversaciones
- Usar idioma corporal
- Dar y recibir cumplidos
- Entrenamiento en asertividad
- Rechazar reclamos
- Comunicar emociones
- Comunicarse en relaciones íntimas
- Hacer y recibir críticas en general y sobre el abuso de sustancias
- Mejorar redes sociales de apoyo

Los modelos de entrenamiento en habilidades se han evaluado más que otros enfoques dirigidos a desórdenes de abuso de sustancia. Monti et al. evaluaron una intervención en entrenamiento de habilidades de enfrentamiento para consumidores de cocaína contra una condición control. El tratamiento enseña habilidades de enfrentamiento, así como a identificar situaciones de alto riesgo a través del análisis funcional. En comparación a la condición de control, los clientes que recibieron el entrenamiento personalizado de habilidades de enfrentamiento usaron cocaína significativamente menos días y en periodos significativamente más cortos que el otro grupo.

Los enfoques de prevención de recaída se basan en el análisis funcional, identificación de situaciones de alto riesgo de recaída, y entrenamiento de habilidades de enfrentamiento, pero también pueden incorporar aspectos adicionales. Aunque la autoeficacia es relativa a la disponibilidad de habilidades de enfrentamiento, se espera que aumenten mientras el cliente aprende nuevas habilidades, si bien no ocurre siempre así. Bandura notó que hay diferentes formas de aumentar la autoeficacia; con todo, el modelo que parece tener mayor impacto y mayor duración busca optimizar el desempeño para mejorar la autoeficacia del cliente. La ejecución de tareas es un punto de discusión para reforzar el sentido creciente de autoeficacia del cliente.

Hay diferencias importantes en hombres y mujeres en la forma en que reaccionan a las expectativas respecto al consumo de sustancias; los varones se ven más afectados por las expectativas positivas, mientras que las mujeres están más afectadas por las expectativas negativas (Romach & Sellers, 1998).

La prevención de recaídas señala la importancia de prepararse para su posibilidad haciendo planes para evitarla; o si sucede, detener el proceso rápidamente buscando la reducción del daño. Los clientes en ocasiones se rehúsan a hablar directamente de la posibilidad de sufrir una recaída. El terapeuta puede ayudar a disipar estos temores usando cualquier analogía. La prevención de recaída acentúa el desarrollo de un equilibrio y estilo de vida más saludable. Cuando las demandas y las obligaciones que un cliente siente exceden a los placeres que tiene, entonces su que vida esta fuera de balance (Marlatt & Gordon, 1985). Con respecto a estos sentimientos, la meta está en ayudarlo a encontrar un mejor balance, aumentando el involucramiento en otras actividades.

#### Quando usar una Terapia Cognoscitivo - Conductual

Cuando hay confianza sobre los resultados del análisis funcional, el entrenamiento en habilidades favorecerá la terapia individual. Puede usarse con pacientes internos o de consulta externa y pueden administrarse como parte de una fase intensa de tratamiento o como parte de un programa de rehabilitación menos intenso o cuidado continuado, hablando desde la involucración en grupos de autoayuda hasta farmacoterapia (Carroll, 1998).

Los tipos de clientes de consulta externa en los que no es apropiada:

- Con desórdenes psicópatas o bipolares y que no pueden estabilizarse con medicamentos
- Que no tienen domicilio estable
- Que no son médicamente estables (evaluados a través de un examen físico)
- Con desórdenes de consumo de sustancias o dependencia concurrente, con la excepción posible de dependencia a marihuana o alcohol.