

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



DESARROLLO DE UN MANUAL DE CAPACITACION DEL
TRATAMIENTO BREVE COGNOSCITIVO CONDUCTUAL
PARA USUARIOS DE COCAINA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

LILIAN LOYOLA BELLO

DIRECTOR: MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA
REVISORA: LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE
SINODALES: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA
DR. ARIEL VITE SIERRA
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

MEXICO, D.F.

ABRIL, 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

A mamá, papá y a Brom, porque hacen mi vida más feliz

Agradezco a quienes hicieron posible y enriquecieron este trabajo:

Lic. Lety Echeverría, Dr. Samuel Jurado, Dr. Juan José Sánchez Sosa y Dr. Ariel Vite.

A Fernando Vázquez, porque sin sus comentarios, este trabajo no hubiera sido tan largo y no habría tantas preguntas que contestar, por reexplicarme cada concepto necesario y asegurarse que lo entendiera. Por enseñarme que en algún artículo está una respuesta. Por ser un excelente director.

A Roberto Oropeza por ese excelente 2° semestre, porque desde entonces me has enseñado el camino de hacer bien las cosas. Por apoyarme y guiarme en este trabajo desde que era solo una idea.

A todos ustedes que hacen interesante el seminario de acasulco

A quienes hicieron mis días de universidad más divertidos:

Ana, Aris, Dianita, Lia (homeless), Maru, Tania y Jahir porque nunca nos tuviste paciencia

A Rodolfo Espitia y a Katia Gómez por su incondicional apoyo

A Doris porque creíste en mí

A tote, por fin!

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Lilian Patricia

Loyola Bello

FECHA: 3/mayo/09

FIRMA: Lilian Patricia

Índice

Introducción	1
Cocaína	3
▪ Historia de la cocaína	
▪ Usos terapéuticos de la cocaína	
▪ La cocaína en el sistema nervioso central	4
▪ Patrón de consumo y vía de administración	
▪ Efectos y consecuencias del consumo de la cocaína	5
▪ Uso, abuso y dependencia	6
▪ Epidemiología de la cocaína en el mundo y en México	7
▪ Alternativas de tratamiento en México para usuarios de cocaína	10
Manuales de tratamientos efectivos	12
▪ Evaluación de tratamientos	
▪ Diseminación de tratamientos efectivos	14
▪ Uso de manuales para impartir tratamientos empíricamente validados	15
▪ Fidelidad al tratamiento	16
▪ Resistencia al tratamiento	17
Fundamentos teóricos y componentes del tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína	20
▪ Teoría conductual	
▪ Teoría cognoscitiva	24
▪ Teoría de aprendizaje social	26
▪ Teoría de autoeficacia	29
▪ Tratamientos cognoscitivo conductuales para el manejo del consumo de cocaína	31
▪ Componentes del TBUC	32
▪ Entrevista motivacional	
▪ Análisis funcional	34
▪ Habilidades de enfrentamiento	35
▪ Prevención de recaídas	
▪ Tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína	36
Método	38
▪ Material e instrumentos	
▪ Procedimiento	39
Resultados	40
Manual de capacitación del TBUC	41
Conclusiones	86
Referencias	88
Apéndices	

Hoy en día en México, las adicciones representan un problema social. Es evidente que es un tema que requiere de atención multidisciplinaria inmediata. La importancia de ello, radica en que el abuso de drogas no sólo perjudica a quien consume. El daño trasciende a la familia que invierte tiempo y dinero que finalmente la desgasta. La fuerza laboral del país también se ve afectada, así como su presupuesto destinado a la salud, su tasa de mortalidad y morbilidad, entre otras. Pese a las consecuencias negativas que trae consigo el abuso de drogas, resulta difícil de combatir debido al trasfondo económico que representa (ENA, 1998).

Los hallazgos de las investigaciones epidemiológicas acerca de las drogas de mayor consumo en el país, alertan sobre el aumento considerable en la demanda de cocaína, frente a las demás sustancias. La pobre percepción del riesgo que conlleva el uso de cocaína, le ha dado la promoción necesaria para ser conocida en todos los estratos sociales. Se ha encontrado que la edad promedio para comenzar el consumo de esta droga son los 22 años (ENA 2002). Actualmente, la cocaína representa la segunda droga preferida de la población a nivel nacional, debido a que cada día su adquisición resulta más sencilla y menos costosa.

Se ha observado que el abuso en el consumo de la cocaína, como el de otras drogas, trae a los consumidores problemas económicos, laborales, académicos y familiares entre los más frecuentes. Por esta razón es necesario actuar de manera efectiva para su control, tomando medidas que van desde la prevención universal, la selectiva y la indicada. En México, existen diversas organizaciones públicas y privadas que dan tratamiento a usuarios de drogas, bajo enfoques diferentes. El Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), cuenta con la información sobre las alternativas que existen para recibir este tipo de atención. En el ámbito público se puede asistir a los Centros de Integración Juvenil (CIJ), al Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz" (INP), a los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM), entre otros y de manera privada se puede asistir al Centro de Tratamiento Océánica ubicado en Mazatlán, Sin., a los grupos de ayuda mutua como Narcóticos Anónimos (NA), al Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), al Centro Comunitario "Sergio Méndez Arceo" de San Pedro Mártir, entre muchas otras opciones. Sin embargo, sólo los dos últimos centros imparten tratamiento profesional especializado para usuarios de cocaína. Trabajan con el modelo de Tratamiento Breve Cognoscitivo Conductual para Usuarios de Cocaína (TBUC, Oropeza, 2003). El National Institute on Drug Abuse (2002) recomienda este

último tipo de tratamientos, porque han demostrado mayor efectividad frente a otras alternativas.

Específicamente el TBUC (Oropeza, 2003) se considera efectivo porque se han alcanzado los resultados buscados (la disminución en el patrón de consumo y/o la abstinencia del uso de cocaína) en todos los pacientes evaluados, quienes en su mayoría reportaron que ya no consumían y en aquella minoría que padeció recaídas, éstas fueron menos severas y con periodos significativos de tiempo entre ellas. También reportaron una reducción importante de problemas asociados al consumo y una mejoría en general con su calidad de vida. Se considera que es un tratamiento eficiente, porque su implementación, requiere del mínimo de recursos. Por ende, su validez empírica es una razón suficiente para invertir en su diseminación.

Esta tesis se enfoca en el desarrollo de un manual de capacitación del TBUC. Forma parte de un proyecto de investigación dirigido a entender la adquisición, el mantenimiento y el manejo terapéutico del uso de la cocaína. Los beneficios de contar con un material que contenga las sesiones de tratamiento de manera sistemática y ordenada, radican en que el número de terapeutas que impartan este tratamiento puede aumentar de acuerdo con la demanda que exista del servicio y todos ellos trabajaran bajo los mismos criterios. Incluso existen investigaciones que aseguran que el uso adecuado de manuales, aumenta la fidelidad al tratamiento y como consecuencia disminuye la resistencia por parte de los pacientes (Bischoff & Tracey, 1995).

A lo largo de la tesis, la información que justifica el desarrollo del manual de capacitación, está organizada en tres capítulos. En el primero, se revisa la naturaleza de la sustancia, su farmacología, la historia de su uso hasta el lugar que ocupa actualmente entre la población mexicana principalmente. El segundo capítulo, trata sobre la importancia de la validación empírica de tratamientos y el impacto que tiene un manual de capacitación sobre los resultados del tratamiento. El último capítulo, explica los antecedentes del TBUC, su fundamento a partir de teorías psicológicas, sus componentes y sus características que lo sitúan como un programa de tratamiento evaluable, basado en el autocontrol y en la evidencia (Oropeza, 2003).

Cocaína

Este capítulo abarca la farmacología de la cocaína, pasando por su historia, su obtención, sus usos terapéuticos, sus características fisicoquímicas, su vía de administración, su preparación y sus efectos sobre el sistema nervioso central. Además, se revisa la demanda de la sustancia en México y en el mundo. Finalmente se mencionan las principales alternativas de tratamiento para la reducción del consumo de cocaína en nuestro país.

Historia del uso de la cocaína

La cocaína ha sido consumida a lo largo del tiempo con fines diversos. Por ejemplo, para aliviar el dolor producido por alguna lesión o enfermedad, para soportar la depresión, para alterar el estado de ánimo, para explorar otros estados de conciencia, para olvidar o simplemente como un hábito (Belsasso, Estañol & Juárez, 2001).

Su origen es el *Erythroxylon coca*, arbusto sudamericano que crece en las montañas andinas entre mil y tres mil metros sobre el nivel del mar. Los primeros usos de estas hojas datan desde los años quinientos en Perú. Se cree que se ofrecían las hojas a los muertos para acompañarlos. Es evidente que éstas tenían un valor especial, probablemente ya se habían descubierto sus bondades. La sociedad formada por los incas, hace pensar de la misma manera, ya que a la llegada de los españoles a América, estas hojas formaban parte de sus valores de intercambio, incluso de oro y plata.

Hacia finales del siglo XIX continuaba en aumento la fama de las hojas de coca y se enviaban toneladas a Europa. Ahí se vendía el vino Mariani, así conocido por el apellido del químico corzo que lo fabricaba y cuya particularidad era el extracto de hojas de coca que contenía (Courtwright, 2002). Hasta 1860, Albert Niemann a partir de las hojas del *Erythroxylon coca* aisló la cocaína. Es un alcaloide, el cual en su forma pura es un polvo blanco, cristalino e inodoro.

Usos terapéuticos de la cocaína

El uso médico de la cocaína actualmente es limitado. Sin embargo, fue el primer anestésico local descubierto. Posee la capacidad de bloquear la conducción nerviosa al aplicarlo localmente sobre tejidos en concentraciones adecuadas. Se ha utilizado principalmente en

oftalmología, odontología, otorrinolaringología y hacia fines del siglo pasado como anestésico local al nivel de la médula espinal. También se ha utilizado para combatir el dolor de pacientes con cáncer terminal mezclándola con morfina, alcohol y azúcar. Esta mezcla se conoce como cóctel de Brompton (Brailowsky, 1995).

La cocaína en el sistema nervioso central

La cocaína así como las diversas drogas, producen una alteración en el consumidor al llegar a los sistemas responsables del placer ubicados en el sistema nervioso central (SNC). Dichos sistemas (área tegmental ventral y núcleo accumbens) constituyen la vía de recompensa cerebral mesoaccumbens que está regulada por neurotransmisores y responde al desarrollo de conductas aprendidas. Las neuronas de ésta vía sintetizan la dopamina (neuromodulador responsable de la motivación, entre otras funciones) que se libera en el momento en que el impulso eléctrico llega a la neurona presináptica.

La cocaína juega un papel muy importante, al evitar que la dopamina se una a sus receptores específicos que le esperan en la neurona postsináptica. Las consecuencias de prolongar la actividad dopaminérgica son alteraciones en la personalidad. A este hecho responde el estado de alerta que produce la cocaína. El aumento en la presión arterial y en el estado de vigilancia que provoca la droga, responde a la liberación de noradrenalina y serotonina respectivamente (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 1998).

El sistema mesolímbico se relaciona de manera directa con la liberación de dopamina y es el principal regulador de la respuesta de recompensa que dan algunas sustancias. Como resultado del consumo frecuente de cocaína, aumenta la estimulación de este sistema y la liberación de dopamina, llevando a que los receptores postsinápticos se sensibilicen. Estos cambios recaen en una neuroadaptación que se refleja en la habituación y dependencia, que a su vez generan el síndrome de abstinencia (Lorenzo & cols., 1998).

Patrón de consumo y vía de administración

El patrón de consumo es el conjunto de factores que determinan una forma particular de uso. Como el tipo de sustancia psicoactiva, la cantidad y la frecuencia del consumo, la vía de

administración, el tiempo de exposición, el contexto del consumo, entre otras situaciones que lo acompañan (Norma Oficial Mexicana, 1999).

La cocaína puede aplicarse en mucosas, puede inhalarse, fumarse o inyectarse. La vía de administración marca la presentación de la cocaína. Puede ir desde el polvo de clorhidrato, hasta la pasta o los cristales. Cuando se vende como polvo, con el fin de bajar su costo, se "corta" con diversas sustancias como lactosa, dextrosa, sacarosa, quinina, procaina, bicarbonato de sodio, entre otras. Cuando se adquiere como pasta o cristales, se mezcla con ciertas sustancias alcalinas para reducir su punto de fusión y así poder fumarla. A esta última forma de consumo se le conoce como "crack" (Brailowsky, 1995).

Efectos y consecuencias del consumo de cocaína

Todas las clasificaciones de drogas coinciden en categorizar a la cocaína dentro de los estimulantes mayores del SNC. Con este tipo de sustancias, se perciben los estímulos externos de manera más intensa y se responden rápidamente. Freud junto con Köller en 1884, se dedicaron a estudiar los efectos farmacológicos de la cocaína. De hecho se sabe que Freud recomendaba su uso a sus pacientes, convirtiéndose en usuario asiduo de la sustancia (Hegewickz, 1980).

En dosis bajas (0.5 – 2 grms. aproximadamente) los primeros efectos de la cocaína promueven su consumo, debido al bienestar inicial que proporciona. Los usuarios reportan euforia, aumento de la energía (tanto mental como física), de la sociabilidad, del talante, desaparición de la fatiga, anorexia, disminución del sueño, entre otras. Mientras más rápido aparecen los efectos que produce la cocaína (como en el caso del "crack"), su duración es más corta (NIDA, 2002).

El malestar psicológico que continua al consumo, conlleva inquietud, irritabilidad, taquicardia, depresión, letargo, somnolencia, nerviosismo, paranoia, alteraciones conductuales, alucinaciones táctiles y visuales principalmente (NIDA, 2002).

En patrones excesivos de consumo o continuos, las consecuencias físicas pueden ser tan graves que en ocasiones incluyen la necrosis del tabique nasal, hemorragias nasales (cuando la vía de administración es inhalada), muerte por hemorragia cerebral (producida por el

aumento brusco de la presión arterial o por bloqueo de la conducción nerviosa del corazón), trastornos del ritmo cardiaco, insuficiencia cardiopulmonar (lo que puede llevar a un infarto del miocardio), crisis de hipertensión arterial, insuficiencia hepática o renal, depresión respiratoria y convulsiones (debido a que disminuye el umbral convulsivo). En mujeres embarazadas aumenta el riesgo de abortos espontáneos debido a las contracciones uterinas e hiperactividad fetal que desencadena. Además, aumenta el riesgo de muerte fetal en el último trimestre (Lorenzo & cols., 1998).

Uso, abuso y dependencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone como definición de droga a aquella sustancia psicoactiva que, al interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, su estado de ánimo, su cognición, su conducta o sus funciones motoras (Lorenzo & cols., 1998).

Vale la pena aclarar que la OMS hace una diferencia en los términos de uso y abuso de sustancias, que depende de la frecuencia o cantidad de consumo. Sin embargo, dado que la cocaína es una droga ilegal, jurídicamente podemos hablar de abuso; esto no significa que en términos de salud no sea posible clasificar a los usuarios con base a un uso leve, moderado y severo.

La dependencia es el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos que se desarrollan a largo plazo luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva. La constante búsqueda de los efectos placenteros de la droga desencadena dependencia física y psicológica. La cual es aún más rápida cuando la cocaína se consume como "crack" porque su camino al cerebro sólo lleva de ocho a diez segundos después de aspirarla y su efecto dura ocho minutos aproximadamente, dependiendo de la dosis y la experiencia de la persona. En cambio, cuando el consumo es en forma de polvo, el tiempo que transcurre para que la droga actúe en el SNC, va de cinco a diez minutos y su efecto dura cincuenta minutos aproximadamente (Lorenzo & cols., 1998).

Epidemiología de la cocaína en el mundo y en México

El consumo de cocaína hoy en día, representa un problema social, debido al aumento en su oferta y en su demanda. Apenas hace algunos años, esta droga era exclusiva de grupos limitados por su elevado costo. Actualmente su precio es menor y su consumo ya no es exclusivo del nivel socioeconómico alto (Medina-Mora & Rojas, 2003).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha calculado que en el período de 1998 a 2001, 13.4 millones de personas a nivel mundial consumían cocaína. La ONU reporta que el 81% de los países que informan la demanda de drogas, son consumidores de los derivados de la hoja de coca. El 70% del consumo de esta sustancia, tiene lugar en el continente americano, principalmente en Estados Unidos de Norteamérica (Medina-Mora & Rojas, 2003).

La distribución mundial del consumo de cocaína alguna vez en la vida, en población urbana de 12 a 65 años se divide en alto, medio o bajo. El consumo alto se refiere al 3% o más de la población. Este índice de consumo lo tiene Australia, Canadá, España y Estados Unidos de Norteamérica. El consumo medio fluctúa entre el 1% y el 3% de la población. Corresponde a Colombia, Chile, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, México, Panamá, Perú y Suecia. La categoría de consumo bajo abarca a los países cuyo consumo se da en menos del 1% de su población y lo tienen países como Bélgica, Bolivia, Costa Rica y Finlandia (ENA, 1998).

A nivel nacional, en población urbana de 12 a 65 años, se encontró que la cocaína es la segunda droga preferida. La Tabla 1 jerarquiza las drogas más comunes en dos períodos de tiempo (1998 y 2002) en donde se puede apreciar una aparente estabilización del consumo actual de cocaína. Es importante resaltar que la ENA, (2002) advierte sobre la diferencia en los criterios empleados para la medición de las dos fuentes que conforman la tabla 1.

Tabla 1. Consumo de drogas en México

Tipo de Droga	Alguna Vez 1998 - 2002	Último Año 1998 - 2002	Último Mes 1998 - 2002
Marihuana	4.70 – 3.48	1.03 – 0.60	0.70 – 0.31
Cocaína	1.45 – 1.23	0.45 – 0.35	0.21 – 0.19
Inhalables	0.80 – 0.45	0.15 – 0.08	0.09 – 0.08
Alucinógenos	0.36 – 0.25	0.03 – 0.01	— — 0.01
Heroína	0.09 – 0.09	0.02 – 0.01	— — —

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.
Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 2002.

El único rango de edad en el que la cocaína no ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población sin distinción de sexo es de 12 a 17 años. En adolescentes el consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína (ENA, 2002).

En el transcurso de 1993 a 1998 el consumo de cocaína en México casi se triplica. La tabla 2 representa su comportamiento a lo largo de diez años.

Tabla 2. Consumo de cocaína de 1988 a 1998

Porcentaje	1988	1993	1998
Alguna Vez	0.33	0.56	1.45

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

El porcentaje de la comparación del consumo durante los últimos doce meses y el último mes de 1993 y 1998 se presenta en la tabla 3 respectivamente.

Tabla 3. Consumo de cocaína durante 1993 y 1998

	Último Año	Último Mes
1993	0.22	0.09
1998	0.45	0.21

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

El 1.44% de la población urbana de 12 a 65 años, ha consumido cocaína por lo menos una vez en su vida con una proporción de cuatro hombres por una mujer. Más de la mitad (59.52%) lo ha hecho de una a cinco veces. Únicamente el 8.05% de seis a diez veces. El 16.87% lo ha hecho de once a cuarenta y nueve veces, mientras que el 15.56% cincuenta veces o más. La mayor proporción de usuarios tienen entre 18 y 34 años con una media de 22 años como edad de inicio (ENA, 2002).

Del total de la población que alguna vez ha consumido cocaína (1.44%), el 1.23% lo ha hecho en forma de polvo, el 0.04% en pasta y el 0.10% tipo "crack" (ENA, 2002). Los hallazgos de la ENA, (1998) reportan que la mitad de la población que ha consumido "crack", al momento de la investigación tenía menos de 18 años, siendo en su mayoría (66%) hombres, mientras que en la mitad que ya era mayor de edad se encontró igual proporción de hombres y mujeres.

La distribución en México del consumo de cocaína depende de la región. Tanto en población urbana como rural, es mayor en el norte del país (3.05%), seguido por el centro (0.71%) y

finalmente por la región sur (0.52%). La ciudad con mayor consumo del país es Tijuana. El consumo de cocaína es mucho mayor en hombres que en mujeres, independientemente de la región (ENA, 2002). La tabla 4 presenta el porcentaje del consumo de cocaína en las ciudades donde éste es mayor.

Tabla 4. Ciudades de consumo mayor

	Tijuana	Cd. Juárez	Cd. México	Guadalajara	Matamoros	Monterrey
Consumo	4.62	3.07	2.42	2.10	1.29	0.61

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

Las investigaciones hechas entre los años de 1994 y 1997 en los Centros de Integración Juvenil (CIJ), reportan que sólo el 59.1% de quienes inician el consumo de drogas con cocaína se mantiene como monousuario. El resto incluye principalmente marihuana, alcohol, inhalables y tabaco (ENA, 1998).

El 69.57% de usuarios de cocaína, la obtienen a través de sus amigos, mientras que el 26.55% reporta en la calle, el 0.89% en su casa y el 2.78% corresponde a otras fuentes (ENA 2002).

En cuanto a la vía de administración de la cocaína, los usuarios de esta droga durante el último año corresponden al 0.35% de la población. De ese porcentaje, el 1.89% recurre a la vía endovenosa. La mayoría de quienes se han inyectado son hombres (81.61%) y de ese porcentaje, el 88.75% pertenece a zonas urbanas (ENA, 2002).

La Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), realizaron investigaciones sobre consumo de drogas entre 1989 y 1997 en población escolar (específicamente estudiantes de enseñanza media y media superior del D. F.). El consumo fue mayor en hombres que en mujeres. Cabe destacar que mientras en 1989 la marihuana duplicaba el consumo de cocaína, para 1997 existe una proporción de consumo similar entre ambas. La tabla 5 presenta el porcentaje del consumo de cocaína en el último mes de este período. Existe relación entre la edad y el consumo (a mayor edad mayor consumo). En 1989 no se reportó uso de cocaína en estudiantes de 13 años, lo que para 1997 ya no fue vigente (ENA, 1998).

Tabla 5. Consumo de cocaína en estudiantes de 13 a 18 años

Edad	1989	1993	1997
< 13 años	-	0.1	0.4
14 años	0.1	0.4	1.2
15 años	0.1	0.3	1.4
16 años	0.6	0.8	1.2
17 años	0.6	1.3	1.5
18 años	1.6	0.5	2.3
> 19 años	0.9	2.3	3.2

Fuente: SEP e INP, estudios en población escolar del D. F. estudiantes de enseñanza media y media superior, 1989 – 1997, citado en ENA 1998.

Como se puede observar por estos resultados epidemiológicos, el consumo de la cocaína es un problema de salud pública que requiere de una detección temprana y tratamiento oportuno.

Alternativas de tratamiento en México para usuarios de cocaína

En nuestro país, existen diversos tipos de tratamiento que intentan mejorar el funcionamiento psicosocial de usuarios de sustancias psicoactivas. Pueden darse en modalidad de consulta externa o interna, en un formato individual o grupal. Estos tratamientos se imparten de manera privada o a través de centros de salud mental pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA).

Los tratamientos psiquiátricos, se apoyan en diversos fármacos para combatir el deseo por la droga. Su punto de vista acerca de la adicción, responde al modelo médico psiquiátrico. Estos tratamientos recurren a la desintoxicación que se lleva a cabo en hospitales de urgencias. Esta misma atención, existe en los Centros de Atención Toxicológica "Jóvenes por la Salud" que puede recibirse en las delegaciones del D.F. Xochimilco y Venustiano Carranza (Oropeza, 2003).

Una de las intervenciones más comunes que abordan el consumo de drogas, son los grupos de ayuda mutua como "Narcóticos Anónimos" que se formaron a partir de la filosofía de los doce pasos de los grupos "Alcohólicos Anónimos". Trabajan bajo la perspectiva de que la adicción es una enfermedad incurable (Alcohólicos Anónimos, 1989).

Otras opciones de ayuda son las diversas psicoterapias que toman en cuenta a la familia para ayudar al paciente con su dependencia a las drogas. La psicoterapia breve en cualquiera de

sus modalidades (individual, grupal, familiar o de pareja) es utilizada en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) que atienden a usuarios de drogas, ya sea de manera ambulatoria o de internamiento.

Sin embargo, la manera de abordar el consumo de cocaína en nuestro país, no se basa en tratamientos específicos para esta droga. El modelo de tratamiento que se presenta en esta tesis, actualmente es el único especializado dirigido a pacientes cuyo principal consumo es de cocaína (Oropeza, 2003).

Conclusión

Es evidente que el consumo de cocaína en México, requiere atención inmediata de diferentes áreas. La pobre percepción del riesgo que trae su uso, entre otros factores, ha facilitado su introducción en todos los estratos sociales. Es fácil notar la necesidad de invertir en medidas preventivas, además de tratamientos específicos para abordar este problema. Por lo anterior, es importante el entrenamiento de terapeutas en un modelo de tratamiento que haya demostrado su efectividad, para lo cual se desarrolla un manual de capacitación del tratamiento de Oropeza (2003). En el capítulo siguiente, se revisa la importancia que tienen los manuales de tratamiento.

Manuales de tratamientos efectivos

La evaluación de tratamientos está ganando auge, debido a que determinar su costo-efectividad permite decidir si conviene invertir recursos para su diseminación. En este capítulo, se describen los lineamientos de la American Psychological Association (APA), para determinar si un tratamiento es costo-efectivo. Esto último se refiere, en este ámbito, a propiedades de los tratamientos efectivos como su flexibilidad, su corta duración y su bajo costo. Posteriormente, debido a que la investigación ha mostrado que el empleo de manuales promueve un mayor apego al protocolo por parte del terapeuta, se plantea la importancia del uso de manuales en el entrenamiento de terapeutas y su efecto sobre la fidelidad al tratamiento. Finalmente, se plantea la importancia de la resistencia de los usuarios y el papel de los manuales para reducirla (Crits-Christoph, 1998).

Evaluación de tratamientos

De acuerdo con Gutiérrez, Ramos & Eysenck (1993), los conceptos de eficacia y efectividad, se emplean de manera indistinta para hacer referencia al producto conductual manifiesto resultante de los procesos cognoscitivos. En cambio, la eficiencia es la proporción de recursos cognoscitivos invertidos para lograr un determinado rendimiento. En el contexto de la evaluación de tratamientos, la eficacia y/o la efectividad es el resultado esperado de las acciones del terapeuta (por ejemplo, la abstinencia del consumo de cocaína, luego de un tratamiento), mientras que la eficiencia se refiere a lograr efectividad con el menor número de recursos.

Una de las tareas de la APA es determinar si un tratamiento posee costo-efectividad. La división 12 establece los lineamientos para diseminar los tratamientos empíricamente validados. Esto se lleva a cabo a través de comités organizados desde 1995 para unificar criterios de evaluación de tratamientos (Crits-Christoph, 1998).

La división 50 de la APA está especializada en conductas adictivas y ha encontrado que los tratamientos cognoscitivo conductuales son más efectivos que otras alternativas (Goldman, 1998).

Una de las maneras de determinar la efectividad de un tratamiento, consiste en encontrar el cambio conductual esperado en por lo menos nueve réplicas de diseños de caso único. En el caso del TBUC, esta meta es la disminución o la abstinencia del consumo de cocaína y se ha replicado en 19 casos (Oropeza, 2003). Otra alternativa para determinar si es efectivo un tratamiento es a partir de la comparación de los hallazgos entre el grupo control y el experimental; encontrando en este último el cambio buscado. Para ambas alternativas, la APA dicta que el entrenamiento de los terapeutas debe llevarse a cabo, con el apoyo supervisado de un manual de capacitación. Esto permite una interpretación estándar de los resultados y favorece la diseminación del tratamiento.

Además, para la evaluación de tratamientos, la APA hace énfasis en que las muestras de usuarios sean especificadas claramente y que los resultados de la evaluación del tratamiento coincidan en los registros de por lo menos dos investigadores diferentes (Chambless, 2001).

A lo largo de varias investigaciones en salud mental, se ha encontrado que, cuando se trata de atender alguna conducta específica, la psicoterapia es una mejor alternativa, frente a la terapia farmacológica (Pomerantz, citado en Clay, 2000). En el caso del comportamiento adictivo, el enfoque cognoscitivo conductual es el que posee mayor costo-efectividad; sus resultados son más duraderos debido a que además de trabajar con la "conducta problema" en el aquí y ahora, se toma en cuenta la prevención de recaídas. Esto es de suma importancia porque los pacientes bajo tratamiento farmacológico, generalmente recaen cuando termina la administración del medicamento y muchas veces deben retomarlo por tiempo indefinido a pesar de las reacciones secundarias que produzcan. El tratamiento cognoscitivo conductual, no crea lazos indefinidos de los que dependa el mantenimiento del cambio en el paciente. Además, en la mayoría de los casos, se requieren períodos cortos de tiempo, para impartir sesiones intensivas de tratamiento (NIDA, 2002).

En los pacientes que han terminado el TBUC se ha observado la modificación del patrón de consumo, disminución o extinción del consumo de cocaína con pocos recursos. Los aspectos que se tomaron en cuenta para llegar a esta conclusión fueron el nivel de dependencia hacia la cocaína, los síntomas asociados a su uso, las situaciones más frecuentes de consumo, la autoeficacia para resistirse a la droga (percepción de autoconfianza) y la cantidad y frecuencia de uso. Las dos últimas se comparan con la línea base, encontrando que los usuarios después del tratamiento, incluso hasta los seis meses posteriores a éste, lograron un mayor número de

días de abstinencia o bien un consumo moderado y de bajo riesgo en las recaídas. Por otro lado, en estos mismos pacientes disminuyeron sus problemas asociados al consumo (conflictos familiares, laborales, económicos, entre otros), lo que lleva a una mejor percepción de su calidad de vida (Oropeza, 2003).

Cuando se tiene un tratamiento útil en la reducción del uso de la cocaína y se ha desarrollado un manual que favorezca la fidelidad de su aplicación y la estandarización de sus resultados, es conveniente dar a conocer dicho tratamiento a las instituciones especializadas para promover su aplicación. En el siguiente apartado se explica cómo ocurre este proceso.

Diseminación de tratamientos efectivos

La diseminación de tratamientos es un proceso de comunicación que se origina en diversas fuentes como equipos de investigación, asociaciones profesionales, etc. Su objetivo es transmitir la información sobre innovaciones que han demostrado su utilidad, a través de medios como revistas técnicas, conferencias, prensa, foros especializados en el campo, entre otros. Su alcance depende de la relevancia que resulte de la propagación de la información en distintos foros. La adopción del tratamiento objeto de la diseminación, es la práctica del mismo por parte de las instituciones públicas y privadas responsables de impartirlo. La adopción involucra el diseño y conducción de talleres interactivos (basados en un manual de capacitación) dirigidos al personal de salud y a investigadores (Ayala, 1999).

De acuerdo con Ayala (1999), la diseminación del TBUC puede llevarse a cabo, como se ha hecho con el tratamiento para bebedores problema (Echeverría, Tiburcio, Ayala & Martínez, 2002), a través de videos promocionales breves dirigidos al público en general, de cursos de capacitación para terapeutas apoyados en un manual, de páginas de Internet como la de la Facultad de Psicología de la UNAM, también puede recurrirse a artículos de divulgación, material de difusión como trípticos, carteles, volantes, etc.

Para lograr la diseminación exitosa de un tratamiento, éste debe mostrarse al público interesado y en particular a los líderes de opinión y a los agentes de cambio como una innovación, por medio de canales de comunicación adecuados. Sin embargo, en el proceso de diseminación se debe considerar que la tasa inicial de adquisición es lenta al principio y que se deben identificar obstáculos institucionales (Rogers, 2003).

La diseminación facilita la colaboración entre el investigador y el clínico (Ayala, 1999). Con la difusión sistemática que se hace de los hallazgos de la investigación a la práctica clínica, se pueden mejorar los manuales de capacitación, debido a la retroalimentación recibida. Por ejemplo, los manuales se pueden elaborar de manera más flexible, incluyendo lineamientos para situaciones clínicas extraordinarias.

Por otro lado, la APA establece un conjunto amplio de normas para la promoción y diseminación de procedimientos psicológicos, entre los que se encuentran los siguientes: la organización de talleres de educación continua acerca de los nuevos procedimientos de tratamiento, la divulgación a los profesionales sobre la información acerca de tratamientos basados en evidencia, el desarrollo de competencias en la formación de los psicólogos clínicos, la supervisión al terapeuta con el objetivo de proporcionarle retroalimentación, la educación al público sobre los beneficios de la investigación psicológica, la gestión de fondos ante las dependencias gubernamentales para financiar la investigación y el desarrollo de manuales de capacitación de los terapeutas (Crits-Christoph, 1998).

Uso de manuales para impartir tratamientos empíricamente validados

Actualmente, los manuales de entrenamiento terapéutico son reconocidos en el contexto de la capacitación profesional. Los primeros fueron diseñados para terapias conductuales. Algunos estudios recientes de psicoterapia están basados en manuales, que especifican las principales técnicas para guiar a los terapeutas en su capacitación (Luborsky, Woody, Thomas, McLellan, O'Brien & Rosenzweig, 1982).

Para Crits-Christoph (1998) los manuales de tratamiento, son algo más que guías específicas en las que el terapeuta se apoya para impartir las sesiones, son una forma de presentar de manera concreta las técnicas con ejemplos de su aplicación. Su principal función, es lograr un acuerdo acerca de la aplicación de las técnicas del tratamiento. El grado de especificidad que posea el manual, depende del tipo de tratamiento y del problema en particular. Debe hacerse a un lado la idea de que los manuales son inflexibles, puesto que bajo circunstancias especiales el manejo de las sesiones puede cambiar (Carroll, 1998).

Los tratamientos con fundamento cognoscitivo-conductual son administrados, generalmente, con apoyo de manuales que describen puntualmente cada sesión y facilitan la réplica sistemática de su aplicación. Sin embargo, aunque los manuales se enfocan en los aspectos teóricos y técnicos del tratamiento, la capacitación apoyada en éstos debe contemplar la supervisión de profesionales en el área. El sólo hecho de dar al terapeuta en entrenamiento el manual, es insuficiente para obtener un provecho, es necesaria la guía temporal de un experto (Crits-Christoph, 1998).

El uso de manuales de tratamiento y la supervisión del mismo, aumentan la posibilidad de que se imparta de acuerdo al protocolo. Esto es importante porque algunos estudios sostienen que un buen resultado de tratamiento está asociado con la alianza terapéutica y ésta, a su vez, es mayor cuando el tratamiento se imparte apegado a un manual (Crits-Christoph, 1998).

Otra de las ventajas que tiene el uso de un manual, es la calidad de la retroalimentación que puede darse a los terapeutas en entrenamiento. Una de las razones por las que el tratamiento no se lleva a cabo adecuadamente, puede ser que la retroalimentación al terapeuta sea deficiente, o bien, que el manual está diseñado de modo que no cumple su función (Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993). Por tanto, los manuales, además de guiar una aplicación apropiada y válida de un tratamiento, favorecen la capacitación sistemática de nuevos terapeutas.

Como resultado del aumento del uso de manuales que se ha dado en los últimos veinte años en el ramo de la psicoterapia, se ha encontrado que la fidelidad al tratamiento también aumenta (Luborsky & DeRubeis, 1984 citados en Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993).

Fidelidad al tratamiento

Es importante analizar el impacto de utilizar un manual de tratamiento sobre el resultado de la terapia; pues en la medida en que se obtengan beneficios será relevante para el terapeuta apoyarse en el manual o no emplearlo. Uno de los aspectos en los que se piensa que la utilización del manual tiene cierta influencia, es el grado en que el tratamiento se aplica como se proyectó; a este nivel de apego al protocolo por parte del terapeuta se le denomina fidelidad al tratamiento (Cormier & Cormier, 1998; Ayala, 1999).

La fidelidad al tratamiento puede darnos una idea bastante cercana a la realidad sobre qué tan exitosa está resultando la aplicación de la terapia. La evaluación de la fidelidad puede hacerse midiendo la competencia que posea el terapeuta en el desarrollo de su intervención; desde este punto de vista, la competencia supone fidelidad, pero la fidelidad no necesariamente implica competencia (Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993).

Para evaluar la competencia de los terapeutas, debe indagarse, entre otros aspectos, lo siguiente: su dominio de los fundamentos teórico-prácticos del tratamiento, su experiencia de observación de casos mediante videos y cámaras de Gesell incluyendo seguimientos, su participación como coterapeutas en las sesiones y su respuesta a la retroalimentación (Ayala, 1999).

Se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar la fidelidad y la competencia terapéutica. Estos instrumentos difieren en la experiencia requerida, en la unidad de análisis (individual o grupal), en la fuente de información que va desde videos, audios, notas, etc., en las conductas terapéuticas que comparan. El método más simple para evaluar la fidelidad, es usar una lista de verificación de los elementos que componen cada sesión y registrar la frecuencia de su uso (Chevron & Rounsville 1983, citados en Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993).

El 23% de los estudios revisados por Moncher y Prinz (1991, citados en Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993) utilizan a los terapeutas o a los pacientes como fuente de información acerca de la fidelidad. Sin embargo, estas fuentes no son tan confiables, dado que los terapeutas suelen sesgar mucho la información con sus propias percepciones y la información de los pacientes tampoco es muy apropiada ya que carecen del entrenamiento necesario para describir lo que pasa en la sesión, al nivel que se necesita.

Otro aspecto que disminuye con el empleo de manuales, es la resistencia del paciente al tratamiento la cual se revisa enseguida.

Resistencia al tratamiento

La resistencia del paciente, es un rasgo común en las terapias y vale la pena definir en qué consiste esta característica y la trascendencia que tiene en el resultado del tratamiento.

La resistencia es un proceso en el cual influyen tanto la conducta del terapeuta, las variables del paciente y la etapa de la terapia. Ésta se manifiesta cuando el paciente se comporta de manera que dificulta el camino al cambio deseado, muchas veces a través de su falta de cooperación. Esto mantiene el patrón maladaptativo del paciente. En general, se refiere al comportamiento del paciente que impide el esfuerzo del terapeuta hacia el cambio (Chamberlain, 1984; Miller & Rollnick, 1999).

Para Patterson y Forgatch (1985, citados en Bischoff & Tracey, 1995) la resistencia es cualquier conducta de desganancia para participar en la terapia, que indique oposición hacia el terapeuta o al proceso de tratamiento. Además, sostienen que existe evidencia empírica sobre la relación de altos niveles de resistencia con respuestas negativas en la terapia y pronto abandono de la misma. En ocasiones, la oposición al terapeuta es causada por los errores de él mismo.

Pérez (2000) adaptó un instrumento de categorías llamado "Código de Proceso Terapéutico" (CPT) al tratamiento para bebedores problema (Echeverría, Tiburcio, Ayala & Martínez, 2002). El CPT (Chamberlain, 1984), es un sistema de observación, diseñado para medir las conductas del paciente y el terapeuta durante las sesiones. A partir de este sistema se identificaron las habilidades que un terapeuta debe tener para que el paciente presente menor resistencia. Por ejemplo, empatía, motivar y enseñar más que confrontar al paciente.

De acuerdo con Chamberlain (1984) y Pérez (2000) el nivel de resistencia al principio de la sesión es más bajo que a la mitad y hacia el final vuelve a disminuir debido a que típicamente es donde se integran las estrategias aprendidas.

Además, cabe mencionar que un nivel moderado de resistencia por parte del paciente no necesariamente es un indicador de una mala práctica terapéutica. Gran parte de las conductas útiles por parte del terapeuta son seguidas de conductas resistentes de los pacientes y puede manejarse para suscitar mecanismos saludables (Miller & Rollnick, 1999). Tanto el aumento como la disminución de una cantidad moderada de resistencia en la terapia son indicadores de que está siendo productiva, lo que no desecha la idea de que generalmente altos niveles de resistencia son un indicador negativo para la terapia (Hill, 1992 citado en Bischoff & Tracey, 1995).

Un aspecto que se debe mencionar es la importancia de las investigaciones que sostienen que la conducta de dirección del terapeuta aumenta la resistencia. El estilo directivo controla la actividad verbal de la relación paciente-terapeuta o confronta al paciente, quitándole responsabilidad de sus acciones (Miller & Rollnick, 1999; Bischoff & Tracey, 1995).

Como se ha mencionado, los manuales de tratamiento influyen en el grado de fidelidad al tratamiento y, a través de esto, en la reducción de la resistencia de los pacientes. Sin embargo, otros factores que pueden afectar el resultado del tratamiento son: la inadecuada selección del terapeuta, la deficiente cantidad y calidad del entrenamiento, la carencia de supervisión, la inconsistencia de los criterios para calificar o aprobar a los terapeutas durante el curso de capacitación y las características de los pacientes (Crits-Christoph, 1998).

Conclusión

En este capítulo se mostró la relevancia de la diseminación de tratamientos efectivos, basada en manuales, y se discutieron las ventajas del empleo de los mismos para mejorar los resultados del tratamiento. En el siguiente capítulo presentaremos el fundamento y las características del tratamiento breve para usuarios de cocaína, en el que se basa el manual que se propone en esta tesis.

Fundamentos teóricos y componentes del tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína

En este capítulo se plantean las bases teóricas y las características del tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína (TBUC, Oropeza, 2003) cuyo enfoque cognoscitivo conductual ha demostrado ser uno de los que tienen mayor efectividad para disminuir el consumo de drogas. Se revisan elementos de tres enfoques, el conductual, el cognoscitivo y el cognoscitivo conductual. El primer apartado, incluye dos principios de aprendizaje relevantes para la adquisición y el mantenimiento de las conductas adictivas: el condicionamiento clásico (describe el consumo, analizando la asociación entre el estímulo y la respuesta) y el condicionamiento operante (que lo estudia a través del análisis de contingencias respuesta - consecuencia); así como la teoría del proceso oponente, que es una de las alternativas para explicar la adicción. En el segundo apartado del capítulo, se aborda la teoría cognoscitiva y sus principales especificaciones para el tratamiento. Finalmente, se describe la relación de los procesos cognoscitivo conductuales con el tratamiento de las adicciones, en particular, se revisa la teoría del aprendizaje social (la que concibe al consumo de sustancias como un hábito aprendido socialmente) y la de autoeficacia (que sugiere que la percepción del individuo, influye en el logro de las metas terapéuticas). Estos elementos teóricos representan piezas clave para profundizar en la descripción del tratamiento breve para usuarios de cocaína.

Teoría conductual

La teoría conductual supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y el operante. Para este enfoque, la conducta más que estar determinada por factores genéticos, resulta de la adopción de patrones en los que influye el ambiente, por lo que es posible cambiar comportamientos y aprender otros empleando los mismos principios que llevaron a su adquisición. Se enfoca en la identificación de conductas observables y medibles. Esto es importante porque permite conocer de manera más precisa la frecuencia e intensidad del patrón de consumo. Al final de esta sección se plantea una manera de explicar la conducta adictiva por medio de la teoría del proceso oponente (Barry, 1999).

El CC o condicionamiento pavloviano es un principio de aprendizaje que se explica a partir de la existencia de dos tipos de reflejos: los incondicionados (los cuales son innatos), que están

formados por un estímulo incondicionado (EI) y una respuesta incondicionada (RI) y los condicionados (los cuales son adquiridos), formados por un estímulo condicionado (EC) y una respuesta condicionada (RC). El CC es útil para explicar el desarrollo y el mantenimiento de las adicciones (Chance, 2001).

Se han diseñado algunos tratamientos derivados del CC para reducir el consumo de sustancias adictivas, los cuales se apoyan en técnicas puramente conductuales como el condicionamiento aversivo o la extinción de la conducta. La primera técnica, también conocida como contracondicionamiento, consiste en hacer menos atractiva la relación estímulo-respuesta como resultado de aparear consecuencias negativas al consumo (en ocasiones, electrochoques o algún tipo de malestar, como mareo, inducido químicamente). Este tipo de tratamientos, generalmente se emplean con usuarios de alcohol, marihuana y cocaína (Rimmele, Howard & Hilfrink, 1995, citados en Barry, 1999).

Una variante del contracondicionamiento, que puede utilizarse para aumentar la efectividad del tratamiento es la sensibilización cubierta. Se trata de guiar imaginativamente una secuencia de eventos donde el usuario acostumbraba consumir y aparear estos pensamientos a sensaciones desagradables, con la finalidad de inducir aversión por la sustancia (Rimmele & cols., 1995, citados en Barry, 1999).

La extinción respondiente es otra técnica conductual basada en el CC. Representa otra manera de eliminar cierta conducta que fue adquirida a través del condicionamiento entre un estímulo y su respuesta. Esto se logra después de presentar en ocasiones repetidas el EC sin aparearlo al EI, hasta que pierda su valor condicionado (Klein, 1994).

Los tratamientos para usuarios de drogas que emplean esta técnica, exponen a los pacientes, de manera propositiva a la sustancia de su preferencia (por ejemplo, la cocaína), protegiéndolo del consumo para evitar que se establezca el reforzamiento y después de algunas veces, se extinga la conducta de consumo (Rohsenow & Monti, 1995, citados en Barry, 1999).

El modelo de tratamiento que aquí se plantea, obedece al CC en su manera de contextualizar el deseo por la cocaína, para manejarlo se enseña al paciente a relacionar consecuencias negativas del consumo con el deseo (por ejemplo; cuando se experimenta el deseo por la cocaína, se puede pensar en la pérdida de confianza por parte de su familia que ocurriría

luego del consumo). En general para entender como se adopta una conducta adictiva y como puede modificarse, los primeros conceptos que deben conocerse son el CC y el CO del cual se hablará enseguida.

El CO o condicionamiento instrumental es otro principio de aprendizaje que establece la adquisición de asociaciones entre conductas particulares y sus consecuencias. Las conductas que se aprenden por este medio, cambian en función de sus consecuencias, es decir obtener un reforzador o evitar un castigo (Klein, 1994).

La asociación que establece una persona entre el uso de cocaína y su desenvolvimiento social es un patrón conductual aprendido que puede modificarse cambiando durante el tratamiento las consecuencias que refuerzan la conducta (Klein, 1994).

Se han desarrollado varias técnicas a partir del CO, útiles en tratamientos para usuarios de drogas. Una de ellas es el manejo de contingencias, el cual busca reforzar a los pacientes a través de fichas o "vouchers" (cuyo valor es canjeable por privilegios) por la conducta de no consumir (lo cual puede medirse por medio de exámenes de orina cada cierto tiempo). Una desventaja de esta técnica es el elevado costo que representa (Silverman, Wong, Umbrecht-Schneiter, Montoya, Schuster & Preston, 1998, citados en Barry, 1999).

El contrato terapéutico es una herramienta basada en el CO, que puede ser muy útil en el manejo de contingencias para aumentar la adherencia terapéutica. La acción de firmar el acuerdo hecho entre el paciente y el terapeuta, es un ritual significativo para mantener el compromiso del primero (Higgins, Tidey & Stitzer, 1998, citados en Barry, 1999). En el TBUC este tipo de contrato es muy importante (Oropeza, 2003); se practica en la sesión de admisión y se le llama forma de consentimiento, la cual incluye una breve descripción del tratamiento; así como las obligaciones y derechos del paciente. Se le entrega al usuario para que lo lea detenidamente y si está de acuerdo debe anotar su nombre, la fecha y los datos de dos personas cercanas a él (nombre, dirección, parentesco y teléfono) a quienes se les pueda solicitar información sobre el consumo del paciente. Finalmente el usuario firma el documento para cerrar el acuerdo de una manera formal.

El autocontrol es otra técnica, fundamentada en el CO, que se emplea en los tratamientos para abuso de sustancias, en los cuales, el usuario establece su meta y se enfoca en sus propios

esfuerzos para limitar su consumo. El paciente se involucra con el material de las sesiones y con el compromiso de hacer sus tareas, más que con el terapeuta. En el tratamiento se evalúa regularmente el progreso hacia la meta, con el apoyo de un automonitoreo que incluye con quien, a qué hora, dónde, cuánto y cómo consume; así como algunos pensamientos relacionados con la sustancia. El autocontrol es un componente relevante en el modelo de Oropeza (2003) porque supone que el usuario es responsable de sus conductas y del cambio de las mismas (Hester & Miller, 1989, citados en Barry, 1999).

Del CO se derivó un tratamiento de reforzamiento comunitario (CRA), que en un principio fue desarrollado por Hunt & Azrin (1973, citados en Barry, 1999), para utilizarse con dependientes al alcohol; posteriormente se encontró que su uso podía ser útil en la búsqueda de la moderación o de la abstinencia del consumo de otras drogas. Su acción es a través del debilitamiento del reforzamiento que da la sustancia, cambiándola por las consecuencias reforzantes que proporcionen otras actividades recreativas incompatibles con el consumo, reorganizando el ambiente de la persona. Bajo este enfoque, las redes sociales del paciente juegan un papel importante en su camino para alcanzar la meta (Higgins & cols., 1998, citados en Barry, 1999).

Una teoría que explica como se adopta y se mantiene la conducta de consumo, desde un punto de vista conductual es la del proceso oponente de Solomon & Corbit (1974, citados en Klein, 1994), que revisaremos a continuación:

De acuerdo con Solomon y Corbit, tanto las experiencias biológicas como las psicológicas, producen una reacción afectiva primaria (se denomina estado A) que puede ser agradable o desagradable, cuya magnitud depende de la intensidad de la experiencia. A su vez, este estado A activa una reacción afectiva secundaria (se le llama estado B), la cual siempre será opuesta a la primera y es provocada automáticamente por el sistema biológico para contrarrestar el efecto inicial de cualquier acontecimiento. Este último estado es menos intenso, menos rápido y aparece cuando el estado A termina. Por ejemplo, para un usuario de cocaína, el estado A es alguno de los primeros efectos agradables que le da la droga, y el estado B es el malestar físico y/o psicológico que resulta del consumo (Solomon & Corbit, 1974, citados en Klein, 1994).

En ocasiones, luego de la experiencia repetida de una misma conducta, la intensidad del estado B aumenta más que la del estado A, fenómeno conocido como tolerancia, que es la

disminución de la reacción ante un estímulo debido a la sobre exposición con el mismo. En cambio, cuando se experimenta un intenso estado B en ausencia del estímulo desencadenador (por ejemplo la cocaína), se denomina abstinencia.

Desde esta perspectiva, el deseo por el uso de sustancias surge ante un estado B aversivo, como una conducta motivada para impedir el estado desagradable de la abstinencia. Para lograr la dependencia a alguna droga, basta que la persona reconozca que la privación del estímulo (alcohol, cocaína, tabaco, etc.) produce los síntomas de supresión y que la posesión del mismo elimina esas sensaciones displacenteras; por consiguiente, las personas que no asocian el malestar experimentado durante la abstinencia con la falta del estímulo, sino que lo atribuyen a otros factores, no están motivados para reanudar el consumo y no se desarrolla la adicción. El tiempo entre dos consumos es una variable importante, ya que si transcurre lo suficiente entre las experiencias, el estado B no se intensifica y no existe motivación para reanudar la conducta. Esto responde al porque algunas personas pueden tomar una droga irregularmente y nunca padecer los síntomas de la abstinencia.

En seguida se revisa la teoría cognoscitiva, la cual está centrada en pensamientos, en actitudes y en creencias que influyen nuestra conducta y a su vez moderan la relación entre el estímulo desencadenador del consumo y sus consecuencias (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

Teoría cognoscitiva

El término cognición se refiere al conocimiento que poseen los organismos sobre el ambiente y cómo sus expectativas controlan su comportamiento. En este sentido se entiende por expectativa, aquella representación mental de las contingencias entre acontecimientos ambientales (Klein, 1994).

Los antecedentes de la teoría cognoscitiva comenzaron en los años treinta del siglo XX, con Tolman (1930, citado en Klein, 1994) quien suponía que nuestra manera de actuar está orientada hacia una meta y que nuestras expectativas determinan qué conducta específica realizamos para obtener una recompensa o evitar un castigo. Sin embargo, aunque los estímulos ambientales nos guíen para conseguir nuestro objetivo, necesitamos estar motivados para alcanzarlo.

Para el punto de vista cognoscitivo, la conducta es flexible, interactiva y dinámica. Se enfoca en los antecedentes, pensamientos y atribuciones. De esta forma, al modificar la cognición, es posible cambiar la conducta (Beck & cols., 1999).

Esta teoría permaneció sin fuerza durante mucho tiempo hasta que Beck la retomó a través de su investigación para entender la depresión de sus pacientes (Beck & cols., 1999). Actualmente se ha aplicado a diferentes campos de salud mental, entre ellos el abuso de sustancias. Supone que la mayor parte de los problemas psicológicos y conductuales se derivan de procesos de pensamiento disfuncionales que frecuentemente preceden a las emociones, pero ocurren tan rápido que no los percibimos.

Beck sostiene que los errores más comunes en la construcción de pensamientos, que a su vez llevan a problemas conductuales (como el abuso de drogas) son:

- Centrarse en detalles negativos y agrandarlos excluyendo los aspectos positivos de cada situación.
- Poseer un pensamiento polarizado, esto es, enfocarnos únicamente en los extremos de la situación.
- Generalizar excesivamente a partir de incidentes particulares.
- Suponer que conocemos lo que los demás piensan.
- Esperar desastres por el simple hecho de escuchar alguna situación adversa.
- Sentir responsabilidad sobre el estado de ánimo de los otros.
- Culparnos por lo que sucede a nuestro alrededor.
- Esperar que el propio cambio dependa de los demás.

Una de las maneras de resolver el problema del consumo de sustancias, a través de tratamientos basados en esta teoría, es hacer una reestructuración cognoscitiva. Esta supone que el cambio de los patrones de pensamiento de los pacientes, los llevará a adoptar conductas más adaptativas. Este tipo de terapia enfoca sus esfuerzos en la modificación del papel que tiene la sustancia para los usuarios. El cambio de la conducta implica que el paciente identifique los pensamientos relacionados con su consumo y con el deseo de la sustancia. Una vez que ha logrado dicha identificación, el usuario tiene más elementos para enfrentar su

consumo con el apoyo de las estrategias de reestructuración que aprenda durante el tratamiento.

Otro elemento relevante para la teoría cognoscitiva es la atribución, entendida como la explicación que da cada persona sobre su comportamiento. La atribución puede ser interna (por ejemplo, cuando el usuario justifica su consumo por su propia debilidad ante la sustancia), externa (si culpa a los demás por su consumo), específica (cuando cree que el consumo se debe a alguna situación especial), global (si la causa es más general), estable (si el usuario piensa que la causa del consumo está presente de manera permanente) o negativa (si el usuario está convencido de que no puede abandonar el consumo). Esta última posee especial importancia cuando deriva de una recaída, porque significa que el usuario tiene un sentimiento de incapacidad y una actitud pesimista que aumenta la probabilidad de continuar el consumo (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978, citados en Barry, 1999).

A continuación se presentan dos teorías importantes para el TBUC, que combinan elementos conductuales y cognoscitivos, la teoría del aprendizaje social y la de autoeficacia.

Teoría de aprendizaje social

La teoría de aprendizaje social (TAS) toma en cuenta eventos externos en los cuales se centra el CC, así como contingencias de reforzamiento relevantes para el CO. Sin embargo, considera que es igualmente importante la cognición como el comportamiento y la interacción entre ambos. Para este enfoque, el comportamiento humano es principalmente aprendido. Los mismos procesos cognoscitivos que intervienen en la adquisición de hábitos pueden ser empleados para cambiarlos a través de la enseñanza de conductas más adaptativas, debido a que la conducta está primordialmente determinada por factores ambientales y contextuales (Kanfer & Phillips, 1976).

Recordemos que el aprendizaje es 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. Se da por las experiencias previas y las características del individuo, determinando el repertorio de una persona (Klein, 1994).

El aprendizaje social estudia las relaciones particulares donde influye la observación, la memoria y la reproducción de lo que se observa. Esta teoría ha ganado auge porque además

de la experiencia toma en cuenta el contexto social en el que la persona se desarrolla y la propia individualidad. Cuando el aprendizaje se adquiere a través de la observación, se le conoce como vicario (Kanfer & Phillips, 1976).

El lenguaje es una ventaja de la especie humana, porque facilita la interacción con los modelos de quienes aprendemos. El simple hecho de observar a un modelo, nos da la pauta para imitar su comportamiento. Este proceso se denomina modelamiento y es la base del aprendizaje social. Su éxito se atribuye a la modificación de las expectativas del paciente a partir de la observación de un modelo. El estatus del modelo, la interacción con el mismo o el afecto del observador por él, son factores que mejoran el aprendizaje vicario (Bandura, 1969).

Una variante del modelamiento, que también lleva al aprendizaje de nuevas respuestas o a la modificación de las que ya existen, es mediante la imaginación que el terapeuta induce en el paciente, sobre el comportamiento de un modelo y de las consecuencias que siguen. Se le conoce como modelamiento cubierto (Kanfer & Phillips, 1976).

Los factores que pueden afectar al modelamiento, además de las diferencias individuales, son las conductas de otras personas que siguen a la respuesta del modelo, los propios procesos de atención, la capacidad de retención del observador y la práctica cubierta de las respuestas de los modelos (Pear, 1995).

Kanfer & Phillips (1976) explican los procesos multifacéticos en el aprendizaje social, a partir de una clasificación de cinco categorías con diversas situaciones donde puede demostrarse la relación entre el comportamiento de un modelo y la conducta del observador.

1. Diseños de dependencia del compañero

En este procedimiento experimental 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. La respuesta imitativa se aprende más fácilmente cuando no se dispone de señales contradictorias.

2. Estudios de identificación

Se relacionan con la adquisición de comportamientos idiosincrásicos. Además de implicar una imitación específica, incorpora reacciones emocionales significativas.

3. Modelos de aprendizaje sin ensayo

Se refiere al aprendizaje después de la observación de un modelo sin práctica aparente o refuerzo contingente a la ejecución del observador. Bandura (1965, citado en Kanfer & Phillips, 1976) aplicó este término a estudios en los cuales un observador adquiere nuevas asociaciones estímulo-respuesta, aún cuando no haya una oportunidad explícita para ensayar el comportamiento, ni una consecuencia obvia reforzante. 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 y observar consecuencias aversivas tiende a inhibirla.

4. Diseños de co-aprendizaje

Se refieren al efecto de observar a un modelo que realiza la misma tarea de aprendizaje que el observador, donde generalmente se dan oportunidades alternativas de mirar 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 del CC vicario

Son aquellos que estudian las respuestas del sujeto después de que haya observado la administración de un estímulo incondicionado y las consecuencias del mismo (instigación vicaria).

La TAS es tan importante para el entendimiento de la adquisición del consumo, como para el mantenimiento de dicha conducta. Una vez que la persona comprende que usar determinada droga es un comportamiento adquirido en un contexto social, se puede convencer de que no tiene que ser permanente y que depende de él cambiarlo por conductas asertivas.

Es importante que los usuarios de cocaína, que reciban el TBUC, consideren que su conducta de consumo es un hábito y no una enfermedad que no pueden cambiar. Para modificar el consumo, se les prepara, desarrollando habilidades de enfrentamiento y autocontrol. Las consecuencias del ejercicio de estas habilidades, a su vez, permiten el desarrollo de la propia percepción del manejo del consumo, la cual influye en el proceso de alcanzar sus metas de tratamiento. Para entender esto último, es importante revisar la teoría de autoeficacia y su aplicación en el campo de las adicciones.

Teoría de autoeficacia

La percepción que tenemos de nuestro nivel de competencia influye en el pensamiento acerca de nuestra capacidad de logro y se refleja en nuestras acciones. A este juicio de mayor o menor competencia se le denomina autoeficacia. Está determinada por nuestro estado emocional, por nuestra historia de éxitos y fracasos, y por el propio repertorio de habilidades de enfrentamiento. La baja autoeficacia conduce a pensamientos negativos acerca de uno mismo y a una motivación pobre para lograr cambios de conducta. Por otro lado, la elevada autoeficacia conduce a actuar de manera más asertiva y fortalece nuestra capacidad de resiliencia (Bandura, 1999).

En el ámbito de las conductas adictivas, la autoeficacia, desempeña un papel relevante, tanto en la adquisición del hábito o su prevención, como en el proceso de modificar su conducta, inclusive en el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas. Por ello es importante trabajar en el fortalecimiento de la autoeficacia para enfrentar las situaciones de riesgo de consumo. Una de las técnicas para lograrlo es el desarrollo de habilidades de enfrentamiento, detalladas más adelante, en la sección de los componentes del tratamiento (Marlatt, Baer & Quigley, 1999).

La teoría de la autoeficacia puede aplicarse a los diferentes momentos del consumo de cocaína. Para Marlatt & cols. (1999), existen cinco categorías de autoeficacia que pueden aplicarse a la conducta adictiva. Se describe cada una enseguida:

1. Autoeficacia de resistencia

En la fase de iniciación, incluso antes de que se forme el hábito de consumo, los juicios sobre la propia capacidad para evitar el uso de la droga, responden a este tipo de

eficacia. Lo anterior supone que los programas de prevención primaria de adicciones, deben enfocar sus esfuerzos sobre la habilidad de las personas para resistirse a las presiones interpersonales e intrapersonales relacionadas con el consumo de las drogas.

2. Autoeficacia de reducción del daño

Esta modalidad de eficacia personal, tiene lugar cuando el hábito ya está instalado. Lo que no significa que en todos los casos, se llegará al abuso de la sustancia o a la dependencia física y/o psicológica. La tarea de minimizar el daño que ocasiona el uso de drogas, es la principal actividad de este tipo de autoeficacia y es útil en el contexto de la prevención secundaria.

3. Autoeficacia de acción

Se refiere a la propia capacidad para alcanzar la meta fijada. Implica la reducción o eliminación del uso de drogas, una vez que el usuario ha decidido modificar su conducta de consumo (remisión espontánea). En el momento en que se da este tipo de autoeficacia, la persona está iniciando el cambio de su conducta de consumo, para lo cual ya superó la etapa de precontemplación y de contemplación, Prochaska & DiClemente, 1983).

4. Autoeficacia de manejo

Cuando ya se logró la meta de moderación o de abstinencia de la sustancia, la autoeficacia que entra en juego es la de mantenimiento o manejo del consumo. Se refiere a la propia capacidad para sostener ese cambio. Los usuarios en esta etapa que asisten a algún tratamiento cognoscitivo conductual para abuso de sustancias, reciben entrenamiento para enfrentarse a las situaciones de riesgo que se presenten.

5. Autoeficacia de recuperación

Este tipo de autoeficacia tiene lugar cuando hubo alguna recaída, para detenerla lo antes posible. Esto es con el objetivo de que la persona no abandone de forma definitiva su meta y no lo tome como un fracaso irremediable. Con el manejo de la autoeficacia en esta etapa, se intenta reducir la probabilidad de que el usuario crea que su recaída tiene razones que él no puede controlar. A esto se le conoce como efecto de violación de la abstinencia (EVA).

La autoeficacia nos ayuda a entender fenómenos del consumo como la remisión espontánea, que se da cuando el paciente abandona el consumo o lo modera significativamente sin concluir el tratamiento o en ocasiones sin siquiera acudir a él. La recaída es otro comportamiento para el cual la autoeficacia juega un papel importante. En el apartado sobre prevención de recaídas, se explica de manera más amplia, cómo es que la percepción del paciente acerca de si puede permanecer abstinentes de la sustancia o moderar su uso, determina en parte la ocurrencia de recaídas. En el TBUC el sentido de autoeficacia se fortalece mediante el entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, que proveen al paciente de estrategias útiles en situaciones de riesgo.

Tratamientos cognoscitivo conductuales para el manejo del consumo de cocaína

A continuación se revisarán las características de los tratamientos cognoscitivo conductuales para el manejo del consumo de cocaína, sugeridas por Carroll (1998). Recordemos que este tipo de tratamientos se enfocan en cambiar conductas desadaptativas por otras más asertivas, a través de una reestructuración cognoscitiva y manejo de contingencias. (Cormier & Cormier, 1998).

Este tipo de tratamientos ha proliferado en los últimos años, porque se ha visto que sus resultados son observables y medibles. Su éxito radica en el cambio, eliminación o mantenimiento de conductas particulares. Son tratamientos sistemáticos y a la vez flexibles porque además de estar puntualmente organizados toman en cuenta las diferencias individuales. Pueden impartirse en formato individual, grupal, de pareja o familiar y en modalidad de consulta ambulatoria o de internamiento. Además, el rol del terapeuta es más activo que en otros tipos de tratamiento (Carroll, 1998).

Carroll (1998), destaca la importancia de las tareas durante el tratamiento, cuya finalidad, es desarrollar habilidades que sean útiles para que el paciente logre su objetivo terapéutico. Se puede incluir la participación activa de personas significativas como apoyo en la resolución de las tareas que retroalimenten al paciente y vigilen la objetividad de las mismas. El terapeuta utiliza técnicas que estimulan al paciente a entender su situación de manera más objetiva

El número de sesiones en tratamientos breves cognoscitivo conductuales depende de la naturaleza del problema. Generalmente el tiempo de duración oscila entre cuatro y dieciséis

sesiones, una vez a la semana. Sin embargo, no hay mucha investigación sobre la efectividad del tratamiento cuando es de larga duración, entre más se acerca a las doce sesiones, se predice un mejor resultado. Los periodos ocasionales, sin sesiones de terapia, son relevantes puesto que los pacientes tienen tiempo para practicar nuevas formas de pensamientos improductivos y porque es fácil caer en los antiguos pensamientos automáticos (Carroll, 1998).

Ninguno de los tratamientos que trabajan bajo esta perspectiva, es recomendable para quienes presentan desórdenes bipolares o psicóticos que no se han estabilizado con medicamentos, ni para quienes no tienen estilos de vida estable; tampoco lo es para poliusuarios, con la posible excepción del consumo de alcohol o de marihuana, aunque es necesario evaluar la necesidad de desintoxicación antes del tratamiento (Carroll, 1998).

El National Institute on Drug Abuse (NIDA), recomienda los tratamientos breves cognoscitivo conductuales, para atender usuarios de cocaína. Debido a que han mostrado ser tratamientos efectivos y de bajo costo.

Un tratamiento breve es un proceso sistemático, enfocado a evaluar la problemática del paciente para motivar el proceso de cambio y dotarlo de estrategias que le faciliten alcanzar su meta, en un lapso de tiempo corto, pero con más sesiones que la intervención breve (Barry, 1999).

Componentes del TBUC

Los componentes que constituyen el pilar del tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína (Oropeza, 2003), son cuatro y se describen a continuación: la entrevista motivacional, el análisis funcional, las habilidades de enfrentamiento y la prevención de recaídas.

Entrevista motivacional

Para Miller & Rollnick (1999) la entrevista motivacional (EM) es un método no directivo centrado en la persona, cuyo objetivo es promover su motivación intrínseca hacia el proceso de cambio terapéutico. Antes de describir sus principios, debe quedar claro que el concepto de motivación en este contexto, es un estado de disponibilidad, el cual puede cambiar de un momento a otro o de una situación a otra. Los principios básicos de la EM son:

- Expresar empatía
- Crear la discrepancia
- Evitar la discusión
- Manejar la resistencia
- Fomentar la autoeficacia

El primer principio de este tipo de entrevista, es esencial. El terapeuta debe escuchar al paciente de manera reflexiva, debe comprender sus sentimientos y nunca juzgarlo. Debe aceptarlo, lo que no es igual a que lo apruebe en todo sentido. El segundo principio, consiste en llevar al paciente a una discrepancia entre el consumo y una situación más saludable. El terapeuta debe provocar una reflexión sobre los costos de su conducta con el objetivo de que el paciente presente sus propias razones para cambiar. El tercer principio se refiere a evitar las confrontaciones. El terapeuta es más bien persuasivo, pero no debe discutir con el usuario ni etiquetarlo para no provocar una actitud defensiva. El manejo de la resistencia, es el cuarto principio y se refiere al giro que le da el terapeuta a las respuestas del paciente, cuando éstas no son cooperativas; es decir, que el terapeuta intenta cambiar las percepciones del paciente de una manera sugerida más que impuesta. El último principio es el fomento de la autoeficacia porque el aumento de ésta, mejora la capacidad del usuario para disminuir el uso de cocaína o moderar su uso.

En este contexto, para entender el proceso de cambio terapéutico, Prochaska & DiClemente (1983) suponen que la motivación es un proceso que guía el cambio en las personas. La motivación tiene una forma cíclica que todos los pacientes recorren antes de lograr la estabilización de su meta (por ejemplo, la moderación o la abstinencia del consumo de cocaína). Estos autores dividen el camino al cambio en las siguientes etapas:

Precontemplación. La cual supone que la persona se percibe como incapaz de abandonar el consumo de la droga, por lo que ni siquiera lo intenta, y muchas veces, no ha considerado que tenga un problema con la droga; la tarea del terapeuta es aumentar la duda sobre el riesgo que corre el usuario inmerso en situaciones de consumo.

Contemplación. En esta etapa, ya existe una vaga idea de abandonar el consumo, aunque la persona posee grandes dudas acerca de su capacidad para lograrlo, se torna ambivalente en

cuanto al cambio. Aquí el terapeuta debe reforzar las razones que tiene el usuario para dejar la cocaína y hacerle ver los riesgos que conlleva el uso de la misma.

Determinación. El paciente está decidido a cambiar, y debe elegir el mejor plan de acción para conseguir su meta. Se cuestiona sobre qué alternativa le resultará más efectiva para abandonar la cocaína o para disminuir su uso. El terapeuta guía a la persona para que elija el plan de acción más adecuado, si el usuario comienza a llevar a cabo ese plan, avanza hacia la fase de acción, si no lo hace, retrocede a la contemplación.

Acción. Ya existe el compromiso con uno mismo y el inicio de las conductas que lleven a la moderación o a la abstinencia. El objetivo del terapeuta, es ayudar al usuario a caminar hacia su meta; sin embargo el cese del consumo o la disminución del uso de cocaína, no garantiza que esta modificación conductual sea permanente.

Mantenimiento. Es la fase donde se trabaja para prevenir una recaída. Aquí el usuario junto con el terapeuta identifica las situaciones de riesgo y aplica la estrategia apropiada para cada una de ellas. Si a pesar de la aplicación de estrategias para mantener el cambio o debido a su ausencia, ocurre la recaída (última fase) la tarea del terapeuta consiste en evitar la desmoralización del usuario y renovar juntos el proceso.

Análisis funcional

El análisis funcional es una herramienta que emplea el terapeuta desde la primera sesión para evaluar los episodios de consumo individual desde el punto de los antecedentes, conducta de consumo y consecuencias. Se toman en cuenta los pensamientos, estados emocionales y sociales del paciente en su ambiente. El análisis funcional ayuda a reconocer los eventos precedentes y las consecuencias del uso de la sustancia, las fortalezas del usuario, sus creencias, los disparadores del consumo, los posibles motivadores y las barreras ante el cambio; así como la identificación de situaciones de riesgo (aquellas donde aumenta la probabilidad de recaer), así como, la modificación de las consecuencias del consumo. Los resultados de este análisis ayudan a elegir habilidades específicas para que el usuario enfrente su vida cotidiana sin consumo (Carroll, 1998).

Habilidades de enfrentamiento

Es importante fomentar el entrenamiento de habilidades porque disminuye significativamente la posibilidad de consumo. Estas habilidades pueden ser específicas como rehusar al ofrecimiento de cocaína, o generales, como propiciar redes sociales de apoyo. Se seleccionan con base en el análisis funcional, pues cada paciente es único. Debe existir congruencia entre el tema de la sesión que se imparte y la habilidad que se pretenda desarrollar (Carroll, 1998).

Estas habilidades pueden ser intrapersonales e interpersonales. Las primeras, se refieren al manejo de pensamientos sobre el consumo, a la solución de problemas, a la toma de decisiones, al manejo de situaciones de angustia, al aumento de actividades recreativas incompatibles con el consumo, al desarrollo de un plan de emergencia, etc. Las segundas pueden ser la capacidad de socializar sin ayuda de la sustancia, la asertividad, la comunicación de emociones, la aceptación de la retroalimentación, entre otras (Monti, Abrams, Kadden & Cooney, 1989, citados en Barry, 1999).

Monti & cols. (1989) encontraron en su investigación que un grupo de usuarios de cocaína, disminuyó significativamente su consumo en comparación con el grupo control, después de recibir capacitación sobre habilidades de enfrentamiento. La elección de las habilidades, dependió de las situaciones de riesgo identificadas a partir del análisis funcional.

Prevención de recaídas

Los usuarios de sustancias en ocasiones se rehúsan a hablar de las recaídas, por lo que es importante, hacerles ver que para esta clase de tratamientos, son experiencias de aprendizaje más que fracasos. La prevención de las recaídas, acentúa la importancia de prepararse para la posibilidad de ellas y en el caso de su ocurrencia, esta percepción ayuda a que sean de menor intensidad (Carroll, 1998; Marlatt & Gordon, 1985).

Durante el tratamiento, el terapeuta debe enfatizar la creencia de que las recaídas son ocasionadas por la carencia o la mala aplicación de las habilidades de enfrentamiento. Esto ayuda al usuario a reducir el sentimiento de impotencia y de pérdida de control. En cambio, cuando se ven como repuesta al grado de tensión del paciente o como una explicación a

sentimientos de privación o simplemente como fracasos, el usuario toma decisiones que probablemente lo lleven a consumir (Marlatt & Gordon, 1985).

Tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína

Se ha encontrado que ningún tratamiento es útil para todo tipo de usuarios, además de que compartan la preferencia por la misma sustancia, es importante conocer el grado de dependencia que posean y otras características del usuario (por ejemplo, su historia de consumo, su historia de tratamientos, entre otras). El TBUC, está diseñado para usuarios mayores de edad que tengan dependencia leve o moderada a la cocaína, según los criterios que marca el DSM-IV.

Este modelo consta de una sesión de admisión, una de evaluación, ocho sesiones de tratamiento, tres sesiones de seguimiento (al mes, a los tres meses y a los seis meses) y de manera opcional puede haber otra sesión de seguimiento al año de concluir el tratamiento.

Durante la sesión de admisión y evaluación, el terapeuta determina el nivel de dependencia del usuario y explica la importancia de los autorregistros. Se decide junto con el usuario sobre una meta tentativa para el tratamiento (que puede ir desde la moderación hasta la abstinencia del consumo) y se explora, a grandes rasgos, las situaciones en que el consumo es excesivo.

Las ocho sesiones que conforman el tratamiento son:

1. Balance decisional y establecimiento de metas
2. Manejo del consumo
3. Identificación y manejo de pensamientos relacionados con la cocaína
4. Identificación y manejo del deseo relacionado con la cocaína
5. Habilidades asertivas de rechazo
6. Identificación de decisiones aparentemente irrelevantes
7. Solución de problemas sociales
8. Reestablecimiento de metas y planes de acción

La descripción detallada de los contenidos de cada sesión del TBUC, se encuentra en el manual de tratamiento que se presenta en los resultados de esta tesis.

Conclusión

A lo largo de este capítulo, se abordaron los principios de aprendizaje conductuales y cognoscitivos utilizados para adquirir el hábito del consumo, así como su mantenimiento. Se revisaron algunas aproximaciones utilizadas para reducir el uso de la cocaína o abstenerse de ella. Se describieron las teorías de aprendizaje social y de autoeficacia sobre la naturaleza del consumo de cocaína y su cambio. También se presentaron las características de los tratamientos cognoscitivos conductuales para usuarios de cocaína y los componentes del TBUC. Actualmente el TBUC requiere de un manual que permita capacitar a terapeutas bajo criterios sistemáticos y fieles a las bases del tratamiento. A partir de esta necesidad, el propósito de esta tesis es el desarrollo de un manual de capacitación que sistematice la correcta aplicación del TBUC y favorezca una mayor adherencia al tratamiento.

Método

A continuación se presenta el material, los instrumentos y el procedimiento empleado en el desarrollo del manual de capacitación del TBUC:

Material e instrumentos

sesión	material e instrumentos
sesión de admisión	cuestionario de admisión criterios de inclusión del DSM IV autorregistro cuestionario de autoconfianza del consumo de drogas (CACD)
sesión de evaluación del consumo	cuestionario de evaluación del consumo autorregistro inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD) cuestionario de validación social sobre las metas del tratamiento
sesión 1. balance decisional y establecimiento de metas	material de la sesión 1 autorregistro cuestionario de validación social de la sesión 1
sesión 2. manejo del consumo	material de la sesión 2 autorregistro cuestionario de validación social de la sesión 2
sesión 3. identificación y manejo de pensamientos relacionados con la cocaína	material de la sesión 3 autorregistro cuestionario de validación social de la sesión 3
sesión 4. identificación y manejo del deseo relacionado con la cocaína	material de la sesión 4 autorregistro cuestionario de validación social de la sesión 4
sesión 5. habilidades asertivas de rechazo	material de la sesión 5 autorregistro cuestionario de validación social de la sesión 5
sesión 6. decisiones aparentemente irrelevantes	material de la sesión 6 autorregistro cuestionario de validación social de la sesión 6
sesión 7. solución de problemas sociales	material de la sesión 7 autorregistro cuestionario de validación social de la sesión 7
sesión 8. reestablecimiento de metas y planes de acción	material de la sesión 8 autorregistro cuestionario de validación social de la sesión 8 cuestionario de evaluación del tratamiento cuestionario de resultados del tratamiento
seguimientos al mes, tres y seis meses	material de la sesión de seguimientos autorregistro

ver los instrumentos en los apéndices.

Procedimiento

Para dar estructura al manual de capacitación, se procedió de acuerdo con los siete pasos que se describen a continuación:

1. Organización del material de las sesiones del TBUC

Se reunió el material original del tratamiento, incluyendo los ejemplos de cada ejercicio, depurando en su caso la secuencia y lógica de organización.

2. Revisión del material del TBUC

Se revisaron los materiales originales para capacitar terapeutas y se integraron con base en su juicio.

3. Búsqueda de literatura relacionada con los fundamentos del TBUC

Se revisaron los textos que actualizan y fortalecen los fundamentos, con el objeto de integrar los antecedentes teóricos y empíricos del manual de capacitación.

4. Análisis de expedientes de los pacientes

Se analizaron los expedientes con la finalidad de conocer el contexto social, familiar, laboral, económico y académico de los usuarios, para aumentar la validez externa del manual.

5. Redacción de la primera versión revisada del manual

Con base en las experiencias de capacitación previas, se propuso la primera versión revisada del manual y se solicitó a los terapeutas su retroalimentación.

6. Redacción de la segunda versión revisada del manual

Una vez que se obtuvo la retroalimentación, se redactó la segunda versión. Posteriormente se solicitó al autor original del TBUC su retroalimentación.

7. Redacción de la versión final del manual

Con base en los comentarios y observaciones del autor del TBUC, se redactó la versión final del manual de capacitación.

Resultados

A continuación se presenta el manual de capacitación del TBUC obtenido luego de las revisiones descritas en el método.

Manual de Capacitación
Tratamiento Breve Cognoscitivo
Conductual para Usuarios de Cocaína

Índice del manual

Introducción	41
Antecedentes	42
Módulo I: Cocaína y su epidemiología en México	44
Módulo II: Fundamento teórico del Tratamiento Breve Cognoscitivo Conductual para Usuarios de Cocaína (TBUC)	47
Módulo III: Elementos que componen el TBUC	48
Módulo IV: Estrategia terapéutica general y sesiones del TBUC	50

El National Institute on Drug Abuse (NIDA) recomienda los tratamientos cognoscitivo conductuales de corte breve, para atender a usuarios de cocaína. Esta clase de tratamientos han mostrado su efectividad clínica y económica, lo que los hace más prácticos que otras alternativas. Por otro lado, la American Psychological Association (APA) subraya la relevancia de capacitar terapeutas con base en el empleo de manuales de tratamientos efectivos. Estos manuales facilitan la diseminación e instrumentación de estos tratamientos.

De acuerdo con investigaciones recientes (Ayala, 1999; Crits Christoph, 1998; Chambless, 1996; Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh & Forgatch, 1984) algunas ventajas de impartir capacitación de tratamientos efectivos, con base en manuales son:

- unificar criterios clínicos entre los terapeutas
- apoyar la diseminación sistemática del tratamiento, de acuerdo con las demandas institucionales
- promover la integridad al tratamiento por parte del terapeuta, lo que disminuye la resistencia que presenta el paciente
- evaluar el desempeño de los terapeutas con base en su apego al protocolo
- fortalecer las competencias de los terapeutas, por medio de la retroalimentación que se les puede dar a partir de su evaluación

Con el objetivo de formar terapeutas de alta calidad, Ayala (1999) sugiere evaluar su dominio sobre los fundamentos teórico-prácticos del tratamiento. Siguiendo esta recomendación, a continuación, se plantean algunas maneras de valorar las competencias de los terapeutas en formación:

- llevar un control de la observación de por lo menos dos casos completos
- aplicar exámenes sobre conceptos clave del tratamiento
- retroalimentar la ejecución del terapeuta a partir de role-playing
- retroalimentar su papel como coterapeutas

Es importante notar que el sólo hecho de que el terapeuta estudie manuales de capacitación, no lo califica por completo para impartir un tratamiento. Es necesaria la supervisión que imparta un experto.

Este manual de capacitación, está diseñado para formar terapeutas que impartan el tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína (TBUC, Oropeza, 2003). La capacitación del TBUC tiene una duración aproximada de 24 horas, divididas en 12 sesiones de 2 horas cada una, más 16 horas de observación supervisada.

Por otro lado, el empleo de manuales de capacitación no tiene que ser rígido. El instructor debe fomentar la espontaneidad del terapeuta de manera que permita ajustar el tratamiento a las necesidades del usuario (Carroll, 1998).

Antecedentes

Actualmente en México, el TBUC es el único tratamiento específico para el consumo de cocaína, su objetivo es ayudar al usuario a cambiar su patrón de consumo, a partir del empleo de diversas estrategias cognoscitivas y conductuales que le permiten a la persona identificar riesgos de consumo y enfrentarlos de manera efectiva. La capacitación del TBUC se imparte en el centro "Acasulco", de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

De acuerdo con Oropeza (2003), los resultados de la instrumentación del TBUC muestran un mayor número de días de abstinencia y una disminución significativa del consumo, respecto a la línea base. Cuando hubo recaídas, éstas ocurrieron bajo situaciones de menor riesgo y con menor frecuencia e intensidad que antes de ingresar al tratamiento. Con estos cambios disminuyeron los daños asociados al consumo de los usuarios (conflictos familiares, laborales, económicos, entre otros) y se observó un aumento en su autoeficacia de control del consumo (percepción de autoconfianza).

Finalmente, los requisitos para implementar el TBUC en centros de atención psicológica, son relativamente fáciles de satisfacer para casi cualquier institución, debido a que es un tratamiento flexible, de bajo costo y de corta duración; esto lo hace más adaptable a una sociedad, como la nuestra, con escasez de recursos y gran demanda de atención.

Este manual de capacitación, presenta información general sobre la cocaína, su farmacología, sus vías de administración, sus efectos sobre el sistema nervioso central (SNC) y sobre la conducta. También proporciona información sobre el fundamento teórico que explica la

adquisición del consumo, su mantenimiento y su manejo terapéutico. Por último, se revisan los componentes del TBUC y se detalla el desarrollo de las sesiones. Estos contenidos se presentan en los siguientes cuatro módulos:

- Módulo I. Cocaína y su epidemiología en México
- Módulo II. Fundamentos teóricos del tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína
- Módulo III. Componentes del tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína
- Módulo IV. Sesiones del tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína

Módulo I
Cocaína y su epidemiología en México

Cocaína y su epidemiología en México

En este primer módulo, se revisa un panorama del origen de la cocaína, sus vías de administración, sus efectos sobre el sistema nervioso central (SNC) y sobre la conducta, y su patrón de consumo. Por otro lado, se plantean conceptos como el uso, el abuso y la dependencia de la sustancia. Finalmente se presentan datos epidemiológicos a nivel nacional del consumo de cocaína.

La cocaína es una sustancia psicoactiva que puede modificar la percepción del entorno, el estado de ánimo, las funciones motoras y por ende el comportamiento. De acuerdo con esta definición, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasifica como droga (ENA, 1998).

Esta droga es un alcaloide, estimulante del SNC. En su forma pura es un polvo blanco, cristalino e inodoro. Se extrae del arbusto sudamericano *Erythroxylon coca* y fue hasta 1860 que Albert Niemann a partir de sus hojas aisló la sustancia (Brailowsky, 1995; Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 2003).

La cocaína actúa sobre el SNC, por medio de neurotransmisores, evitando que la dopamina se una a los receptores que le esperan en la neurona postsináptica. Como resultado de su uso frecuente, estos receptores se sensibilizan, lo que lleva a una nueva neuroadaptación que se refleja en la dependencia y en la habituación que produce la sustancia. La cocaína altera la liberación de noradrenalina y serotonina produciendo un aumento en la presión arterial y en el estado de vigilancia respectivamente (Belsasso, Estañol & Juárez, 2001; Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 2003).

La cocaína puede aplicarse en mucosas, puede inhalarse, aspirarse o inyectarse de manera intramuscular o intravenosa. La vía de administración determina su presentación, desde el polvo de clorhidrato, hasta la pasta o los cristales. Con el fin de bajar su costo, se "corta" con diversas sustancias como lactosa, dextrosa, sacarosa, bicarbonato de sodio, entre otras. Cuando la cocaína se aspira, se mezcla la pasta o los cristales, con sustancias alcalinas para reducir su punto de fusión y así poder fumarla. A esta última forma de consumo se le conoce como "crack" (Brailowsky, 1995).

El patrón de consumo de la sustancia, se define a partir de la frecuencia, la cantidad, la vía de administración, el contexto en que se consume y el tiempo desde el inicio de su uso, entre otros aspectos situacionales que lo acompañan (Norma Oficial Mexicana, 1999; Carroll, 1998).

En dosis bajas (0.5 – 2 grms. aproximadamente) los primeros efectos de la cocaína y la percepción del bajo riesgo que conlleva, promueven su consumo debido al bienestar inmediato que proporciona. Los usuarios reportan euforia, aumento de la energía (tanto mental como física), de la sociabilidad, desaparición de la fatiga, anorexia, disminución del sueño, entre otras. Mientras más rápido aparecen los efectos que produce la cocaína (como en el caso del "crack"), la duración de los mismos es más corta, lo que promueve el abuso (NIDA, 2002).

El malestar psicológico que continua al consumo reiterado, se caracteriza por inquietud, irritabilidad, taquicardia, depresión, somnolencia, nerviosismo, paranoia, alteraciones conductuales, y alucinaciones táctiles y visuales principalmente (NIDA, 2002).

En patrones excesivos de consumo (mayor a 2 grms.) y continuos, las consecuencias físicas pueden ser tan graves que en ocasiones incluyen la necrosis del tabique nasal, hemorragias nasales (cuando la vía de administración es inhalada), muerte por hemorragia cerebral (producida por hipertensión arterial o por bloqueo de la conducción nerviosa del corazón), trastornos del ritmo cardiaco, insuficiencia cardiopulmonar (lo que puede llevar a un infarto del miocardio), insuficiencia hepática o renal, depresión respiratoria y convulsiones. En mujeres embarazadas aumenta el riesgo de abortos espontáneos debido a las contracciones uterinas e hiperactividad fetal que desencadena y aumenta el riesgo de muerte del producto durante el último trimestre (Brailowsky, 1998).

Debido a que la cocaína es una droga ilegal, jurídicamente su consumo sólo puede determinarse como un abuso. Esto no significa que en términos de salud no sea posible clasificar a los usuarios con base en un uso leve, moderado y severo. Sin embargo, en términos prácticos, la diferencia más importante entre el uso y el abuso de la sustancia depende de la cantidad y la frecuencia de consumo (ENA, 1998).

Según la encuesta nacional de adicciones de 2002, apenas hace algunos años, la cocaína era exclusiva de grupos limitados. Hoy en día, su demanda ha aumentado de manera significativa situándose como la segunda droga preferida a nivel nacional en población urbana entre los 12

y los 65 años (ENA, 2002; Medina Mora & Rojas, 2003). Su empleo se da en una proporción de cuatro hombres por una mujer. La mayoría de los consumidores, esta en el rango de edad de 18 y 34, con una media de 22 años como edad de inicio. De los consumidores de cocaína, la mayoría eligen el polvo, seguido del "crack", y por último la pasta.

La distribución en México del consumo de cocaína depende de la región. Tanto en población urbana como rural, es mayor en el norte del país (3.05%), seguido por el centro (0.71%) y finalmente por la región sur (0.52%). La ciudad con mayor consumo del país es Tijuana (ENA, 2002).

Finalmente, el 69.57% de usuarios de cocaína, la obtienen a través de sus amigos, mientras que el 26.55% reporta que la adquieren en la calle, el 0.89% en su casa y el 2.78% corresponde a otras fuentes (ENA, 2002).

Como se puede observar, el consumo de cocaína es un problema de salud pública que demanda de una detección temprana y un tratamiento eficaz y oportuno.

Módulo II
Fundamentos teóricos del tratamiento breve
cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína

Fundamentos teóricos del tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína

Los fundamentos teóricos del tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína (TBUC, Oropeza, 2003) nos ayudan a entender el desarrollo del patrón de consumo de la cocaína, su mantenimiento y su manejo terapéutico. En este módulo se revisan los principios del aprendizaje como el condicionamiento clásico (CC) y el condicionamiento operante (CO), la teoría de aprendizaje social (TAS) y la de autoeficacia (TA).

El CC, nos ayuda a entender cómo las asociaciones entre los estímulos incondicionados del consumo (inhalar coca) y los condicionados del ambiente (observar al "dealer"), controlan, por ejemplo, el deseo del consumo. De acuerdo con el CC, el manejo terapéutico del consumo se basa en romper la asociación entre el estímulo condicionado y la respuesta de consumir. Un ejemplo de ello, es enseñar al paciente a relacionar consecuencias negativas con el consumo (contracondicionamiento; Klein, 1994; Chance, 2001).

El CO explica el desarrollo del consumo a través de contingencias entre las conductas preparatorias, el consumo y sus consecuencias, al obtener un efecto deseado o evitar uno desagradable. Por ejemplo, en el tratamiento, la relación que establece una persona entre el uso de cocaína y su sociabilidad, puede modificarse cambiando las consecuencias que refuerzan el consumo (Klein, 1994; Kazdin, 2000).

La TAS (Bandura, 1977), para entender el consumo, toma en cuenta además de los eventos externos, los procesos simbólicos como la percepción, las atribuciones, creencias y juicios del usuario. Para esta teoría el comportamiento humano es principalmente aprendido en un contexto social y supone que el consumo de cocaína se adquiere y mantiene a través del modelamiento. El manejo terapéutico promueve el establecimiento de relaciones significativas con personas que no consumen.

Por último, la TA, plantea que la propia percepción de la capacidad para controlar las consecuencias, influye en la disposición de mantener o disminuir el patrón de consumo. La baja autoeficacia conduce a pensamientos pesimistas para enfrentar el consumo y a una motivación pobre para lograr cambios de conducta. Por otro lado, la elevada autoeficacia lleva a actuar de manera asertiva y fortalece la disposición al cambio de consumo y la resiliencia (Bandura, 1997; Marlatt, Baer & Quigley, 1999).

Módulo III
Componentes del tratamiento breve
cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína

Componentes del tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína

El tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína (TBUC, Oropeza, 2003) está basado en las sugerencias planteadas por Carroll (1998) para el manejo terapéutico de la adicción a la cocaína. El TBUC está dirigido a usuarios mayores de 18 años que sepan leer y escribir, con un consumo leve o moderado de cocaína como droga principal, sin consumo de heroína, con domicilio estable, sin desorden psiquiátrico o daño orgánico y que soliciten de manera voluntaria el servicio. En este módulo se describen los cuatro componentes del TBUC: la entrevista motivacional, el análisis funcional, el desarrollo de habilidades de enfrentamiento y la prevención de recaídas.

La entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1999) es una estrategia no directiva de la relación entre el usuario y el terapeuta. Su objetivo es obtener información basada en las experiencias y necesidades del paciente, para promover el cambio a partir de la motivación intrínseca. Sus principios son:

- **Expresar empatía.** El terapeuta debe escuchar al paciente de manera reflexiva, con una actitud de comprensión y aceptación, lo que no es igual a que lo apruebe en todo sentido, debe evitar juzgarlo.
- **Crear la discrepancia.** El terapeuta debe provocar una reflexión sobre las desventajas de consumir, llevando al paciente a que presente sus razones para cambiar.
- **Evitar la discusión.** El terapeuta debe ser persuasivo, evitando la confrontación y la discusión con el usuario, sin etiquetarlo para no provocar una actitud defensiva.
- **Manejar la resistencia.** El terapeuta debe dar un giro a las respuestas del paciente, cuando éstas no son cooperativas, de una manera sugerida más que impuesta.
- **Fomentar la autoeficacia.** El terapeuta debe promover la confianza del usuario para disminuir el patrón de consumo, mediante la enseñanza de habilidades de enfrentamiento.

El segundo componente es el análisis funcional, es una herramienta que emplea el terapeuta en la evaluación del consumo y en diferentes estrategias (autorregistro) a lo largo de las

sesiones, para evaluar el episodio del consumo. Este análisis incluye los antecedentes, el patrón de consumo y sus consecuencias, tomando en cuenta los pensamientos, los estados emocionales y el contexto social.

El análisis funcional permite identificar las creencias del usuario, los disparadores del consumo, las barreras ante el cambio y las situaciones de riesgo (aquellas donde aumenta la probabilidad de recaer). Los resultados de este análisis ayudan a seleccionar aquellas habilidades útiles para cada usuario, que se desarrollarán durante el tratamiento (Kazdin, 1996; Carroll, 1998).

Las habilidades de enfrentamiento son aquellas que le permiten al usuario rehusarse de manera firme ante el ofrecimiento de cocaína, además propician redes sociales que apoyan el cambio (Marlatt & Gordon, 1985).

Algunas de las habilidades de enfrentamiento que se desarrollan en TBUC son:

- manejo de pensamientos sobre el consumo
- solución de problemas sociales
- toma de decisiones
- aumento de actividades recreativas incompatibles con el consumo
- desarrollo de un plan de emergencias
- capacidad de socializar sin ayuda de la sustancia
- responder asertivamente ante ofrecimientos de consumo

Finalmente, el cuarto componente del TBUC es la prevención de recaídas (Marlatt & Gordon, 1985). El terapeuta debe enseñar al paciente a ver las recaídas como experiencias de las que puede aprender y no como fracasos. El objetivo de la prevención de recaídas es identificar las situaciones de riesgo para evitar y/o limitar el consumo una vez que éste ocurre (desliz), y tiene como resultado el aumento de la autoeficacia, minimizando la probabilidad de consumir.

Módulo IV
Sesiones del tratamiento breve
cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína

Sesiones del tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína

En la primera visita del usuario al centro de servicios psicológicos, personal calificado lo entrevista para conocer de modo general su motivo de consulta, las áreas más afectadas por el consumo (social, laboral, académica, familiar, sexual, salud) y los datos demográficos que se presentan a continuación:

- nombre
- dirección (se pregunta si vive en casa propia o rentada y con quién)
- teléfono
- edad
- escolaridad (se verifica si el usuario sabe leer y escribir)
- ocupación
- estado civil
- ingresos mensuales

Posteriormente se le explica de manera breve el tipo de tratamiento y su estructura, se le aplica el cuestionario de abuso de drogas (CAD), que consta de 20 reactivos donde se debe contestar si o no respecto al consumo de los últimos doce meses. Cada reactivo tiene un valor de un punto al contestar si, excepto los reactivos 4 y 5 cuyo valor es de uno al contestar no. El puntaje del CAD da lugar a cinco niveles de consumo de la siguiente manera:

puntaje	nivel consumo
0	sin problema
1 – 5	leve
6 – 10	moderado
11 – 15	sustancial
16 – 20	severo

A continuación, se le informa al paciente que el pago de las sesiones lo fijará su terapeuta. Si está de acuerdo se le pide que firme la forma de consentimiento. Finalmente se le informa que se le llamará para su cita. La información del usuario que se recaba en este primer contacto, se entrega al terapeuta en el expediente con el número y la fecha correspondiente (ver CAD y forma de consentimiento en el apéndice A).

Procedimiento general de las sesiones

La admisión y la evaluación se llevan a cabo en 60 minutos aproximadamente, mientras que las de tratamiento (1 a 8, incluso los 3 seguimientos) en 55 minutos aproximadamente. A continuación se enlistan las actividades de relación terapéutica de las sesiones 1 a la 8 y de seguimiento:

Establecer rapport

Es un componente central de la relación entre el terapeuta y el paciente, cuyo propósito es crear un clima de confianza y apertura, necesario para iniciar la entrevista y obtener información confiable sobre el comportamiento de consumo. Su duración aproximada es de 5 minutos.

Analizar el autorregistro del consumo de cocaína

Es una herramienta clave del tratamiento, pues permite monitorear el patrón de consumo del paciente para alcanzar la meta terapéutica. El terapeuta debe informar al usuario, la importancia de contestar diariamente el autorregistro (es preferible que lo haga al finalizar el día), y traerlo a cada sesión para conocer las situaciones en que consume. Cuando ocurran recaídas, el terapeuta debe pedir al usuario mayor detalle de la situación en que se dio el consumo. El análisis del autorregistro tiene una duración de 10 a 15 minutos.

En todas las sesiones se debe poner especial atención en la incidencia del consumo, incluso si el paciente experimento deseo, aunque no haya consumido. El contexto en el que se da este deseo y/o consumo, permite identificar las situaciones de riesgo. En el caso de que no haya habido consumo, se deberá reforzar al paciente.

Realizar las actividades propias de la sesión

Durante el tratamiento se revisan los ejercicios que se pidieron en la sesión previa. El análisis de estos ejercicios, ayuda al paciente en la adquisición de las habilidades de enfrentamiento necesarias para el manejo del consumo. Las actividades se describen en la sesión de tratamiento correspondiente y se le entregan al paciente en su material de tareas; están planeadas para discutir las en 30 minutos aproximadamente.

Cierre

Para concluir la sesión se hace un resumen (en 10 minutos aproximadamente) de las estrategias que el paciente aprendió, se explica la tarea, se le recuerda la importancia del autorregistro y se programa la nueva cita en su carnet. En la sesión de admisión, el terapeuta debe procurar programar la sesión de evaluación en la misma semana, para comenzar el tratamiento lo más pronto posible.

En la sesión de evaluación se solicita al usuario que conteste el cuestionario de metas sobre el tratamiento. Para las sesiones 1 a 8, el usuario debe contestar los cuestionarios de validación social; además, en la sesión 8, el usuario debe responder el cuestionario de evaluación y el de resultados del tratamiento.

Admisión

Objetivo

Conocer el motivo de consulta del usuario y las razones por las cuales busca ayuda en ese momento, así como obtener, de manera general, su historia de consumo de drogas.

Material

- criterios de inclusión del DSM IV
- forma de consentimiento (debe estar en el expediente)
- autorregistro
- cuestionario de autoconfianza de abuso de drogas (CACD)
- carnet de citas

Actividades para trabajar en la sesión

- conocer el motivo de consulta y la historia del consumo de cocaína y otras drogas
- aplicar el cuestionario sobre los criterios de inclusión del DSM IV
- exponer las características del TBUC
- firmar frente al usuario la forma de consentimiento
- cierre

Procedimiento

Esta sesión consta de cinco actividades:

1. Conocer el motivo de consulta y la historia del consumo de cocaína y de otras drogas
En este primer contacto entre el terapeuta y el paciente, se hace un análisis funcional, a partir del cual se conoce el motivo de consulta del usuario, su historia general sobre el consumo de cocaína y de otras drogas; así como la manera en que el consumo le ha afectado en el área familiar, laboral, académica, económica, legal y de la salud. Si el terapeuta tiene duda sobre las respuestas al CAD, que se encuentra ya en el expediente, debe resolverlas en esta sesión (ver cuestionario de la sesión de admisión en el apéndice B).

2. Aplicar el cuestionario de los criterios de inclusión del DSM IV

Se obtiene información alrededor del consumo de los últimos 12 meses, para determinar si el paciente reúne los criterios de inclusión al TBUC. Si el puntaje es 2 únicamente hay riesgo, pero si es 3 o más se considera dependencia.

3. Exponer las características del TBUC

Se le explican al usuario las características del tratamiento (de forma más detallada que en la entrevista que tuvo con el personal del centro), de la manera en que se describen a continuación:

- el TBUC consta de una sesión de admisión, una de evaluación, ocho sesiones de tratamiento, en las cuales se enseñan estrategias para identificar situaciones de riesgo y se desarrollan habilidades para disminuir y/o abandonar el consumo de cocaína; además, de tres sesiones de seguimiento (al mes, a los tres meses, a los seis meses y ocasionalmente al año, de acuerdo a la disponibilidad del usuario) para monitorear el cambio y prevenir recaídas.

Tabla 1. Sesiones del TBUC.

Sesión
Admisión
Evaluación
1. Balance decisional y establecimiento de metas
2. Manejo del consumo
3. Identificación y manejo de pensamientos sobre la cocaína
4. Identificación y manejo de deseos sobre la cocaína
5. Habilidades asertivas de rechazo
6. Decisiones aparentemente irrelevantes
7. Solución de problemas sociales
8. Reestablecimiento de metas y planes de acción
Seguimientos al mes, tres y seis meses

- se plantea el consumo de cocaína desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje social, como un patrón de comportamiento adquirido y no una enfermedad.
- se resalta la importancia de hacer las tareas en casa, que le permitirán adquirir habilidades de enfrentamiento para el manejo del consumo.
- se plantean las obligaciones del terapeuta y del paciente hacia el tratamiento:

Terapeuta

- en caso de cancelar una cita, avisar al paciente con un día de anticipación
- comprometerse a concluir el tratamiento o remitirlo con otro profesional en caso necesario
- garantizar la confidencialidad de la información proporcionada en la terapia

Paciente

- en caso de cancelar una cita, avisar al paciente con un día de anticipación
- ser puntual en sus citas
- no llegar a la terapia bajo los efectos del consumo de cocaína ni otras sustancias (incluyendo alcohol)
- traer la tarea resuelta

4. Firmar frente al usuario la forma de consentimiento

El usuario ya firmó el consentimiento para que la información de su tratamiento pueda emplearse con fines de investigación, ahora el terapeuta debe firmarla frente a él como una manera de reforzar nuestro compromiso y garantizar la confidencialidad de la información que nos proporcione.

5. Cierre

Tarea

- autorregistro
- cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas (CACD)

Conclusión

La información obtenida de esta sesión es útil para determinar el perfil del usuario, conocer lo que lo alienta a consumir y los reforzadores que mantienen su conducta de consumo.

Evaluación del consumo

Objetivo

Hacer una evaluación diagnóstica, con base en la historia y el patrón actual del consumo de cocaína. Además, se determina si el usuario cumple los criterios de inclusión del TBUC.

Material

- línea base retrospectiva del abuso de drogas (LIBARE)
- inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD)
- cuestionario sobre las metas del tratamiento

Actividades para realizar en la sesión

- analizar el autorregistro
- evaluar la historia de consumo de cocaína
- aplicar LIBARE
- aplicar cuestionario sobre las metas del tratamiento
- cierre

Procedimiento

La evaluación del consumo de cocaína consta de cuatro actividades:

1. Analizar el autorregistro

2. Evaluar la historia de consumo de cocaína

El terapeuta debe solicitar respuestas detalladas sobre la historia de consumo de cocaína. El cuestionario que se aplica se presenta en el apéndice B.

3. Aplicar LIBARE

Para el TBUC, se ha acordado recabar la LIBARE para seis meses. Para facilitar la recuperación se recomienda al paciente basar su recuerdo en fechas significativas (cumpleaños, días de pago, fechas festivas, entre otras) y para mejorar la precisión del análisis de los eventos de consumo, se debe convertir a gramos la cantidad consumida.

4. Cierre

Tarea

- autorregistro
- inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD)
- sesión 1

Conclusión

El terapeuta debe determinar si el paciente es apto para el tratamiento, con base en los criterios de inclusión del TBUC y la evaluación diagnóstica. En caso contrario, canalizarlo a la alternativa adecuada.

Balance decisional y establecimiento de metas

Objetivo

El usuario evaluará las ventajas de consumir y de no consumir cocaína y con base en este análisis, determinará la meta del tratamiento.

Material

- autorregistro
- sesión 1
- cuestionario de validación social de la sesión 1
- cuestionario de autoconfianza del consumo de drogas (CACD)
- inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD)

Actividades para trabajar en la sesión

- analizar el autorregistro
- hacer un balance decisional del consumo de cocaína
- establecer la meta del tratamiento
- discutir las razones del usuario para cambiar su patrón de consumo
- cierre

Procedimiento

Esta sesión consta de cinco actividades detalladas a continuación:

1. Analizar el autorregistro
2. Hacer un balance decisional del consumo de cocaína

El balance decisional es el resultado de comparar las ventajas de consumir y de no consumir. En la medida en que el usuario perciba que las ventajas de no consumir pesan más que las ventajas de consumir, estará más convencido de cambiar su patrón de consumo.

Para que el usuario sea lo más sincero posible en su balance decisional, es importante que entienda que es normal la ambivalencia (indecisión) que pueda sentir acerca de abandonar o disminuir el consumo. El resultado del balance fortalece la decisión de modificar el consumo. Por ello, es importante que el usuario piense en las ventajas de consumir y de no consumir

tanto a corto como a largo plazo. Si durante la sesión, al paciente se le ocurren más ventajas de disminuir el consumo, debe escribirlas en su material para que las tenga presentes. Enseguida se presenta un ejemplo del balance de un paciente.

Ventajas de: abandonar o moderar el consumo	continuar consumiendo
mejorar la relación con mi pareja no tener deudas evitar pleitos en mi casa mantener mi trabajo	divertirme más en las fiestas poder trabajar en la noche no aburrirme en las reuniones sentirme parte del grupo

Si las ventajas de continuar consumiendo son más que las de cambiar la conducta de consumo, el terapeuta debe promover que el usuario piense su situación a largo plazo, preguntándole cómo el consumo beneficiaría su calidad de vida en el futuro. Se le pide reconsiderar los beneficios reales que le trae la cocaína, señalando que lo que antes solía ser una ventaja para él, no necesariamente lo es actualmente, o lo que es una ventaja para otra persona no tiene porque serlo también para él.

3. Establecer la meta del tratamiento

Con base en el balance decisional, el usuario fija su propia meta, que puede ir desde la moderación del consumo hasta la abstinencia. El terapeuta lo guía para que la meta sea realista, con base en el patrón de consumo del usuario. Se debe tomar en cuenta la abstinencia como meta final del tratamiento.

Si el usuario se decide por la moderación, se le preguntará si se ha propuesto esa meta en otras ocasiones y por cuánto tiempo la ha logrado. En caso de no ser así, se le deben proponer alternativas para controlar el consumo. Las condiciones bajo las cuales el usuario podrá consumir, deben poseer un grado de dificultad cada vez más alto, conforme se vayan alcanzando los objetivos del tratamiento semana tras semana. De esta manera, hacia la última sesión será más probable alcanzar la abstinencia. Los aspectos que deben especificarse, para determinar cuándo y cuánto el usuario podrá consumir son:

- la cantidad máxima de cocaína (gramos, líneas, piedras, puntos, etc.)
- los días en que puede consumir
- las circunstancias en las que puede hacerlo
- las circunstancias en las que no puede hacerlo

Por otro lado, se debe determinar la importancia de la meta para el usuario y el grado de confianza que tiene para alcanzarla. Se ha encontrado que la alta autoeficacia está relacionada con el éxito para lograr la meta.

En el material del paciente, se muestran dos escalas como la de abajo. En la primera, el usuario debe marcar el porcentaje que represente la confianza que tiene para alcanzar su meta, relacionado con el puntaje del CACD. En la segunda, debe marcar la importancia que tenga para él la meta, relacionado con el puntaje del ISCD. En ambas escalas, 0% representa "baja confianza" o "nada importante" y 100% representa "alta confianza" o "totalmente importante":

0% ----- 25%----- 50%----- 75%----- 100%

4. Discutir las razones del usuario para cambiar su patrón de consumo

Se exploran y discuten las razones del usuario para cambiar su consumo. En caso de que el usuario no tenga motivos suficientes para el cambio, el terapeuta deberá promover un análisis de las consecuencias del consumo a largo plazo.

5. Cierre

Tarea

- autorregistro
- sesión 2

Conclusión

El usuario planteó su meta de tratamiento con base en el balance decisional, así como sus razones para disminuir y/o abandonar el consumo.

Manejo del consumo de cocaína

Objetivo

El usuario identificará los precipitadores de su consumo y aprenderá a manejarlos.

Material

- autorregistro
- sesión 2
- cuestionario de validación social de la sesión 2

Actividades para trabajar en la sesión

- analizar el autorregistro
- revisar los conceptos de precipitadores y consecuencias del consumo de cocaína
- identificar los precipitadores y las consecuencias del consumo de cocaína
- crear planes de acción para evitar el consumo
- adquirir estrategias para manejar los resultados no deseados del consumo
- adquirir estrategias para manejar situaciones de riesgo de consumo futuras
- cierre

Procedimiento

Esta sesión consta de siete actividades, descritas a continuación:

1. Analizar el autorregistro.
2. Revisar los conceptos de precipitadores y consecuencias del consumo de cocaína.

Un precipitador se refiere a aquella señal ambiental condicionada que provoca el deseo por consumir. Las consecuencias son las ventajas de consumir o de no consumir, éstas pueden ocurrir durante el consumo o tiempo después.

Los precipitadores ocurren en situaciones inesperadas, como encontrarse a un familiar o amigo a quien tenía mucho tiempo de no ver y le invita a festejar el encuentro consumiendo, situaciones que el paciente busca, como entrar a un bar donde sabe que la gente consume o situaciones emocionales, como sentirse deprimido después de un pleito con un amigo.

En ocasiones una sola señal actúa como precipitador, en otras puede ser más de una como: tener dinero, problemas económicos, experimentar ansiedad, momentos de ocio, etc.

Para facilitar la identificación de las consecuencias del consumo, se debe preguntar al usuario:

- ¿Qué resultados positivos estaba buscando cuando consumió?
- ¿Qué le ocurrió al consumir que lo hizo sentir mejor?
- ¿El sentirse mejor fue resultado del consumo?
- ¿El bienestar obtenido fue duradero o temporal?
- ¿Tuvo alguna consecuencia desagradable después del consumo?
- ¿Qué consecuencia duró más tiempo?

Si una persona obtiene consecuencias agradables inmediatas al consumir, tenderá a hacer lo mismo nuevamente (reforzamiento positivo). Sin embargo, a mediano y a largo plazo, el consumo trae consecuencias desagradables. Cuando el usuario piense en las consecuencias agradables de su consumo, es importante analizar los riesgos que éste conlleva. Por ejemplo, manejar de una fiesta a la casa, intoxicado, sin ser detenido por la policía; no obstante que llegó a casa, está presente el riesgo eventual de ser arrestado o de tener un accidente.

Ir disminuyendo o abandonar el consumo de la cocaína es comparable a escalar una montaña, cuya meta es alcanzar la cima. Al seguir el tratamiento el usuario constantemente obtendrá logros, pero algunas veces puede caer a lo largo del camino. La forma en que actúe ante las caídas, será importante para lograr su meta.

3. Identificar los precipitadores y las consecuencias del consumo de cocaína

Cuando el usuario ha perdido el control de su consumo, los precipitadores y las consecuencias van de la mano. Por ejemplo, un usuario consume en una fiesta (precipitador), cuando no se siente tranquilo (otro precipitador), pues busca una mayor relajación (resultado inmediato). Su consumo le produce "crudas" y remordimientos (resultados demorados). Esto significa que los precipitadores y las consecuencias se han generalizado a varios ambientes en la vida del usuario.

En el ejercicio de esta sesión, el paciente debe mencionar los precipitadores, el contexto y las consecuencias de su consumo, de acuerdo a la tabla:

precipitador	lugar	¿qué ocurrió?
enojo	en el trabajo	mi jefe me llamó la atención por haber llegado tarde

4. Crear planes de acción para evitar el consumo

El usuario debe tomar en cuenta las consecuencias tanto a corto, como a largo plazo, así como a reconocer que en muchas situaciones existen riesgos potenciales de consumo.

fecha	18 febrero 2004
situación de consumo	estaba tenso en una fiesta
consecuencias	me relajé
riesgos	manejé intoxicado a mi casa y pude tener un accidente
evaluación	puedo cambiar la sensación de tensión sin consumir

5. Adquirir estrategias para manejar resultados no deseados del consumo

En el material del usuario se le solicitan tres ejemplos de las situaciones de consumo excesivo más graves, donde debe contestar brevemente:

¿Cuál ha sido su situación de consumo de cocaína más grave?

¿Cuáles han sido los precipitadores usualmente asociados con cada situación de consumo?

¿Cuáles han sido las consecuencias usualmente asociadas con cada situación de consumo?

¿Con qué frecuencia ocurrió esa situación durante el último año?

6. Adquirir estrategias para manejar situaciones de riesgo de consumo futuras

Aún cuando no todos los inconvenientes del consumo se resuelven conforme se van presentando, se le recomienda al usuario que recuerde la analogía del ascenso a la montaña de la recuperación, tomando en cuenta los posibles tropiezos que podría tener en el futuro, que desarrolle planes de acción adecuados para alcanzar su meta y que analice los precipitadores y las consecuencias de su consumo.

Tarea

- autorregistro
- sesión 3

Conclusión

El usuario habrá identificado y analizado precipitadores y habrá aprendido estrategias para el manejo efectivo de las situaciones de riesgo.

Identificación y manejo de pensamientos relacionados con la cocaína

Objetivo

El usuario identificará sus pensamientos relacionados con la cocaína para manejarlos por medio de las estrategias de evitación y enfrentamiento.

Material

- autorregistro
- sesión 3
- cuestionario de validación social de la sesión 3

Actividades para realizar en la sesión

- analizar autorregistro
- entender los factores que influyen en el logro del cambio
- aprender a evitar pensamientos sobre la cocaína
- aprender estrategias de enfrentamiento del consumo
- crear planes de acción para lograr cambios
- hacer un memorandum para situaciones de alto riesgo
- cierre

Procedimiento

Esta sesión consta de seis actividades:

1. Analizar el autorregistro
2. Entender los factores que influyen en el logro del cambio

La evitación se refiere a la capacidad cognoscitiva del usuario para modificar pensamientos y deseos que preceden al consumo. El enfrentamiento conductual se da una vez que la persona ya está en la situación de riesgo y es capaz de manejarla adecuadamente.

Algunas estrategias de evitación son: recordar ocasiones de consumo, desafiar los pensamientos sobre la cocaína generando pensamientos positivos, pensar en las ventajas de no consumir.

Algunas estrategias de enfrentamiento son: distraerse en actividades recreativas incompatibles con el consumo, hablar con amistades sobre sus pensamientos relacionados con el consumo.

3. Aprender a evitar pensamientos sobre la cocaína

El usuario debe relacionar momentos previos al consumo con un estado negativo particular (físico, psicológico, social) para evitar pensamientos sobre la cocaína.

situación	estado negativo		
	físico	psicológico	social
el fin de semana en una reunión de la escuela	cansancio, flojera	me siento inútil por no ser capaz de convivir, sin el efecto de la coca	para incluirme al grupo

4. Aprender estrategias de enfrentamiento del consumo

El usuario debe proporcionar ejemplos de estrategias de enfrentamiento, a partir de un análisis de sus pensamientos previos al consumo.

fecha	situación	pensamiento positivo	pensamiento negativo	consecuencias positivas	consecuencias negativas	habilidad	estrategia	actividades alternas
5 ene 2000	fiesta con mis amigos	voy a poder "ligar"	voy a recaer y a gastar más dinero	"aguantar más", me desinhibo,	llego a perder el control de mis actos	rechazar el ofrecimiento de la coca	ser firme en mi respuesta	bailar

5. Crear planes de acción para lograr cambios

El siguiente ejercicio ayudará al usuario a visualizar sus metas de los próximos 3 meses

	cambios	razones	pasos	obstáculos	apoyo social
	quiero tener una mejor convivencia con mis amigos que no consumen	me he separado de ellos, porque prefiero consumir alguna droga	buscar a mis amigos, y hacerles ver que son más importantes para mí que la droga	es posible que alguno de ellos, se haya ofendido y me niegue su compañía	cuento con gente que me puede ayudar en los momentos en que me sienta mal
ar	quiero que mi relación con mi hermano mejore	porque paso mucho tiempo con él, lo quiero y antes nos llevábamos mejor	hablar con él y demostrarle que quiero cambiar	últimamente me es difícil hablar con mi hermano	mi hermano me ayudará a dejar de consumir, si salgo más con él
ar	asistir diario a la escuela	me interesa mi futuro profesional	dejar de irme de "pinta", cumplir con las tareas y poner interés en la escuela	las pintas llegan a ser más atractivas que la escuela	pedir a mis amigos, que me ayuden a hacer las tareas
al	rendir como antes en mi trabajo	no me gusta que me digan o que piensen que soy mediocre	ser puntual y no faltar	a veces el trabajo me aburre	la presión de mi jefe me puede ayudar

6. Hacer un memorandum para situaciones de alto riesgo

El usuario debe escribir el nombre y el teléfono de por lo menos dos personas que considere que puedan ayudarlo a manejar sus pensamientos sobre la cocaína.

Tarea

- autorregistro
- sesión 4

Conclusión

El usuario habrá identificado y analizado los pensamientos actuales relacionados con el consumo, y estrategias alternativas para evitar y/o enfrentar situaciones de consumo.

Identificar y manejar el deseo relacionado con la cocaína

Objetivo

El usuario aprenderá a identificar y a manejar el deseo de consumir cocaína.

Material

- autorregistro
- sesión 4
- cuestionario de validación social de la sesión 4

Actividades para trabajar en la sesión

- analizar el autorregistro
- entender el concepto del deseo del consumo de cocaína
- reconocer los disparadores del deseo de consumir
- aprender estrategias para manejar el deseo
- hacer un plan de acción para aplicar las estrategias aprendidas
- cierre

Procedimiento

Esta sesión consta de seis actividades:

1. Analizar el autorregistro
2. Entender el concepto del deseo del consumo de cocaína

El deseo por la cocaína es una experiencia normal, generalmente incómoda y se presenta con mayor frecuencia al principio del tratamiento aunque puede llegar a presentarse meses o años después de no consumir.

El deseo de consumir responde a señales físicas del usuario como tensión corporal o nerviosismo y/o a señales psicológicas como recordar las ventajas del consumo.

El deseo de consumir tiene un tiempo limitado, en ocasiones dura sólo unos minutos y como máximo unas horas. Se puede explicar al paciente la metáfora del deseo como una ola que conforme va creciendo toma fuerza hasta llegar a su límite y luego se desvanece.

3. Reconocer los disparadores del deseo de consumir

El autorregistro puede ser útil para ayudar al usuario a reconocer sus disparadores, los más comunes son: la exposición directa a la cocaína, la observación de otras personas consumiendo, el contacto con la gente, los lugares y las situaciones asociadas con el consumo previo (fiestas, bares, la salida del trabajo, fines de semana, entre otras), las emociones negativas o positivas (frustración, fatiga, estrés, excitación o sentimientos de logro).

En la siguiente tabla el usuario debe anotar disparadores de su deseo y cómo los evitaría o cómo puede reducir su exposición a los mismos.

disparador	¿lo puedo evitar, cómo?	¿puedo reducir mi exposición al disparador, cómo?
estar con un amigo que consume	si, no yendo a su casa	
estar en la tienda de la esquina		si, comprando en otra tienda

4. Aprender estrategias para manejar el deseo

a) Involucrarse en alguna actividad de distracción

Entre más factible sea para el usuario la actividad, más posibilidad tendrá de realizarla.

actividad	probabilidad de llevarla a cabo (0% a 100%)	¿qué necesito para llevarla a cabo?
salir con mi pareja	100%	platicarle de mi consumo y pedirle que pase más tiempo conmigo en lugares donde no acostumbro consumir

Manejar el deseo como una ola de mar

El propósito de este ejercicio, es experimentar el deseo de una manera diferente, no hacer que desaparezca. El usuario puede imaginar el deseo y la urgencia por consumir como una ola de

mar, la cual es pequeña cuando comienza, crece a un gran tamaño y después se rompe y se disipa.

El usuario debe tomar un registro de cómo se experimenta el deseo. Se recomienda que se siente cómodamente, que respire lentamente y después de un tiempo, enfoque su atención al interior de su cuerpo; debe darse cuenta en que sitio exactamente se presenta el deseo y decirlo en voz alta. Por ejemplo: "mi deseo lo siento en la boca, o en el estómago".

Debe enfocarse en el área de su cuerpo en que experimentó el deseo y atender a las sensaciones que tiene. Por ejemplo, ¿Qué siente (calor, frío, hormigueo, etc.) ¿Sus músculos están tensos o relajados?, ¿El deseo recorre toda su boca o su estómago o sólo una parte?

El usuario debe darse cuenta de los cambios que ocurren en sus sensaciones. Para ello es útil repetir la focalización con cada parte del cuerpo en la que experimentó el deseo. Debe poner atención a la intensidad del deseo y después de unos cuantos minutos notará que éste se ha desvanecido.

b) Pensar en las ventajas de no consumir

En el material del paciente hay una tabla como la siguiente, en la cual se le pide que escriba las ventajas a corto y a largo plazo de no consumir. Se le sugiere que la recorte y la traiga consigo para leerla cada vez que tenga el deseo por consumir.

ventajas de no consumir
corto plazo
largo plazo

c) Cambiar su deseo por consumir

Otra estrategia para que el usuario maneje el deseo, es cambiar su diálogo interno de tipo destructivo por uno constructivo. El diálogo interno destructivo consiste en ideas distorsionadas o exageraciones sobre la necesidad del consumo; para modificar estas ideas,

es útil que el paciente se pregunte si existe evidencia de que al no consumir su vida estará en peligro. Aunque puede ser difícil abstenerse, sin duda sobrevivirá.

5. Hacer un plan de acción para aplicar las estrategias aprendidas

El usuario debe escoger algunas estrategias de las que ha aprendido y elaborará un plan de acción para emplearlo cuando experimente el deseo. Se discute la viabilidad de las estrategias que el paciente propuso como se muestra en la tabla:

fecha	situación, sentimientos y pensamientos	intensidad del deseo (1-100)	duración	¿cómo lo enfrenté? (estrategias)
3 mayo	discutí con mi jefe, me sentí frustrado y enojado.	75	20 min.	llamé a mi casa y hablé con mi esposa.

6. Cierre

Tarea

- autorregistro
- sesión 5

Conclusión

El usuario habrá aprendido estrategias para manejar su deseo del consumo.

Habilidades asertivas de rechazo

Objetivo

Identificar las formas en que el usuario tiene acceso a la cocaína, para que rechace el ofrecimiento de la droga de manera asertiva.

Material

- autorregistro
- sesión 5
- cuestionario de validación social de la sesión 5

Actividades para trabajar en la sesión:

- analizar el autorregistro
- identificar fuentes de acceso a la cocaína
- responder de manera asertiva al ofrecimiento de cocaína
- manejar las fuentes de acceso
- dar respuestas prácticas a los proveedores
- evaluar la efectividad de las respuestas asertivas
- cierre

Procedimiento

Esta sesión consta de siete actividades:

1. Analizar el autorregistro
2. Identificar fuentes de acceso a la cocaína

Se discute la información que el usuario proporciona sobre diversas fuentes de acceso (por ejemplo, "dealers") a la cocaína. En la lectura de la sesión que el paciente revisa, hay una tabla como la que se muestra a continuación, en la cual se debe escribir la fecha del ofrecimiento de cocaína, la persona que proveyó la sustancia, el lugar del ofrecimiento y el medio empleado para éste.

fecha	quién	dónde	cómo
8 abril	un amigo	en el bar "x"	por medio del saludo, en un papel.

3. Responder de manera asertiva al ofrecimiento de cocaína

Las respuestas asertivas son respuestas verbales que se caracterizan por ser claras, contundentes, adecuadas y oportunas; éstas son indispensables para obtener éxito al rechazar el ofrecimiento de cocaína. La mayoría de los usuarios comentan que cuando apenas intentan abandonar o moderar el uso de cocaína, su rechazo ante las fuentes de acceso debe ser más firme por la insistencia que éstas ejercen.

La siguiente tabla es un ejemplo de una respuesta que los usuarios dan a sus proveedores. Se deben discutir con el paciente cuáles son las respuestas más asertivas para su caso.

fuentes de acceso	respuesta asertiva de rechazo
un amigo con quien solía consumir	no, gracias. ya no consumo

Sugerencias útiles para enfrentar a los proveedores de cocaína:

- decir "no" al primer ofrecimiento
- establecer contacto visual directo con la persona que hace el ofrecimiento
- pedir al "dealer" que no vuelva a ofrecerle cocaína
- no actuar con temor al establecer límites con la fuente de acceso
- ser firme para cerrar cualquier posibilidad de un futuro ofrecimiento

4. Manejar las fuentes de acceso

Si el usuario ha identificado las fuentes de acceso, puede enfrentarlas con mayor probabilidad de éxito y/o evitar las situaciones que impliquen un alto riesgo de consumo.

A través del siguiente ejercicio, el usuario enlista sus fuentes de acceso y lo que haría para disminuir el riesgo de consumo. En la siguiente tabla se da un ejemplo.

fuentes	pasos para eliminar el acceso
un "conecte"	no contestarle las llamadas y no hablarle

5. Dar respuestas prácticas a las fuentes de acceso

El usuario debe estar preparado para dar respuestas prácticas a los proveedores. No debe olvidar que es mejor una respuesta asertiva que una agresiva o una pasiva. El usuario hace una lista de respuestas prácticas y asertivas que daría si un proveedor le ofreciera cocaína. A continuación se enlistan las más frecuentes:

- por ahora no tengo dinero, yo te busco.
- gracias, pero he decidido dejar la cocaína.
- ya no me traigas, ya no quiero consumir.
- me siento un poco mal y no quiero consumir así.
- no tengo tiempo, me tengo que ir.
- estoy en tratamiento para dejar la coca.
- quiero moderar mi consumo, hoy no quiero cocaína.

Se le pide al usuario, que elija las tres respuestas que considere más efectivas y que explique porque lo piensa así. Por ejemplo, si el usuario le dice a su "dealer": "por ahora no tengo dinero, yo te busco". Esta respuesta la eligió como una manera de evitar que en ese momento le den la droga. El papel del terapeuta es verificar que la respuesta sea factible y que el usuario esté convencido de que esa sea una respuesta firme y clara.

6. Evaluar la efectividad de las respuestas asertivas

Hacer una evaluación de cómo han funcionado las respuestas asertivas hasta ahora, le da al paciente la pauta para mantener o modificar dichas respuestas. La siguiente tabla facilita la evaluación de las respuestas asertivas.

fuentes de acceso	¿dónde le ofrecieron cocaína?	¿cuál fue su respuesta?	¿qué efecto tuvo su respuesta?	sugerencias para mejorar la respuesta
un amigo	en una fiesta	ya no, gracias	funcionó, pero pude ser más contundente	mostrar un poco más de firmeza

7. Cierre

Tarea

- autorregistro
- sesión 6

Conclusión

En esta sesión el usuario identificó las fuentes de acceso a las que se expone con mayor frecuencia y aprendió cómo rechazarlas de manera asertiva.

Decisiones aparentemente irrelevantes

Objetivo

El usuario analizará cómo las decisiones aparentemente irrelevantes (DAI) lo pueden conducir al consumo de cocaína.

Material

- autorregistro
- sesión 6
- cuestionario de validación social de la sesión 6

Actividades para trabajar en la sesión

- analizar el autorregistro
- discutir la relevancia de las DAI
- analizar un ejemplo de las DAI
- identificar y analizar ejemplos personales de las DAI
- manejar las recaídas originadas a partir de las DAI
- aprender a tomar decisiones futuras que no lleven al consumo
- cierre

Procedimiento

Esta sesión consta de siete actividades:

1. Análisis del autorregistro
2. Discutir la relevancia de las DAI

Las DAI son decisiones, razones y minimizaciones del riesgo que llevan a los usuarios a una situación de riesgo, o cerca de ella, aunque no parezcan relacionarse con el uso de la droga.

Es necesario que el usuario aprenda a identificar e interrumpir la cadena de decisiones que hace al tomar las DAI. Se ha observado que es posible interrumpir la cadena de decisiones en algún punto antes de usar la droga, pero que es más difícil hacerlo hacia el final de la cadena,

cuando el sujeto está en una situación de acceso inmediato a la cocaína y abundan señales ambientales para usarla. Por lo tanto, es necesario aprender a detectar las decisiones que ocurren al principio de la cadena, donde el riesgo, el deseo y la disponibilidad de la cocaína son todavía relativamente bajos.

Además, es necesario aprender a detectar estados afectivos personales sutiles pero incómodos (ej. aburrimiento o soledad) a los que frecuentemente el usuario responde usando cocaína. Otra cuestión importante es familiarizarse con las distorsiones del pensamiento (ej. minimización o negación del riesgo), aprendiendo a detectarlas para manejarlas adecuadamente y evitar la recaída.

Un ejemplo de distorsión del pensamiento es cuando un usuario, al usar cocaína, intenta justificar su uso dando una serie de razones explicando porque la usó. Otro ejemplo de distorsión es que el usuario afirme que sus amigos lo invitan a una fiesta porque quieren consumir, cuando en realidad esto solo lo piensa él. Un ejemplo de negación es cuando un usuario no acepta que haya usado cocaína aún cuando la haya consumido. Un ejemplo de minimización del riesgo es que el usuario señale que puede dirigirse hacia un bar sin que deba ocurrir el consumo. Un último ejemplo es justificar una recaída por encontrarse con un amigo que normalmente usa cocaína.

3. Analizar un ejemplo de las DAI

Para analizar las DAI se debe reconocer la cadena de decisiones tomadas. A continuación se detallan dos ejemplos de las DAI que tomó un usuario, antes de una recaída:

"Pedro, quien había logrado permanecer abstemio por varias semanas, conducía del trabajo hacia su casa, durante una noche en que su esposa no lo esperaba. En la intersección dio vuelta a la izquierda, donde podría disfrutar de la carretera escénica, en lugar de hacerlo hacia la derecha, que era el camino más directo hacia su casa. Por esta ruta, pasó enfrente de un bar al que asistía frecuentemente, donde además de beber podía conseguir cocaína. Debido a que ese día hacía mucho calor, decidió regresar al bar a tomar una cerveza. Una vez en el bar pensó que como su problema se relacionaba solo con la cocaína, no pasaría nada si tomaba una cerveza. Después de dos cervezas, fue hacia un amigo que vendía cocaína, le compró un gramo y sobrevino la recaída".

En este ejemplo, el usuario debe indicar los eslabones de la cadena de DAI respondiendo las siguientes preguntas:

¿Cuál fue el primer eslabón de la cadena que llevó a Pedro a tener una recaída?

¿Por qué cree que esta primera decisión se puede considerar como una DAI?

¿Señale qué pudo hacer Pedro ya que había tomado esta primera DAI para evitar la recaída?

¿Cuáles son los siguientes eslabones de la cadena que siguió Pedro a partir de la primera decisión, hasta que sobrevino la recaída?

¿Qué cree que pensó Pedro al tomar la carretera escénica para ir a su casa?

Se ha observado que los usuarios que toman DAI pueden darse cuenta de ello poniendo atención a las señales de advertencia. Estas señales son pensamientos tales como: "tengo que comprar esto", "debo ir a casa por este camino" o "necesito sacar dinero del cajero". Este tipo de pensamientos pueden llevar al usuario a pensar que es inevitable usar cocaína o a creer que una situación es segura cuando realmente no lo es. Por ejemplo, pensar que si convive con otros consumidores ellos no podrán influir en su decisión de no consumir.

4. Identificar y analizar ejemplos personales de las DAI

Se pregunta al usuario si ha tomado DAI y se revisan de manera detallada ejemplos de las mismas, así como los cursos de acción alternativos que pudo haber tomado para evitar el consumo.

Situación. María se dirigió a comprar cigarros a la tienda

Primer eslabón. María decidió ir a una tienda que está frente al departamento donde acostumbra consumir cocaína

Segundo eslabón. Decidió ir a la hora en la que se reúnen sus amigos para consumir

Tercer eslabón. Pensó que no era mala idea sólo pasar a saludarlos e irse a casa

Cuarto eslabón. Se quedó platicando, hasta que le ofrecieron una cerveza y ella la aceptó

Quinto eslabón. Finalmente uno de sus amigos le ofreció coca y la aceptó

Posibles cursos de acción alternativos de María

Evitar ir a la tienda cercana al sitio de consumo

Si María ya se encontraba en el sitio donde estaban sus amigos, debía alejarse rápidamente

Si ya se había acercado a saludarlos, debía despedirse de inmediato

Si ya estaba platicando y le ofrecieron la cerveza, la hubiera rechazado de manera asertiva

5. Manejar las recaídas originadas a partir de las DAI

El usuario debe detallar alguna situación donde crea que ha tomado una DAI, por ejemplo:

fecha	5 enero 04
DAI	ir a un concierto de rock
primer eslabón	presentarse en el concierto
segundo eslabón	asistir con mis amigos que consumen
tercer eslabón	tomar cervezas y fumar
otros eslabones	sentarme hasta atrás donde hay menos gente
último eslabón	ante una invitación, aceptar la coca
resultado de la DAI	consumir coca
curso de acción alternativo	ir al concierto con amigos que no consuman

6. Aprender a tomar decisiones futuras que no lleven al consumo

Cada vez que el usuario toma decisiones cotidianas, debe considerar las alternativas que tiene con sus consecuencias, tanto positivas como negativas. Debe considerar las señales de advertencia para que pueda elegir la decisión que disminuya el riesgo de una recaída. El ejercicio que debe completar el paciente es como el siguiente ejemplo:

fecha	18 febrero 04
decisión que está considerando tomar	salir con un amigo que consume
alternativa que disminuye la probabilidad de consumir	invitar a un amigo que no consuma
alternativa que aumenta la probabilidad de consumir	invitar a un amigo que consuma
decisión final	invitar a un amigo que no consuma

7. Cierre

Tarea

- autorregistro
- sesión 7

Conclusión

El usuario analizará sus DAI que lo llevan al consumo y ofrecerá alternativas de bajo riesgo de consumo.

Solución de problemas sociales

Objetivo

Que el usuario aprenda estrategias para solucionar problemas sociales.

Material

- autorregistro
- sesión 7
- cuestionario de validación social de la sesión 7

Actividades para trabajar en la sesión

- analizar el autorregistro
- conocer los pasos para solucionar problemas sociales
- practicar las habilidades para la solución de problemas sociales
- resumir los pasos para la solución de problemas sociales
- cierre

Procedimiento

Esta sesión consta de cinco actividades:

1. Analizar el autorregistro
2. Conocer los pasos para solucionar problemas sociales

El usuario de cocaína con frecuencia muestra pocas habilidades para solucionar problemas sociales. La solución de este tipo de problemas, involucra procesos cognoscitivos, como percepción, juicio y decisión. La solución de problemas es una disposición general de las personas para enfrentar los conflictos, en vez de agudizarlos.

Los pasos de la solución de problemas son: reconocer el problema, identificar y especificar el problema, generar alternativas, tomar decisiones y evaluar la efectividad de la aproximación seleccionada.

a) Reconocer el problema

El hecho de que el usuario esté preocupado, enojado, deprimido, entre otros estados, es un indicador de que tiene uno o varios problemas. El cuerpo, los pensamientos, los sentimientos, las conductas, la manera de reaccionar hacia otras personas y las reacciones de otras personas hacia uno, pueden ser claves para que el usuario reconozca que existe un problema.

b) Identificar y especificar el problema

Es más fácil solucionar los problemas concretos y que están bien definidos que los globales o vagos. Por lo tanto, es necesario que el paciente especifique de manera clara el problema. Cuando éstos son complejos, se deben dividir en partes más pequeñas y manejables, para facilitar su solución. Después de formular el problema de forma concreta, será más sencillo evaluarlo.

c) Generación de alternativas

Una forma efectiva para buscar soluciones al problema es a través de una lluvia de ideas. Escribir estas ideas ayuda mucho al usuario, cuando quiere recordar las opciones que tiene. El usuario debe tener un conjunto de alternativas para solucionar su problema y actuar solo cuando haya decidido la mejor opción, de esta forma evita tomar decisiones precipitadas que puedan afectarlo.

d) Toma de decisiones

El usuario debe analizar las posibles consecuencias de su decisión. Después de este análisis debe elegir la solución más prometedora, es decir aquella que tiene la mayor cantidad de aspectos positivos y la menor cantidad de aspectos negativos. Este paso involucra también buscar más información y evaluar las soluciones posibles.

e) Evaluar la efectividad de la aproximación seleccionada

Podría ser necesario repetir los 5 pasos en más de una ocasión, antes de poder resolver un problema complejo. Es fundamental que el usuario evalúe cada una de las soluciones posibles

y que elija la que le parezca más efectiva. Conviene repetir los cinco pasos hasta que el usuario tome la decisión que le ayude a resolver su problema.

3. Practicar las habilidades para la solución de problemas sociales

El usuario debe identificar dos problemas sociales recientes que estén relacionados con el consumo de cocaína. En la sesión se discute su solución con base en las estrategias aprendidas.

4. Resumir los pasos para la solución de problemas sociales

Para practicar los cinco pasos de la solución de problemas sociales, es útil responder las siguientes cinco preguntas:

- ¿Es este un problema?
- ¿Cuál es el problema exactamente?
- ¿Qué puedo hacer?
- ¿Qué pasaría si ...?
- ¿Qué tan buena es la solución?

5. Cierre

Tarea

- autorregistro
- sesión 8

Conclusión

El usuario habrá aprendido estrategias para solucionar problemas sociales relacionados con el consumo.

Reestablecimiento de metas y planes de acción

Objetivo

El usuario evaluará las metas que se propuso en la sesión 1 y considerará su reestablecimiento con base en su progreso.

Material

- autorregistro
- sesión 8
- cuestionario de validación social de la sesión 8
- cuestionario de evaluación del tratamiento
- cuestionario de satisfacción de los resultados del tratamiento

Actividades para trabajar en la sesión

- analizar el autorregistro
- evaluar la meta de la sesión 1
- reestablecer la meta
- crear planes de acción para alcanzar la nueva meta
- cierre

Procedimiento

Esta sesión consta de cinco actividades:

1. Analizar el autorregistro
2. Evaluar la meta de la sesión 1

El usuario debe evaluar cuál fue su meta en la sesión 1 y si considera que debe haber un cambio, cuál será ahora. En su material tiene el espacio necesario para escribir si su meta en la primera sesión fue la moderación o la abstinencia.

En el material se muestran cuatro escalas como la siguiente, en las cuáles debe señalar el porcentaje que mejor represente su opinión acerca de los aspectos siguientes:

- ¿Qué tan satisfecho se siente con el cambio logrado?
- ¿Qué tanto cumplió su meta propuesta?
- ¿Qué tan confiado se sintió para cumplir su meta?
- ¿Qué tan importante era el cumplimiento de su meta?

0% ----- 25%----- 50%----- 75%----- 100%

3. Reestablecer la meta

En el material del usuario, se muestran seis escalas como la anterior, en las cuales debe evaluar los siguientes aspectos:

- ¿Qué tan importante es establecer una nueva meta?
- ¿Qué tan viables es su nueva meta?
- ¿Qué tan motivado se siente para cumplirla?
- ¿Qué tan confiado se siente para alcanzarla?
- ¿Qué tan probable es que logre su meta?
- ¿Podría llegar a sentirse satisfecho con el logro de su nueva meta?

El terapeuta revisa que la nueva meta que el paciente se ha propuesto, sea realista. El usuario debe firmar sobre el espacio correspondiente que tiene su material, su compromiso con su meta.

4. Crear planes de acción para alcanzar su nueva meta

El usuario debe describir detalladamente dos planes para lograr su nueva meta. Dividir sus planes de acción en pasos, le ayudará a ser específico y a mantener el curso de su progreso hacia su meta. A continuación se presenta un ejemplo de cómo puede hacer su plan de acción y una vez que haya pensado en las consecuencias de sus opciones, debe elegir las dos mejores para discutir las en la sesión.

Situación: cuando voy a una fiesta con amigos de la prepa consumo cocaína.

opciones	consecuencias probables
no ir a la fiesta	extrañaría a mis amigos, no consumiría
ir a la fiesta pero no consumir	me sentiría extraño de no consumir con mis amigos
ir a otra fiesta en donde no se consuma	me divertiría de otra forma, no consumiría

5. Cierre

Tarea

- acordar cita para el primer seguimiento
- mantener el autorregistro

Conclusión

El usuario consideró posibles metas nuevas del consumo y se comprometió a cumplirla.

Conclusiones

Contar con un manual de capacitación del tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína (TBUC), tiene varias ventajas: favorece la fidelidad a las bases del tratamiento, permite sistematizar el proceso de capacitación, hace más probable la supervisión adecuada, mejora la alianza terapéutica y disminuye la resistencia del usuario. Estas ventajas cobran mayor importancia cuando consideramos que el TBUC, considerado como una innovación, es el único tratamiento específico para usuarios de cocaína y que ha mostrado efectividad. Por lo tanto, es recomendable iniciar el proceso de su diseminación, particularmente en instituciones de salud pública especializadas en adicciones.

Sin embargo deben observarse algunas restricciones en el empleo del manual de capacitación que asegurarán su empleo adecuado. En primer lugar, la capacitación debe estar dirigida preferente a profesionales de la psicología que cuenten con sólidos conocimientos y competencias clínicas. Es deseable que los profesionales que se capaciten, cuenten con experiencia en tratamientos cognoscitivos conductuales y experiencia clínica. El proceso de capacitación en TBUC deberá incluir, invariablemente, componentes de observación de casos, coterapia y supervisión, de al menos tres casos. Así mismo, el instructor del curso de capacitación deberá contar con formación supervisada y experiencia en la aplicación del TBUC. Como se ha mencionado ya, el sólo hecho de dar al terapeuta el manual es insuficiente para obtener el provecho esperado, es necesaria la guía temporal de un experto.

Un aspecto adicional relevante, es que al contar con el manual de capacitación del TBUC, se promueve la homogeneidad de criterios en la aplicación del tratamiento y su adecuada evaluación. En este sentido, el manual sirve de guía para la construcción compartida, por los terapeutas, de los estándares de actuación clínicos y éticos propios del TBUC, haciendo más sólido el análisis de casos.

Esta consideración de los estándares de actuación profesional es especialmente importante cuando nos planteamos el proceso de adopción del TBUC en instituciones de salud pública, como parte de su diseminación. En la medida en que las propiedades, procedimientos y metas del TBUC estén bien definidas en el manual, se facilitará la identificación de sus alcances y limitaciones al variar el contexto institucional, los antecedentes profesionales de los terapeutas y las características clínicas de los usuarios.

El TBUC es un programa dinámico y cambiante. Los resultados de su aplicación imponen una constante validación de sus bases, estrategia, procedimientos y metas. El manual de capacitación del TBUC, refleja el estado actual del conocimiento que tenemos de su aplicación. Por ende, es fundamental entender que la utilidad del Manual yace en la medida en que refleje las actualizaciones de su aplicación a lo largo del tiempo.

En particular, en el contexto del seminario clínico del TBUC, se ha discutido de manera reciente, la importancia de ofrecer estrategias de tratamiento derivadas de TBUC. Por ejemplo, atender necesidades como las de un grupo social de ex usuarios, con el objetivo de compartir sus experiencias y necesidades, sirviendo de apoyo en la etapa de mantenimiento. Cualquiera que sean los retos futuros, el manual de capacitación del TBUC será más útil conforme vaya adoptando estos cambios.

Referencias

- Alcohólicos Anónimos (1989). México: Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C.
- Ayala, V. (1999). *Modificación de Políticas de Salud Pública a través de la Diseminación de Investigación Analítico Conductual en la Prevención y Tratamiento del Consumo Excesivo de Alcohol*. Conferencia Magistral inédita. XIV Congreso Mexicano y II Iberoamericano e Interamericano de Análisis de la Conducta. Universidad de Guadalajara y Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Guadalajara, Jal. 26 al 28 de febrero de 1999.
- Bandura, A. (1969) *Principles of behavior modification*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977) *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman.
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Barry, K.L. (1999). *Brief interventions and brief therapies for substance abuse*. Therapy manuals for drug addiction. Rockville, MD: NIDA.
- Belsasso, G., Estañol, B., & Juárez, H. (2001). Los sistemas de recompensa en el cerebro. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, número especial, 22 – 24.
- Brailowsky, S. (1995). *Las sustancias de los sueños*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bischoff, M. M. & Tracey, J. G. (1995). Client resistance as predicted by therapist behavior: A study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 487 – 495.
- 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, pp. 403 – 471.
- Carroll, K. M. (1998). *A cognitive behavioral approach: Treating cocaine addiction*. Therapy manuals for drug addiction. NIDA National Institute on Drug Abuse NIH Publication Number 98-4308. <http://www.nida.nih.gov/TXManuals/CBT/CBT1.html>.
- Chance, P. (2001). *Aprendizaje y conducta*. México: Manual Moderno.
- Cormier, S. & Cormier, B. (1998). *Interviewing strategies for helpers. Fundamental skills and cognitive behavioral interventions*. New York NY: International Thomson Publishing Company.
- Chamberlain, P., Patterson, G., Reid, J., Kavanagh, K & Forgatch, M. (1984). Observation of client resistance. *Behavior Therapy*, 15, 144 – 155.
- Chambless, D.L. & Ollendick, Th.H. (2001) Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidences. *Annual Review of Psychology*, 52, 685 – 716.
- Clay, R. (2000). Psychotherapy is cost-effective. *Monitor on Psychology*, 40 – 41.

- Courtwright, D.T. (2002) *Las drogas y la formación del mundo moderno: Breve historia de las sustancias adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Crits-Christoph, P. (1998). Training in empirically validated treatments: The division 12 APA task force recommendations. En K. Dobson y K. Craig (1998) *Empirically supported therapies*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- ENA (1998). *Encuesta nacional de adicciones*. Instituto Nacional de Psiquiatría. México.
- ENA (2002). *Encuesta nacional de adicciones*. Instituto Nacional de Psiquiatría. México.
- Echeverría, L., Tiburcio, M., Ayala, H. & Martínez, K. (2002). *Tratamiento para bebedores problema. manual de capacitación*. CONACYT, Facultad de Psicología, UNAM.
- Goldman, (1998) Alcohol abuse and dependence: The process of empirical validation. En K. Dobson & K. Craig. *Empirically supported therapies*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gutiérrez, M.; Ramos, P.; & Eysenck, M (1993). Estrés, ansiedad y lectura: Eficiencia versus eficacia. *Cognitiva*. 5 (1), 77 – 93.
- Kanfer, F. & Phillips, J. (1976). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México: Trillas.
- Klein, S. B. (1994). *Aprendizaje principios y aplicaciones*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Luborsky, L., Woody, G., McLellan, T., O'Brien, C & Rosenzweig, J. (1982). Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided therapies *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50 (1), 49 – 62.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, NY: Guilford.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S. & Quigley, L. A. (1999). Autoeficacia y conducta adictiva. En A. Bandura (ed.) *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Barcelona: Desclée de Brouwer. pp. 245 – 267.
- Miller, R. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Medina-Mora, M.E. & Rojas, E. (2003). La demanda de drogas: México en la perspectiva internacional. *Salud Mental*, 20 (2), 1 – 11.
- NIDA. National Institute on Drug Abuse (2002). *La cocaína: Abuso y adicción*. National Institutes of Health. En www.nida.nih.gov/ResearchReports/cocaina/cocaina4.html
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína*. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- 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.

- Pérez, C. (2000). Informe de actividades profesionales de maestría. México: Facultad de Psicología. UNAM.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983) Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390 - 395.
- Rogers, E. M. (2003). Diffusion of innovations. 5th ed. New Cork, NY: The Free Press.
- Secretaría de Salud. (1999) *Norma Oficial Mexicana*. para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. NOM-028-SSA2-1999. México: SSA.
- Stoolmiller, M., Duncan, T., Bank, L & Patterson, G. (1993). Some problems and solutions in the study of change: Significant patterns in client resistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 920 – 928.
- Waltz, J., Addis, M., Koerner, K., & Jacobson, N. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assesment of adherence and competence *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 620 – 630.

Apéndices

Índice de apéndices

Apéndice A	CAD Forma de consentimiento
Apéndice B	Cuestionario de admisión Criterios de inclusión del DSM IV LIBARE CACD Autorregistro del consumo de cocaína
Apéndice C	Cuestionario de evaluación del consumo ISCD Cuestionario de las metas del tratamiento
Apéndice D	Cuestionario de validación social de las sesiones 1 a la 8 Cuestionario de evaluación final del tratamiento Cuestionario de los resultados del tratamiento

Apéndice A

Cuestionario de abuso de drogas (CAD)

Nombre:

Fecha:

Instrucciones: el objetivo de este cuestionario es obtener información acerca del involucramiento del paciente con todo tipo de drogas (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco) durante los últimos 12 meses. Conteste si o no a cada reactivo, dependiendo de la decisión del usuario.

Con "abuso de droga" nos referimos al uso excesivo de drogas médicas prescritas o cualquier uso de drogas no médicas, que trae consigo consecuencias adversas significativas y recurrentes en diversas áreas de su vida, relacionadas con el consumo de estas sustancias, pero no tan graves que emplee la mayor parte de su tiempo en el consumo y que acarreen problemas fisiológicos.

Por favor responda a todos los reactivos. Si tiene alguna dificultad con las afirmaciones, escoja la respuesta más adecuada a su caso.

Cuestionario de abuso de drogas CAD – 20	SI	NO
1. ¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?		
2. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?		
3. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?		
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?		
5. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?		
6. ¿Ha tenido "lagunas mentales" o "alucinaciones" como resultado del uso de drogas?		
7. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?		
8. ¿Su pareja (o familiares) se queja constantemente por su involucramiento con el uso de drogas?		
9. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?		
10. ¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?		
11. ¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?		
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela debido al abuso de drogas?		
13. ¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?		

14. ¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?		
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?		
16. ¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?		
17. ¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?		
18. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ej. pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?		
19. ¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?		
20. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?		

Forma de consentimiento

Por este medio expreso mi consentimiento para que los resultados de mi tratamiento sean empleados en protocolos para el estudio y prevención de las adicciones y acepto que las sesiones de tratamiento sean observadas con fines educativos. Además, me comprometo a asistir como paciente del tratamiento breve para usuarios de cocaína, que consiste de una sesión de admisión, una de evaluación, ocho sesiones de tratamiento, una cada semana, y tres sesiones de seguimiento al mes, tres y seis meses de concluir el tratamiento.

Me comprometo a llevar a cabo las tareas y ejercicios que el tratamiento implica; a llevar un registro diario de mi consumo, así como a proporcionar información fiel de mi consumo.

Así mismo, estoy de acuerdo en facilitar el nombre y el teléfono de dos personas a quienes se les pueda preguntar sobre mi consumo, en caso de que abandone el tratamiento sin previo aviso.

Informante 1	Informante 2
Nombre	Nombre
Dirección	Dirección
Teléfono	Teléfono
Relación/Parentesco	Relación/Parentesco

Paciente

Terapeuta (s)

Firma

Fecha

Apéndice B

Cuestionario de admisión

1. ¿Cuál es su motivo de consulta?

Historia de consumo de cocaína y otras drogas

2. ¿Cuándo inicio el consumo de cocaína?

3. ¿Cuál es la(s) vía(s) de administración usual(es) para su consumo de cocaína?

- a) Inhalada
- b) Fumada o aspirada
- c) Aplicada en mucosas
- d) Inyectada

4. ¿Qué otras drogas consume?

5. ¿Cuál es la cantidad y la frecuencia del consumo de cocaína y de las otras drogas que consume (incluyendo alcohol y tabaco)?

Nota: La cantidad de cocaína (líneas, puntos, gramos, grapas, etc.), debe convertirse a gramos preferentemente, no obstante se debe tener en cuenta la dificultad de la medición debida al "corte".

- a) Diario
- b) Dos a tres veces a la semana
- c) Una vez a la semana.
- d) Una vez cada quince días
- e) Una vez al mes
- f) Otra

6. ¿Desde cuándo consume sin control?

7. ¿Desde cuándo comenzó a traerle problemas el consumo de cocaína?

8. ¿Qué áreas son las más afectadas por el consumo de cocaína y por qué?

- Familiar, por ejemplo, se pregunta si tiene problemas en su casa como resultado del consumo
- Laboral, por ejemplo, se pregunta si ha perdido el empleo o le han advertido que está a punto de hacerlo por su bajo desempeño debido al consumo
- Académica, por ejemplo, si el usuario estudia, se pregunta sobre su desempeño y sus calificaciones

- Económica, por ejemplo, si menciona problemas económicos es importante saber a qué grado han llegado, si tiene deudas, si ha vendido sus cosas o si ha robado para comprar cocaína
- Salud, por ejemplo, si el médico le ha advertido sobre consecuencias en su salud
- Social, por ejemplo, si ha perdido amigos por su comportamiento bajo los efectos de la cocaína
- Legal, por ejemplo, si lo han arrestado por problemas relacionados con el consumo

9. ¿Es capaz de detener el consumo por voluntad propia?
10. ¿Qué sucedió antes de consumir sin control?
11. ¿Cuánto tiempo invierte por cada ocasión de consumo, incluso desde que va a conseguirla?
12. ¿Dónde consume, lo hace solo o acompañado?
13. ¿En qué situaciones consume excesivamente?
14. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o intervención para disminuir o abstenerse del consumo de cocaína o de alguna otra droga? ¿De qué tipo y en qué fechas?
15. ¿Actualmente recibe algún tipo de atención médica? ¿Que fármacos le recetan?
16. ¿Ha consumido fármacos sin prescripción médica? ¿Cuáles y en qué fechas?
17. ¿Ha estado hospitalizado como resultado del consumo?
18. ¿Sus hobbies están relacionados con el consumo de cocaína?
19. ¿Lo(a) presionan para consumir? ¿Quién(es)?
20. ¿Quién(es) lo(a) ayudaría(n) a cambiar su consumo

Criterios de inclusión del DSM IV

Nombre:

Fecha:

Instrucciones: señale cuáles de las siguientes descripciones ha presentado el usuario en torno a su consumo de sustancias en los últimos 12 meses.

	SI	NO
1) Su consumo de sustancias es recurrente y ha dado lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa (p. ej. ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionado con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).		
2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej. conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).		
3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p.ej. arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).		
4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o incrementados por los efectos de la sustancia (p. ej. discusiones con su pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).		
5) Tiene una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir el efecto deseado.		
6) El efecto de la misma cantidad de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.		
7) Presenta síntomas de malestar físico y psicológico después de un tiempo de dejar de consumir la sustancia.		
8) En ocasiones consume la sustancia (o una muy similar) para aliviar los síntomas de malestar físico y psicológico que aparecen si no se la administra.		
9) Consume la sustancia frecuentemente en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.		
10) Los esfuerzos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia han resultado ineficaces.		

11) Emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención o en el consumo de la sustancia, o en la recuperación de los efectos de la misma.		
12) Ha reducido actividades sociales, laborales o recreativas importantes debido al consumo de la sustancia.		
13) Continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen causados o incrementados por su consumo.		

Línea base retrospectiva (LIBARE)

Noviembre						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

Diciembre						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Enero						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Febrero						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29						

Marzo						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Abril						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

30. Si me sintiera que no puedo llegar a ser lo que mi familia espera de mí	0	20	40	60	80	100
31. Si me sintiera satisfecho con mi vida	0	20	40	60	80	100
32. Si quisiera estar con amigos que consumen drogas sin consumirlas	0	20	40	60	80	100
33. Si tuviera problemas para dormir	0	20	40	60	80	100
34. Si hubiera estado bebiendo alcohol y pensara en consumirla	0	20	40	60	80	100
35. Si estuviera aburrido	0	20	40	60	80	100
36. Si quisiera celebrar con un amigo	0	20	40	60	80	100
37. Si pareciera que no les caigo bien a los demás	0	20	40	60	80	100
38. Si me presionaran a usar esta droga y sintiera que no me podía negar	0	20	40	60	80	100
39. Si tuviera dolor de cabeza	0	20	40	60	80	100
40. Si estuviera enojado por cómo me salieron las cosas	0	20	40	60	80	100
41. Si recordara cosas buenas que han pasado	0	20	40	60	80	100
42. Si quisiera estar en lugares donde se consumen drogas sin hacerlo	0	20	40	60	80	100
43. Si quisiera mantenerme despierto para sentirme mejor	0	20	40	60	80	100
44. Si escuchara a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga	0	20	40	60	80	100
45. Si me sintiera solitario	0	20	40	60	80	100
46. Si estuviera con mi pareja y quisiera aumentar mi placer sexual	0	20	40	60	80	100
47. Si alguien me tratara injustamente	0	20	40	60	80	100
48. Si estuviera con un grupo donde todos consumieran	0	20	40	60	80	100
49. Si no me llevara bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo	0	20	40	60	80	100
50. Si tuviera algún dolor físico	0	20	40	60	80	100
51. Si estuviera indeciso acerca de lo que debo hacer	0	20	40	60	80	100
52. Si hubiera pleitos en mi casa	0	20	40	60	80	100
53. Si quisiera estar más alerta para sentirme mejor	0	20	40	60	80	100
54. Si empezara a recordar que buen acelere sentí cuando la consumí	0	20	40	60	80	100
55. Si me sintiera ansioso por algo	0	20	40	60	80	100
56. Si necesitara coraje para enfrentar a otra persona	0	20	40	60	80	100
57. Si alguien interfirió con mis planes	0	20	40	60	80	100
58. Si alguien trata de controlar mi vida y quisiera ser más independiente	0	20	40	60	80	100
59. Si alguien estuviera insatisfecho con mi trabajo	0	20	40	60	80	100
60. Si me hostigaran por el trabajo o la escuela	0	20	40	60	80	100

Cuestionario de autoconfianza sobre el uso de drogas (CACD)

Lucía de León Bello, Yazmin Pérez, Roberto Oropeza y Héctor Ayala

Manual de calificación

Instrucciones: marque las respuestas de cada reactivo, sume las calificaciones y calcule el índice o nivel problema de la persona evaluada.

Es importante tomar en cuenta en el análisis de los datos que las subescalas del cuestionario se encuentran divididas en tres factores estructurales donde se agrupan todas las subescalas:

factores estructurales	subescalas
situaciones negativas	3. Incomodidad Física (IF) 5. Emociones Displacenteras (ED) 7. Conflicto con Otros (CO)
situaciones positivas	1. Emociones Placenteras (EP) 6. Tiempo placentero con Otros (TPO)
situaciones de tentación	2. Prueba de Control Personal (PCP) 4. Necesidad y Tentación de Consumo (NTC) 8. Presión Social de Consumo (PSC)

subescalas	reactivos
1. Emociones Placenteras (EP)	1-11-21-31-41
2. Prueba de Control Personal (PCP)	2-12-22-32-42
3. Incomodidad Física (IF)	3-13-23-33-43-53-9-20-39-50
4. Necesidad y Tentación de Consumo (NTC)	4-14-24-34-44-54
5. Emociones Displacenteras (ED)	5-15-25-35-45-55-10-29-40-51
6. Tiempo placentero con Otros (TPO)	6-16-26-36-46
7. Conflicto con Otros (CO)	7-17-19-27-30-37-47-49-52-56-57-58-59-60
8. Presión Social de Consumo (PSC)	8-18-28-38-48

Forma de calificación

Se registran las respuestas del individuo en el formato correspondiente y se calcula la puntuación de autoconfianza para cada una de las subescalas al calcular los porcentajes medios dados a las respuestas en cada subescala. Las ocho Puntuaciones de autoconfianza son graficadas. Posteriormente se obtienen los factores generales sumando las subescalas que contiene cada factor y obteniendo el promedio de ellas.

- Factor Situaciones Positivas: Tiempo Placentero con Otros, Emociones Placenteras.
- Factor Situaciones Negativas: Emociones Displacenteras, Incomodidad Física, Conflicto con Otros.

- Factor Situaciones de Tentación: Necesidad y Tentación de Consumo, Presión Social, Prueba de Control Personal.

Interpretación de las respuestas del individuo en el CACD.

Puede interpretarse desde dos perspectivas en términos de: 1) Puntuación de las subescalas de la confianza y 2) El perfil de la confianza de un individuo.

1. Puntuaciones de autoconfianza

Las puntuaciones de las subescalas de autoconfianza, con un rango de 0% a 100%, indican la fortaleza que tiene un individuo para resistirse a la necesidad de usar drogas dentro de cada tipo de situación. Por ejemplo, una puntuación de autoconfianza de 0% a 40% en una subescala el individuo tiene muy poca o nada de autoconfianza de resistirse a la necesidad de usar drogas en ese tipo de situación. Tal puntuación indica que las situaciones de este tipo presentan al individuo con un alto riesgo.

Por el otro lado, una puntuación de autoconfianza del 80% en una subescala indica una autoconfianza muy alta en la habilidad que tiene un individuo para resistirse a la necesidad usar drogas en esa situación, y, consecuentemente, las situaciones de este tipo presentan un muy bajo riesgo para un individuo. Las puntuaciones del 60% en alguna o algunas subescalas indican que el individuo percibe su autoconfianza de resistirse al consumo como medianamente alta, esta interpretación debe hacerse con cuidado, ya que significa un riesgo para el consumo en esas situaciones, por lo tanto deberá fortalecerse esta autoconfianza para disminuir el riesgo.

2. Perfiles de confianza del individuo

Se puede construir una jerarquía de los porcentajes de autoconfianza clasificando las subescalas del CACD de acuerdo a las puntuaciones. Aquellas situaciones que son clasificadas como más altas representan las áreas del individuo de más alta autoconfianza en su habilidad para resistir la necesidad de usar drogas.

El perfil puede verse en términos de las puntuaciones generales de los patrones. Por ejemplo, un patrón de puntuaciones elevadas puede ser categorizada en situaciones Negativas vs Positivas vs Tentación. Un individuo puede expresar baja autoconfianza en situaciones caracterizadas por necesidad y tentación, prueba del control personal y presión social; moderada autoconfianza en situaciones asociadas con emociones displacenteras, incomodidad física y conflicto con otros; y altos niveles de autoconfianza en relación con situaciones de emociones placenteras y tiempos placenteros con otros. Así, el perfil de autoconfianza de un individuo puede usarse para identificar las dimensiones de la autoeficacia relacionadas con tomar drogas.

Questionario de autoconfianza de consumo de drogas (CACD)

Nombre:

Fecha:

- | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. _____ | 11. _____ | 21. _____ | 31. _____ | 41. _____ | 51. _____ |
| 2. _____ | 12. _____ | 22. _____ | 32. _____ | 42. _____ | 52. _____ |
| 3. _____ | 13. _____ | 23. _____ | 33. _____ | 43. _____ | 53. _____ |
| 4. _____ | 14. _____ | 24. _____ | 34. _____ | 44. _____ | 54. _____ |
| 5. _____ | 15. _____ | 25. _____ | 35. _____ | 45. _____ | 55. _____ |
| 6. _____ | 16. _____ | 26. _____ | 36. _____ | 46. _____ | 56. _____ |
| 7. _____ | 17. _____ | 27. _____ | 37. _____ | 47. _____ | 57. _____ |
| 8. _____ | 18. _____ | 28. _____ | 38. _____ | 48. _____ | 58. _____ |
| 9. _____ | 19. _____ | 29. _____ | 39. _____ | 49. _____ | 59. _____ |
| 10. _____ | 20. _____ | 30. _____ | 40. _____ | 50. _____ | 60. _____ |

	SUBESCALAS	AREA PROBLEMA
1	$\frac{\quad}{5} = \quad$	
2	$\frac{\quad}{5} = \quad$	
3	$\frac{\quad}{10} = \quad$	
4	$\frac{\quad}{6} = \quad$	
5	$\frac{\quad}{10} = \quad$	
6	$\frac{\quad}{5} = \quad$	
7	$\frac{\quad}{14} = \quad$	
8	$\frac{\quad}{5} = \quad$	

Autorregistro del consumo de cocaína

Uno de los objetivos de este autorregistro es llevar un control diario de su consumo y de su no consumo. La información no se calificará como buena o mala, es muy útil para ayudarlo a identificar las situaciones de alto riesgo, al analizar los días en que consumió en exceso y las situaciones en las que no consume o lo hace moderadamente.

Es importante que usted vea que llevar el autorregistro no es una pérdida de tiempo, es una herramienta efectiva para lograr su meta, pues le permitirá desarrollar mejores estrategias y alternativas para cambiar su consumo. Aunque el autorregistro requiere tiempo y compromiso, las personas que registran su consumo reportan que éste les hace comprender mejor cuánto consumieron y qué situaciones están relacionadas con su consumo para así evitarlas.

Instrucciones

Debe llenar todas las casillas de la tabla siguiente con la información que se le solicita:

- Fecha
- Si hubo o no consumo, expresado de la siguiente manera:
 - "1" si consumió
 - "2" si no consumió
 - "3" si no sintió la necesidad de consumir la droga
- Vía de administración:
 - "1" inhalada
 - "2" inyectada
 - "3" fumada
 - "4" en mucosas
- Cantidad (es importante que sea lo más exacta posible)
- Especifique si estaba con alguien y en dónde se encontraba. Enseguida están las opciones posibles. Elija dos de ellas.
 - "1" estaba solo
 - "2" estaba con otros
 - "3" lugar público
 - "4" lugar privado
- Pensamientos y sentimientos relacionados con su consumo (es importante detallar lo que pensaba y lo que sentía antes y después de consumir)

A continuación, se presentan algunos "tips" que le pueden ser útiles si ha elegido como meta la moderación. El objetivo de éstos es que si usted en alguna ocasión decide consumir, lo haga de manera consciente y pueda controlarlo, para que disminuyan las consecuencias negativas.

- Estar bien descansado, relajado y sin presiones
- Antes de consumir, pensar si realmente necesita la droga
- Tratar de cambiar a actividades que no se relacionen con el consumo

- Pensar en otras cosas que tenga que hacer próximamente (su reunión del fin de semana, actividades que haya dejado inconclusas, etc.)

fecha	consumo	vía de administración	cantidad	situación relacionada	pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
	1= Sí 2= No 3=No necesidad	1= aspirada 2= inyectada 3= fumada 4= cutánea	no consumo: 0	1=solo 2=otros 3=público 4=privado	

Apéndice C

Cuestionario de evaluación del consumo

1. Describa la primera vez que consumió cocaína
2. ¿Cómo se sintió físicamente esa primera vez?
3. ¿Cuáles fueron las consecuencias psicológicas, de la primera vez?
4. ¿Cuáles fueron las consecuencias sociales de la primera vez?
5. ¿Cuántos intentos ha hecho por moderar el consumo o abstenerse de él y por qué razones?
6. ¿Cuánto tiempo ha dejado de consumir?
7. ¿Cuáles son las consecuencias físicas del consumo a partir de que le trae problemas?
8. ¿Cuáles son las consecuencias psicológicas a partir de que el consumo le trae problemas?
9. ¿Cuáles son las consecuencias sociales a partir de que el consumo le trae problemas?
10. ¿Qué ha hecho para resolver esta situación?
11. Después de algunas horas o días de haber interrumpido el consumo de cocaína, experimenta alguno de los siguientes síntomas:
 - compulsión por usarla
 - inquietud física
 - locuacidad
 - irritabilidad
 - anorexia
 - insomnio
 - suspicacia
 - tristeza

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de cocaína de los últimos seis meses

12. ¿Ha habido daño físico como resultado del consumo?
13. ¿Ha tenido lagunas mentales, confusión o dificultad de pensamiento como resultado del consumo?
14. ¿Ha presentado cambios de humor sin razón aparente o alteraciones en la personalidad?
15. ¿Se vuelve agresivo después de consumir? Si el usuario responde que si, el terapeuta debe indagar cómo se comporta, por ejemplo si participa en peleas o agrede de manera verbal a las personas.

Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD)

Nombre :

Instrucciones

La lista que está a continuación señala varias situaciones en que la gente consume drogas. Lea cada reactivo o enunciado cuidadosamente y conteste en términos de su propio consumo. Por favor responda en todas las situaciones con la siguiente escala:

Si nunca (N) consumió drogas en esa situación, marque 0

Si rara vez (RV) consumió drogas en esa situación, marque 1

Si frecuentemente (F) consumió drogas en esa situación, marque 2

Si casi siempre (CS) consumió drogas en esa situación, marque 3

Ejemplo: Si rara vez consumió cocaína en esta situación marque 1

Cuando me sentí alegre 0 ~~1~~ 2 3

Conteste las situaciones que a continuación se presentan:

	N	RV	F	CS
1. Cuando estaba feliz	0	1	2	3
2. Cuando quería probarme si podía usar esa droga con moderación	0	1	2	3
3. Cuando me sentí tembloroso	0	1	2	3
4. Cuando estuve en un lugar donde antes consumí o compre la droga	0	1	2	3
5. Cuando estaba deprimido por todo en general	0	1	2	3
6. Cuando me encontré con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato	0	1	2	3
7. Cuando me sentí tenso o incómodo en presencia de alguien	0	1	2	3
8. Cuando me invitaron a una casa y sentí inapropiado rehusar la droga	0	1	2	3
9. Cuando quería tener más energía para sentirme mejor	0	1	2	3
10. Cuando empezaba a sentirme culpable por algo	0	1	2	3
11. Cuando me sentí seguro y relajado	0	1	2	3
12. Cuando quise probarme que esta droga no era un problema para mí	0	1	2	3
13. Cuando me sentí enfermo	0	1	2	3
14. Cuando inesperadamente me la encontré	0	1	2	3
15. Cuando sentí que ya no tenía a dónde más acudir	0	1	2	3
16. Cuando estaba con un amigo cercano y quisimos sentirnos más unidos	0	1	2	3
17. Cuando fui incapaz de expresar mis sentimientos a los demás	0	1	2	3
18. Cuando salí con mis amigos e insistieron en ir a consumir	0	1	2	3
19. Cuando sentí que mi familia me estaba presionando mucho	0	1	2	3
20. Cuando quería bajar de peso para mejorar mi apariencia física	0	1	2	3
21. Cuando me sentí emocionado	0	1	2	3
22. Cuando quería saber si podía consumir en ocasiones sin volverme adicto	0	1	2	3
23. Cuando sentí náuseas	0	1	2	3
24. Cuando vi algo que me recordó la droga	0	1	2	3
25. Cuando sentí que me dejé fracasar	0	1	2	3
26. Cuando estaba con mis amigos y quería divertirme más	0	1	2	3
27. Cuando otras personas me rechazaron	0	1	2	3
28. Cuando en un grupo que consumía, sentí que querían que me uniera	0	1	2	3
29. Cuando me sentí abrumado y quería escapar	0	1	2	3

30. Cuando sentí que no podía llegar a ser lo que mi familia esperaba de mi	0	1	2	3
31. Cuando me sentía satisfecho con mi vida	0	1	2	3
32. Cuando quise probar estar con amigos consumidores, sin consumir	0	1	2	3
33. Cuando tuve problemas para dormir	0	1	2	3
34. Cuando había estado bebiendo alcohol y pense en consumirla	0	1	2	3
35. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
36. Cuando quería celebrar con un amigo	0	1	2	3
37. Cuando parecía que no les caía bien a los demás	0	1	2	3
38. Cuando me presionaron a usar esta droga y sentí que no me podía negar	0	1	2	3
39. Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
40. Cuando estaba enojado por cómo me salieron las cosas	0	1	2	3
41. Cuando recordé cosas buenas que habían pasado	0	1	2	3
42. Cuando quería probar estar en lugares donde se consume sin hacerlo	0	1	2	3
43. Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor	0	1	2	3
44. Cuando alguien platicó sus experiencias con esa droga	0	1	2	3
45. Cuando me sentí solitario	0	1	2	3
46. Cuando estaba con mi pareja y quise aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
47. Cuando alguien me trató injustamente	0	1	2	3
48. Cuando estaba en un grupo en el que todos estaban consumiendo	0	1	2	3
49. Cuando no me levaba bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo	0	1	2	3
50. Cuando tuve algún dolor físico	0	1	2	3
51. Cuando estaba indeciso acerca de lo que debía hacer	0	1	2	3
52. Cuando había pleitos en mi casa	0	1	2	3
53. Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor	0	1	2	3
54. Cuando empecé a recordar que buen acelere sentí cuando la consumí	0	1	2	3
55. Cuando me sentí ansioso por algo	0	1	2	3
56. Cuando necesite coraje para enfrentar a otra persona	0	1	2	3
57. Cuando alguien interfirió con mis planes	0	1	2	3
58. Cuando alguien trata de controlarme y quiero sentirme mas independiente	0	1	2	3
59. Cuando alguien estaba insatisfecho con mi trabajo	0	1	2	3
60. Cuando me sentí hostigado por el trabajo o la escuela	0	1	2	3

Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD)

Nombre:

Fecha:

Primera droga ilegal de consumo:

Segunda droga ilegal de consumo:

- | | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. 0 1 2 3 | 11. 0 1 2 3 | 21. 0 1 2 3 | 31. 0 1 2 3 | 41. 0 1 2 3 | 51. 0 1 2 3 |
| 2. 0 1 2 3 | 12. 0 1 2 3 | 22. 0 1 2 3 | 32. 0 1 2 3 | 42. 0 1 2 3 | 52. 0 1 2 3 |
| 3. 0 1 2 3 | 13. 0 1 2 3 | 23. 0 1 2 3 | 33. 0 1 2 3 | 43. 0 1 2 3 | 53. 0 1 2 3 |
| 4. 0 1 2 3 | 14. 0 1 2 3 | 24. 0 1 2 3 | 34. 0 1 2 3 | 44. 0 1 2 3 | 54. 0 1 2 3 |
| 5. 0 1 2 3 | 15. 0 1 2 3 | 25. 0 1 2 3 | 35. 0 1 2 3 | 45. 0 1 2 3 | 55. 0 1 2 3 |
| 6. 0 1 2 3 | 16. 0 1 2 3 | 26. 0 1 2 3 | 36. 0 1 2 3 | 46. 0 1 2 3 | 56. 0 1 2 3 |
| 7. 0 1 2 3 | 17. 0 1 2 3 | 27. 0 1 2 3 | 37. 0 1 2 3 | 47. 0 1 2 3 | 57. 0 1 2 3 |
| 8. 0 1 2 3 | 18. 0 1 2 3 | 28. 0 1 2 3 | 38. 0 1 2 3 | 48. 0 1 2 3 | 58. 0 1 2 3 |
| 9. 0 1 2 3 | 19. 0 1 2 3 | 29. 0 1 2 3 | 39. 0 1 2 3 | 49. 0 1 2 3 | 59. 0 1 2 3 |
| 10. 0 1 2 3 | 20. 0 1 2 3 | 30. 0 1 2 3 | 40. 0 1 2 3 | 50. 0 1 2 3 | 60. 0 1 2 3 |

- | subescalas | área problema |
|---|---------------|
| 1 $\frac{\quad}{15} \times 100 = \quad$ | |
| 2 $\frac{\quad}{15} \times 100 = \quad$ | |
| 3 $\frac{\quad}{30} \times 100 = \quad$ | |
| 4 $\frac{\quad}{18} \times 100 = \quad$ | |
| 5 $\frac{\quad}{30} \times 100 = \quad$ | |
| 6 $\frac{\quad}{15} \times 100 = \quad$ | |
| 7 $\frac{\quad}{42} \times 100 = \quad$ | |
| 8 $\frac{\quad}{15} \times 100 = \quad$ | |

Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD)

Lucia De León Bello, Yazmin Pérez, Roberto Oropeza y Héctor Ayala

Manual de calificación

Instrucciones:

Encierre las respuestas de cada reactivo, sume las calificaciones y calcule el índice o nivel problema de la persona evaluada

Es importante tomar en cuenta en el análisis de los datos que las subescalas del inventario se encuentran divididas en tres factores estructurales donde se agrupan todas las subescalas:

factores estructurales	subescalas
situaciones negativas	3. Incomodidad Física (IF) 5. Emociones Displacenteras (ED) 7. Conflicto con Otros (CO)
situaciones positivas	1. Emociones Placenteras (EP) 6. Tiempo placentero con Otros (TPO)
situaciones de tentación	2. Prueba de Control Personal (PCP) 4. Necesidad y Tentación de Consumo (NTC) 8. Presión Social de Consumo (PSC)

subescalas	reactivos
1. Emociones Placenteras (EP)	1-11-21-31-41
2. Prueba de Control Personal (PCP)	2-12-22-32-42
3. Incomodidad Física (IF)	3-13-23-33-43-53-9-20-39-50
4. Necesidad y Tentación de Consumo (NTC)	4-14-24-34-44-54
5. Emociones Displacenteras (ED)	5-15-25-35-45-55-10-29-40-51
6. Tiempo placentero con Otros (TPO)	6-16-26-36-46
7. Conflicto con Otros (CO)	7-17-19-27-30-37-47-49-52-56-57-58-59-60
8. Presión Social de Consumo (PSC)	8-18-28-38-48

Forma de Calificación

Puntuación

Respuesta: "1" puntuación "0"

Respuesta: "2" puntuación "1"

Respuesta: "3" puntuación "2"

Respuesta: "4" puntuación "3"

La puntuación se calcula en las ocho subpuntuaciones (puntuaciones en bruto), una para cada categoría situacional, por una simple adición de las puntuaciones obtenidas para cada cuestión dentro de la categoría. Finalmente, se calcula una puntuación de "Índice de

Problema" para cada categoría dividiendo cada subpuntuación en bruto entre la máxima puntuación posible para tal escala y luego se multiplica por 100, obteniendo de esta forma los porcentajes del índice de riesgo. Se calculan los factores generales sumando las subescalas que contiene cada factor y obteniendo el promedio de ellas.

- Factor Situaciones Positivas: Tiempo Placentero con Otros, Emociones Placenteras.
- Factor Situaciones Negativas: Emociones Displacenteras, Incomodidad Física, Conflicto con Otros.
- Factor Situaciones de Tentación: Necesidad y Tentación de Consumo, Presión Social, Prueba de Control Personal.

Interpretación

El ISCD se puede interpretar desde dos perspectivas relacionadas en términos:

1) Puntuación del índice del problema, y 2) perfil del individuo.

1) Índice del Problema

Las puntuaciones de la subescala Índice del Problema, con intervalo de 0% a 100%, indican la magnitud del problema de uso de drogas del individuo dentro de cada tipo de situación de consumo de drogas en el año pasado. Por ejemplo, una puntuación de 0% en el Índice del Problema sobre una subescala dada indica que el individuo nunca usó drogas cuando se encontró en este tipo de situación durante el año pasado, y consecuentemente es poco probable que este tipo de situación represente un riesgo para el individuo. En el otro extremo, una puntuación de entre 70% y 100% en una subescala dada de Índice del problema que indica un muy frecuente uso de la droga en este tipo de situación durante el año pasado, y consecuentemente una situación de este tipo presenta un alto riesgo para el individuo. Es posible ver el patrón o perfil del individuo en el uso de drogas a través de las ocho categorías y de los tres factores estructurales. Se puede hacer una jerarquía de situaciones de riesgo para el uso de la droga al ordenar las puntuaciones del Índice del Riesgo del individuo. Aquellas situaciones que son clasificadas como las más altas se toman como áreas que representan mayores riesgos para el consumo de drogas del individuo.

2) Perfil del individuo

Se construyen los perfiles del individuo para mostrar las áreas de mayor riesgo para el uso de drogas trazando las ocho subescalas de las puntuaciones del Índice Problema como una gráfica. El perfil resultante puede observarse en los términos de dos patrones mayores de puntuaciones a través de las cinco subescalas de Estados Personales versus las tres subescalas Situaciones que Involucran a Otras Personas. Un individuo puede consumir drogas más frecuentemente cuando está en compañía de otros y oponerse a consumirlas cuando está solo o viceversa.

Cuestionario de las metas del tratamiento

Nombre:

Fecha:

Terapeuta:

Instrucciones: Por favor, lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Considera que este tratamiento le ayudará a resolver su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Para Nada

2. ¿Se le explicó bien en que consiste el tratamiento completo?

1	2	3	4	5
De ninguna manera	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

3. ¿Entendió bien en que consiste el tratamiento completo?

1	2	3	4	5
De ninguna manera	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

4. ¿Este tratamiento esta realmente enfocado a modificar su manera de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

5. ¿Está de acuerdo en la forma que se pretende llevar a cabo la solución de su problema?

1	2	3	4	5
Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

6. ¿Considera que el terapeuta tiene la capacidad para llevar a cabo este tratamiento?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Para Nada

7. ¿Tanto usted como el terapeuta están de acuerdo que este es el tratamiento apropiado para su problema?

1	2	3	4	5
Completamente	Bastante	Moderadamente	Un Poco	De Ninguna manera

8. ¿Piensa que este tratamiento tiene grandes posibilidades de éxito?

1	2	3	4	5
Completamente	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Para Nada

Apéndice D

Cuestionario de validación social de la sesión 1

Instrucciones:

Lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 1. Balance Decisional, para modificar su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Para Nada

2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 1. Balance Decisional, le ayudan a resolver su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
De ninguna manera	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 1. Balance Decisional?

1	2	3	4	5
Muy relajado	Relajado	Indiferente	Tenso	Muy tenso

4. ¿Considera que el trazo recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?

1	2	3	4	5
Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 1. Balance Decisional?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un poco	Para nada

6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 1. Balance Decisional, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?

1	2	3	4	5
Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	De ninguna manera

7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?

1	2	3	4	5
De ninguna manera	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada

9. ¿Qué tan útil le resultó realizar el Balance Decisional?

1	2	3	4	5
Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

10. ¿Considera que sea necesario realizar el Establecimiento de Metas?

1	2	3	4	5
Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Para nada

11. ¿Cree que le sirvió el establecer las Razones de Cambio?

1	2	3	4	5
Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

12. ¿Considera que tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 1. Balance Decisional?

1	2	3	4	5
No	Poca	Alguna	Bastante	Toda

Cuestionario de validación social de la sesión 2

Instrucciones:

Lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

- ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades de la sesión 2, para modificar su consumo?
1 2 3 4 5
Mucho Bastante Moderadamente Un Poco Para Nada
- ¿Considera que las actividades realizadas durante la sesión 2, le ayude a controlar su consumo?
1 2 3 4 5
De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Completamente
- ¿Cómo se sintió durante la sesión?
1 2 3 4 5
Muy relajado Relajado Indiferente Tenso Muy tenso
- ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?
1 2 3 4 5
Para nada Un poco Moderadamente Bastante Completamente
- ¿Qué tanto le gustó la sesión 2?
1 2 3 4 5
Mucho Bastante Moderadamente Un Poco Para Nada
- ¿Cree que el trabajo de la sesión 2, origine otros problemas relacionados con el de cocaína?
1 2 3 4 5
Mucho Bastante Moderadamente Un Poco Para Nada
- ¿Piensa que lo aprendido en la sesión le servirá para otras áreas de su vida?
1 2 3 4 5
De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Completamente
- ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?
1 2 3 4 5
Mucho Bastante Moderadamente Un Poco Nada
- ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la sesión 2?
1 2 3 4 5
No Poca Alguna Bastante Toda
- ¿Considera que el ejemplo de la montaña de recuperación, le es de utilidad?
1 2 3 4 5
Para nada Un poco Moderadamente Bastante Completamente
- ¿Cree que el identificar los precipitadotes del consumo le ayudaran a controlar su consumo?
1 2 3 4 5
Mucho Bastante Moderadamente Un Poco Nada
- ¿Conocer las consecuencias de su consumo le servirán para resolver su consumo?
1 2 3 4 5
Mucho Bastante Moderadamente Un Poco Nada
- ¿Analizar las situaciones de consumo le servirá para prevenir futuras recaídas?
1 2 3 4 5
De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Completamente

Cuestionario de validación social de la sesión 3

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades de la sesión 3, para modificar su consumo?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Para Nada

2. ¿Considera que las actividades de la sesión 3, le ayude a disminuir su consumo?

1	2	3	4	5
De ninguna manera	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

3. ¿Cómo se sintió durante la sesión?

1	2	3	4	5
Muy relajado	Relajado	Indiferente	Tenso	Muy tenso

4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su consumo?

1	2	3	4	5
Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 3. Identificar y enfrentar pensamientos sobre cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Para Nada

6. ¿Cree que el trabajo de la sesión 3, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Para Nada

7. ¿Piensa que lo aprendido en la sesión le servirá para otras áreas de su vida?

1	2	3	4	5
De ninguna manera	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la sesión 3?

1	2	3	4	5
No	Poca	Alguna	Bastante	Toda

10. ¿Identificar los pensamientos sobre cocaína le ayuda a enfrentar su consumo?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

11. ¿Enfrentar los pensamientos sobre cocaína le es de utilidad para el manejo de la cocaína?

1	2	3	4	5
De ninguna manera	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

12. ¿La hoja de cambios de 12 semanas le servirá para manejar los inconvenientes del consumo?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

13. ¿Tener a la mano nombre y número telefónico de personas que le pueden ayudar para evitar recaídas?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

Cuestionario de validación social de la sesión 4

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades de la sesión 4, para modificar su consumo?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Para Nada

2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la sesión 4, le ayudan con consumo?

1	2	3	4	5
De ninguna manera	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

3. ¿Cómo se sintió durante la sesión 4?

1	2	3	4	5
Muy relajado	Relajado	Indiferente	Tenso	Muy tenso

4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?

1	2	3	4	5
Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 4. Identificar y Enfrentar el deseo de la cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Para Nada

6. ¿Cree que el trabajo de la sesión 4, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?

1	2	3	4	5
Completamente	Bastante	Moderadamente	Un Poco	De ninguna manera

7. ¿Piensa que lo aprendido en la sesión le servirá para otras áreas de su vida?

1	2	3	4	5
De ninguna manera	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la sesión 4?

1	2	3	4	5
No	Poca	Alguna	Bastante	Toda

10. ¿Para solucionar sus problemas relacionados con la cocaína, considera que es de utilidad identificar los disparadores del deseo?

1	2	3	4	5
Completamente	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Para nada

11. ¿Considera útiles las estrategias de enfrentamiento de esta sesión?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

12. ¿El registro de deseo de consumo de cocaína le ayudarán a resolver su problema con esta droga?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

Questionario de validación social de la sesión 5

Instrucciones:

Lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

- ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades de la sesión 5, para modificar su consumo?
1 Mucho 2 Bastante 3 Moderadamente 4 Un Poco 5 Para Nada
- ¿Considera que las actividades de la sesión 5, le ayude con su consumo?
1 De ninguna manera 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Completamente
- ¿Cómo se sintió en la Sesión 5?
1 Muy relajado 2 Relajado 3 Indiferente 4 Tenso 5 Muy tenso
- ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?
1 Para nada 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Completamente
- ¿Qué tanto le gustó la Sesión 5. Habilidades asertivas de rechazo?
1 Mucho 2 Bastante 3 Moderadamente 4 Un Poco 5 Para Nada
- ¿Cree que el trabajo de la Sesión 5, le origine otros problemas relacionados con la cocaína?
1 Completamente 2 Bastante 3 Moderadamente 4 Un Poco 5 De Ninguna Manera
- ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida?
1 De ninguna manera 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Completamente
- ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?
1 Mucho 2 Bastante 3 Moderadamente 4 Un Poco 5 Nada
- ¿Considera que tuvo suficiente información para realizar las tareas de la sesión 5?
1 No 2 Poca 3 Alguna 4 Bastante 5 Toda
- ¿Considera que realizar el análisis de situación con respecto a los proveedores le es de utilidad para desarrollar estrategias efectivas para controlar el consumo?
1 Para nada 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Mucho
- ¿Practicar respuestas asertivas le ayudará a resolver si problema de consumo de cocaína?
1 Completamente 2 Bastante 3 Moderadamente 4 Un Poco 5 Nada
- ¿Considera de utilidad seguir los pasos para eliminar el acceso (proveedores) para no recaer?
1 Mucho 2 Bastante 3 Moderadamente 4 Un Poco 5 Nada
- ¿Responder asertivamente a cualquier proveedor, mejorará su problema de consumo de cocaína?
1 Para Nada 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Mucho

Cuestionario de validación social de la sesión 6

Instrucciones:

Lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

- ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades de la Sesión 6, para modificar su consumo?
1 Mucho 2 Bastante 3 Moderadamente 4 Un Poco 5 Para Nada
- ¿Considera que las actividades de la Sesión 6 le ayude con su consumo?
1 De ninguna manera 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Completamente
- ¿Cómo se sintió durante la Sesión 6. Decisiones aparentemente irrelevantes?
1 Muy relajado 2 Relajado 3 Indiferente 4 Tenso 5 Muy tenso
- ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?
1 Para nada 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Completamente
- ¿Qué tanto le gustó la Sesión 6. Decisiones aparentemente irrelevantes?
1 Mucho 2 Bastante 3 Moderadamente 4 Un Poco 5 Para Nada
- ¿Cree que el trabajo realizado en la sesión 6, le origine otros problemas relacionados con la cocaína?
1 Completamente 2 Bastante 3 Moderadamente 4 Un Poco 5 De Ninguna Manera
- ¿Piensa que lo aprendido en la sesión le servirá para otras áreas de su vida?
1 De ninguna manera 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Completamente
- ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?
1 Mucho 2 Bastante 3 Moderadamente 4 Un Poco 5 Nada
- ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la sesión 6?
1 No 2 Poca 3 Alguna 4 Bastante 5 Toda
- ¿Piensa que es de utilidad identificar las decisiones aparentemente irrelevantes?
1 Nada 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Mucho
- ¿Considera que identificar las recaídas por las decisiones aparentemente irrelevantes le ayudarán a resolver su problema de consumo de cocaína?
1 Completamente 2 Bastante 3 Moderadamente 4 Un Poco 5 Nada
- ¿Cree que las actividades realizadas durante esta sesión le servirán par tomar decisiones futuras?
1 Mucho 2 Bastante 3 Moderadamente 4 Un Poco 5 Nada

Cuestionario de validación social de la sesión 7

Instrucciones:

Lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades de la sesión 7, para modificar su consumo?
1 2 3 4 5
Mucho Bastante Moderadamente Un Poco Para Nada
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la sesión 7, le ayude con consumo?
1 2 3 4 5
De ninguna Un poco Moderadamente Bastante Completamente
manera
3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 7. Solución de problemas sociales?
1 2 3 4 5
Muy relajado Relajado Indiferente Tenso Muy tenso
4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?
1 2 3 4 5
Para nada Un poco Moderadamente Bastante Completamente
5. ¿Qué tanto le gustó la sesión 7?
1 2 3 4 5
Mucho Bastante Moderadamente Un Poco Para Nada
6. ¿Cree que el trabajo de la sesión 7, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?
1 2 3 4 5
Completamente Bastante Moderadamente Un Poco De Ninguna
Manera
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?
1 2 3 4 5
De ninguna Un poco Moderadamente Bastante Completamente
manera
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?
1 2 3 4 5
Mucho Bastante Moderadamente Un Poco Nada
9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la sesión 7?
1 2 3 4 5
No Poca Alguna Bastante Toda
10. ¿Las estrategias ofrecidas durante esta sesión le servirán para otras áreas de su vida?
1 2 3 4 5
De ninguna Un poco Moderadamente Bastante Mucho
manera

Cuestionario de validación social de la sesión 8

Instrucciones:

Lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades de la sesión 8, para modificar su consumo?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Para Nada
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la sesión 8, le ayude con su consumo?

1	2	3	4	5
De ninguna manera	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3. ¿Cómo se sintió durante la sesión 8?

1	2	3	4	5
Muy relajado	Relajado	Indiferente	Tenso	Muy tenso
4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su consumo?

1	2	3	4	5
Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
5. ¿Qué tanto le gustó la sesión 8?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Para Nada
6. ¿Cree que el trabajo de la sesión 8, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?

1	2	3	4	5
Completamente	Bastante	Moderadamente	Un Poco	De Ninguna Manera
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida?

1	2	3	4	5
De ninguna manera	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada
9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la sesión 8?

1	2	3	4	5
No	Poca	Alguna	Bastante	Toda
10. ¿Cree que la evaluación de metas mejorará su problema con la cocaína?

1	2	3	4	5
Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
11. ¿Considera de utilidad el restablecimiento de metas para solucionar su problema de drogas?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada
12. ¿Piensa que realizar planes de acción le ayudará a resolver su manejo del consumo?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

Cuestionario de evaluación final del tratamiento

Este centro de servicios psicológicos está desarrollando un programa de tratamiento que sea satisfactorio para sus usuarios. Nosotros apreciamos mucho su ayuda en darnos alguna información al final de su tratamiento. Por favor, conteste cada una de las siguientes preguntas, haciendo un círculo en el número apropiado. Para que usted se sienta libre de contestarlas, no debe anotar su nombre en el cuestionario. Nosotros escribiremos solamente su número de expediente; esto no revelará su identidad al terapeuta. Después de completar este cuestionario, póngalo en el sobre anexo, ciérrelo y entréguelo al terapeuta.

1. Califique su satisfacción con respecto al programa de tratamiento general

muy satisfecho		satisfecho		nada satisfecho
1	2	3	4	5

2. Califique la calidad de servicios que usted recibió

excelente		bueno		pobre
1	2	3	4	5

3. Califique la cantidad de tiempo que usted ocupó en el programa

mucho		adecuado		muy poco
1	2	3	4	5

4. Califique su satisfacción con respecto a la parte de auto-control del programa

muy satisfecho		satisfecho		nada satisfecho
1	2	3	4	5

5. Califique su satisfacción general con respecto a su terapeuta

muy satisfecho		satisfecho		nada satisfecho
1	2	3	4	5

6. Califique la utilidad de las lecturas

muy útiles		útiles		nada útiles
1	2	3	4	5

7. Califique la utilidad de las tareas

muy útiles		útiles		nada útiles
1	2	3	4	5

8. Califique el nivel de dificultad de las tareas

muy fáciles		fáciles		nada fáciles
1	2	3	4	5

9. Califique la utilidad de las formas de auto-registro

muy útiles		útiles		nada útiles
1	2	3	4	5

10. Califique la utilidad de la lectura "balance decisional"

muy útiles		útiles		nada útiles
1	2	3	4	5

11. Califique el clima del programa de tratamiento (p.e. el personal, el ambiente)

muy satisfecho		satisfecho		nada satisfecho
1	2	3	4	5

12. Califique qué tanto sintió que el programa le ayudó en su problema de cocaína

ayudó mucho		ayudó		no ayudó
1	2	3	4	5

13. ¿Recomendaría el programa a algún amigo que necesite ayuda similar?

definitivamente		probablemente		definitivamente no
1	2	3	4	5

14. Describa qué le gustó más del programa

15. Describa qué le gustó menos del programa

Otros comentarios:

Cuestionario de los resultados del tratamiento

Instrucciones

Lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que describa su opinión acerca de los resultados del tratamiento, con la finalidad de mejorar nuestro servicio.

1. Después de recibir el tratamiento, los problemas con respecto a mi manera de consumir cocaína han mejorado.

1	2	3	4	5
de ninguna manera	un poco	moderadamente	bastante	completamente

2. Con este tratamiento, he disminuido mi consumo de cocaína.

1	2	3	4	5
de ninguna manera	un poco	moderadamente	bastante	completamente

3. Gracias al tratamiento recibido, puedo evitar recaer en el consumo de cocaína.

1	2	3	4	5
de ninguna manera	un poco	moderadamente	bastante	completamente

4. Puedo controlar y enfrentar mis pensamientos sobre cocaína.

1	2	3	4	5
de ninguna manera	un poco	moderadamente	bastante	completamente

5. Actualmente puedo controlar y enfrentar mejor mi deseo hacia la cocaína.

1	2	3	4	5
de ninguna manera	un poco	moderadamente	bastante	completamente

6. He adquirido la habilidad de rechazar de mejor manera cualquier ofrecimiento de cocaína.

1	2	3	4	5
de ninguna manera	un poco	moderadamente	bastante	completamente

7. Reconozco las posibles decisiones aparentemente irrelevantes relacionadas con el consumo de cocaína.

1	2	3	4	5
de ninguna manera	un poco	moderadamente	bastante	completamente

8. Evito tomar decisiones aparentemente irrelevantes relacionadas con el consumo de cocaína.

1	2	3	4	5
de ninguna manera	un poco	moderadamente	bastante	completamente

9. Me siento capaz de enfrentar cualquier problema relacionado con el consumo de cocaína
- | | | | | |
|----------------------|---------|---------------|----------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| de ninguna
manera | un poco | moderadamente | bastante | completamente |
10. Me siento capaz de dar solución a cualquier problema relacionado con el consumo de cocaína.
- | | | | | |
|----------------------|---------|---------------|----------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| de ninguna
manera | un poco | moderadamente | bastante | completamente |
11. En términos generales considero que el tratamiento es:
- | | | | | |
|-----------|-------|---------|------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| excelente | bueno | regular | malo | pésimo |
12. ¿Cómo calificaría el trato proporcionado por el terapeuta?
- | | | | | |
|-----------|-------|---------|------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| excelente | bueno | regular | malo | pésimo |
13. ¿Cómo calificaría la preparación profesional del terapeuta?
- | | | | | |
|-----------|-------|---------|------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| excelente | bueno | regular | malo | pésimo |
14. ¿Recomendaría a otras personas este tratamiento?
- | | | | | |
|----------------------|---------|---------------|----------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| de ninguna
manera | un poco | moderadamente | bastante | completamente |
15. ¿Este tratamiento fue el adecuado para resolver mi problema con el consumo de cocaína?
- | | | | | |
|----------------------|---------|---------------|----------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| de ninguna
manera | un poco | moderadamente | bastante | completamente |