

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA  
RESIDENCIA EN ADICCIONES



LA FORMACION TEORICO-PRACTICA EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGIA  
PRESENTA  
NADIA ROBLES SOTO

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO HORACIO QUIROGA ANAYA  
COMITÉ TUTORIAL: MTRA. MARIANA GUTIERREZ LARA  
DRA. MARCIA OLGA MORALES FIGUEROLA  
MTRO. CESAR CARRASCOZA VENEGAS  
DR. ROBERTO OROPEZA TENA  
DR. BENITO ANTON PALMA  
DRA. ASUNCION LARA CANTU



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**AGRADECIMIENTOS:**

**A MIS PADRES Y HERMANOS, POR SU APOYO INCONDICIONAL EN TODO MOMENTO**

**A JIMMY, POR SER EL AMOR EN MI VIDA Y MI COMPAÑERO FIEL DE TODAS LAS BATALLAS. GRACIAS, POR ESTAR AQUI**

**A LETI, POR SER LA AMIGA Y CONSEJERA INCANSABLE**

**A MONICA, NANYELI Y CARMEN, POR SER LA AMISTAD QUE NO SE PIERDE EN EL TIEMPO**

**AL MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA Y A LA MAESTRA MARIANA GUTIEEREZ LARA, POR SU AYUDA Y GUIA EN LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO**

**A MIS PROFESORES DE LA RESIDENCIA: MIGUEL ANGEL MEDINA, SARA CRUZ, CESAR CARRASCOZA, JENNIFER LIRA, LETICIA ECHEVERRIA, MA. ELENA CASTRO Y ARIEL VITE PORQUE COSAS MUY IMPORTANTES APRENDI DE CADA UNO DE ELLOS**

**AMIS COMPAÑEROS Y AMIGOS DE RESIDENCIA**

**LILIA MARTINEZ**

**TITO NAJERA**

**EIJI FUKUSHIMA**

**"POR TODAS LAS EXPERIENCIAS  
QUE NO SE OLVIDAN"**

**BEATRIZ MENDEZ**

**JULIAN ESCOBEDO**

**HUMBERTO IBARRA**

**A MIS PACIENTES DE CLINICA TZOL, POR ENSEÑARME OTRA CARA DE LA ADICCION Y REAFIRMAR MI VOCACION DIA A DIA.**

**A MI UNIVERSIDAD, POR SER MÍ CASA Y ESPACIO POR MÁS DE 10 AÑOS**

**AL CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA (CONACYT), POR SU APOYO PARA LOGRAR UNA META MAS EN MI VIDA**

**PERO TAMBIEN A MI, PORQUE CADA DIA Y CON CADA PRUEBA ME CONFIRMO QUE SOY UNA MUJER FUERTE Y QUE MI ESPIRITU SOBREVIVE CUALQUIER BATALLA**

**"NO ES LA LUCHA, SINO EL ESFUERZO EN LA LUCHA LO QUE HACE GRANDE AL HOMBRE... Y A LA MUJER"**

## INDICE

INTRODUCCIÓN	2
<b>1ª PARTE. COMPETENCIAS PROFESIONALES</b>	<b>4</b>
1. Implementación de proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, el análisis crítico de los resultados, el estudio epidemiológico en grupos especiales y tendencias a nivel nacional	5
2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el fenómeno se presente	13
3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que cause el consumo de drogas psicoactivas	20
4. Desarrollar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas	49
5. Capacitación y sensibilización de profesionales de la salud	53
6. Implementar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones	56
<b>2ª PARTE. SESION TIPICA DE EJERCICIO PROFESIONAL: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE UN CASO DE CONSUMO DE TABACO</b>	<b>64</b>
CONCLUSIONES GENERALES	77
REFERENCIAS	79

## INTRODUCCION

---

Desde siempre, el tema de la salud ha sido muy importante para el ser humano por la relevancia que tiene para su supervivencia. En este sentido, a lo largo de los años el hombre siempre ha buscado crear las herramientas más adecuadas y efectivas para curar la enfermedad y para disminuir los problemas asociados con este estado.

En la actualidad el abordaje de la salud ya no se hace como se hacía anteriormente. En este sentido, un estado de salud va más allá de la ausencia de enfermedad, incluye la existencia de estilos de vida que preserven el bienestar general del ser humano. A este respecto, en el campo de la salud no intervienen únicamente médicos, también intervienen psicólogos, biólogos, trabajadores sociales, etc., profesionales que permiten que la promoción de la salud se realice de manera más integral.

Uno de los problemas de salud considerados como de primordial atención a nivel mundial es el uso y abuso de drogas. Habitualmente las drogas de abuso más consumidas en el mundo son el tabaco y el alcohol, sustancias que se encuentran estrechamente relacionadas con las principales causas de muerte que son consideradas como prevenibles (accidentes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, etc.). En esta medida, es importante considerar que el consumo de drogas no sólo tiene repercusiones a nivel físico, a nivel social las consecuencias del consumo pueden llegar a ser incluso más graves que las físicas (p. ej. pérdidas sociales, laborales, escolares, etc.), sin mencionar que estos factores en conjunto reducen de manera significativa la calidad de vida de las personas.

Es en este sentido que las acciones tanto de prevención, tratamiento y rehabilitación cobran gran importancia. En dichas acciones el psicólogo de la salud tiene un amplio espectro de áreas de intervención, ya sea en el estudio epidemiológico de las adicciones, en el diseño de estrategias de atención o en la instrumentación de las mismas.

En México, la necesidad de profesionales expertos en el campo de las adicciones obliga la existencia de instituciones y programas que formen estos recursos humanos.

El presente reporte de experiencia profesional describe las competencias adquiridas durante los estudios de la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones.

En la primera parte se presenta una síntesis de las seis competencias que conforman el perfil de egreso de la Maestría en Psicología.

En el primer capítulo se describe la habilidad de implementación de proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, el análisis crítico de los resultados, el estudio epidemiológico en grupos especiales y tendencias a nivel nacional.

En el segundo capítulo se describe la competencia “desarrollo de programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que se presente una adicción”.

En el tercer capítulo se aborda la competencia “desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de drogas”.

En el cuarto capítulo se detalla la competencia “aplicación de programas de intervención para rehabilitar a personas adictas”.

En el quinto capítulo se describe la competencia “sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria”.

En el sexto capítulo se aborda la competencia “instrumentación de proyectos de investigación experimental, aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población mexicana con problemas de conductas adictivas más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana y el tratamiento. Así como las actividades de investigación, docencia y supervisión”.

En la segunda parte se presenta descripción detallada de un caso clínico atendido durante la residencia en el programa autocambio dirigido para fumadores.

Finalmente, se presentan las conclusiones generales del trabajo realizado durante la Maestría en Psicología.

# **PRIMERA PARTE COMPETENCIAS PROFESIONALES**

---

### **IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y PSICOSOCIAL PARA DESCRIBIR EL FENÓMENO, EL ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS RESULTADOS, EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN GRUPOS ESPECIALES Y TENDENCIAS A NIVEL NACIONAL**

Entre los principales indicadores de calidad de vida dentro de las poblaciones se encuentra el estado de salud que presentan, el cual, no solo se relaciona con el nivel de desarrollo del país, sino también con factores como la edad, el género, el nivel socioeconómico, el lugar de residencia o las costumbres socioculturales.

Cabe mencionar que este interés por los estados de salud dentro de las poblaciones humanas no es de origen reciente, desde hace siglos se han venido haciendo estudios acerca de cómo se comporta la salud al interior de las poblaciones. A este estudio se le ha denominado epidemiología. De acuerdo a Susser (1991 citado en Cantú, Jiménez y Rojas 2001) a la epidemiología se le define como el estudio de las distribuciones y determinantes de los estados de salud en poblaciones humanas. A nivel operacional se le puede definir como la ciencia que lleva a cabo labores de prevención, vigilancia y control de los desordenes de salud en las poblaciones humanas (Cantú et al., 2001). La epidemiología contempla tres factores principales en su estudio:

- Agente: es el factor que esta presente para la ocurrencia de la enfermedad, estos factores son causa necesaria, aunque no suficiente para la existencia de la enfermedad y se les clasifica como aquellos que son infecciosos y no infecciosos.
- Huésped: es el ser vivo en el que se aloja la enfermedad. El hecho de que se convierta en huésped o no de la enfermedad puede estar determinado por su susceptibilidad, resistencia o inmunidad al agente.
- Ambiente: incluye aquellos aspectos biológicos, químico-físicos y socioculturales que rodean al huésped.

Desde este enfoque de la historia natural de la enfermedad en el consumo de drogas, el agente se refiere a la droga, el huésped al consumidor y el ambiente a los factores circundantes al consumidor. Para las adicciones los estudios epidemiológicos son una herramienta fundamental para el conocimiento de las poblaciones que consumen drogas, sin mencionar que en gran medida son determinantes de las acciones a tomar para resolver dicho problema.

En México, uno de los órganos institucionales mas importantes en el estudio de la epidemiología de las adicciones es la Secretaria de Salud que desde 1988 realiza y publica la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), encuesta que tiene como finalidad conocer la prevalencia, la incidencia y las

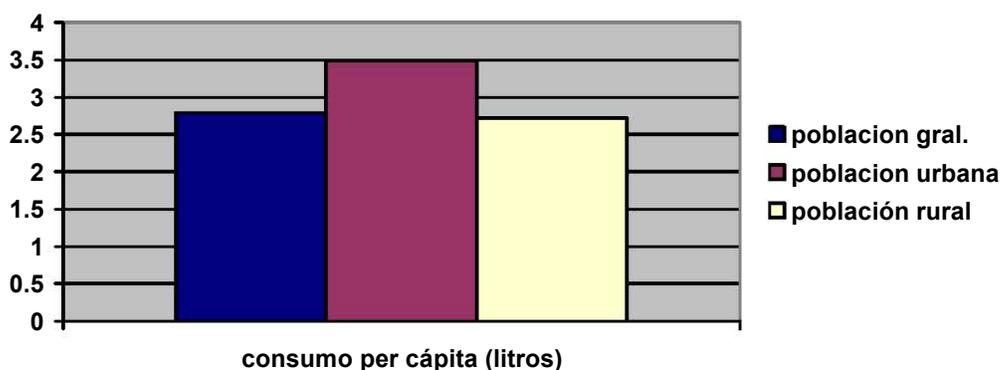
características específicas de la población que consume drogas en el país. Sin embargo, otras instituciones como el Instituto Nacional de Psiquiatría cuenta también con sistemas específicos de vigilancia epidemiológica (SRID, SIAVEA, etc.) y se enfocan al estudio de poblaciones específicas (por ejemplo estudiantes).

De acuerdo a la ENA, entre las sustancias legales más consumidas se encuentran el alcohol y el tabaco. Con respecto a las drogas ilegales, las más consumidas son la marihuana, la cocaína y los inhalables.

### **Consumo de alcohol**

De acuerdo a la ENA (2002), en México las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco. Con respecto al alcohol se encuentra que 32, 315, 760 personas entre los 12 y 65 años consumen alcohol. El consumo anual *per cápita* reportado por esta población fue de 2.79 litros, esta cantidad aumenta cuando se considera únicamente a la población urbana (3.48 l.) y cuando se considera sólo al sexo masculino se incrementa a 7.12 litros, en este grupo, el mayor índice de consumo se presenta en el grupo que comprende entre los 30 y 39 años de edad (8.33 l.). Ver figura 1

**Fig.1.** consumo *per cápita* en la población general, urbana y rural



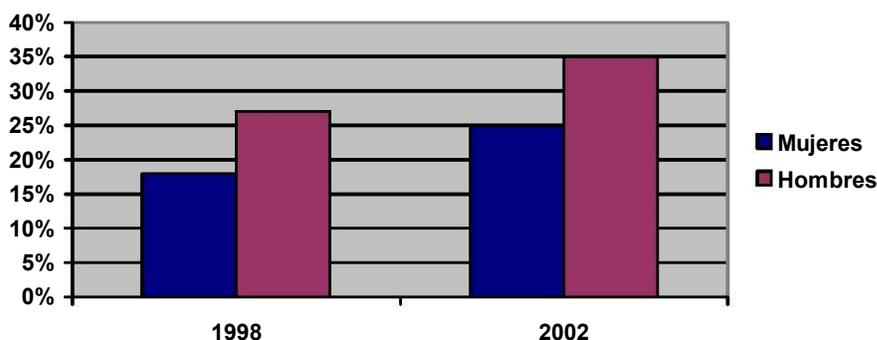
### *Población adolescente*

En este sentido, una de las poblaciones a las que se le pone especial atención es a la de los adolescentes. A este respecto se encuentra que cerca de tres millones y medio de adolescentes entre 12 y 17 años consumieron por lo menos una copa completa de alcohol en el último año. Dentro de esta población se encuentra que, en comparación con la cantidad de mujeres, existen más varones adolescentes que consumen alcohol. El patrón de consumo que caracteriza a esta población es de un consumo por mes. En cuanto a los criterios de dependencia al alcohol del DSM-IV, 2.1% de la población adolescente estudiada presentaba el criterio de dependencia, el cual fue más frecuente entre los varones que entre las mujeres.

Con respecto a las variaciones que ha tenido el consumo en esta población en los últimos años, la ENA reporta un incremento en el índice de consumo. En los varones se encontró un incremento de 27% en 1998 a 35%

en 2002 y en las mujeres se encontró el incremento de 18% en 1998 a 25% en 2002 (ver figura 2).

**Figura 2.** Tendencias del consumo en adolescentes en los últimos 4 años



### *Población adulta*

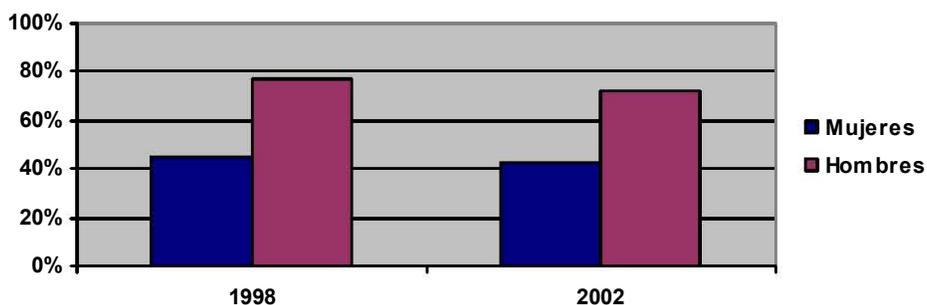
Dentro de la población adulta urbana 13, 581,107 hombres y 10, 314,325 mujeres reportaron haber consumido alcohol en el último año. La cantidad consumida habitualmente por mujeres urbanas es de una o dos copas por ocasión, en los varones urbanos es de 3 a 4 copas y en los rurales es de 5 a 7 copas.

Los patrones de consumo más característicos en los varones urbanos son el moderado alto (una vez por mes con 5 copas o más por ocasión) y el consuetudinario (cinco copas o más una vez por semana). En las mujeres el consumo mensual es el más frecuente, con menos de 5 copas por ocasión.

Con respecto a los problemas asociados al consumo de alcohol se presentaron principalmente en adultos varones, estos consistieron en iniciar peleas con la pareja y problemas legales, mismos que fueron mucho menos frecuentes en la población femenina.

Con respecto a las tendencias en los últimos años en la población adulta se encontró que el número de mujeres bebedoras se mantuvo estable con 45% en 1998 y 43% en 2002. En la población masculina el índice de bebedores disminuyó de 77% en 1998 a 72% en 2002. Por otro lado, se presentó un incremento en los ex bebedores de 14.4% en 1998 a 18% en 2002 (ver figura 3).

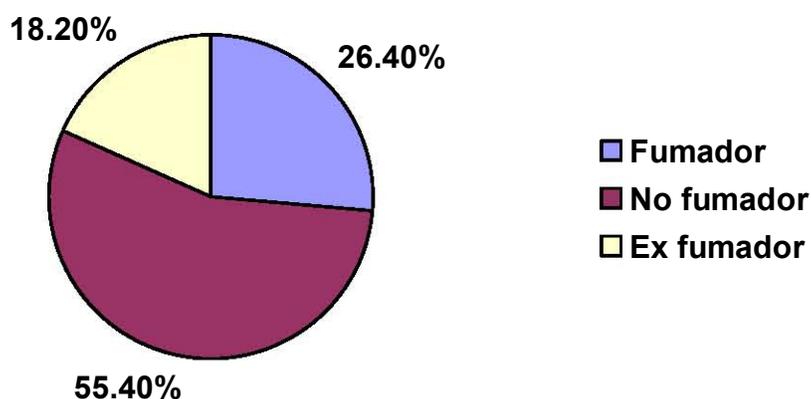
**Figura 3.** Tendencias del consumo en población adulta en los últimos 4 años



### Consumo de tabaco

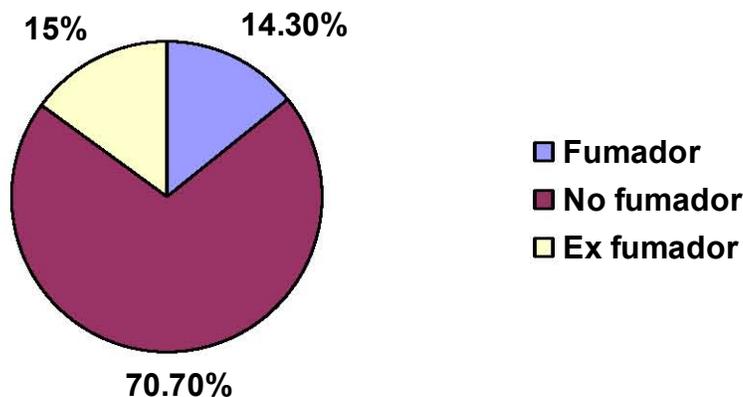
A nivel nacional, poco más de 16 millones de personas entre los 12 y los 65 años son fumadores. Dentro de la población urbana 26.4% de los individuos reportaron ser fumadores (cerca de 14 millones de personas), 18.2% exfumadores (9.6 millones de personas) y 55.4% (29.3 millones de personas reportaron nunca haber fumado (ver figura 4)

**Figura 4.** Distribución de la población urbana según su patrón de consumo



Por otro lado, en cuanto a la población rural se refiere 14.3% (2.4 millones de personas) eran fumadores, 15% exfumadores (2.5 millones) y 70.7% no fumadores (casi 12 millones), ver figura 5.

**Figura 5.** Distribución de la población rural según su patrón de consumo



En cuanto a la distribución por sexo en la población urbana de los fumadores 45% son hombres y 55% son mujeres, en la población rural la distribución es similar ya que 46% son hombres y 54% mujeres.

### *Población adolescente*

A pesar de que al tabaco se ha considerado como una droga legal, la venta de cigarrillos a menores de edad constituye una práctica ilegal en nuestro país. Sin mencionar que el consumo de tabaco a temprana edad representa un factor de riesgo para iniciar el consumo de otras drogas, es por ello que a este grupo de edad (12 a 17 años) se le considera como un grupo al que hay que poner especial atención con respecto al consumo de tabaco.

La prevalencia de adolescentes fumadores en zonas urbanas es de 10.1% (cerca de un millón de sujetos), entre los cuales, existen tres fumadores varones por cada mujer que fuma. En población rural la prevalencia de fumadores fue de 6.1% (231,677), donde 11.3% son varones y 1% mujeres.

En relación a la edad de inicio del consumo de tabaco, tanto en población urbana como en población rural cerca de la mitad empezó a fumar entre los 15 y 17 años (47.6% y 50.5% respectivamente).

### *Población adulta*

La prevalencia total de fumadores en poblaciones urbanas fue de 30.2% (12, 959,151), la cual está constituida en su mayoría por hombres (8, 514, 471), es decir existen 2.5 fumadores varones por cada mujer que fuma. En la población rural existe una prevalencia de 16.6% fumadores (2, 176, 663), de la misma forma que en la población urbana, la mayor proporción de fumadores se encontraba entre los varones, donde existieron 7.7 fumadores por cada mujer.

Entre esta población la edad de inicio del consumo señalada con más frecuencia fue de 15 a 17 años en población urbana y 18 a 25 en población rural.

## **Consumo de drogas ilegales**

En nuestro país, sin contar al alcohol y al tabaco, 3.5 millones de personas han usado alguna droga de tipo ilegal por lo menos alguna vez en su vida, de esta población 1.31% las usó en el último año y 0.82% en el último mes.

Con respecto a la distribución por sexo, 80% de los consumidores son hombres, es decir, existen cuatro hombres que consumen drogas ilegales por cada mujer que consume.

En relación a la distribución por grupos de edad, es importante mencionar que el grupo de edad en el que se encuentra una mayor proporción de consumidores es el de 18 a 34 años, es decir el grupo de adultos jóvenes (ver tabla 1)

Tabla 1. Prevalencia del uso de drogas por grupos de edad

<i>Alguna vez usado</i>	12 y 17 años* (N=172,020)	18 y 34 años* (N=1'565,494)	35 y 65 años* (N=1'150,386)
Marihuana	1.22	4.64	3.50
Inhalables	0.25	0.77	0.24
Alucinógenos	0.04	0.36	0.24
Cocaína y otros derivados	0.22	2.36	0.62
Heroína	—	0.22	—
Estimulantes tipo anfetamínico	0.13	0.11	0.03

En cuanto a las características de los usuarios de estas drogas es posible notar que una mayor proporción pertenece a zonas urbanas y que la edad de inicio del consumo se dio entre los 18 y 25 años de edad (ver tabla 2).

**Tabla 2.** Características de los usuarios de drogas ilegales

<i>Uso en el último año</i>	rural*	urbano*	Edad media de inicio**
Marihuana	0.58%	0.61%	18
Inhalables	0.03%	0.09%	18
Alucinógenos	***	0.01%	25
Cocaína y otros derivados	0.26%	0.38%	22
Heroína	—	0.01%	—
Estimulantes tipo anfetamínico	0.01%	0.05%	18

A partir de estudios epidemiológicos tan amplios como la ENA y otros, es posible conocer la magnitud del problema de consumo de drogas a nivel nacional, de ahí la importancia de este tipo de encuestas, ya que los datos encontrados permiten conocer detalladamente a la población consumidora, lo que nos permite tener un amplio conocimiento del problema, y a su vez, justifica el desarrollo y existencia de programas para la prevención y el tratamiento.

## **DESARROLLO DE LA COMPETENCIA DENTRO DE LA MAESTRIA**

Dada la importancia que tiene el conocimiento de los estudios epidemiológicos y su metodología, dentro del programa de Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones uno de los objetivos de la formación académica fue el desarrollo de la competencia profesional en la instrumentación de proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para la descripción del fenómeno de las adicciones, el análisis crítico de sus

resultados, el estudio epidemiológico en grupos especiales y las tendencias de consumo a nivel nacional.

Durante el primer semestre de la Maestría las prácticas en residencia se realizaron en el programa de “Detección temprana e intervención breve para usuarios de cocaína”, donde como su nombre lo indica, la población que fue objeto de estudio y de intervención fueron consumidores de cocaína. En este sentido, se presentó la necesidad de conocer a profundidad las características de esta población, por lo que las encuestas nacionales y los estudios de tipo psicosocial representaron un elemento fundamental para obtener este conocimiento. De esta forma se pudo determinar la magnitud del problema que representa el consumo de cocaína en México ya que se encuentra en 2º lugar de consumo a nivel nacional en cuanto a drogas ilegales se refiere y en los últimos años el consumo ha presentado una importante elevación. Este incremento en el consumo tiene que ver con la existencia de un mayor control de la zona fronteriza norte y otras vías de acceso al narcotráfico, con lo cual esta droga cuenta con mayor distribución dentro del país, dando por resultado mayor disponibilidad para el inicio y mantenimiento del consumo (Unikel, 1998).

Este tipo de conocimientos, obtenidos al participar en un programa de investigación, permitieron el desarrollo de habilidades en el estudio epidemiológico de poblaciones específicas en el ámbito de las adicciones. Por otro lado, los cursos impartidos dentro de la maestría también permitieron el desarrollo de habilidades aplicables al desarrollo de estudios de tipo epidemiológicos.

A continuación se describirán las habilidades a partir de las cuales la competencia fue adquirida durante la estancia en la Maestría en Psicología.

- Comprensión y manejo de los conceptos básicos aplicados al estudio epidemiológico de poblaciones humanas, tales como prevalencia, agente, huésped, historia natural de la enfermedad, incidencia, etc.
- Comprensión y manejo de los principales conceptos metodológicos aplicados a la investigación epidemiológica, tales como definición de la población meta, delimitación del fenómeno a investigar, muestreo, recolección de datos, análisis de datos, interpretación de datos.
- Comprensión y análisis crítico de los procesos metodológicos comúnmente utilizados para realizar estudios epidemiológicos en diversas poblaciones, en relación al objeto de estudio y el fenómeno estudiado.
- Conocimiento general de la problemática del consumo de drogas a nivel nacional y mundial, las principales tendencias en cuanto a consumo de drogas, por género y por grupos de edad.
- Actualización de la información epidemiológica de consumo de drogas a través de la consulta y análisis las diversas encuestas realizadas por instituciones de investigación y salud a nivel nacional y mundial.

- Comparación de las tendencias epidemiológicas entre población mexicana y población de otros países, para contextualizar la problemática del país en relación a la problemática mundial.
- Estudio y análisis crítico de las tendencias epidemiológicas en poblaciones específicas (ej. adolescentes o mujeres) y de sustancias específicas como el alcohol, la cocaína, el tabaco y los estimulantes de tipo anfetamínico.
- Comprensión y manejo del proceso de construcción, confiabilización y validación de instrumentos de medición aplicables en la instrumentación de estudios epidemiológicos.
- Manejo del paquete estadístico para el estudio de las ciencias sociales (SPSS), así como construcción de bases de datos y manejo de procesos estadísticos para el análisis e interpretación de datos.
- Definir a partir de las tendencias epidemiológicas de consumo de drogas en diversas poblaciones cuáles son las estrategias más adecuadas para la intervención, en relación a las principales necesidades que presenta cada población..

Cabe mencionar que dentro del plan de estudios no se plantea como objetivo que durante la Residencia el alumno diseñe e instrumente un proyecto de investigación epidemiológica, sin embargo durante la estancia en el Instituto Nacional de Psiquiatría se pudieron conocer muy de cerca investigaciones epidemiológicas realizadas por investigadores profesionales de dicha institución, donde se focalizó la atención en los procesos metodológicos y resultados obtenidos. Por otro lado, para realizar el trabajo clínico y de investigación en los diversos programas en los que se participó fue de suma importancia el estudio específico de poblaciones consumidoras de sustancias como el alcohol, el tabaco y la cocaína, sustancias con las que se trabajó de manera más frecuente. Por lo que, a través de las experiencias formativas obtenidas durante la maestría se puede concluir que se cuenta con los elementos necesarios para llevar a la práctica esta competencia.

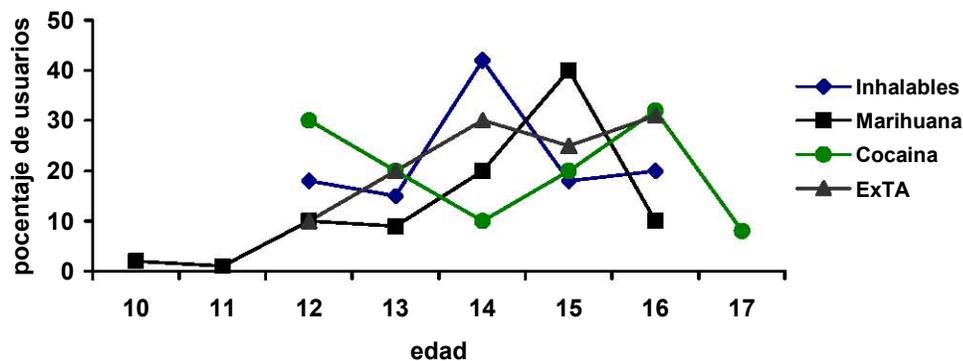
Uno de los mejores recursos de la Residencia en Adicciones para obtener la formación en el área de la epidemiología es el contar con el Instituto Nacional de Psiquiatría como sede de prácticas y estudio y la colaboración como docentes de los Profesionales que ahí laboran, sin embargo, probablemente una estadía más larga (en relación al semestre de residencia en que se participa) permitiría que el alumno diera un seguimiento más amplio a las investigaciones epidemiológicas realizadas en el INP.

### DESARROLLAR PROGRAMAS PREVENTIVOS A NIVEL INDIVIDUAL Y COMUNITARIO PARA EVITAR QUE EL FENOMENO SE PRESENTE

En la actualidad las adicciones representan un problema de salud con serias consecuencias a nivel psicológico, físico y social. A este respecto, una de las principales preocupaciones es instrumentar acciones para prevenir que el consumo de drogas se inicie como una forma de evitar el progreso hacia la adicción.

De acuerdo a los datos que proporcionan las encuestas nacionales, es durante la adolescencia cuando se inicia el consumo de drogas en la población general. De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2003) 215,634 adolescentes han consumido por lo menos alguna droga. Por otro lado, el inicio del consumo de drogas se ha dado a edades cada vez más tempranas (ver figura 1).

**Figura 1.** Edad de inicio en el uso de drogas (ENA, 2003)



Como se puede observar, la edad más frecuente para iniciar el uso de inhalables es a los 14 años, para la marihuana es a los 15 años, para la cocaína a los 16 y para los estimulantes de tipo anfetaminico se inicia la experimentación entre los 14 y los 16 años. Por lo antes mencionado podemos identificar a los adolescentes como una población en riesgo. En consecuencia, una gran cantidad de instituciones han desarrollado programas de prevención dirigidas específicamente a la atención de los adolescentes.

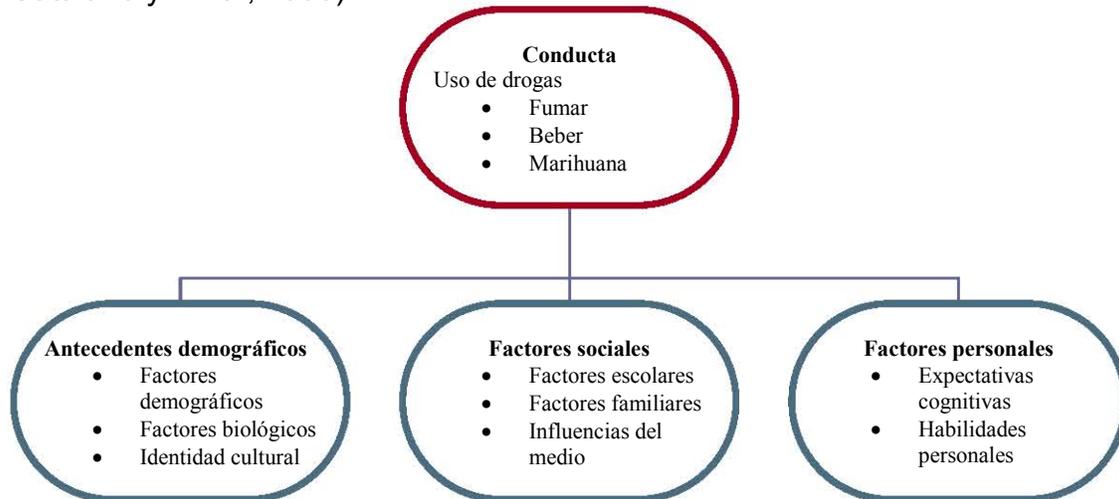
A dichos programas se les conoce como programas de prevención universal, ya que están orientados a atender a cualquier persona en alguna determinada población para evitar que se inicie en el consumo de drogas (Gordon, 1987).

#### Factores de riesgo y protectores

La investigación en el campo de la etiología de las adicciones ha identificado varios factores de riesgo para los adolescentes, así como factores protectores que median la influencia de los factores de riesgo. El siguiente

modelo integra varios dominios en los que se encuentran los factores que contribuyen a que la conducta de consumo de drogas se presente.

Figura 2. Modelo integral de dominios del uso de drogas ( Hawkins, Catalano y Miller, 1999)



Dentro de este modelo, el dominio de antecedentes históricos consiste en factores demográficos (edad, sexo, clase social), factores biológicos y culturales (temperamento, aculturación, identidad étnica) e influencias ambientales (desorganización comunitaria, disponibilidad de drogas). Los factores sociales incluyen los factores escolares (clima escolar, la adherencia escolar), factores familiares (prácticas de manejo familiar, disciplina, monitoreo uso de drogas en los padres) influencia de medios (televisión, películas y anuncios que promueven el uso de drogas) e influencia de pares uso de drogas en amigos y actitudes pro-uso). Los factores personales incluyen expectativas cognitivas (actitudes, creencias y expectativas de recompensa del uso de drogas), habilidades de competencia personal (toma de decisiones, autocontrol), habilidades sociales (habilidades de comunicación, asertividad) y factores psicológicos (autoeficacia, autoestima y bienestar psicológico).

De acuerdo a otras investigaciones se han encontrado algunos factores denominados específicamente como de riesgo o bien protectores y que tienen implicaciones importantes para el desarrollo de acciones efectivas de prevención (NIDA, 2000).

**Tabla 1.** Factores de riesgo y de protección

Factores de riesgo	Factores protectores
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Padres que consumen drogas o que presentan alguna enfermedad mental</li> <li>•Relaciones, supervisión y paternidad pobres</li> <li>•Conductas inapropiadas en el salón de clase</li> <li>•Desempeño escolar ineficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Relaciones parentales fuertes</li> <li>•Reglas de conducta claras al interior de la familia</li> <li>•Padres involucrados en la vida de los hijos</li> <li>•Desempeño escolar exitoso</li> <li>•Relaciones positivas con</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades sociales pobres</li> <li>• Relaciones con pares con problemas de conducta</li> <li>• Percepción de que el consumo de drogas es aceptable entre los pares, la escuela o el ambiente comunitario</li> </ul>	<p>instituciones como la escuela</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo con las normas sociales acerca de que el uso de drogas no es aceptable</li> </ul>
--	---

### **Principios de intervenciones efectivas**

De acuerdo a los factores de riesgo y de protección identificados se espera que la prevención se encuentre estrechamente relacionada a ellos, aunque en gran medida dependa también de la población objetivo. En este sentido, se han encontrado una amplia variedad de principios fundamentales de efectividad para el desarrollo de programas de prevención universal (NIDA, 2000):

- Los programas de prevención deben promover o desarrollar los factores protectores y reducir los factores de riesgo
- Los programas de prevención deben tener como objetivo evitar todas las formas de abuso de drogas, incluyendo el uso de tabaco, alcohol, marihuana e inhalables
- Los programas de prevención dirigidos a gente joven deben ser adecuados a la edad, apropiados a la etapa de desarrollo y culturalmente sensibles; deben ser vistos como intervenciones a largo plazo, con intervenciones repetidas para reforzar las metas de prevención originalmente especificadas
- Los programas de prevención deben incluir un componente que entrene a padres o tutores a reforzar las normas antidrogas al interior de la familia
- Los programas de prevención basados en la familia deben de tener mayor impacto que aquellos que se focalizan únicamente en los padres o en los hijos
- Los programas de prevención deben ser adaptados para intervenir con problemas específicos de abuso de drogas en la localidad

### **Situación de la prevención en México**

En México, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) se encarga de normar y supervisar el cumplimiento adecuado de las acciones de prevención a nivel nacional. Dentro de los principales programas de prevención que se llevan a cabo en el país se encuentran los siguientes (CONADIC, 2003):

- Modelo preventivo: Construye tu vida sin adicciones: basado en una amplia revisión de diferentes intervenciones

preventivas y de sus resultados, más que basarse en evitar los factores de riesgo social e individual para el consumo de drogas, se dirige a fortalecer los factores de protección y la resiliencia. Se orienta a reforzar la responsabilidad individual y social acerca de la salud, promover estilos de vida que permitan desarrollar el potencial de cada persona y propiciar condiciones que puedan elevar la calidad de vida entre las familias y las comunidades.

- Centros de Integración Juvenil (CIJ): organización de participación estatal mayoritaria que cuenta con servicios de prevención y tratamiento de la drogadicción en casi todos los estados del país, con 19 unidades operativas en el Distrito Federal y municipios conurbanos del estado de México, además de 49 en el interior de la república, 13 de los cuales están dedicadas exclusivamente a los servicios preventivos. El modelo de CIJ en materia de prevención está basado en la educación para la salud y se cumple mediante acciones de información a la población en general y en escuelas; orientación dirigida a niños, jóvenes y familias; y capacitación a grupos organizados que pueden desarrollar a su vez acciones preventivas, como maestros y clubes de servicio, a la comunidad, a través de sus líderes formales e informales; y, finalmente, al voluntariado y personal en servicio social, que se incorporan al desarrollo e implantación de programas preventivos en instituciones.

- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuentan con programas preventivos dirigidos a sus derechohabientes, y editan y distribuyen materiales y guías para los responsables de servicios de salud sobre el tema de adicciones.

- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) lleva a cabo desde hace varios años importantes acciones preventivas, dirigidas básicamente al núcleo familiar y a la población adolescente, a través del Instituto Nacional de Salud Mental, el Programa de Prevención de la Farmacodependencia y el Programa para el Desarrollo Integral del Adolescente (DIA).

- La Secretaría de Educación Pública (SEP) ha ampliado sus acciones de prevención a partir de la incorporación de asignaturas en los planes y programas de estudio. En este contexto se puede mencionar la asignatura de Formación Cívica y Ética, que busca promover la construcción de valores individuales y sociales y la formación de comportamientos de autocuidado y de rechazo consciente a conductas socialmente no deseadas. En educación primaria destacan los contenidos de Ciencias Naturales de 3º, 4º y 5º grados, en cuyos ejes temáticos se abordan temas preventivos específicos relativos al tabaquismo, alcoholismo y otras sustancias adictivas.

- En el Distrito Federal, se lleva a cabo el Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones (PEPCA), respuesta de la Subsecretaría de Servicios Educativos para el D.F., planteada como una opción para enfrentar el problema de las

adicciones desde la escuela y la familia, con posibilidad de trascender a la comunidad. El PEPCA se basa en un proceso de educación social y de construcción de valores.

- La Comisión Nacional del Deporte (CONADE) organismo de la SEP, lleva a cabo tareas permanentes en todo el país, como conferencias y cursos entre personal médico y técnico deportivo, a través de la Dirección de Medicina y Ciencias Aplicada al Deporte, y de sus centros regionales en ese ramo. La prevención del consumo de drogas que comúnmente se usan en el deporte, tales como los esteroides y distintos estimulantes ha sido tema recurrente en su labor.

- Causa Joven, dependencia de la SEP, desarrolla desde hace diez años el Programa Nacional Juvenil para la Prevención de las Adicciones (PREVEA), que opera con regularidad en 20 de las 32 entidades federativas. En fecha reciente Causa Joven se transformó en el Instituto Mexicano de la Juventud.

- La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) cuenta desde hace varios años con sólidos programas de prevención, aplicados en 14 planteles de bachillerato, así como en escuelas superiores y facultades. Entre las principales acciones desarrolladas se encuentran: sesiones educativas, cursos, concursos de carteles, cine-debates, consejo médico, edición de folletos, carteles, periódicos murales y la celebración de Ferias de Salud, además de numerosas emisiones de radio y televisión. Así mismo, en la Facultad de psicología se encuentra el Programa de Conductas Adictivas, que proporciona servicios de enseñanza, prevención y tratamiento de conductas adictivas a estudiantes y trabajadores de la UNAM.

- El Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM) lleva a la práctica en sus diversos campus, tareas preventivas de las adicciones entre su población estudiantil y docente, como la distribución de impresos, periódicos murales, pláticas y conferencias a cargo de profesionales.

- En los últimos años, se ha incorporado un elevado número de organizaciones de la sociedad civil al trabajo preventivo, entre las que se encuentran: Fundación Casa Alianza, que realiza acciones preventivas con niños de la calle; Hogares Integrales de la Juventud, cuya labor preventiva se dirige a jóvenes de sectores sociales en condiciones adversas; la agrupación Diez Mil Amigos, de Sinaloa; El Caracol; el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos; el Fideicomiso para la Prevención de las Adicciones (FIPADIC) de Tlaxcala; Grupo Macolla, de Aguascalientes; y la Organización Juvenil Revolucionaria Agrarista de Iztapalapa, que trabaja con niños y jóvenes de esa comunidad en talleres sobre técnicas de graffiti y serigrafía.

Dentro de los programas preventivos realizados en el país, un común denominador en los componentes de intervención es el ofrecer información, factor que, a través de estudios empíricos, se ha visto no es suficiente para prevenir el consumo de drogas. Por otro lado, ayudados por estudios de tipo

epidemiológico es posible identificar que en nuestro país constantemente se presentan nuevos casos de inicio en el consumo, lo que evidencia que es muy importante tomar en cuenta aquellos elementos que se han reportado como efectivos en materia de prevención al momento de desarrollar programas de intervención dirigidos a poblaciones específicas.

## **DESARROLLO DE LA COMPETENCIA DURANTE LA MAESTRIA**

Durante la maestría el desarrollo de la competencia “desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el fenómeno se presente” tuvo un sostén muy importante en el contacto directo y participación en seminario con la investigadora responsable del Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli desarrollado por el Instituto de educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C. (INEPAR), el cual fue la sede de dicho seminario.

A partir de la participación en este seminario y otros cursos se adquirieron las siguientes habilidades que permitieron el desarrollo de la competencia:

- Comprensión de los principales conceptos teóricos desarrollados en el campo de las adicciones que sustentan la existencia de diversos modelos de prevención.
- Identificación de las poblaciones más vulnerables para el inicio de consumo de drogas, así como sus principales factores de riesgo y factores protectores.
- Conocimiento de los principales programas de prevención desarrollados a nivel nacional e internacional, así como la comprensión de sus características metodológicas y técnicas contextualizadas desde una perspectiva teórica.
- Comprensión de los procesos metodológicos llevados a cabo en la instrumentación de programas de prevención.
- Análisis crítico de los procedimientos y resultados de diversos programas de prevención, sobre todo en relación a sus objetivos y población de estudio.
- Conocimiento de las prácticas que mediante años de investigación han sido empíricamente evaluadas para realizar prevención primaria y que en consecuencia se ha determinado son las más efectivas.
- Estudio de poblaciones específicas para que, a partir de sus características y necesidades, se determinen cuáles son las mejores prácticas en materia de prevención en respuesta a esas necesidades.
- Planeación de estrategias de intervención que se amolden a las necesidades de las poblaciones identificadas como vulnerables.
- Desarrollo y evaluación objetiva de las estrategias de intervención, para determinar su efectividad en la población seleccionada.

Durante los cursos y seminarios de metodología de la investigación impartidos en la Residencia se dotó al alumno de herramientas muy importantes para determinar los elementos necesarios para desarrollar programas de atención en adicciones tales como los de tipo preventivo, que

sean relevantes, con practicas empíricamente sustentadas, con procedimientos claros y precisos y con resultados congruentes con las practicas realizadas.

Es importante mencionar también que durante la Maestría en Psicología se mantuvo contacto cercano con diversos investigadores dedicados a la prevención de adicciones, lo que permitió conocer las bases teóricas, los procedimientos y resultados de algunos programas, situación que permitió desarrollar ampliamente la competencia en el aspecto teórico. Estos aspectos, por solo mencionar algunos, dotaron a la alumna de los elementos necesarios para contar con la posibilidad de poner en práctica a nivel profesional esta competencia

### **DESARROLLAR PROGRAMAS DE DETECCION TEMPRANA E INTERVENCION BREVE PARA REDUCIR LOS DAÑOS QUE CAUSE EL CONSUMO DE DROGAS PSICOACTIVAS**

De acuerdo a los resultados presentados por la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2003) los patrones de consumo más característicos de las poblaciones urbanas y rurales son el moderado alto y el consuetudinario en los varones, en tanto que para las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de 5 copas por ocasión. Los problemas más frecuentes entre los varones son haber iniciado una discusión o pelea con su esposa mientras bebían, tener problemas con las autoridades y haber sido arrestados por manejar después de haber bebido y en las mujeres es considerablemente menos frecuente que se presenten estos problemas. A partir de estos datos es posible precisar que una gran mayoría de bebedores en nuestro país son los llamados bebedores problema, aquellas personas que consumen cantidades excesivas de alcohol de manera repetida, con cambios negativos en la vida social y familiar, aunque no presentan una dependencia como en el caso del alcoholismo (Velasco, 2001).

Si bien existen en nuestro país diversas modalidades de tratamiento para el consumo de drogas, los más preponderantes son el modelo basado en los doce pasos de Alcohólicos Anónimos y el modelo médico, modelos orientados a abordar el consumo de alcohol o drogas como una adicción en la que va implícita una dependencia. Si retomamos los resultados de la ENA (capítulo 1) se hace evidente que en México existen probablemente más bebedores problema que dependientes, por ello es necesaria la existencia de modelos de intervención dirigidos específicamente a esta población.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento de las adicciones (SSA, 1999) la detección temprana es una estrategia terapéutica, que combina la identificación de los riesgos o daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas, y el tratamiento oportuno de los mismos y debe realizarse particularmente con aquellos individuos que aún no presentan síndrome de dependencia, ni severidad en los trastornos asociados al consumo.

Tales modelos pueden verse representados por aquellos que buscan detectar de manera oportuna el consumo de alcohol o drogas y que posteriormente realizan una intervención breve para que la persona deje de consumir o modere su consumo (en el caso del alcohol) y se pueda prevenir que llegue a presentar dependencia a la droga antes mencionada. Estos modelos de detección temprana e intervención breve están sustentados en varios marcos conceptuales que se describirán a continuación de manera sucinta:

- *Teoría del aprendizaje social.* Desarrollada por Bandura, donde se conjuntan los principios de condicionamiento clásico y operante, así mismo, incorpora procesos como los procesos vicarios, la

simbolización y la autorregulación para explicar el inicio y mantenimiento de una conducta. (Abrahams y Niaura, 1987). La TAS afirma que en su mayoría, el aprendizaje humano se da en el medio social. es decir, observando a los demás la persona adquiere conocimientos, estrategias, creencias, actitudes y conductas. En esta medida, el sujeto es un ser que aprende la función de diversos comportamientos observando a aquellos modelos que los ejecutan y las consecuencias que obtienen a partir de dichas ejecuciones. A partir de tal observación el sujeto es capaz de anticipar los resultados de realizar la misma conducta, si a esto se suma el hecho de que el sujeto experimente de manera agradable tales resultados, entonces se incrementará la probabilidad de que se repita la conducta, ya que el sujeto contará ahora con expectativas positivas para repetirla (Bandura, 1987). Esta teoría se puede transportar al consumo de sustancias, ya que durante varias etapas de desarrollo algunos sujetos aprenden de manera vicaria las consecuencias positivas del consumo de alcohol y drogas, si en algún momento llegan a consumir y experimentan sensaciones agradables o consecuencias positivas por el consumo esto incrementará la probabilidad de que anticipen estas mismas consecuencias para futuros consumos y en ese sentido los repitan

- *Terapia cognitivo conductual.* La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) integra principios derivados de la teoría conductual, la teoría del aprendizaje social y de la terapia cognitiva. Ésta aproximación combina elementos de los modelos cognitivos y conductuales, aunque en la mayoría de los escenarios de tratamiento de abuso de sustancias se consideran como terapias separadas.

El modelo cognitivo conductual asume que los abusadores de sustancias tienen habilidades de enfrentamiento deficientes, prefieren no usar las que tienen o no pueden usarlas. Con el paso del tiempo, a través de la observación de personas que consumen sustancias para afrontar situaciones difíciles se desarrollan expectativas positivas hacia el consumo. Cuando experimentan los efectos inmediatos y positivos de consumir aumenta la probabilidad de que consuman nuevamente hasta que el consumo regular se convierte en una forma de afrontar diversas situaciones.

La TCC usa los procesos de aprendizaje para ayudar a los consumidores a reducir su consumo de drogas, ya que ayuda al cliente a reconocer las situaciones donde es probable que use sustancias, generando formas de evitarlas, por otro lado, favorece el enfrentamiento efectivo de una gran variedad de situaciones, sentimientos y conductas relacionadas al abuso. Para lograr estas metas terapéuticas, la TCC incorpora tres elementos centrales, que son el análisis funcional, el entrenamiento en habilidades y la prevención de recaídas (Carroll, 1998).

- *Intervención breve.* Las intervenciones breves representan una oportunidad para ayudar a los sujetos en una etapa previa del consumo problemático de alcohol o drogas, antes de que se desarrolle una dependencia. Sus ventajas consisten en que son de bajo costo, de rápida aplicación, pueden llevarse a cabo en modalidad de consulta externa, así mismo, son atractivas para los usuarios ya que ellos

mismos pueden escoger su meta terapéutica en términos de moderación o de abstinencia (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 2001) escenarios que van desde salas de emergencia hasta instituciones de salud. La meta básica de las intervenciones breves consiste en reducir el riesgo de daño que pudiese resultar del consumo continuo de sustancias. Específicamente la intervención breve busca concienciar y motivar al usuario para que se comprometa a realizar un cambio conductual con respecto a su consumo (Miller y Rollnick, 1999).

- *Entrevista motivacional.* La entrevista motivacional es una estrategia clínica que busca incrementar la motivación del cliente para el cambio de su conducta de consumo. La entrevista motivacional interviene ofreciendo una retroalimentación sobre el riesgo que representa el consumo y los problemas asociados a él; centra la responsabilidad del cambio en el individuo; informa al individuo acerca de su consumo y las alternativas para el cambio; le ofrece un menú de opciones de cambio; le brinda un consejo empático a partir de la escucha reflexiva y finalmente hace énfasis en el incremento de la autoeficacia para motivar el cambio conductual (Miller y Rollnick, 1999).

## **DESARROLLO DE LA COMPETENCIA DURANTE LA MAESTRIA**

En atención a la importancia de que existan tratamientos dirigidos a reducir los daños y expertos en su diseño e instrumentación, a partir del segundo semestre de la maestría, la residencia se llevo a cabo en programas orientados hacia la detección temprana e intervención para usuarios de drogas como la cocaína, el alcohol y el tabaco. En el programa “Detección Temprana e Intervención Breve para Usuarios de Cocaína” se realizaron prácticas de investigación y tratamiento, se conocieron los orígenes teórico-metodológicos de la intervención, la construcción de sus sesiones e instrumentos y se participó directamente en la evaluación de ellos. Durante este proceso se obtuvo experiencia práctica muy valiosa que contribuyó al desarrollo de la competencia para desarrollar programas de detección temprana e intervención breve. En los programas “Autocambio Dirigido para Bebedores Problema” y “Autocambio Dirigido para Fumadores” se participó en la atención directa de usuarios, en este último la participación se realizó en la fase de evaluación del tratamiento, por lo que también resultó una experiencia práctica valiosa, pues se tuvo la oportunidad de seguir de manera directa esta fase de la investigación. Cabe mencionar que los seminarios cursados también tuvieron una relevancia fundamental para la adquisición de esta competencia. A continuación se describirán las habilidades desarrolladas dentro de esta competencia y posterior a ellas se presentan tres casos atendidos en los programas anteriormente mencionados que representaron un importante sustento para el desarrollo de la misma.

- Comprensión y dominio de los enfoques teóricos y técnicos que abordan el consumo de drogas, a partir de los cuales se sustentan múltiples tratamientos para intervenir de manera oportuna en el consumo de drogas.

- Comprensión de conceptos como uso, abuso y dependencia a drogas, consumo problemático, bebedor problema,

daños sociales, etc., que justifican la existencia de programas de detección temprana e intervención breve.

- Conocimiento y dominio de las aproximaciones teóricas que sustentan los programas de detección temprana e intervención breve y que son llevados a cabo como parte de la residencia en adicciones, tales como el Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Usuarios de Cocaína, el Programa de Autocambio dirigido para Bebedores problema y el Programa de Autocambio dirigido para Fumadores.

- Conocimiento y manejo de instrumentos de medición y sistemas de evaluación para realizar una detección temprana del consumo de drogas en diversas poblaciones.

- Diagnostico del consumo problemático de sustancias adictivas en pacientes que solicitan atención.

- Evaluación y análisis crítico de los resultados obtenidos a partir de la evaluación de un paciente, para determinar si la intervención responde a las necesidades del individuo.

- Comprensión y manejo de las técnicas de intervención propuestas por los investigadores dentro de los programas de detección temprana e intervención breve llevados a cabo como parte de la residencia en adicciones.

- Instrumentación directa con usuarios de técnicas de intervención breve para el consumo de drogas, tales como evaluación de costos y beneficios del consumo, análisis funcional del consumo de drogas, identificación de situaciones de riesgo y entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, entrenamiento en un modelo de solución de problemas, etc.

- Conocimiento de los procedimientos para realizar una investigación a través de la comprensión de la metodología y diseño de investigación utilizada en cada programa de intervención, lo que permitió identificar la consistencia y coherencia entre los objetivos, los procedimientos y los resultados presentados por éstas.

- Diseño y desarrollo de intervenciones breves dirigidas a poblaciones específicas, que cuenten con sistemas adecuados para la evaluación de sus resultados y procedimientos y que cuenten con estrategias efectivas de intervención sustentadas empíricamente.

Dentro de la Residencia en Adicciones se contó con la oportunidad de diseñar, pero no de desarrollar un programa de intervención breve. Este diseño consistió en una propuesta de intervención breve dirigida a adolescentes que consumen drogas y a sus familias. En este sentido, los fundamentos teóricos aprendidos y la práctica clínica realizada fortaleció las habilidades ya aprendidas en la residencia en cuanto al desarrollo de esta competencia.

# **CASOS CLINICOS**

---

# EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE UN CASO DE CONSUMO DE TABACO

## 1. 1 Motivo de consulta y evaluación (Información obtenida de la entrevista)

Teresa (nombre ficticio) es una mujer de 50 años, casada con un hijo, dedicada al hogar y a la contabilidad del negocio familiar de mecánica automotriz. Asiste a la clínica #28 del IMSS para participar en el programa de autocambio dirigido para fumadores.

Refiere como motivo de consulta querer dejar de fumar por salud y porque a su esposo le molesta que fume. Teresa refiere que acostumbra fumar en diversos momentos del día, en cuanto se levanta, cuando va al baño, después de comer, cuando se siente tensa y cuando cocina.

Teresa menciona que fuma hace 29 años, y que durante este periodo ha tenido niveles de consumo variables en los que la mayor cantidad que llegó a fumar fueron 20-30 cigarros al día, esto cuando trabajaba como contadora en una empresa y se encontraba, según sus palabras, sometida a mucha presión. Posterior a haber dejado el trabajo fue decrementando el número de cigarros hasta que llegó a la cantidad de diez por día. Una de las dificultades que ha tenido por fumar ha sido fuerte cansancio al realizar actividad física como subir escaleras o caminar largas distancias. Por otro lado menciona no haber recibido con anterioridad tratamiento alguno para dejar de fumar.

### 1.2 Evaluación realizada por medio de cuestionarios

**1.2.1.** Cuestionario de Dependencia de Fagerström (adaptado por INER, 1999, citado en SSA, 1999).

De acuerdo al puntaje arrojado por el instrumento se encontró que Teresa presentaba una dependencia alta al tabaco. Por otro lado, mencionó también en este instrumento encontrarse lista para dejar de fumar en los próximos treinta días.

**1.2.2.** Cuestionario de Depresión de Beck (adaptado por Robles, Jurado y Páez, 2001)

En relación al puntaje que presentó Teresa se estableció que en el momento de la evaluación presentaba un nivel leve de depresión

**1.2.3.** Inventario Breve de Ansiedad de Beck (adaptado por Varela, Villegas y Jurado, 2000)

Se encontró respecto a los síntomas del cuadro de ansiedad que Teresa presentó un nivel de ansiedad leve.

**1.2.4.** Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Medina, 2002)

A continuación se presentan los índices de autoconfianza de Teresa en cada escala de riesgo

**Tabla 1.** Índices de autoconfianza en situaciones de riesgo

ESCALA	PUNTAJE
EMOCIONES DESAGRABLES	20%
MALESTAR FISICO	50%
EMOCIONES AGRADABLES	95%
PRUEBA DE CONTROL PERSONAL	10%
NECESIDAD FISICA	20%
CONFLICTO CON OTROS	20%
PRESION SOCIAL DE CONSUMO	100%

MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS	95%
----------------------------------	-----

**1.2.5.** Inventario de disposición al cambio (SOCRATES) (adaptado por Cuevas, 2005)

A continuación se presentan los niveles de disposición al cambio de Teresa en cada una de sus escalas

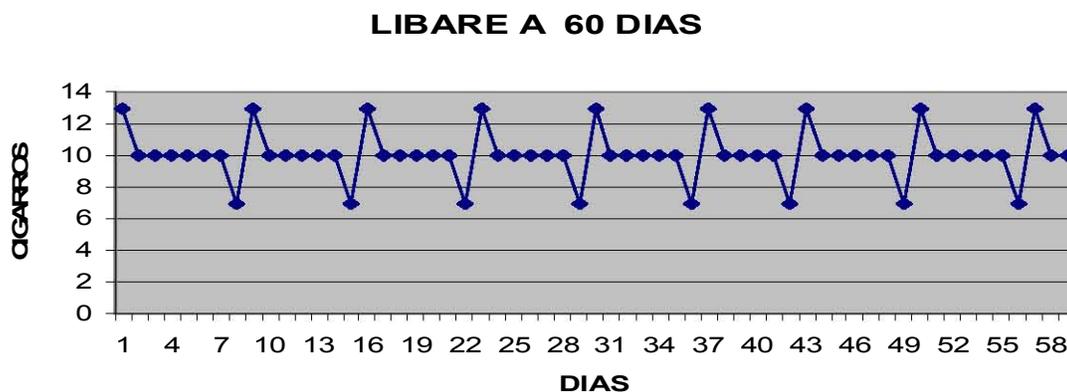
**Tabla 2.** Puntaje en las escalas de disposición al cambio

ESCALA	RANGO
RECONOCIMIENTO	ALTO
AMBIVALENCIA	ALTO
ACCION	MEDIO

**1.2.6.** Línea Base Retrospectiva (LIBARE) (Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998)

A continuación se presenta el patrón de consumo de tabaco de Teresa durante los 60 días previos al inicio del tratamiento (figura 1).

**Figura 1.** Patrón de consumo durante los 60 días previos a la intervención



## 2. Diagnostico

De acuerdo a la evaluación realizada se encontró que Teresa presenta una dependencia alta al tabaco. Presenta niveles leves de depresión y ansiedad.

Presenta niveles especialmente bajos de autoconfianza en situaciones de emociones desagradables, prueba de control personal, necesidad física y conflicto con otros; por otro lado, presenta niveles altos de confianza en situaciones como emociones agradables, presión social para consumir y momentos agradables con otros.

En cuanto a la disposición al cambio se encontró que presentaba un alto reconocimiento del problema del consumo, que tenía una ambivalencia alta para el cambio y que en general había realizado algunas acciones para modificar su consumo, lo que la ubica en una etapa de *acción* para el cambio de su conducta. Por otro lado, Teresa mantuvo durante los 60 días previos a la asistencia al tratamiento un consumo diario de 10 cigarros en promedio, con variaciones de 13 y 7 cigarros.

### 3. Tratamiento

Los objetivos establecidos y las técnicas terapéuticas establecidas de acuerdo al programa de autocambio dirigido para fumadores se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 3.** Objetivos de la intervención y técnicas utilizadas

Objetivos	Técnicas
Identificación de beneficios y costos del consumo y elección de meta de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balance decisional</li> <li>• Retroalimentación del patrón de consumo</li> <li>• Establecimiento de metas</li> </ul>
Identificación de situaciones de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis funcional</li> <li>• Autorregistro del consumo</li> </ul>
Enfrentamiento de situaciones de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de un modelo general de solución de problemas</li> </ul>
Reestablecimiento de metas y prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimentación de los avances alcanzados durante el tratamiento</li> <li>• Reestablecimiento de metas</li> <li>• Anticipación de probables situaciones de riesgo en el futuro y elaboración de planes de acción</li> </ul>

#### Desarrollo por sesiones

El tratamiento se llevo a cabo durante 4 sesiones:

En la **primera sesión** se le solicitó a Teresa que analizara cuáles eran las ventajas y desventajas de dejar de fumar y de continuar fumando. Las ventajas y desventajas que señalo son las siguientes:

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me relaja</li> <li>• Es un acompañante que nunca me deja sola</li> <li>• Me ayuda a ir al baño</li> <li>• No subo de peso, porque si lo dejo voy a engordar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasto mucho dinero en cigarros</li> <li>• Le molesta a mi familia</li> <li>• Daña mi salud</li> <li>• Mancha mis dientes</li> <li>• Daña mi piel</li> <li>• Huelo mal</li> <li>• Dependo de algo externo a mi</li> </ul>

Se le dio la información que arrojó la evaluación que se le realizó en las dos sesiones previas, ante lo que mencionó no haber reflexionado de la magnitud de su consumo y cómo le afectaba. Posteriormente se le pidió que estableciera una meta con relación al consumo para la próxima semana, en este caso, Teresa decidió que reduciría su consumo a 7 cigarros por día a partir de la primera sesión de tratamiento. Ella menciona que contaba con un 50% de confianza para lograr su meta.

En la **segunda sesión** Teresa dijo sentirse satisfecha con el cumplimiento de la meta, pues sólo un día la rebaso con un cigarro y hubieron días en los que fumo 7 o menos cigarros como ya se lo había establecido. Durante la sesión se realizó un

análisis de las situaciones en las que Teresa percibía menos autoconfianza para no fumar. En este sentido mencionó las siguientes situaciones:

**Situación 1.**

“Cuando cocino durante los lunes, ya que ese día hago la comida para toda la semana, estoy sola y durante esas horas siempre ha sido una costumbre fumar”

**Consecuencias positivas**

“El cigarro me acompaña en este tipo de actividades que resultan tediosas”

**Consecuencias negativas**

“Por las horas que me tardo en cocinar fumo más de lo que regularmente acostumbro”

**Situación 2**

“Cuando me siento presionada por las actividades del hogar y del trabajo”

**Consecuencias positivas**

“Me relaja, mientras fumo me puedo dar un tiempo para tranquilizarme”

**Consecuencias negativas**

“Estoy conciente de que voy a seguir teniendo preocupaciones”

**Situación 3**

“Cuando estoy en la sobremesa”

**Consecuencias positivas**

“Disfruto más el momento de la comida”

**Consecuencias negativas**

“tengo que hacerlo sola porque mi familia no tolera el humo del cigarro”

**Situación 4**

“Cuando manejo”

**Consecuencias positivas**

“me ayuda a relajarme cuando encuentro mucho trafico en las calles”

**Consecuencias negativas**

“lleno de humo mi auto y huele mal y yo también huelo mal”

Durante la sesión se hizo hincapié en la importancia de conocer las situaciones de riesgo para el consumo. A partir de las situaciones se planteo que para la siguiente sesión se prepararían posibles soluciones o planes para enfrentar de manera efectiva las situaciones en las que es más probable que haya un consumo. Al final de la sesión Teresa se estableció como meta para la próxima semana un consumo de 5 cigarros.

En la **sesión tres** Teresa menciona no haber cumplido por completo su meta ya que en dos ocasiones llego a tener consumos de 7 cigarros. En esta sesión se trabajo junto con Teresa un plan de acción para enfrentar las situaciones de riesgo para consumir

Respecto a la primera situación que señalo en la sesión anterior Teresa menciono las siguientes posibles soluciones.

1. No cocinar los lunes para toda la semana, cocinar todos los días la comida para el mismo día.
2. Quitar los ceniceros de la cocina y todo lo que me recuerde el fumar

En este caso las dos alternativas le parecieron prometedoras y se comprometió a probar como le resultaría durante la siguiente semana

En la segunda situación Teresa mencionó las siguientes soluciones:

1. Hablar con mi marido para que sea más comprensivo sobre que el trabajo en la casa y el negocio es demasiado y me hace sentir muy presionada
2. Pedirle que me ayude en algunas actividades de la casa

3. Pedirle que me ayude con mi tratamiento y que no minimice los pequeños logros que voy teniendo con mi consumo.
4. Puedo buscar tranquilizarme de otras formas como saliendo a caminar un rato.

De estas soluciones consideró que las más prometedoras son la primera y la cuarta, las cuales pensó en probarlas durante la siguiente semana si se sentía presionada por sus actividades.

En la tercera situación Teresa menciona las siguientes alternativas

1. levantarme inmediatamente después de a comida y ponerme a lavar los platos
2. ver un rato la tele y en lugar de fumar tomarme un café o un te
3. salir a caminar un rato para hacer un poco de ejercicio y tener una mejor digestión
4. quitar los ceniceros de toda la casa
5. tomarse un momento para platicar con su familia después de comer

De estas alternativas la mejor es la tercera, pues piensa que en este caso también podría ayudar a relajarla

En la cuarta situación teresa menciona las siguientes alternativas:

1. tratar de usar transporte publico más días pues ahí no podría fumar, ahorraría tiempo y dinero y no me preocuparía por ser yo quien maneja
2. no dejar cigarros en el carro

En este caso la alternativa más prometedora fue la primera, pues ahora que piensa dejar de fumar el caminar puede ayudarle.

En esta sesión Teresa realizó importantes reflexiones sobre su consumo, en primer lugar dijo que hace meses ya se estaba preparando para dejar de fumar, pues comenzó a asistir a tratamiento para reducción de peso, pues estaba segura de que el dejar de fumar por completo haría que se incrementara su peso corporal. Por otro lado se estableció la meta de no comprar más cigarros, pues cuando iba al supermercado compraba 2 o 3 cajetillas para la semana, lo que hacía que tuviese disponible los cigarros todo el tiempo. Al final de la sesión Teresa dijo desear seguir con la meta de 5 cigarros pues creía que la próxima semana si podría lograrlo.

Entre la sesión tres y cuatro transcurrió un periodo de 15 días ya que Teresa no asistió a su cita por haberse encontrado enferma, sin embargo, por teléfono dijo estar cumpliendo con su meta establecida en la ultima sesión.

En la **cuarta sesión** Teresa se presento diciendo que estaba contenta porque había cumplido con su meta, y que incluso tuvo días en los que sólo fumo 3 cigarros y que era un logro muy importante si los comparaba con lo 10 cigarros que acostumbraba fumar, dijo sentirse optimista y satisfecha pues se dio cuenta de que ir reduciendo su consumo le estaba ayudando a sentirse mejor y a demostrarse a si misma que si podía dejar de fumar, a pesar de que su esposo le insistiera en que tenia que dejar de fumar por completo y sólo demostraría que podía hacerlo si transcurrían meses sin que ella fumara. Ante ello se resalto que es muy importante la experiencia de logro que tiene cada usuario, pues mientras a algunos les toma días el dejar de fumar a otros les puede tomar semanas o meses y el sentimiento de logro y satisfacción es completamente personal y relacionado con la propia experiencia. Teresa mencionó que cuando su esposo le hacia comentarios de ese tipo ella prefería ignorarlo y pensar que le estaba costando demasiado trabajo dejar de fumar como para que se dejara influenciar por las ideas de personas externas. En esta sesión Teresa se propuso como meta fumar no más de 3 cigarros al día. Debido a que Teresa logro su meta y con la finalidad de que siguiera poniendo en práctica sus planes de acción la siguiente cita se programó para después de 2 semanas.

En la **quinta sesión** Teresa dijo estar muy contenta y segura que si podría lograr su meta de dejar de fumar, pues transcurrieron días en lo que se pudo mantener sin fumar, dijo que aunque sintió un poco de nerviosismo pudo controlarlo saliendo a caminar, notó también que comenzó a comer un poco más, por lo que decidió comer entre comidas gelatina de dieta que le ayudaría a calmar un poco la necesidad de comer y no le haría subir de peso, además de seguir en su programa de control de peso. Por otro lado dijo que dejó de comprar cigarros en el supermercado y cuando fumo lo hizo comprando cigarros sueltos en la tienda, lo que le apenaba mucho hacer pues tenía la idea de que se mostraba como una persona “corriente y viciosa” al comprar de esa forma los cigarros, impresión que no le agradaba y por eso ya no asistió a comprar más cigarros. Dijo estar lista para seguir sin fumar. En esta sesión se hizo un resumen de los logros alcanzados durante el programa de tratamiento y ella dijo sentirse muy satisfecha con esos logros. En la sesión anterior se le había anticipado ya que esta sería la última sesión del programa, por lo que se hizo el cierre y se programo el seguimiento al primer mes.

#### **Seguimiento al primer mes**

Se realiza la aplicación del cuestionario de dependencia de Fagerström, los inventarios de depresión y de ansiedad de Beck, el cuestionario breve de confianza situacional y el inventario de disposición al cambio. Teresa menciona encontrarse muy satisfecha pues no ha fumado durante el último mes y no ha sentido la necesidad de hacerlo, dijo estar muy ocupada, pues en las últimas semanas tenía reuniones constantes con su comunidad de la iglesia para hacer diferentes actividades. Por otro lado, dijo haber recibido una propuesta de trabajo, lo que incremento su confianza en si misma sobre la posibilidad de, según sus palabras, seguir siendo una persona útil en el ámbito laboral. Aunque Teresa notó que subió 2 Kg., dijo estar determinada a eliminarlos mediante ejercicio y su tratamiento de control de peso.

#### **Seguimiento al tercer mes.**

En esta sesión de seguimiento se realizo de nuevo la aplicación de los instrumentos de dependencia Fagerström, los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, el cuestionario breve de confianza situacional y el inventario de disposición al cambio. En esta sesión Teresa mencionó seguir muy satisfecha con los resultados obtenidos a partir del tratamiento pues aun se mantiene sin consumo, lo que le da mucha satisfacción y al darse cuenta de que ya pasaron 3 meses sin fumar piensa que ya no necesitara fumar en lo sucesivo. Por otro lado, mencionó que su marido ahora reconoce el esfuerzo que hizo para dejar de fumar, situación que también la satisface. Se finalizó la sesión y se programo la cita de seguimiento a seis meses.

#### **Seguimiento a los seis meses**

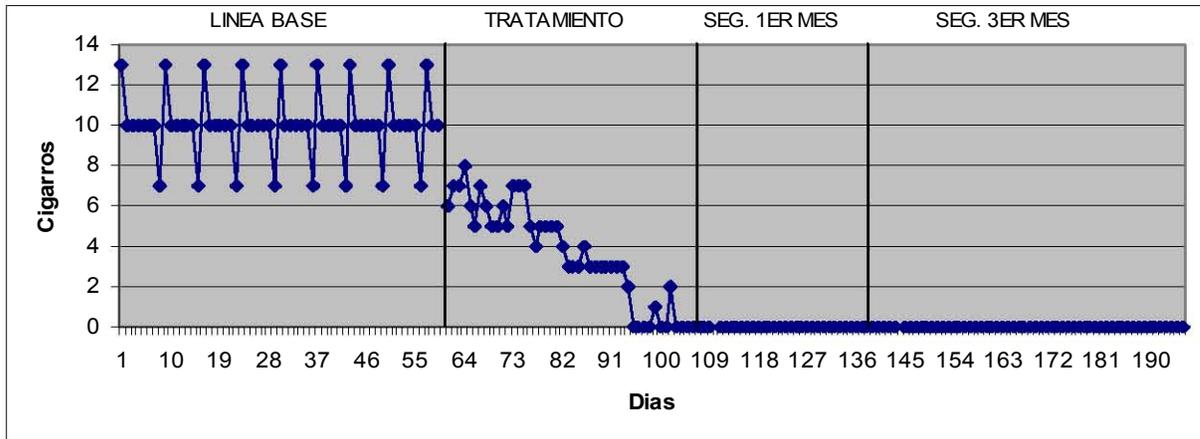
En el seguimiento a seis meses Teresa no se presentó a la cita, dijo no poder hacerlo por el momento pues estaba muy ocupada, pero dijo continuar sin fumar y satisfecha por sus logros.

#### **4. Resultados**

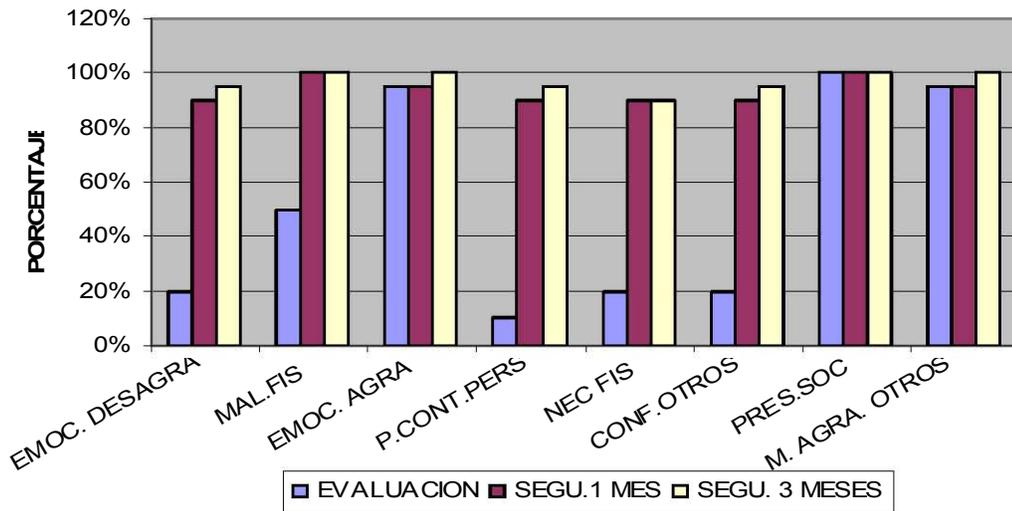
Durante el tratamiento el objetivo de que Teresa dejara de fumar se cumplió mediante la reducción gradual del consumo. Los niveles de dependencia disminuyeron. Sus niveles de autoeficacia ante las situaciones de riesgo para consumir se vieron incrementados, así mismo, se encontró que la disposición al cambio se vio favorecida. Por otro lado, los niveles de depresión y ansiedad se mantuvieron en los mismos niveles.

A continuación se presenta el patrón de consumo durante la línea base retrospectiva, el tratamiento, el seguimiento al primer mes y el seguimiento al tercer mes:

**Figura 2.** Patrón de consumo antes, durante y después de la intervención



En relación a los niveles de autoconfianza, los resultados fueron los siguientes:  
**Figura 3.** Niveles de autoconfianza antes, después de la intervención y en los seguimientos



Con relación a los niveles de disposición al cambio lo resultados fueron los siguientes.

**Tabla 4.** Puntajes de disposición al cambio antes, después y durante los seguimientos

SOCRATES	PRE	1ER MES	3ER MES
RECONOCIMIENTO	BAJO	ALTO	ALTO
AMBIVALENCIA	ALTO	BAJO	BAJO
ACCION	BAJO	ALTO	ALTO

Respecto a los índices de depresión y ansiedad los resultados fueron los siguientes:

**Tabla 5.** Niveles de depresión y ansiedad antes, después del tratamiento y durante los seguimientos

ESCALA	EVALUACION	SEGUIMIENTO 1ER MES	SEGUIMEINTO 3 MESES
DEPRESION	LEVE	LEVE	LEVE
ANSIEDAD	LEVE	LEVE	LEVE

## **5. Conclusiones sobre el caso**

En este caso clínico se aplicó la intervención “Programa de Autocambio Dirigido para Fumadores”, una intervención breve de tipo motivacional y de corte cognitivo conductual que permitió la eliminación del consumo de tabaco por un periodo prolongado de tiempo con respecto a su consumo 60 días antes del inicio de la intervención. Esta intervención le permitió a la usuaria establecer metas graduales para dejar de fumar, así mismo, hizo un plan general de acción que le permitió enfrentar de manera efectiva las situaciones de riesgo que la llevaban a consumir, por lo que podemos determinar que la intervención fue efectiva para este caso de consumo de tabaco. Uno de los detalles más importantes de este caso fue el hecho de que la conducta de no fumar se mantuviera durante los tres meses, lo que a su vez incrementó los niveles de autoeficacia en la usuaria. El incremento en la autoeficacia permite que el usuario tenga más probabilidad de enfrentar de manera efectiva las situaciones de riesgo, lo que trae como consecuencia que la probabilidad de una recaída disminuya.

## EVALUACION Y TRATAMIENTO DE UN CASO DE CONSUMO DE ALCOHOL

### 1.1. Motivo de consulta y evaluación (Información obtenida de la entrevista)

Ana (nombre ficticio) es una mujer de 54 años, divorciada con sus hijos, es licenciada en psicología con maestría en terapia familiar, trabaja dando consulta privada y en ocasiones da clases o cursos en algunas universidades de la ciudad. Asiste al Centro Acasulco para atender su consumo de alcohol. Es derivada al Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA), (Barragán, 2005), sin embargo al plantearse los objetivos y técnicas utilizadas en el programa se niega a participar por no estar dispuesta a dejar de beber por completo y se le canaliza al Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema (Ayala y cols., 2001)

Ana refiere como motivo de consulta el querer controlar su consumo de alcohol, pues presenta consumo excesivos de alcohol durante varios días, trayendo consecuencias importantes en diversas áreas de su vida: en el área económica menciona perder mucho dinero mientras permanecía alcoholizada, pues no media lo que gastaba en alcohol y le daba mucho dinero a su sirvienta para alcohol y comida; en el área familiar, tenía muchos conflictos con sus hijos pues ellos tenían que justificar sus ausencias en su trabajo, en lo físico los consumos le han acarreado que tuviera que ser llevada a un hospital para ser desintoxicada y los días posteriores se sentía con un malestar general muy importante. Ana consume desde hace 15 años, comenta que no siempre fue un consumo excesivo pero tuvo una etapa de aproximadamente un año en la que bebía continuamente. En el último año ha tenido tres consumos excesivos, presentándose el último un mes antes de asistir a tratamiento.

### 1.2 Evaluación realizada por medio de cuestionarios

**1.2.1.** Breve Escala de Dependencia al Alcohol (adaptado por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998)

De acuerdo al puntaje arrojado por el instrumento (13 puntos) se encontró que Ana presentó una dependencia media al alcohol

**1.2.2.** Prueba de Pistas

En esta prueba Ana tuvo una ejecución sin errores de 27 segundos en la parte A. En la parte B tuvo una ejecución sin errores de 30 segundos, por lo que se descarta algún daño a nivel orgánico.

**1.2.3.** Cuestionario Breve de confianza Situacional (Adaptado por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998)

En este cuestionario se evaluó la confianza que Ana percibía para resistirse a consumir en diversas situaciones. Los resultados fueron los siguientes:

**Tabla 1.** Índices de autoconfianza en situaciones de riesgo

ESCALA	PUNTAJE
EMOCIONES DESAGRABLES	20%
MALESTAR FISICO	10%
EMOCIONES AGRADABLES	30%
PRUEBA DE CONTROL PERSONAL	70%
NECESIDAD FISICA	70%
CONFLICTO CON OTROS	30%
PRESION SOCIAL DE CONSUMO	80%
MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS	50%

**1.2.4.** Inventario de situaciones de consumo de alcohol (ISCA) (adaptado por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998)

Mediante este instrumento se evaluaron las situaciones que representaban un mayor riesgo de consumo para Ana, los resultados son los siguientes:

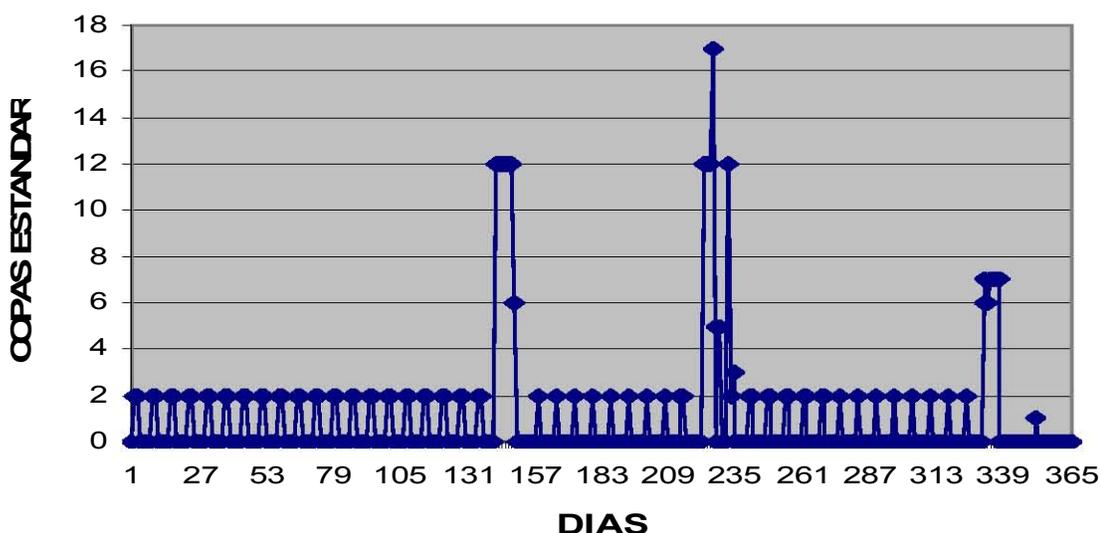
**Tabla 2.** Situaciones de riesgo

ESCALA	PUNTAJE
EMOCIONES DESAGRABLES	28%
MALESTAR FISICO	30%
EMOCIONES AGRADABLES	10%
PRUEBA DE CONTROL PERSONAL	13%
NECESIDAD FISICA	30%
CONFLICTO CON OTROS	11%
PRESION SOCIAL DE CONSUMO	13%
MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS	17%

**1.2.5.** Línea Base Retrospectiva (LIBARE) (adaptado por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998)

A continuación se presenta el patrón de consumo de Ana durante el último año

**Figura 1.** Patrón de consumo de alcohol durante el año anterior al inicio del tratamiento



## 2. Diagnostico

De acuerdo a la evaluación realizada Ana presenta una dependencia media al alcohol. En el último año Ana no bebió el 70.5% del tiempo, bebió moderadamente 24% de tiempo y tuvo consumo excesivo el 5.5% del año anterior al inicio del tratamiento. La cantidad total de tragos estándar que bebió fueron 382, la máxima cantidad de tragos que bebió fueron 17 y tuvo un consumo promedio de 1 trago por día.

Presenta niveles de autoconfianza bajos en situaciones como malestar físico, emociones desagradables, emociones agradables y conflicto con otros, presenta mayor confianza en situaciones como prueba de control personal, necesidad física y presión social de consumo. Las situaciones que percibió con mayor riesgo de consumo fueron situaciones de malestar físico (30%), emociones

desagradables (28%) y necesidad física (30%). Cabe mencionar que la categoría necesidad física se debe tomar con mesura, debido a que la percepción de autoconfianza y la de riesgo se contradice por ambas escalas de medición.

### 3. Tratamiento

Los objetivos establecidos y las técnicas terapéuticas establecidas de acuerdo al programa de autocambio dirigido para bebedores problema se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 3.** Objetivos de la intervención y técnicas utilizadas

Objetivos	Técnicas
Identificación de costos y beneficios del consumo y establecimiento de meta de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimentación del patrón de consumo</li> <li>• Autorregistro del consumo</li> <li>• Balance decisional</li> <li>• Razones para cambiar</li> <li>• Establecimiento de metas</li> </ul>
Identificación de situaciones de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis funcional</li> <li>• Identificación de situaciones de riesgo</li> <li>• Autorregistro del consumo</li> </ul>
Enfrentamiento de situaciones de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes de acción</li> <li>• Autorregistro del consumo</li> </ul>
Reestablecimiento de metas y prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimentación de los avances alcanzados durante el tratamiento</li> <li>• Reestablecimiento de metas</li> <li>• Autorregistro del consumo</li> </ul>

### Desarrollo por sesiones

El tratamiento se llevo a cabo durante 4 sesiones:

En la **primera sesión** a Ana se le dio retroalimentación sobre los resultados de la evaluación realizada, ante lo que se mostró sorprendida pues según sus palabras no pensó que hubiera consumido tanto alcohol. Se le pidió a Ana que mencionara las ventajas y desventajas de cambiar su forma de beber y de continuar su forma de beber y ella dijo lo siguiente:

**Tabla 4.** Balance decisional

	Cambiar mi forma de beber	Continuar con mi forma de beber
<b>Beneficios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No gastar tanto dinero</li> <li>• No tener problemas con mi hijos</li> <li>• No ausentarme en mi trabajo</li> <li>• No sentirme mal físicamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me olvido por un momento de mis problemas</li> </ul>
<b>Costos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No poder dormir</li> <li>• No poder tener un espacio para olvidarme de mis problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lastimarme físicamente porque me he caído cuando estoy ebria</li> <li>• Sufrir un daño irreparable por las desintoxicaciones</li> <li>• Perder pacientes y oportunidades de trabajo</li> <li>• Verme mal físicamente</li> </ul>

En cuanto a las razones para cambiar su consumo de alcohol ella menciona las siguientes:

1. "Mejorar mi estilo de vida, y mis condiciones físicas"
2. "Tener una mejor relación con mis hijos, evitando que ellos se preocupen por mi forma de beber"
3. "Evitar hacer gastos innecesarios"
4. "No perder mi trabajo, porque lo disfruto, pero lo pongo en riesgo cuando bebo"

Durante la sesión se le pidió a Ana que estableciera una meta en relación a su consumo, ella señaló que durante un día de consumo planeaba no beber más de 3 copas estándar, durante una semana no bebería más de 3 días. Se estableció no beber en situaciones en las que se sintiera presionada y con ganas de relajarse u olvidarse de sus problemas, tampoco en días en los que no pudiera conciliar el sueño, ni en situaciones en las que tuviera que cumplir con un compromiso laboral al día siguiente. Planeó beber en momentos en los que estuviese comiendo y se sintiera tranquila y sin presiones. Así mismo, planeó beber únicamente cerveza y vino tinto o blanco, pues identificó que cuando bebía destilados como ron o tequila era más probable que no pudiese detener el consumo. Dijo que por momento el cumplir esta meta era lo más importante y que tenía cierta confianza de lograrlo.

En la **segunda sesión** Ana mencionó haber cumplió con su meta, incluso bebió menos de lo establecido. Dijo sentirse contenta de estar en un programa que sabía le ayudaría a controlar su forma de beber, pues el pensar en dejar de beber por completo no le agradaba y le daba miedo, pues esta idea la sometería a mucha presión y le preocuparía mucho no poder hacerlo. En cuanto a la identificación de las situaciones de riesgo y sus consecuencias Ana señaló las siguientes:

#### **Situación 1.**

"Cuando me siento tan presionada por mis actividades de trabajo y mis relaciones personales que necesito un descanso y quiero olvidarme de todo". Situación emocional.

#### **Consecuencias positivas**

"Me olvido de mis problemas en el momento"

#### **Consecuencias negativas**

"me he golpeado al caerme, pierdo dinero, no le doy un buen ejemplo a mi hijo que también toma en exceso y me siento muy culpable de haberme emborrachado"

#### **Situación 2**

"Cuando sé que no voy a poder dormir porque me siento intranquila". Situación emocional.

#### **Consecuencias positivas**

"Me relaja, y me deja dormirme"

#### **Consecuencias negativas**

"al día siguiente despierto con cruda y no me puedo concentrar en mis actividades como yo quisiera"

#### **Situación 3**

"Cuando me siento tan preocupado por que mi hijo bebe y no llega a casa que no lo aguanto y tengo que beber para relajarme un poco y tranquilizarme" Situación emocional.

#### **Consecuencias positivas**

"me tranquilizo"

#### **Consecuencias negativas**

"No me doy cuenta si mi hijo llega o tiene un problema porque estoy alcoholizada" Situación emocional.

#### **Situación 4**

“cuando tengo problemas con mi novio”

##### **Consecuencias positivas**

“Puedo ignorar los problemas con él”

##### **Consecuencias negativas**

“Me sigo sintiendo mal, porque tenemos problemas y siento que no le importo”

Dentro de estas situaciones Ana señaló que la que más le preocupaba era el consumo excesivo de alcohol de su hijo, pues le preocupaba y se sentía culpable de darle un mal ejemplo, cuestión que la motivaba a dejar de tener el estilo de consumo de alcohol que ha tenido.

En la **sesión tres** Ana dijo que cumplió su meta en la última semana y que procuro beber menos de lo que se estableció para sentir la confianza de tener un margen de consumo más grande de lo que estaba consumiendo, esto mismo le hizo sentirse confiada en continuar con su meta, a pesar de que el terapeuta que anteriormente la trato de dijo que iba a tener una recaída en el mes de julio debido a que según él la recaída es cíclica y a ella le correspondía recaer en este mes, cuestión que le preocupaba pero se mostró decidida a evitar que la recaída sucediera. En esta sesión se trabajo junto con Teresa un plan de acción para enfrentar las situaciones de riesgo de consumo, respecto a las situaciones mencionadas en la sesión anterior ella dijo lo siguiente:

Respecto a la primera situación que señalo en la sesión anterior Ana mencionó las siguientes posibles soluciones.

1. “Puedo buscar relajarme de otra forma y descansar “

Probables consecuencias: me relajaría y no tendría tantos problemas

2. “Puedo hacer otras actividades como salir fuera de la ciudad o ir de compras para distraerme”

**Probables consecuencias:** no estaría en casa para esperar a mi hijo si saliera de la ciudad, pero podría darme el tiempo para olvidar un poco los problemas y dedicarme más tiempo a mi misma.

En la segunda situación Ana mencionó las siguientes solución:

1. “Puedo tratar de relajarme de otra forma para dormir o bien tomar un ¼ de ativan (Lorazepam) para lograr conciliar el sueño”.

**Probables consecuencias:** me podría dormir sin complicaciones y descansaría como lo necesito.

En la tercera situación Ana mencionó las siguientes alternativas

1. “Puedo ponerle limites a mi hijo para que no llegue tan tarde y puedo decirle que me llame para saber si esta bien”.

**Probables consecuencias:** estaría más tranquila por saber como está, pero tal vez sienta que me entrometo demasiado en su vida.

2. “Puedo limitar la cantidad de dinero que le doy , ser más estricta y tratar de separarme un poco de él, porque percibo que dependemos mucho el uno del otro”

**Probables consecuencias:** “el se molestaría conmigo, pero si nota que yo controlo mi forma de beber probablemente tenga más respeto de lo que opino y por las decisiones que tomo”

En la cuarta situación ella mencionó que:

1. "podría hablar con él y explicarle que su actitud me hace sentir mal"

**Probables consecuencias:** tal vez podríamos solucionar los problemas que acarreamos de desde hace mucho tiempo.

2. "Podría alejarme de él"

**Probables consecuencias:** "me sentiría mal, porque me gusta estar con él".

Los planes de acción que ella estableció fueron los siguientes:

**Para la situación 1:** mi mejor opción es que cuando me sienta muy presionada puedo irme unos días a la casa que tengo en Cuernavaca, mientras manejo puedo relajarme y pensar en que tan serios son mis problemas y como solucionarlo, puedo darme tiempo en mi casa para descansar y regresar más tranquila "además voy a tirar las botellas de tequila y bebidas fuertes que tengo en esa casa"

**Para la situación 2:** puedo tomarme un ¼ de Atiban que me receto el medico para dormir y así puedo tener la seguridad de dormir tranquila y profundamente"

**Para la situación 3:** voy a hablar con mi hijo y ofrecerle ayuda para que no beba en exceso, también le voy a decir que voy a darle menos dinero para sus gastos, porque creo que la disponibilidad de dinero hace que consuma mucho alcohol y si se enoja conmigo le voy a dar tiempo de que digiera mi posición y comprenda, también le voy a pedir que crea más en que puedo controlar mi forma de beber y me apoye"

**Para la situación 4:** voy a hablar con mi pareja y decirle que me ayude a realizar el cambio que estoy tratando de hacer, que no me diga que no lo voy a lograr, que no beba mucho cuando esta conmigo y que tenga una mejor actitud hacia nuestra relación"

Se cierra la sesión y se le anticipa que la próxima será la última sesión de tratamiento.

En la **cuarta sesión** Ana menciona haber cumplido con su meta, dijo haber hablado con su hijo y con su pareja. Con su hijo no obtuvo los resultados que esperaba pues tuvieron una fuerte discusión, sin embargo, a pesar de sentirse mal por la discusión esto no la llevo a beber en exceso como le pudo haber pasado antes. Con su pareja habló y dijo que llegaron a un buen arreglo, y él le prometió no beber demasiado cuando estén juntos.

Ana asiste desde hace dos semanas a sesiones de ejercicio y mencionó que eso la relaja además de que la mantiene en forma, por lo que en la última semana ha notado que se siente cansada con las noches aunque ha recurrido a la ingesta del medicamento para dormir.

En esta sesión Ana hizo un reestablecimiento de su meta de consumo y decidió mantener su meta establecida en la primera sesión, nuevamente menciona que durante un día de consumo planeaba no beber mas de 3 copas estándar y durante una semana no bebería más de 3 días . No bebería en situaciones en las que se sintiera presionada y con ganas de relajarse u olvidarse de sus problemas, tampoco en días en los que no pudiera conciliar el sueño, ni en situaciones en las que tuviera que cumplir con un compromiso laboral al día siguiente. Solo bebería en momentos en los que estuviese comiendo y se sintiera tranquila y sin presiones y únicamente cerveza y vino tinto o blanco. Ana dijo tener mucha confianza en lograr su meta

### **Seguimiento al primer mes**

Se realiza la aplicación de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol, el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, El inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol y el registro de consumo del último mes. Ana dijo no haber interrumpido el cumplimiento de su meta y sentirse contenta por no haber recaído durante el mes que su terapeuta anterior le dijo que lo iba a hacer. Este factor le dio mucha confianza en seguir logrando su meta. Además mencionó que el próximo mes haría un viaje a Paris y deseaba estar en perfectas condiciones para disfrutar su viaje.

### Seguimiento al tercer mes.

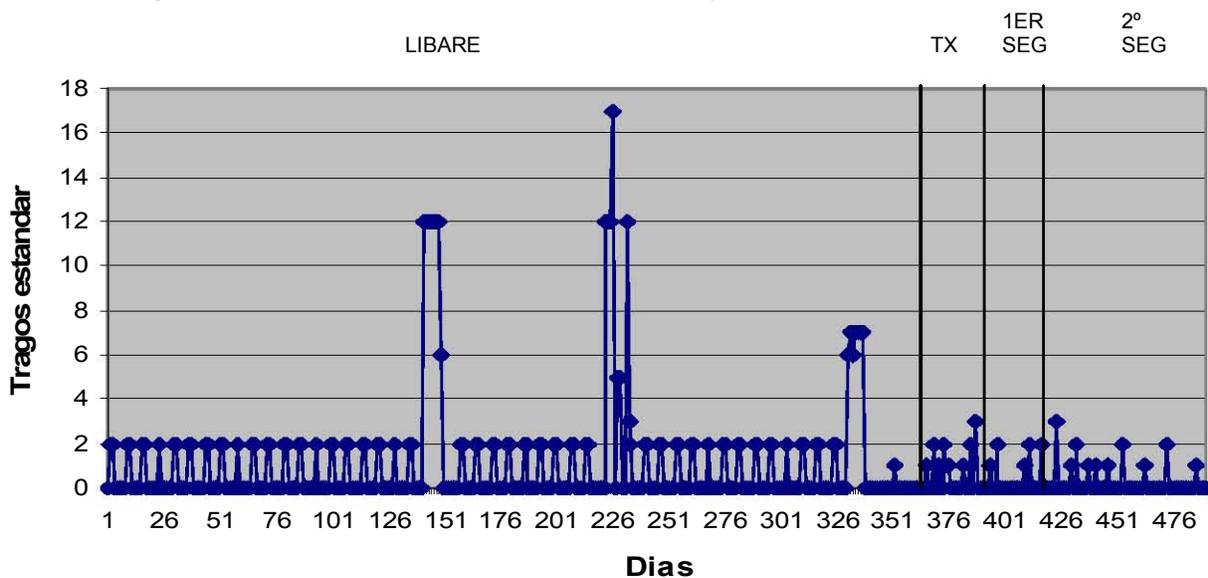
En esta sesión de seguimiento se realizó de nuevo la aplicación de los instrumentos de evaluación. En esta sesión Ana dijo continuar contenta pues en su viaje le fue muy bien y lo disfrutó mucho por no haberse emborrachado en ningún momento. Dijo estar haciendo mucho ejercicio y preparándose para las fiestas navideñas, en el sentido de prevenir una recaída por las épocas de festejo. Se finalizó la sesión y se programó la cita de seguimiento a seis meses.

### 4. Resultados

Durante el tratamiento el objetivo de que Ana moderara su consumo de alcohol se cumplió. Los niveles de dependencia disminuyeron de dependencia media a baja. Sus niveles de autoeficacia ante las situaciones de riesgo para consumir se vieron incrementados. Y no existió ningún consumo excesivo en los tres meses posteriores a la finalización del tratamiento.

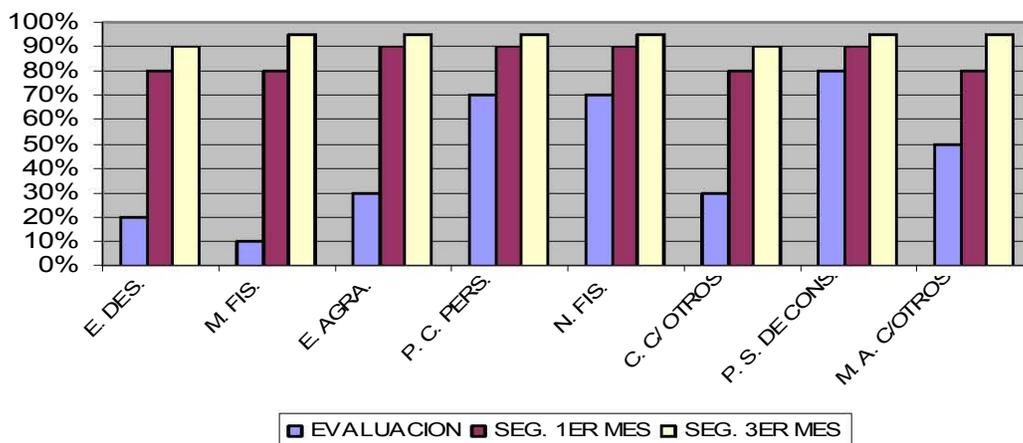
A continuación se presenta el patrón de consumo durante la línea base retrospectiva, el tratamiento, el seguimiento al primer mes y el seguimiento al tercer mes:

**Figura 2.** Patrón de consumo antes, durante y después de la intervención



En relación a los niveles de autoconfianza, los resultados fueron los siguientes:

**Figura 3.** Niveles de autoconfianza antes del tratamiento y en los seguimientos



## **5. Conclusiones sobre el caso**

En este caso clínico se aplicó la intervención “Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema” que es una intervención breve, de tipo motivacional y de corte cognitivo conductual que permitió la moderación del consumo de alcohol de la usuaria, que había presentado episodios de consumo excesivo en el último año. Esta intervención le permitió a la usuaria establecer la meta de la moderación de consumo (3 copas, no más de 3 veces por semana) meta que logró durante su estancia en tratamiento. Así mismo, hizo un plan general de acción que le permitió enfrentar de manera efectiva las situaciones de riesgo que la llevaban a consumir de manera excesiva. También, los niveles de autoeficacia, que en el inicio de la intervención percibía como bajos, se vieron incrementados después de la intervención, cuestión por demás importante, ya que cuando existe mayor autoconfianza la probabilidad de enfrentar de manera efectiva las situaciones de riesgo se incrementa y la probabilidad de una recaída es menor. Por lo anterior, podemos determinar que la intervención fue efectiva para este caso de consumo excesivo de alcohol.

# EVALUACION Y TRATAMIENTO DE UN CASO DE CONSUMO DE COCAINA

## 1. Motivo de consulta y evaluación (Información obtenida de la entrevista)

Juan (nombre ficticio) es un hombre de 31 años de edad, soltero, egresado de la Licenciatura en derecho, trabaja en un despacho como pasante de abogado y vive solo. Asiste al Centro Acasulco para tratar su consumo de cocaína. Juan refiere como motivo de consulta querer dejar el consumo de cocaína, pues le ha ocasionado muchos problemas en el área escolar, laboral y de relaciones interpersonales. Juan dijo que consume desde hace diez años, comenzando el consumo con un primo que le invito, posterior a ello el consumo se volvió una costumbre hasta que se dio cuenta de que no podía dejarlo, lo que le ha acarreado importantes problemas físicos y emocionales.

Juan mencionó que consume la cocaína en polvo y de manera aspirada, usualmente consume solo en su casa o en el trabajo, cuando se siente presionado o desilusionado porque las cosas no le salen como esperaba. Dijo que el consumo en años pasado era más espaciado, pero en los últimos meses ha consumido con mayor frecuencia (de 2 a 3 veces por semana) y la cantidad de cocaína se ha mantenido constante. Dijo haber intentado en otras ocasiones dejar el consumo por si mismo, por lo que esta era la primera vez que acudía a tratamiento.

Se la aplicaron los instrumentos de evaluación y se obtuvieron los siguientes resultados.

### 1.2 Evaluación realizada por medio de cuestionarios

**1.2.1.** Cuestionario de abuso de drogas (CAD). Este instrumento arroja un índice cuantitativo de problemas de drogas, incluyendo algunos síntomas de dependencia y otras consecuencias del abuso de drogas psicoactivas experimentadas en un periodo de 12 meses.

Con respecto a la evaluación realizada mediante este instrumento se determino que Juan presentaba un consumo *Moderado* de cocaína

**1.2.2.** Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD) (Pérez, De León, Oropeza y Ayala, 2001). Este instrumento arroja perfiles de la autoconfianza que percibe el usuario de no consumir drogas en determinadas situaciones.

A través de este instrumento se encontró que los niveles de confianza en situaciones de riesgo fueron:

**Tabla 1.** Autoconfianza en situaciones de riesgo

ESCALA	PUNTAJE
EMOCIONES DESAGRABLES	15%
MALESTAR FISICO	20%
EMOCIONES AGRADABLES	80%
PRUEBA DE CONTROL PERSONAL	60%
NECESIDAD FISICA	60%
CONFLICTO CON OTROS	50%
PRESION SOCIAL DE CONSUMO	25%
MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS	70%

**1.2.3.1.** Inventario Situacional de Consumo de Drogas (ISCD) (de León, Pérez, Oropeza y Ayala, 2001). Este instrumento arroja perfiles del uso individual de drogas

de los últimos 12 meses. Mide la frecuencia de uso de drogas con respecto al contexto situacional de uso.

Respecto a este inventario los resultados fueron los siguientes:

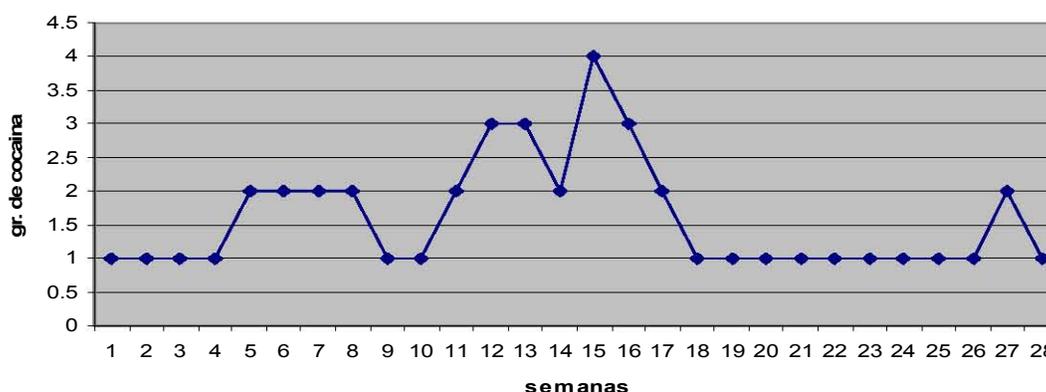
**Tabla 2.** Situaciones de riesgo

ESCALA	PUNTAJE
EMOCIONES DESAGRABLES	90%
MALESTAR FISICO	70%
EMOCIONES AGRADABLES	30%
PRUEBA DE CONTROL PERSONAL	50%
NECESIDAD FISICA	60%
CONFLICTO CON OTROS	60%
PRESION SOCIAL DE CONSUMO	85%
MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS	30%

**1.2.4. Línea Base Retrospectiva (LIBARE).** Este instrumento sirve para medir el patrón de consumo de cocaína en un periodo retrospectivo de seis meses.

En relación al consumo semanal de cocaína durante los seis meses previos a la intervención los resultados fueron los siguientes:

**Figura 1.** Patrón de consumo durante las 28 semanas previas a la intervención



## 2. Diagnostico

De acuerdo a la evaluación realizada se encontró que Juan presento un consumo Moderado de cocaína.

Presenta niveles especialmente bajos de autoconfianza en situaciones de emociones desagradables, malestar físico y presión social de consumo; por otro lado, presenta niveles altos de confianza en situaciones como emociones agradables y momentos agradables con otros.

En cuanto a la percepción de cuáles son las situaciones que le representan mayor riesgo de consumir fueron las relacionadas con emociones desagradables, malestar físico y presión social de consumo.

Por otro lado, presentó en los últimos seis meses un consumo semanal promedio de 1.5 gramos de cocaína, siendo 4 gramos la máxima cantidad consumida dentro de ese periodo.

## 3. Tratamiento

Los objetivos establecidos y las técnicas terapéuticas establecidas de acuerdo al programa de detección Temprana e Intervención Breve para Usuarios de Cocaína se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 3.** Sesiones de la intervención y técnicas utilizadas

<b>Sesiones</b>	<b>Técnicas</b>
Primera Sesión "Balance Decisional":	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Análisis de los resultados de los instrumentos</li> <li>➤ Balance decisional</li> <li>➤ Establecimiento de metas</li> </ul>
Segunda Sesión "Manejo del consumo de cocaína":	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Análisis funcional</li> <li>➤ Situaciones de riesgo</li> </ul>
Tercera sesión "Identificar y enfrentar pensamientos sobre cocaína":	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar y enfrentar pensamientos sobre la cocaína</li> </ul>
Cuarta sesión "Identificar y enfrentar el deseo de cocaína":	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar y enfrentar el deseo de la cocaína</li> </ul>
Quinta sesión "Habilidades asertivas de rechazo":	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desarrollar habilidades de rechazo y asertividad</li> </ul>
Sexta sesión "Decisiones aparentemente irrelevantes":	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar las decisiones aparentemente irrelevantes que llevan al consumo</li> </ul>
Séptima sesión "Solución de problemas sociales":	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Solución de problemas</li> </ul>
Octava sesión "Reestablecimiento de metas y planes de acción":	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Probabilidad de recaídas y planes de acción</li> <li>➤ Restablecimiento de metas</li> <li>➤ Retroalimentación terapeuta-usuario, usuario-terapeuta</li> </ul>

### **Desarrollo por sesiones**

En la **primera sesión** de tratamiento se llevo a cabo el ejercicio de balance decisional para que Juan analizara cuáles eran las ventajas y desventajas de dejar de consumir y de continuar consumiendo. Las ventajas y desventajas que señalo son las siguientes:

**Tabla 4.** Balance decisional

	<b>CAMBIAR MI CONSUMO</b>	<b>CONTINUAR CON MI CONSUMO</b>
<b>BENEFICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mejorar mi salud</li> <li>➤ Mejorar mi economía</li> <li>➤ Por tener una mejor salud mental</li> <li>➤ No afectar a terceros</li> <li>➤ Mejorar mis relaciones sociales</li> <li>➤ Mejorar mi vida en general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Puedo escaparme de la realidad</li> </ul>

<b>COSTOS</b>	➤ Voy a sentir ansiedad y depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mi salud va a empeorar</li> <li>➤ Problemas económicos</li> <li>➤ Problemas con mi familia</li> <li>➤ Me apartaría más de la gente.</li> </ul>
---------------	-------------------------------------	---

En relación a las razones para cambiar, él mencionó como las más importantes las siguientes:

1. Tener salud física y mental
2. Mejorar las relaciones con las demás
3. Trabajar y sobresalir en su carrera
4. Vivir tranquilo y con estabilidad en su vida

En esta sesión Juan estableció una meta de reducción respecto al consumo que ha presentado, esta meta consistió en consumir sólo un día a la semana, no más de ½ gramo de cocaína y únicamente estando solo en su departamento, sin riesgo de tener consecuencias negativas. Se estableció no consumir estando en casa de su familia, en el trabajo, cuando se sienta bien emocionalmente, cuando tenga mucho trabajo y cuando haga ejercicio. Una vez establecida esta meta mencionó que representaba el 100% de importancia en este momento de su vida y que constaba con 75% de confianza en lograr la meta.

En la **segunda sesión** Juan mencionó haber cumplido su meta de manera satisfactoria, se realizó un análisis funcional de las situaciones en las que existieron consumos excesivos. Juan mencionó las siguientes situaciones como las que generaron que tuviera consumos excesivos en el último año:

**Situación 1.**

“Me encontraba solo y alguien me ofreció cocaína”

**Consecuencias positivas**

Me sentí “elevado”

**Consecuencias negativas**

“Me sentí muy culpable y medite que era un error en mi vida el consumo”

**Situación 2**

“Me despidieron de mi trabajo y consumí tres días seguidos”

**Consecuencias positivas**

“Me olvidé de mis problemas”

**Consecuencias negativas**

“sentí mucho miedo, pensé que me moría”

**Situación 3**

“En la última navidad

**Consecuencias positivas**

“Me sentí alegre”

**Consecuencias negativas**

“Tuve problemas con mi familia”

**Situación 4**

“Tuve problemas en la escuela”

**Consecuencias positivas**

“Me olvide temporalmente de mis problemas en la escuela”

**Consecuencias negativas**

“Ninguno de mis problemas se solucionó, es más, empeoraron, porque no he logrado titularme después de varios años de haber salido de la escuela”

Durante esta sesión Juan logró identificar que las situaciones que mayor riesgo le representan para consumir son aquellas que involucran emociones desagradables como tristeza o depresión y también situaciones en las que tiene problemas laborales y/o escolares. Según sus palabras “el consumir me ayuda a evadir lo que no me gusta de la vida, aunque la culpa es muy grande cuando se me pasa el efecto”. Durante esta sesión se le anticipó a Juan que en la próxima sesión se plantearían posibles estrategias para enfrentarlas efectivamente.

En la **sesión tres** el objetivo es comenzar a afrontar las situaciones de riesgo de manera efectiva, una forma de hacerlo es trabajando con los pensamientos que se generan alrededor del consumo de cocaína. En esta sesión Juan dijo seguir llevando a cabo su meta. El primer ejercicio de la sesión fue relacionar el consumo de cocaína con estados negativos específicos, Juan mencionó las siguientes situaciones:

**Tabla 5.** Relación de situaciones de consumo con estados negativos

SITUACION	ESTADO NEGATIVO		
	FISICO	PSICOLOGICO	SOCIAL
Cuando consumo solo en mi casa	Me ha sangrado la nariz por consumir	Me siento culpable	Me aisló de la gente
Cuando me invitan a consumir y no resisto el antojo	Me he golpeado cuando me he caído por no estar en mis cinco sentidos	Me avergüenzo por las cosas que hice	Me he alejado de mis amigos más cercanos
Cuando he tenido problemas en la escuela o en el trabajo	He notado que me duelen mis articulaciones	Me deprimó porque mis problemas no se solucionan	Me siento tan mal que no deseo ver a nadie y me alejo de todos

Es importante mencionar que a Juan le pareció importante este ejercicio pues dijo creer que era una buena alternativa para frenar el consumo al encontrarse en estas situaciones. Por otro lado se analizaron situaciones de consumo, las consecuencias y pensamientos relacionados y las posibles estrategias para afrontar la situación. Lo que refirió fue lo siguiente:

**Tabla 6.** Estrategias para modificar el consumo en situaciones de riesgo

<b>SITUACION</b>	<b>CONSECUENCIAS P=POSITIVAS N=NEGATIVAS</b>	<b>PENSAMIENTOS P=POSITIVOS N=NEGATIVOS</b>	<b>HABILIDAD</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>POSIBLES ACTIVIDADES ALTERNAS</b>
Estando solo en mi casa	P: Quitar mis malestares físicos N: Recaer al mismo patrón de consumo	P: Sentirme bien por un rato N: Podría tener problemas con la policía por usar la droga	Recordar las consecuencias negativas de mi consumo	Evitar estar solo en mi casa	Hacer ejercicio
Cuando se me antoja sentir los efectos de la cocaína	P: Satisfacción del deseo N: Recaer y gastar dinero	P: Pensar en que necesito el dinero porque mi situación económica no es muy buena N: No tener dinero	Enfrentar mi deseo de otra forma	Mantenerme firme ante la sensación del deseo	Distraerme con otras actividades
Cuando tengo problemas en el trabajo	P: Me olvido un poco de los problemas N: Ganar dinero y perjudicar mi salud	P: El consumo me alivia la tensión N: No poder comprar las cosas que necesito	Recordar muy bien esta consecuencia	Trabajar para titularme pronto	Realizar actividades relacionadas con mi profesión

Debido a que la realización de los ejercicios se prolongo demasiado, se dio por terminada la sesión y se decidió continuar con la sesión la semana siguiente.

En la **cuarta sesión** Juan dijo seguir trabajando con su meta y sentirse muy animado para continuarla y próximamente establecerse una nueva meta con un consumo menor al que ha tenido. En esta sesión se concluyó con los ejercicios que quedaron pendientes en la sesión pasada, se estableció un plan para realizar cambios para las próximas 12 semanas en diferentes esferas de su vida como la social, la familiar, la escolar y la laboral.

**Tabla 7.** Cambios para las próximas 13 semanas

	CAMBIOS	RAZONES	PASOS	OBSTACULOS	APOYO SOCIAL
SOCIAL	Reanudar mi amistad con muchas personas	Deseo no sentirme tan solo	Voy a llamarle a mis amigos de la universidad, y voy a invitarlos a comer o a cenar	Tal vez no quieran verme después de tanto tiempo	La chica que fue mi novia y ahora es mi amiga
FAMILIAR	mejorar mis relaciones familiares	Quiero que mi familia sienta que la apoyo	Voy a pasar mas días con mi mama, mi hermana y mis sobrinos	No veo ninguno, mi familia me quiere	Mi familia siempre me ha apoyado
ESCOLAR	Titularme	Quiero tener un mejor trabajo	Voy a buscar a mi tutor de tesis y ponerme al corriente	Tardarme mucho tiempo en recobrar el paso	Mi amiga puede acompañarme a la Facultad
LABORAL	Conseguir un mejor trabajo	Quiero superarme	Voy a empezar a buscar un trabajo en un lugar mas decente	No poder alejarme de las personas con las que trabajo	Creo que tendré que hacerlo solo.

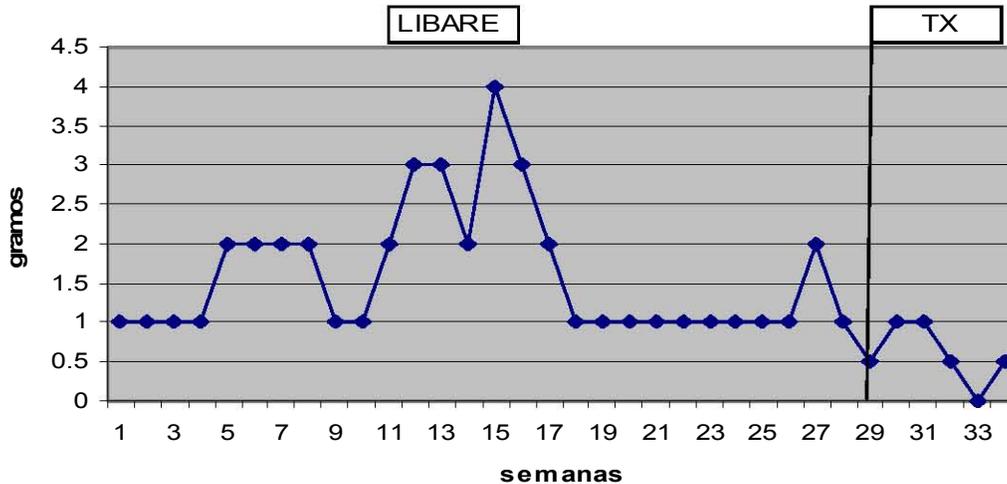
En esta sesión fue importante conocer los problemas que Juan ha presentado en el trabajo y que lo hacen sentir presionado, Juan relato que su jefe del despacho defendía legalmente a traficantes, por lo que eran constantemente acosados él y su jefe por sus clientes. Ante esto, Juan tomo la decisión de renunciar y buscar otro trabajo pues consideraba que no era una buena opción relacionarse con traficantes y estar sometido a tanta presión. Dijo que trataría de hacerlo en el transcurso de la semana, se cierra la sesión y se hace la cita para la siguiente semana.

A partir de esta sesión Juan abandono el tratamiento y no se le pudo contactar más pues el único teléfono disponible para encontrarlo era un celular que dejo de estar en servicio. Por esta razón se considero como dado de baja del tratamiento.

#### 4. Resultados

Debido a que el usuario abandono el tratamiento después de la cuarta sesión únicamente se reportaran los resultados en relación al patrón de consumo obtenido antes de la intervención (LIBARE) y durante la intervención (mediante el autorregistro). En este sentido se encuentra una reducción en la cantidad del consumo, así como los días de consumo (de 2 a 3 veces a 1 o 2 veces por semana) .

**Figura 2.** Patrón de consumo antes y durante la intervención



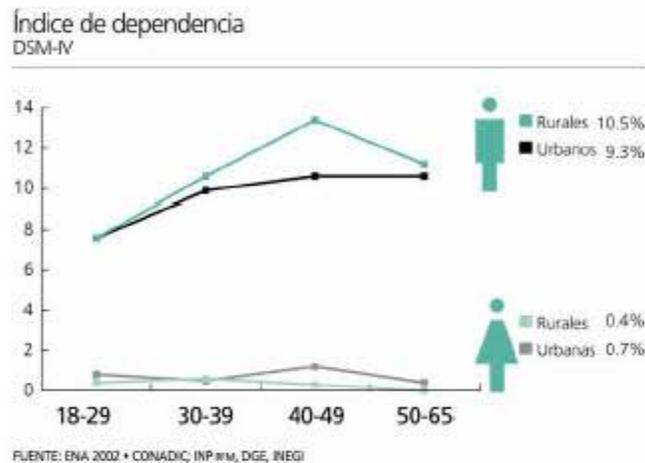
#### 5. Conclusiones sobre el caso

Desafortunadamente el usuario abandonó el tratamiento después de la cuarta sesión y no fue posible contactarlo posteriormente, por lo que se desconoce la causa de la deserción. En este sentido, no es posible determinar si la intervención tuvo algún efecto importante en relación al patrón de consumo que venia presentando en los últimos seis meses. Sin embargo, en el autorregistro de consumo (ver figura 2) se puede apreciar que durante las seis semanas que estuvo en el tratamiento presento una tendencia al decremento en el consumo en relación a los meses de línea base retrospectiva, por lo que probablemente lo único que se podría concluir es que las sesiones a las que asistió fueron útiles para que se presentara un consumo más bajo dentro de estas semanas.

**DESARROLLAR PROGRAMAS DE INTERVENCION PARA REHABILITAR A PERSONAS ADICTAS**

En México, la necesidad de tratamientos que se orienten a dar atención a personas que presentan dependencia a alguna droga se hace evidente si tomamos en cuenta que en el año 2002 el 0.7% de las mujeres y el 9.7% de los hombres consumidores cumplían con el criterio de dependencia al alcohol de acuerdo al DSM-IV. En la figura 1 se muestran también los índices de dependencia por grupos de edad y zonas del país.

Figura 1. Índice de dependencia al alcohol por grupos de edad y zonas del país



Ante esta necesidad, diversos organismos gubernamentales, civiles o privados han dado respuesta ofreciendo diversos tratamientos para tratar la dependencia a alcohol o drogas. En su gran mayoría estos tratamientos están orientados a brindar un programa de desintoxicación en conjunto con el modelo de los 12 pasos de alcohólicos anónimos. Un factor que se observa de manera constante en estas intervenciones es que usualmente no reportan su índice de efectividad, lo que puede sugerir un cuestionamiento a su validez empírica. En esta medida, se hace notable no sólo la necesidad de contar con tratamientos para usuarios dependientes, sino también la necesidad de procedimientos para que estos tratamientos sean validados empíricamente a través de la evaluación de su efectividad.

Dentro de la Residencia en adicciones existe un programa con estas características y se orienta a rehabilitar a usuarios dependientes a alcohol y otras sustancias es el Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA).

El Programa de Reforzamiento Comunitario (Barragán, 2005) se basa en el programa Community Reinforcement Approach (Hunt y Azrin, 1973), este

programa busca reestablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios. En este sentido, el programa tiene como premisa que un estilo de vida sin alcohol es más probable que uno con el alcohol como eje primordial. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, el programa enseña al usuario las habilidades necesarias para crear estilos de vida pro-sociales deseados.

El programa consiste en la aplicación de nueve componentes principales de tratamiento, los cuales giran alrededor de identificar, establecer y alcanzar las metas que el paciente establezca, tales componentes son los siguientes:

- Análisis funcional. Es una entrevista estructurada que permite al terapeuta y al paciente identificar situaciones de alto riesgo, así como las consecuencias que podrían estar reforzando la conducta de beber y que pueden ser elegidas como meta para el cambio. Por otro lado, también se analiza la conducta de no beber, lo que le permite al paciente identificar aquellas situaciones placenteras y pro-sociales que ya utiliza y que también están sujetas a ciertas contingencias.

- Muestra de abstinencia. Este componente consiste en solicitar al paciente una muestra de abstinencia, a través de la cual el cliente experimenta los beneficios de la sobriedad y facilita la negociación de la abstinencia prolongada.

- Uso de Disulfiram. Esta sustancia es un medicamento que sirve para desalentar el uso del alcohol, ya que cuando se está tomando el medicamento la ingesta de alcohol provoca una reacción aversiva en el organismo, caracterizada por un estado general de malestar físico, así como la supresión de las sensaciones placenteras por consumir. Este medicamento se emplea a partir del involucramiento de otras personas importantes para el usuario, ya que este otro significativo se encargara de monitorear este proceso de manera que se vuelva miembro activo del tratamiento y funja como un apoyo más para el usuario.

- Estructuración de planes de acción. Este componente involucra al cliente en la identificación de las áreas de vida que desea cambiar, así como los planes específicos de acción para alcanzar las metas que busca alcanzar. La meta general de este componente es incrementar el placer de las actividades en sobriedad y reducir al poder del alcohol como una fuente de satisfacción.

- Entrenamiento conductual en habilidades. Enfatiza una variedad de habilidades que el individuo podría necesitar para mantenerse sin consumo. Entre otras, se incluyen habilidades de comunicación, entrenamiento para rehusarse a beber, manejo de estrés y solución de problemas.

- Obtención de empleo. Este componente ayuda al individuo a obtener un empleo adecuado. Se identifican escenarios de trabajo con alto y bajo riesgo para las recaídas y se revisan las habilidades de ejecución para pedir empleo (p. ej. Puntualidad, atuendo apropiado y desarrollo de una buena entrevista de trabajo).

- Actividades recreativas y sociales. Tiene como objetivo reemplazar las viejas actividades recreativas relacionadas con el alcohol

con actividades recreativas igualmente o más satisfactorias basadas en la sobriedad. Para lograr que el usuario tenga un primer contacto con una nueva actividad social se utiliza la motivación sistemática, que consiste en realizar juegos de roles sobre el primer contacto con tal actividad para motivarlo a realizarla.

- Consejo marital. Este componente le permite a la pareja del usuario ser parte de la solución del problema del consumo. Se trabaja con los problemas que pueden llevar a la conducta de beber como una estrategia de enfrentamiento, tales como patrones interpersonales negativos que se desarrollan a lo largo de la historia de consumo. Este componente tiene como enfoque especial el ayudar a la pareja a incrementar lo atractivo de una vida sobria.

- Prevención de recaídas. Consiste en entrenar tanto al usuario como al otro significativo a reconocer los signos que indiquen posibles recaídas, y en ese sentido, posibiliten el desarrollo de estrategias apropiadas de enfrentamiento.

## **DESARROLLO DE LA COMPETENCIA DURANTE LA MAESTRIA**

La participación en este programa, el entrenamiento como terapeuta en el y los cursos dentro de la maestría permitieron generar las siguientes habilidades para desarrollar la competencia desarrollo de programas de rehabilitación para personas adictas:

- Conocimiento y comprensión de los efectos a corto y largo plazo del consumo crónico de drogas a nivel biopsicosocial.
- Manejo de los criterios de dependencia a alcohol y a otras drogas de acuerdo a las clasificaciones actualmente utilizadas en el campo de las adicciones (DSM-IV).
- Evaluación y diagnóstico de dependencia a sustancias adictivas en pacientes que asisten para solicitar tratamiento.
- Conocimiento de los diversos enfoques teóricos y técnicos que abordan el tratamiento de individuos dependientes a alcohol y drogas.
- Conocimiento y dominio de los conceptos teóricos que sustentan el Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) y conocimiento de la metodología seguida dentro de esta investigación, lo cual permite hacer un análisis crítico de los procedimientos y resultados que presenta.
- Conocimiento y manejo de los componentes y técnicas terapéuticas del Programa de Reforzamiento Comunitario para la intervención con los usuarios dependientes a alcohol y/o drogas.

Esta competencia fue adquirida en los aspectos teóricos a través de los cursos impartidos durante la Maestría que abordaron específicamente este tipo de intervenciones, en la cuestión práctica el aprendizaje se obtuvo en el Programa de Reforzamiento Comunitario. En este sentido, una sugerencia que cabría hacer dentro de los planes de enseñanza de la residencia es la iniciación de practicas en este tipo de tratamientos desde los primeros semestres, ya que

como se menciona anteriormente, los tratamientos que buscan rehabilitar a sujetos dependientes son los más utilizados a nivel nacional y mundial, por lo que en la actualidad el campo de trabajo en el tratamiento de las adicciones tiene mayor concentración en este tipo de tratamientos.

---

---

**CAPACITACION Y SENSIBILIZACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD**

De acuerdo con Matarazzo (1982), la Psicología de la salud es el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología que tienen como objetivo la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias. En este sentido, podríamos pensar que el psicólogo debe tener una importante participación en el mantenimiento de la salud de la población, en el tratamiento de la enfermedad y en la creación de políticas de salud. Sin embargo, contrario a lo que debería suceder, la participación del psicólogo en instituciones de salud es mínima. De acuerdo a estadísticas presentadas por la secretaria de salud (2005) existen cerca de 12,000 unidades de consulta externa en el primer nivel de atención, de las cuales, un número muy reducido cuentan con un servicio de salud mental, 41% de los profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) están concentrados en el Distrito Federal. Por otro lado, sólo cuatro estados cuentan con suficientes psicólogos clínicos que actúan en los servicios institucionales que atienden a la población abierta, en áreas urbanas existen muchas clínicas privadas pequeñas que ofrecen atención a una reducida proporción de la población y en áreas rurales la existencia de psicólogos clínicos o educativos es insignificante.

Ante este panorama, podemos concluir que la participación del psicólogo para la atención de la población general es mínima, ahora bien, si pensamos en el número de psicólogos que se encargan de atender un problema específico de salud como son las adicciones, podemos darnos cuenta de que la demanda de profesionales sobrepasa la oferta de éstos. Esta problemática se puede ver desde dos perspectivas, la primera con relación a que muchas instituciones de salud no toman en cuenta a la salud mental como una necesidad básica para mantener un estado de salud general aceptable. Y la segunda perspectiva, que es la que se tomará como eje principal del presente capítulo, es la carencia en la formación de recursos humanos especializados en la atención de adicciones a nivel institucional, que en más de un sentido, está estrechamente ligada con la primera.

Hablaremos en primer lugar de que, en la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento de las adicciones (SSA, 1999) uno de los puntos principales en cuanto a la práctica en el campo es la capacitación y enseñanza, en este sentido, la NOM menciona que las acciones de capacitación y enseñanza deberán aplicarse con el objeto de contar con recursos humanos, profesionales y técnicos suficientes y bien preparados para afrontar el problema, apoyar la creación de programas integrales sobre prevención, investigación, tratamiento, rehabilitación y control del tabaquismo, el alcoholismo, el abuso de bebidas alcohólicas, y de la farmacodependencia, así como elevar la calidad de tales acciones y fomentar el intercambio de experiencias y conocimientos, esto

realizado a través de cursos, talleres, seminarios, congresos y cualquier otro foro para investigación. Esta, es solo una de las cuestiones por las que la capacitación resulta importante, al estar contemplada en una Norma Oficial.

Por otro lado, la secretaría de salud, en su programa de acción para la atención de las adicciones plantea como parte de su misión el capacitar los recursos humanos para prevenir y tratar las adicciones y certificar a profesionales y técnicos, lo que confirma el hecho de que a nivel nacional el consumo de drogas es una acción prioritaria en cuestión de salud. Sin embargo, como ya fue mencionado en el capítulo de la competencia 3, el abordaje que se da a las adicciones se enfoca en la dependencia a drogas y no en el consumo problemático del alcohol, a pesar de que la Norma Oficial mexicana también contemple este aspecto. En consecuencia, programas como los de detección temprana e intervención breve no cuentan con diseminación a nivel institucional, y por lo tanto, existen menos recursos humanos formados en este abordaje terapéutico de las adicciones.

Ante esa problemática, la Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones se ha enfocado en formar profesionales expertos en programas de detección temprana e intervención breve y tratamientos para rehabilitar personas adictas, y por otro lado, ha tenido el objetivo de que estos profesionales cuenten con la competencia de sensibilizar y capacitar a otros profesionales en el campo para ampliar la cantidad de recursos humanos para la atención de adicciones en el país.

### **DESARROLLO DE LA COMPETENCIA DURANTE LA MAESTRIA**

Durante la participación en el programa de tratamiento “Desarrollo de un programa de detección temprana e intervención breve para usuarios de cocaína” se contó con la posibilidad de participar en reuniones científicas, congresos y coloquios a nivel nacional e internacional dirigidos a profesionales de la salud y del campo de las adicciones (ver anexo 1), así mismo se realizaron talleres sobre la intervención para usuarios de cocaína dirigidos a alumnos de la licenciatura en Psicología en la Facultad de Psicología y otras universidades de la ciudad .

A continuación se mencionan las habilidades que a partir de la formación académica se adquirieron para desarrollar la presente competencia:

- Conocimiento y dominio de los principios y técnicas terapéuticas de los programas de la residencia, recursos a partir de los cuales se puede establecer un plan de capacitación dirigido hacia otros profesionales.
- Diseño y planeación de métodos de exposición para realizar la transferencia tecnológica de los principios teóricos y técnicas de los programas de intervención a otros profesionales.
- Manejo de grupos para la exposición de temas en el área de adicciones.

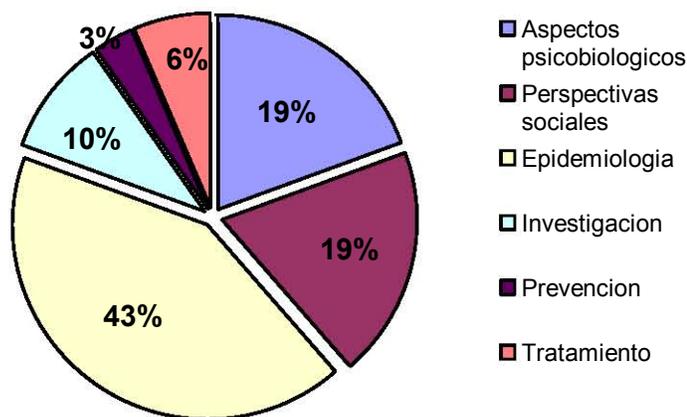
- Conocimiento y manejo de métodos para realizar la evaluación de sistemas de capacitación de profesionales.
- Conocimiento y manejo de métodos de supervisión de profesionales
- Exposición oral y grafica de investigaciones realizadas durante la residencia en coloquios y congresos para fomentar el intercambio de experiencias y conocimientos con otros profesionales.

Una de las limitaciones durante la residencia fue que, en general, no hubieron actividades específicas que estuvieran orientadas a poner en práctica las habilidades para capacitar a otros profesionales, sin embargo, el desarrollo de esta competencia se llevo a cabo mediante la participación en los diferentes programas de intervención, ya que como se menciono anteriormente durante la estancia en estos programas se tuvo la oportunidad de participar en la implementación de algunos talleres y se participó como expositor en algunos congresos y coloquios de investigación en psicología, lo que colaboró en la adquisición de habilidades que son fundamentales para el desarrollo práctico de la competencia.

**IMPLEMENTAR PROYECTOS DE INVESTIGACION EXPERIMENTAL APLICADA Y DE PROCESO EN EL AREA DE LAS ADICCIONES**

De acuerdo a datos consultados en la Revista Salud Mental, publicada por el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), del año 2000 al 2005, se han publicado 35 artículos de investigación en el área de adicciones, es decir, en promedio se publicaron 7 artículos por año. Esta revista se toma como ejemplo por ser editada por el INP, uno de los principales institutos que genera investigación en el campo de adicciones en México y por ser sede de la residencia en adicciones. A este respecto se encontró que un 43% de las investigaciones realizadas en el campo de adicciones abordan el tema de la epidemiología, 19% abordan algunas cuestiones del fenómeno psicosocial de las adicciones y aspectos psicobiológicos respectivamente, 10% realizan un análisis del estado de la investigación en adicciones, 6% abordan el tratamiento y 3% la prevención (ver figura 1).

**Figura 1.** Distribución de publicaciones con respecto a la temática que abordan en la investigación de adicciones de la Revista Salud Mental



Fuente: Revista Salud Mental, INPRF, 2005

A partir de los datos presentados, podemos darnos cuenta de que existen relativamente pocas publicaciones en el área de adicciones. Sin embargo se deben tomar ciertas consideraciones al respecto: estos datos únicamente representan el estado de publicaciones en una sola revista de psicología, además, probablemente el numero de proyectos de investigación no es proporcional al numero de publicaciones, pero sin duda alguna, los trabajos publicados ya sea en revistas, libros o congresos son la única fuente para conocer lo que se realiza en investigación de adicciones en México. Ante este panorama, una de las alternativas que propone la Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones es formar recursos profesionales que tengan el conocimiento y las habilidades para generar proyectos de investigación, desarrollarlos y hacer un análisis crítico de sus resultados. A lo largo de los 4 semestres de la Maestría se contó con cursos, seminarios y participación en

investigaciones que le dieron gran sustento al desarrollo de la competencia “implementar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones”.

## **DESARROLLO DE LA COMPETENCIA DURANTE LA MAESTRIA**

A continuación se presenta el proyecto de investigación “Intervención para modificar la adicción al juego, que se desarrolló en el tercer semestre de la Maestría, tal proyecto de investigación se presenta como ejemplo de las habilidades que se adquirieron para desarrollar una investigación en donde la metodología y los procedimientos sean coherentes con el objetivo que se plantea el investigador. Posteriormente se presentan las competencias específicas desarrolladas en el ámbito de la investigación.

## **INTERVENCION PARA MODIFICAR LA ADICCION AL JUEGO**

**Nadia Robles Soto**

### **Introducción**

Dentro del campo de las adicciones, se suele poner énfasis, tanto en la investigación como en la intervención, en la adicción a diversas sustancias o drogas. En este sentido, otras adicciones como la adicción al juego de apuesta no se han incluido ampliamente en la literatura y en la instrumentación de nuevas intervenciones para tratarla. El objetivo del presente trabajo es proponer una intervención dirigida a individuos con problemas con su conducta de juego.

El juego de azar es una actividad conocida desde hace más de 2000 a. de C., el juego se practicaba desde la existencia de civilizaciones como los griegos, los egipcios y los romanos, sin embargo en ese entonces era una actividad especialmente perteneciente a las clases sociales altas. A pesar de ser considerado una actividad de ocio y diversión durante miles de años, el juego puede llegar a adquirir un carácter adictivo o patológico. El juego es considerado un diversión cuando hay un control y un gozo en el acto en sí, mientras que deja de serlo cuando implica sufrimiento y descontrol, por lo que la persona pierde su libertad de decisión (Bombín, 1992). A pesar de ser un padecimiento muy antiguo, hasta 1975 no se empezó a estudiarlo como tal, siendo en 1979 cuando Morán lo define como juego patológico. Su reconocimiento oficial se produce hasta 1980, cuando la Asociación de Psiquiatría Americana en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, incluye el juego patológico como una de sus categorías dentro de los trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados (APA, 1980). En el DSM-IV esta clasificación diagnóstica abarca cinco categorías específicas (trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, juego patológico, piromanía y tricotilomanía) La categoría residual está bajo el título de trastorno de control de los impulsos no especificado, y se incluiría en ella aquellos trastornos del control de impulsos que no cumplen los criterios de un trastornos específico una

categoría residual. Por otro lado, la OMS coincide casi en su totalidad con lo referido a esta categoría en la clasificación Internacional de las enfermedades mentales (CIE-10).

Según el DSM-IV, los trastornos del control de impulsos se caracterizan por un impulso irresistible a realizar actos dañinos y se definen por tres características esenciales: fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el individuo o para los demás; sensación creciente de tensión o de activación antes de llevar a cabo el acto y experiencia de placer, gratificación o liberación en el momento de consumir el acto. De acuerdo al DSM-IV los criterios para diagnosticar la existencia de juego patológico en un individuo son los siguientes:

A. Una persistente y recurrente conducta de juego, indicada por 5 o más de los siguientes síntomas:

1. Preocupación por el juego (p.ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p.ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de 'cazar' las propias pérdidas).
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza para financiar el juego.
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

B. La conducta de juego no es mejor explicada por un episodio maniaco

Es importante destacar que para autores como Echeburúa (1992) esta clasificación sufre una importante transformación en cuanto a su concepción, ya que los criterios para el abuso de sustancias y el juego patológico son

prácticamente los mismos si se sustituye el juego por la sustancia adictiva, con énfasis especial en la pérdida de control. Aunque de acuerdo a los manuales diagnósticos del APA y de la OMS el juego patológico es un trastorno de control de impulsos, para la mayoría de profesionales y especialistas en la materia, el juego patológico es una adicción "no tóxica", aunque hubo un tiempo en que por sus características similares con el trastorno obsesivo-compulsivo, se pensaba que era una forma de éste, denominándolo "juego compulsivo". El mismo problema se ha dado en los demás trastornos de la misma categoría y muchos otros trastornos nuevos, que por su complejidad, actualmente son difíciles de clasificar, tales como la compra compulsiva, ciberdependencia, adicción al sexo, etc., e incluso algunos trastornos de alimentación.

Cabe recalcar que existen una variedad de consecuencias negativas asociadas con el juego patológico. Lesieur (1984) describe que algunos jugadores compulsivos pueden llegar a tener 2 trabajos para cumplir las deudas que se generan a partir del juego, lo cual genera problemas en otras áreas (familia, salud, económica, etc.). De acuerdo a un estudio realizado por Meyer y Fabian (1992) con un grupo de 400 miembros de jugadores anónimos (Gambling Anonymous) el 55 % de la muestra de jugadores reportó haber obtenido dinero para jugar de manera ilegal (fraude, robo, evasión fiscal); cerca del 50% de los jugadores perdían cerca de 1000 dólares por mes debido al juego; los retrasos y la ausencia laboral fue muy frecuente, y en algunos casos, se dio la pérdida del empleo; algunos de ellos presentaban pérdidas sociales a causa de la deuda por el juego y por incumplimiento al pedir dinero prestado a otras personas. Otra investigación realizada por Lorenz y Yaffee (1984) con una muestra de 200 jugadores encontró que los jugadores presentaban problemas físicos y psicológicos importantes asociados al juego patológico, tales como depresión, dolores estomacales, estreñimiento o colitis, insomnio, debilidad, sudoración, dolores de cabeza o migraña. Los autores refieren también un síndrome en el cual, algunos problemas médicos y emocionales fueron asociados con una desesperada necesidad de dinero y sentimientos de culpa y depresión. Específicamente la ansiedad y la depresión han sido altamente relacionadas con el juego patológico (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Blaszczynski y McConaghy (1989) mencionan que en el juego patológico el aspecto financiero llega a jugar un papel secundario, en este sentido, uno de los principales factores de riesgo que pueden precipitar un episodio de juego es el estrés y la depresión, factores que también llegan a considerarse fundamentales en el mantenimiento del juego.

A pesar de que en México lugares de apuesta como casinos no son legales, otras tantas actividades de juego no se encuentran penalizadas. En este rubro se encuentran los juegos de apuesta como el juego de cartas, que usualmente se juegan en un ambiente íntimo, con amigos, familiares o conocidos, razón por la cual no se encuentra regulado por la ley. En experiencia de algunas personas el juego resulta una actividad cotidiana y "necesaria", con la cual se puede perder todo, pero que da la posibilidad de "recuperarse" y ganar, factor por el cual, los individuos llegan a

presentar grandes pérdidas, no sólo económicas, también sociales y de salud física y mental.

El objetivo del presente trabajo es proponer un programa de tratamiento dirigido a sujetos que presenten problemas con su forma de jugar, y que dicho tratamiento incida en el patrón de juego y sus problemas relacionados.

## Método

- ✓ Sujetos
  - 30 sujetos que soliciten tratamiento por su forma de jugar
  - Hombres o mujeres mayores de 18 años
  - Que sepan leer y escribir
  - Que vivan el área metropolitana
- ✓ Escenario
  - Centro de Servicios Psicológicos Acasulco
- ✓ Diseño
  - Se utilizará un diseño ABC de caso único con medidas repetidas. Se realizaran 30 repeticiones
- ✓ Instrumentos
  - Admisión. Es una entrevista estructurada que permitirá conocer datos más amplios del sujeto. Relacionados con el patrón de juego y con otras áreas de vida.
  - Preselección. Es un cuestionario que tendrá como objetivo identificar si los sujetos cumplen con los criterios de inclusión al tratamiento.

Aplicación de:

-South Oaks Gambling Screen (SOGS), Lesieur, H y Blume, S (1987). Es un cuestionario que tiene como objetivo determinar la existencia del diagnóstico primario de juego patológico

-Diagnóstico DSM-IV para juego patológico. Es un inventario con los criterios del Manual de Diagnóstico Estadístico para diagnosticar el juego patológico.

-Línea Base Retrospectiva (LIBARE). Tiene como objetivo evaluar el patrón de juego (frecuencia) durante el último año.

-Inventario de Autoconfianza. Es un instrumento que tendrá como objetivo evaluar la percepción de autoeficacia para no jugar en determinadas situaciones (capacidad de autocontrol)

-Inventario de Depresión de Beck. Es un inventario que tiene el objetivo de obtener el nivel de depresión en el sujeto.

- Inventario de Ansiedad de Beck. Es un inventario que tiene el objetivo de obtener el nivel de ansiedad del sujeto
- Automonitoreo. Es un forma en la que el individuo registra las ocasiones de juego diariamente
- ✓ Tratamiento

El tratamiento que se aplicará y evaluará será un tratamiento de corte cognoscitivo conductual, ya que de acuerdo a la literatura este es el enfoque que mejores resultados ha presentado, en el se incluirán los siguientes componentes:

- Evaluación del patrón de juego (aplicación de instrumentos y entrevista)
  - Automonitoreo del juego
  - Balance decisional y establecimiento de metas
  - Identificación y manejo de situaciones de riesgo
  - Entrenamiento en habilidades de autocontrol
  - Manejo del deseo de jugar
  - Entrenamiento en habilidades sociales y asertivas
  - Manejo y solución de problemas relacionados con el juego
  - Prevención de recaídas
- ✓ Procedimiento
  - El tratamiento se aplicará a los sujetos que lo soliciten y busquen modificar su conducta de juego
    - Se les realizará una evaluación para determinar factores como el diagnostico de juego patológico, patrón de juego (frecuencia), situaciones de riesgo, niveles de autoconfianza (autoeficacia), línea base retrospectiva, niveles de depresión y ansiedad.
    - Se aplicaran 8 sesiones de tratamiento, las cuales tendrán el objetivo de enseñar al sujeto habilidades y brindar herramientas para manejar su conducta de juego, teniendo como objetivo la eliminación de éste.
    - A partir de la admisión y durante el periodo de tratamiento se realizara un autorregistro de la conducta de juego
    - Al finalizar la intervención, los resultados se analizaran en términos de el impacto que tuvo el tratamiento en el patrón de juego
    - Después de aplicadas las sesiones de tratamiento se realizará un seguimiento al mes, a los seis meses y al año de haber concluido, con la finalidad evaluar el impacto del tratamiento en la conducta de juego

## Resultados

- Los resultados del LIBARE y autorregistro se evaluaran mediante gráficos que permitan identificar si existió o no impacto en el patrón de juego.

## Discusión

- Los resultados de la investigación se compararán con otros estudios realizados en el área de tratamiento para la adicción al juego
- De acuerdo a los resultados que se produzcan se podrán determinar las limitaciones que presenta este tratamiento para intervenir en la adicción al juego
- En este mismo sentido se podrá determinar la efectividad que presenta el tratamiento para modificar exitosamente la adicción al juego

## Referencias

- Blaszczynski, A. P., y McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *International Journal of the Addictions*, 24(4), 337-350.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.) (DSM-IV) (1994), American Psychiatric Association Washington, D.C.
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema* 4, 1, 7-20.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Lesieur, H., y Blume, D. (1987): The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Moran, E. (1979). An assessment of the report of the Royal Commission on gambling. *British Journal of Psychiatry*, 74, 3-9.
- Orford J. (2001) *Excessive Appetites. A psychological view of addictions*. Inglaterra: Ed. Wiley

## HABILIDADES ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS:

Las habilidades que se generaron para desarrollar esta competencia son las siguientes:

- Conocimiento y manejo de herramientas de investigación bibliográfica en un tema específico, tales como bases de datos especializadas.
- Conocimiento y manejo de diseños de investigación de grupos y de un solo sujeto.

- Conocimiento y manejo de los procedimientos para proponer, desarrollar y evaluar proyectos de investigación
- Conocimiento y manejo de herramientas para desarrollar proyectos de investigación como instrumentos de medición, manejo de procedimientos estadísticos y desarrollo de procedimientos de evaluación
  - Redacción de artículos de investigación donde se sintetice el desarrollo de investigaciones y sus resultados.
  - Presentación de investigaciones realizadas en reuniones científicas con otros profesionales.

El desarrollo de esta competencia estuvo apoyado por recursos pedagógicos como los cursos y seminarios que se ofrecieron en la Maestría, sin mencionar la participación en algunos proyectos de investigación, como el proyecto “Desarrollo y Evaluación de una Intervención Breve para Usuarios de Cocaína” y “Autocambio Dirigido para Fumadores” en los que se dio seguimiento al desarrollo de las investigaciones, así como, la generación de algunas líneas de investigación tituladas “Variables asociadas a la deserción de un programa de tratamiento para usuarios de cocaína”, “Autoconfianza para resistirse al consumo de drogas en un grupo de usuarios de cocaína”, “Variables asociadas a la deserción de un tratamiento para fumadores”. Por otro lado, a partir de uno de los seminarios cursados en el tercer semestre sobre intervenciones con adolescentes se realizó el trabajo “intervención Cognitivo Conductual Familiar dirigida a adolescente consumidores de metanfetaminas”. Éste y los trabajos antes mencionados fueron presentados en reuniones científicas y profesionales a nivel nacional e internacional (ver anexo 1).

**SEGUNDA PARTE**  
**SESION TIPICA DE EJERCICIO**  
**PROFESIONAL**

**SESION TIPICA DE EJERCICIO PROFESIONAL**

---

# EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE UN CASO DE CONSUMO DE TABACO

## 1. Motivo de consulta y evaluación (Información obtenida de la entrevista)

Luís (nombre ficticio) es un hombre de 60 años, viudo que actualmente vive solo, curso estudios técnicos en el área de maquinarias petroleras, aunque casi toda su vida laboral la dedico a la venta y distribución de autopartes, actualmente es pensionado y asiste el 8 de febrero de 2005 a la clínica #28 del IMSS para participar en el programa de autocambio dirigido para fumadores (Lira, 2003).

Lo que refiere como motivo de consulta es: “quiero dejar de fumar”, “si bien considero que no fumo mucho, llevo muchos años haciéndolo y sé que no es bueno para mi salud y a mi edad”, “mi esposa murió de cáncer en la garganta, ella fumaba, aunque yo se que eso no fue lo que le provoco el cáncer pero creo que debo cuidar más mi salud”. Luís comenta que acostumbra fumar en situaciones en las que se encuentra tenso, nervioso o no tiene muchas actividades que realizar. Acostumbra fumar en promedio cuatro cigarros al día y lo hace por las tardes, ya que es cuando se encuentra solo, usualmente por las mañana va a un club, a medio día recoge a un sobrino de la escuela y come con su hermana y su familia, por lo que llega a casa por la tarde ya sin ocupaciones, entonces se dispone a ver un poco de televisión, a resolver crucigramas o bien a navegar por Internet.

El usuario refiere que comenzó a fumar desde los 15 años, comenzó probando puros, comenta que lo hacía para verse como una persona mayor, después dejo de agradarle el sabor del puro y comenzó a fumar cigarros. Comenta que desde que comenzó a fumar no ha tenido ningún intento para dejar de hacerlo, aunque conforme han pasado los años ha ido disminuyendo la cantidad de cigarros que fuma, siendo veinte cigarros al día la máxima cantidad que consumió por periodos prolongados de tiempo. Al preguntársele cómo ha afectado en su vida cotidiana el consumo de cigarro Luís dice que nunca ha tenido problemas relacionados con fumar, aunque percibe que en diversos momentos de su vida dejo de hacer algunas osas como practicar natación o correr por no tener resistencia física a causa del consumo del cigarro. Actualmente, al levantarse por las mañanas nota que amanece con la garganta cerrada y con tos, además dice que últimamente ha tenido algunas dificultades para conciliar el sueño y se lo atribuye al consumo de cigarro.

Comenta que una de sus mayores preocupaciones es que al tener diversas situaciones que lo estresan (como problemas financieros) no sepa que hacer una vez que deje de fumar.

### 1.2 Evaluación realizada por medio de cuestionarios

**1.2.1.** Cuestionario de Dependencia de Fagerström (adaptado por INER, 1999, citado en SSA, 1999). Este instrumento permite hacer una evaluación de los niveles de dependencia al tabaco que presenta un sujeto a través de algunos

síntomas e indicadores específicos de dependencia, siendo estos probables rangos la dependencia baja, media y alta.

De acuerdo al puntaje arrojado por el instrumento se encontró que Luís presentaba una dependencia baja al tabaco, por otro lado, mencionó también en este instrumento encontrarse seguro de que estaba listo para dejar de fumar en los próximos treinta días y que visualizaba una mejora en su salud y condición física como consecuencias de dejar de fumar.

**1.2.2.** Cuestionario de Depresión de Beck (adaptado por Robles, Jurado y Páez, 2001). Este cuestionario evalúa los niveles de depresión que presenta una persona a través de diversos síntomas existentes durante la última semana, siendo estos niveles de depresión mínima, leve, moderada y severa

En relación al puntaje que presentó Luís se estableció que en el momento de la evaluación presentaba un nivel mínimo de depresión

**1.2.3.** Inventario Breve de Ansiedad de Beck (adaptado por Varela, Villegas y Jurado, 2000). Este inventario evalúa el nivel de ansiedad que presenta el sujeto a través de diversos síntomas de tipo físico y cognitivo durante la última semana, siendo esto niveles de ansiedad mínima, leve, moderada y severa.

Se encontró respecto a los síntomas de la sintomatología del cuadro de ansiedad que Luís presentó un nivel de ansiedad mínima

**1.2.4.** Cuestionario Breve de Confianza Situacional (adaptación del cuestionario breve de confianza situacional, Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Este instrumento evalúa la confianza para resistirse a consumir que percibe el usuario en diversas situaciones de riesgo.

A continuación se presentan los índices de autoconfianza de Luís en cada escala de riesgo

**Tabla 1.** Índices de autoconfianza en situaciones de riesgo

ESCALA	PUNTAJE
EMOCIONES DESAGRABLES	100%
MALESTAR FISICO	70%
EMOCIONES AGRADABLES	100%
PRUEBA DE CONTROL PERSONAL	70%
NECESIDAD FISICA	100%
CONFLICTO CON OTROS	100%
PRESION SOCIAL DE CONSUMO	70%
MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS	100%

**1.2.5.** Inventario de disposición al cambio (SOCRATES) (adaptado por Cuevas, 2005). Este inventario presenta la evaluación de tres escalas que en

conjunto caracterizan el perfil de disposición al cambio que presenta el sujeto respecto a su consumo de acuerdo al modelo transteórico de cambio (Prochaska y DiClemente, 1989). Estas escalas son reconocimiento, ambivalencia y acción y pueden presentarse en tres niveles, bajo, medio y alto.

A continuación se presentan los niveles de disposición al cambio de Luís en cada una de sus escalas

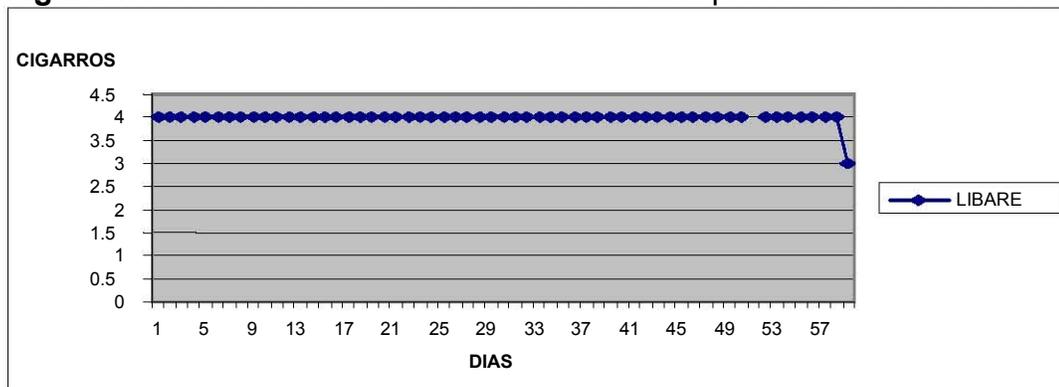
**Tabla 2.** Puntaje en las escalas de disposición al cambio

ESCALA	RANGO
RECONOCIMIENTO	BAJO
AMBIVALENCIA	ALTO
ACCION	BAJO

### 1.2.6. Línea Base Retrospectiva (LIBARE) (Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998)

A continuación se presenta el patrón de consumo de tabaco de Luís durante los 60 días previos al inicio del tratamiento.

**Figura 1.** Patrón de consumo durante los 60 días previos a la intervención



## 2. Diagnostico

De acuerdo a la evaluación realizada se determinó que Luís presenta una dependencia baja al tabaco. Presenta niveles mínimos de depresión y ansiedad.

En general presenta total autoconfianza para no consumir en diversas situaciones de riesgo, excepto en aquellas como malestar físico, prueba de control personal o presión social de consumo en las que presenta una confianza de 70%, a este respecto, se encuentra que Luís presenta puntajes muy altos de confianza, lo que puede estar relacionado con el hecho de que debido a que el contenido del instrumento es obvio algunas personas tienden a maximizar su nivel de confianza, por lo que se presentan perfiles muy elevados (Echeverría et al., 1998).

En cuanto a la disposición al cambio se encontró que presentaba un bajo reconocimiento del problema del consumo, que tenía una ambivalencia alta para el cambio y que en general no había realizado acción alguna para

modificar su consumo, además de que menciona estar dispuesto a cambiar su consumo en los próximos treinta días, lo que lo ubica en un estadio de *contemplación* dentro del modelo transteórico de cambio. Por otro lado, Luís mantuvo durante los 60 días previos a la asistencia al tratamiento un consumo diario de 4 cigarros en promedio.

### 3. Tratamiento

Los objetivos establecidos y las técnicas terapéuticas establecidas de acuerdo al programa de autocambio dirigido para fumadores se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 3.** Objetivos de la intervención y técnicas utilizadas

Objetivos	Técnicas
Evaluación de los costos y beneficios del consumo y elección de meta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balance decisional</li> <li>• Retroalimentación del patrón de consumo</li> <li>• Establecimiento de metas</li> </ul>
Identificación de situaciones de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis funcional</li> <li>• Autorregistro del consumo</li> </ul>
Enfrentamiento de situaciones de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de un modelo general de solución de problemas</li> </ul>
Reestablecimiento de metas y prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimentación de los avances alcanzados durante el tratamiento</li> <li>• Reestablecimiento de metas</li> <li>• Anticipación de probables situaciones de riesgo en el futuro y elaboración de planes de acción</li> </ul>

#### Desarrollo por sesiones

El tratamiento se llevo a cabo durante 5 sesiones:

22/febrero/2005. En la **primera sesión** se le solicito a Luís que analizara cuáles eran las ventajas y desventajas de dejar de fumar y de continuar fumando. Las ventajas y desventajas que señalo con respecto a su consumo son las siguientes:

**Tabla 4.** Balance decisional

Ventajas	Desventajas
----------	-------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es un acompañante en los momentos de ocio</li> <li>• Me relaja</li> <li>• Me calma un poco cuando no puedo dormir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daña mi salud</li> <li>• Gasto dinero innecesario</li> <li>• Aunque fume cuando me siento tenso eso no soluciona mis problemas</li> </ul>
---	--

Posteriormente se le dio la información que arrojó la evaluación que se le realizó en las dos sesiones previas, y se le pidió que estableciera una meta con relación al consumo para la próxima semana, en este caso, Luís decidió que reduciría su consumo a 2 cigarros por día a partir de la primera sesión de tratamiento. Él menciona que contaba con un 75% de confianza para lograr su meta.

1/marzo/2005. En la **segunda sesión** Luís mencionó haber cumplido parcialmente con la meta establecida en la sesión anterior, ya que estuvo fumando de 2 a 3 cigarros durante la semana, agregó sentirse motivado para seguir intentando el cumplimiento de la meta. Durante la sesión se realizó un análisis de las situaciones en las que Luís percibía menos autoconfianza para no fumar. En relación a otras situaciones cotidianas, Luís mencionó las siguientes tres como las más consistentes y que originan su consumo continuo:

### **Situación 1.**

“Cuando estoy solo en casa y estoy resolviendo crucigramas o jugando cartas en la computadora, empiezo a sentir la tentación de consumir y me doy cuenta de que no puedo resistirla, entonces enciendo un cigarro y me siento más a gusto”

#### **Consecuencias positivas**

“Me puedo distraer, dejo de pensar en que tengo que dejar de fumar y puedo hacer lo que siempre ha sido una costumbre para mí”

#### **Consecuencias negativas**

“Me arrepiento porque sé que me hace daño, en ocasiones me cuesta trabajo dormir”

### **Situación 2**

“Fumo cuando me siento preocupado porque sé que el dinero no me alcanza y tengo que pagar varios servicios”

#### **Consecuencias positivas**

“Me relaja un poco, pero continuo con la preocupación de tener que pagar los servicios”

#### **Consecuencias negativas**

“Además de que sigo teniendo la preocupación, me siento mal por seguir haciendo algo que daña mi salud”

### **Situación 3**

“El pensar en que no tengo trabajo y que nadie quiere contratarme por la edad que tengo y además el no tener mucho que hacer durante el día hace que sienta ganas de fumar”

**Consecuencias positivas**

“Fumar me relaja en esas situaciones y calma un poco la ansiedad que pueda sentir”

**Consecuencias negativas**

“Daño mi salud”

**Situación 4**

“Cuando no puedo dormir”

**Consecuencias positivas**

“Ninguna, porque no duermo”

**Consecuencias negativas**

“Me siento muy mal a la mañana siguiente por no haber dormido y haber fumado”

A partir de las situaciones anteriores Luís comenta que nunca había pensado con detenimiento en qué situaciones fumaba, en relación a ello se le dijo que el saber tales situaciones era muy importante para que se pudiera generar un plan de acción que pueda ayudarlo a enfrentar de manera distinta esas situaciones. Respecto a ello, se revisaron algunas soluciones que utilizaron personas cercanas a él para dejar de fumar y que tal vez le podrían servir a él, como utilizar terapias de sustitución nicotínica o simplemente tomar la determinación de dejar de fumar. En este sentido, Luís menciona que creía que este era el momento en el que se sentía determinado a dejar de fumar, pero haciendo uso de la ayuda del tratamiento y con relación a la terapia de reemplazo no estaba interesado en utilizarla.

Al final de la sesión Luís estableció que su meta para la siguiente semana sería fumar únicamente un cigarro por día.

8/marzo/2005. En la **sesión tres** Luis informo que redujo el consumo que tenía con anterioridad, pero que no todos los días cumplió con la meta. En esta sesión se trabajó con Luís un plan de acción para enfrentar las situaciones de riesgo que se le presentaban y que usualmente lo llevaban a fumar.

En la primera situación Luís señaló las siguientes alternativas de solución:

1. llegar más tarde a casa para no tener tiempo de fumar
2. deshacerse de los cigarros, los ceniceros y todo lo que tiene en casa que le recuerda el hábito de fumar
3. acompañar el juego de cartas y la solución de crucigramas con otra cosa como una bebida

Ante esta situación de juego se le cuestionó a Luís si creía que podría disfrutar de la misma manera el jugar cartas o resolver crucigramas si los acompañaba con algo como un café, un refresco o agua. El mencionó que nunca lo había intentado, pero que podía hacerlo durante la semana, por lo que

considero a esta alternativa como la más prometedora para no fumar en esa situación.

En la segunda situación Luís mencionó las siguientes soluciones:

1. administrar mejor, el dinero, ahorrando por ejemplo lo que gasta en comprar cigarros
2. cancelar algunos servicios como la televisión por cable, la conexión a Internet y las tarjetas de crédito
3. usar menos su auto para no gastar en refacciones y gasolina
4. puedo tratar de relajarme de otra forma

De estas soluciones las más prometedoras para Luís fueron la segunda y la cuarta, pues dice no gastar mucho en cigarros, por lo que no podría ahorrar mucho en ese sentido, además de que la parece incomodo no transportarse en su auto.

En la tercera situación Luís menciona que no encontraba alternativas para solucionar el hecho de no encontrar trabajo, pues sabía que en ningún lugar le iban a dar trabajo por su edad. Se le cuestiono acerca de las opciones de trabajo que había buscado y si había solicitado empleo en ellas, a lo que contesto que no ha buscado empleo en varios años por ser pensionado, pero tiene la idea de que si lo busca nadie lo va a contratar. Ante esta situación se introdujo un componente de reestructuración de pensamientos, el resultado fue el siguiente:

Ante la idea de que “nadie me va a contratar por mi edad” yo puedo pensar en que:

- es importante que antes de tener la idea de que no me van a contratar busque un trabajo para saber qué respuesta pueden darme
- probablemente no me den empleo en el primer lugar que busque, pero si persisto tal vez lo consiga.
- Puedo buscar trabajo en los programas de empleo para personas mayores

Para la cuarta situación Luís menciona como soluciones las siguientes:

1. hacer ejercicio durante el día para sentirse agotado en la noche y poder dormir
2. fumar menos pues piensa que el insomnio lo provoca el consumo de cigarro

Ante esta situación la más prometedora fue la primera, pues tendría más actividades durante el día y podría descansar mejor.

Para estas dos situaciones en particular se sugirió como actividad para la próxima sesión la enseñanza de ejercicios de relajación que le pudieran servir para disminuir la ansiedad, la tensión y conciliar el sueño.

Para la semana siguiente a esta sesión, Luís decidió dejar de fumar por completo.

15/marzo/2005. En la semana previa a la **cuarta sesión** Luís fumo en dos días distintos un cigarro por ocasión, sin embargo, se mostró optimista al haber

dejado de fumar por varios días, situación que fue reforzada y se le invito a continuar logrando su meta. En la sesión se realizaron ejercicios de respiración profunda, imaginería y relajación muscular progresiva con la finalidad de que Luís pudiera practicarlos en aquellos momentos en los que se encontrara en una situación en la que se sintiera tenso y ansioso. En esta sesión se le anticipo que la siguiente seria la ultima sesión de tratamiento. En esta sesión también Luís dijo seguir con la intención de no fumar durante la próxima semana.

22/marzo/2005. En la **quinta sesión** se realizó un resumen de los logros que obtuvo Luís con relación a su consumo de tabaco, agregando que en la ultima semana se mantuvo sin fumar. El mencionó estar muy satisfecho con sus avances, dijo haber asistido para un chequeo con su medico y éste le dijo que sus pulmones se encontraban mejor en comparación con el tiempo que estuvo fumando. Así mismo, el comento notar menos dificultad al caminar de manera prolongada y al subir escaleras En el reestablecimiento de la meta él se propuso mantenerse sin fumar en lo sucesivo, el decidió establecerse un periodo de seis meses de no consumo, el cual reestablecería en el tercer seguimiento (seis meses) después de concluido el tratamiento.

Luís mencionó que las situaciones que podrían presentarse en el futuro serian muy probablemente las mismas que se le han presentado hasta ahora, por lo que tiene la confianza de saber qué hará en esas situaciones.

Se realiza el cierre del tratamiento y se programa el primer seguimiento a un mes.

### **Seguimiento al primer mes**

19/abril/2005. Se realiza la aplicación del cuestionario de dependencia de Fagerström, los inventarios de depresión y de ansiedad de Beck, el cuestionario breve de confianza situacional y el inventario de disposición al cambio. Luís menciona encontrarse satisfecho con el cambio que realizo y menciona que ha pensado entrar a un grupo de adultos mayores que practican yoga y realizan visitas guiadas. Menciona por otro lado, continuar con las dificultades para dormir, por lo que se le recomienda asista con un especialista para que analice esta problemática.

Cabe mencionar que existieron dos consumos durante el primer periodo de seguimiento, al respecto Luís menciona que fueron dos situaciones donde se encontraba en compañía de amistades o familiares que le invitaron a consumir, una situación que no tenia prevista en sus “situaciones de riesgo”, decidió consumir teniendo en mente que seria solo un cigarro y no más. En esta medida, el considero que en un futuro no aceptaría ningún cigarro que se le ofreciera y tomaría como alternativa decir “no” y explicar las razones por las que no desea fumar más. Se programa cita para el seguimiento a tres meses.

### **Seguimiento al tercer mes.**

21/junio/2005. En esta sesión de seguimiento se realizo de nuevo la aplicación de los instrumentos de dependencia Fagerström, los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, el cuestionario breve de confianza situacional y el inventario de disposición al cambio. Durante la sesión Luís menciona haber

asistido a algunas sesiones de yoga para relajarse, las cuales le han ayudado a disminuir la ansiedad por dejar el cigarro. En relación a las dificultades para dormir menciona haber asistido con un medico, el cual no le ayudo como esperaba, por lo que decidió acudir con un medico de la clínica del Seguro Social, quien decidió prescribirle medicamento para disminuir la ansiedad, el nombre del medicamento no fue explorado, pero Luís comento que notaba que lograba dormir mejor. Con respecto al consumo hubieron cuatro consumos de un cigarro cada uno, cabe mencionar que estos consumos, según palabras de Luís “consistieron en una sola fumada”, dijo haberlo hecho en fechas cercanas y en el aniversario de la muerte de su esposa, estando en compañía de una sobrina y hermana que consumen, a las que les pidió que le invitaran una fumada de su cigarro. Al cuestionarle sobre qué pensaba sobre esas ocasiones Luís menciona que no representaban para él una recaída, porque solo fueron cuatro fumadas, y que lo hizo por sentir la nostalgia de recordar a su esposa, pero tenia claro que no iba a convertirse de nuevo en un habito. Ante esta situación se le sugirió no minimizar el riesgo de una recaída y recordar las estrategias para evitar el consumo en situaciones donde se presentan emociones desagradables. Se finalizo la sesión y se programo la cita de seguimiento a seis meses.

#### **Seguimiento a los seis meses**

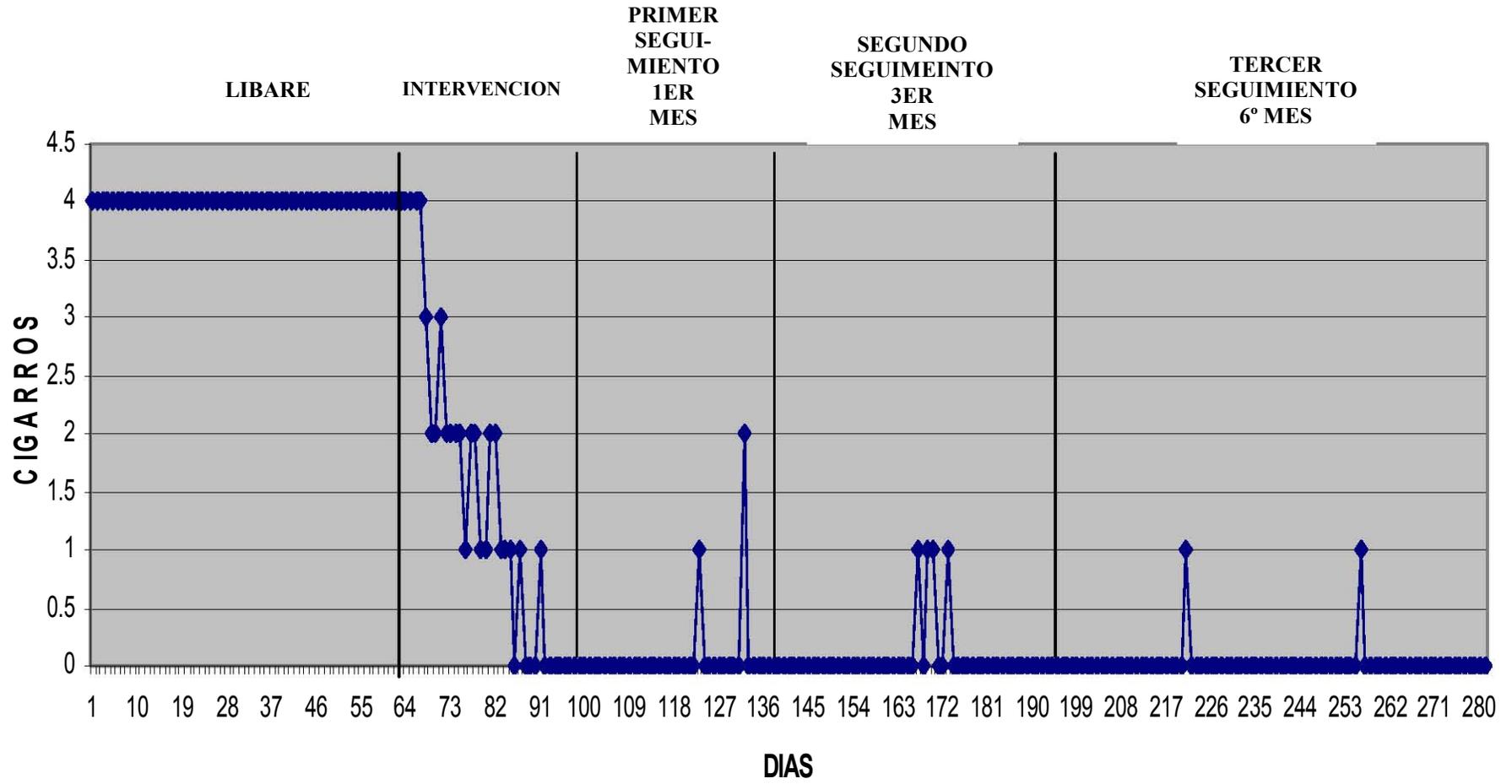
25/octubre/2005. Se realizo la aplicación de los instrumentos de dependencia Fagerström, los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, el cuestionario breve de confianza situacional y el inventario de disposición al cambio. Durante la entrevista Luís mencionó que se sentía mejor con respecto a la cuestión de la falta de sueño, por otro lado dijo no haber fumado mas que dos cigarros en el mes, un poco por la sensación de extrañar el consumo, pero sabiendo que ahora podía controlarlo. En este punto él mencionó que como se había comprometido, iba a reestablecer su meta para los próximos seis meses, la cual consistiría en no consumir ningún cigarro, dijo que tenia al 100% de confianza para lograrlo y que se encontraba contento con el cambio en el consumo que realizó en este año. Se programa el seguimiento a 1 año y se cierra la sesión.

#### **4. Resultados**

Durante el tratamiento el objetivo de que Luís dejara de fumar se cumplió mediante la reducción gradual del consumo. Sus niveles de autoeficacia ante las situaciones de riesgo para consumir se vieron incrementados, así mismo, se encontró que la disposición al cambio se vio también favorecida pues de la etapa de *contemplación* hubo un avance a la etapa de *acción*. Por otro lado, los niveles de depresión y ansiedad presentaron leves variaciones.

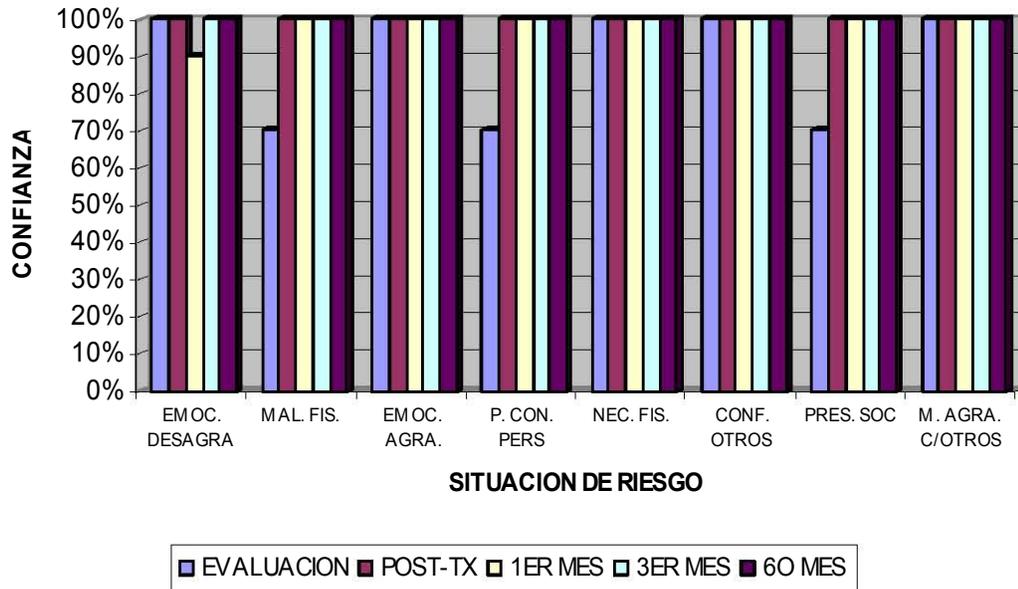
A continuación se presenta el patrón de consumo durante la línea base retrospectiva, el tratamiento, el seguimiento al primer mes, el seguimiento al tercer mes y el seguimiento al sexto mes:

**Figura 2.** Patrón de consumo del usuario antes, durante y después de la intervención



En relación a los niveles de autoconfianza, los resultados fueron los siguientes:

**Figura 3.** Niveles de autoconfianza antes, después de la intervención y en los seguimientos



Con relación a los niveles de disposición al cambio lo resultados fueron los siguientes.

**Tabla 5.** Puntajes de disposición al cambio antes, después y durante los seguimientos

SOCRATES (ESCALAS)	PRE	POST	1ER MES	3ER MES	6° MES
RECONOCIMIENTO	BAJO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO
AMBIVALENCIA	ALTO	MEDIA	MEDIA	MEDIA	BAJA
ACCION	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO

Respecto a los índices de depresión y ansiedad los resultados fueron los siguientes:

**Tabla 6.** Niveles de depresión y ansiedad antes, después del tratamiento y durante los seguimientos

ESCALA	EVALUACION	POST TRATAMIENTO	SEGUI-MIENTO 1ER MES	SEGUI-MEINTO 3 MESES	SEGUI-MIENTO 6 MESES
DEPRESION	MINIMA	MINIMA	MINMA	LEVE	MINIMA
ANSIEDAD	MINIMA	MINIMA	LEVE	LEVE	MINIMA

## 5. Conclusiones sobre el caso

En este caso clínico se aplicó la intervención “Programa de Autocambio Dirigido para Fumadores”, una intervención breve de tipo motivacional y de corte cognitivo conductual que permitió la eliminación del consumo de tabaco por periodos prolongados de tiempo, con respecto a su consumo 60 días antes del inicio de la intervención. Esta intervención ayudó a que el usuario se comprometiera a cambiar su conducta de consumo, que estableciera una meta en relación al cambio y que generara un plan de solución de problemas para enfrentar las situaciones de riesgo que lo llevaban a consumir. En este sentido, podemos hablar de que la intervención fue efectiva en este caso particular, ya que la motivación y las estrategias instrumentadas por el modelo le permitieron al usuario lograr la meta que se estableció, incrementando y fortaleciendo por ende, la autoeficacia, factor que contribuye activamente a que se mantenga el cambio conductual. De acuerdo a la literatura, si el usuario afronta la situación de riesgo de manera adecuada, no solo evitará la recaída, sino que experimentará un incremento en su confianza para poder controlarse, lo que hará menos probable que se presenten futuras recaídas (Marlatt y Gordon, 1985).

Algunos de los aspectos más sobresalientes en el caso de Luís es el incremento en la autoeficacia en diversas situaciones que presentaban un riesgo de consumo, si bien los niveles de confianza al inicio del tratamiento eran ya altos, en algunas escalas como malestar físico, prueba de control persona y presión social de consumo Luís contaba con un 70% de confianza y se incrementaron a un 100% de confianza después de la intervención y a lo largo de los seguimientos, cabe mencionar que en el primer mes de seguimiento la confianza en momentos con emociones desagradables decreció de 100% a 90%, probablemente relacionado con el hecho de que no pudiese conciliar el sueño debido a un estado de ansiedad leve que presentó durante ese mes. Con relación a este último punto se encontró en los seguimientos que la depresión y la ansiedad se vieron levemente incrementadas durante el primer y segundo seguimiento, situación que cambió para el tercer seguimiento, ya que presentaron niveles mínimos. De acuerdo a la literatura en el campo con respecto a la relación existente la ansiedad y depresión y el consumo del cigarro se ha encontrado que el cese en el consumo de tabaco puede tener como efecto secundario el incremento en los niveles de ansiedad y depresión, aunque estos resultados no son determinantes. Esta situación pudo verse controlada en el tercer seguimiento por la prescripción médica que recibió el usuario para disminuir la ansiedad. En este sentido, una de las limitaciones en este tipo de intervenciones es el no contar con la colaboración de un médico para controlar estos efectos secundarios que puede producir el dejar de fumar, por ello, el trabajo interdisciplinario con otros terapeutas o con médicos especializados probablemente podría ofrecer la posibilidad al paciente no sólo de trabajar con el consumo sino también trabajar con otros problemas relacionados que probablemente no entren en el foco de la intervención.

## CONCLUSIONES GENERALES

---

Actualmente el consumo de drogas es uno de los problemas de salud más importantes del país, en este sentido, muchas instituciones de salud pública y privada han orientado esfuerzos en la atención de las mismas. Sin embargo, en los últimos años algunas instituciones de educación se han sumado al esfuerzo y han contribuido en la formación de especialistas en la materia. La Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones ofrece una vasta formación en el sentido teórico y práctico para los estudiantes. En el sentido teórico permite tener una visión amplia de la problemática que a nivel nacional e internacional representan las adicciones, así como las orientaciones teóricas más utilizadas e investigadas en el campo, si bien no se puede hablar de UNA INTERVENCIÓN, si se ha llegado a un acercamiento a aquellas que resultan más eficaces, entre ellas, la orientación cognitivo conductual en la cual encontró sostén la formación práctica dentro de la residencia.

Un punto importante es que dentro de la formación no se deja de contemplar que la adicción es un problema muy complejo a nivel del individuo y de la sociedad en la que se encuentra inmerso, que va cambiando conforme el curso de la vida se transforma y conforme el hombre se va adaptando a nuevos estilos de vida. En este sentido, como profesionales tenemos la obligación de ir evolucionando en nuestra formación teórica y en nuestra práctica en relación al progreso del problema. La formación que se ofrece durante la Maestría representa una importante plataforma para acceder a nuevos conocimientos en el campo de las adicciones, sin duda alguna, esta formación también plantea interrogantes en el alumno, que lo dirigen a conocer más acerca del fenómeno y las diferentes directrices que lo atraviesan.

A nivel personal algunas de las experiencias más ricas dentro de mi formación profesional en la maestría fue la oportunidad de participar en diseños de investigación aplicada a las adicciones a diversas sustancias e introducirme en la práctica clínica con pacientes con abuso o dependencia a drogas.

Por otro lado, algunas de las inquietudes originadas dentro de mi formación y mi práctica profesional se dirigen al estudio e intervención con la familia, en este sentido surgen interrogantes como: qué hay más allá de la adicción a nivel del individuo, qué es lo que sucede a nivel familiar, cómo enfrentan los miembros la adicción dentro de su entorno familiar, cómo es que la codependencia favorece el mantenimiento de la adicción y cómo se aborda, qué sucede con la familia cuando el individuo deja de drogarse, cómo se comporta la familia en general, etc. Estas y otras tantas interrogantes surgen gracias a este periodo de estudio, donde la formación obtenida permite la sensibilización hacia necesidad de ampliar el conocimiento y de optimizar la práctica en su más amplio sentido.

En conclusión, puedo afirmar que todas y cada una de las competencias desarrolladas dentro de la Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones favorecieron en una importante medida el poder contar con los elementos teórico-prácticos para insertarme y ejercer en el campo profesional,

así como para poder plantearme nuevas interrogantes en este vasto campo de estudio.

Abrahams, D.B. y Niaura, R.S. (1987) Social learning theory. En Balne, H.T. y Leonard, K.E. (eds.) *Psychological theories of drinking and alcohol*. N.Y.: Guilford Press.

Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell, L. (2001) Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En Ayala, H. y Echeverría, L (Comp.)(2001)*Tratamiento de conductas adictivas*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Bandura, A (1977) *Social learning theory*. Englewood Cliffs. Nueva York: Prentice Hall.

Barragán, T. L. (2005) *Modelo de intervención para usuarios crónico dependientes de alcohol y otras drogas*. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, UNAM

Cantú, M. P., Jimenez S. Z. y Rojas M. J. (2001) Epidemiología, el discurrir del estado de salud-enfermedad. *Revista salud publica y nutrición*, 2, 4.

Carroll, K.M. (1998) *A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction*. Therapy manuals for drug addiction. Rockville, MD: NIDA

Consejo nacional Contra las Adicciones (2003) *Modelos preventivos, serie planeación del CONADIC*. México

Cuevas, A. E., Luna, G.G., Vital C. G y Lira, M. J. (2005) Validez interna de escala de las etapas de disposición al cambio y anhelo de tratamiento (SOCRATES 8d) en población fumadora mexicana. Ponencia presentada en el XVII Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis Conductual, San Luis Potosí.

De las Fuentes, M. y Villalpando, J. (2001). *Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

De León, L. y Pérez, Y. (2001) *Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas, adaptación, validación y confiabilización del Inventory of drug taking situations y el Drug taking confidence questionnaire*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Echeverría, L., Oviedo, P. y Ayala, H. (1998) Línea base retrospectiva de consumo de alcohol. En Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Editorial Porrúa.

Echeverría, L., Oviedo, P. y Ayala, H. (1998) Cuestionario de confianza situacional (CCS). En Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Editorial Porrúa

Echeverría, L., Oviedo, P. y Ayala, H. (1998) Inventario de situaciones de consumo de alcohol. En Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Editorial Porrúa

Echeverría, L., Oviedo, P. y Ayala, H. (1998) Breve escala de dependencia al alcohol. En Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Editorial Porrúa

Gordon, R. (1987) An operational classification of disease prevention. En Steinberg y Silverman (Eds), *Preventing mental disorders*. Rockville, 20-26.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1999) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in Adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 112, 64-105.

Hunt, G.M. y Azrin, G.M. (1973) A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research Therapy*, 11, 91-104

Instituto Nacional de Enfermedades respiratorias (1999). *Adaptación del Test de Dependencia al Tabaco de Fagerström*. En Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana para la prevención, el tratamiento y control de las adicciones.

Instituto Nacional de Psiquiatría (2005) Bases de datos de la revista Salud Mental. Disponible en [www.impfr.edu.mx](http://www.impfr.edu.mx)

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R. (1998) La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. vol. 21 (3.): 26-31.

Marlatt, G. y Gordon, J. (1985) *Relapse prevention : maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, Nueva York, Guilford Press

Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-4.

Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999) *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós

National Institute on Drug Abuse (2000) Developing successful drug abuse prevention programs. *Research Findings* 14 (6)

Perez, Y. y De Leon, L. (2001) *Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas, adaptación, validación y confiabilización del Inventory of drug taking situations y el Drug taking confidence questionnaire*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1989). Toward a comprehensive model of change. En W.R Miller y N. Hearther (eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3-27). Nueva York: Plenum

Robles R., Varela, R., Jurado, S. y Páez Francisco (2001) Versión mexicana de inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 18 (2)

Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. D. O. de la F.12 de Abril del 2000

Secretaria de Salud (2005) Programa de acción en salud mental. Programa específico de trastornos por déficit de atención. Disponible en [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx).

Secretaría de Salud (2003) . *Encuesta Nacional de adicciones, 2002*.

Unikel, C., Galván, J., Soriano, A., Villatoro, J., Ortiz, A., Rodríguez, E.(1998) Evolución del consumo de cocaína en México y su presencia entre las clases menos favorecidas. *Salud Mental*, 21(2), 29-36.

Velasco, F. R. (2001). Detección temprana del bebedor problema, En Tapia, C. R., *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual moderno.

**ANEXO 1**  
**TRABAJOS DE INVESTIGACION**  
**PRESENTADOS EN CONGRESOS**



# INTERVENCION FAMILIAR CONDUCTUAL DIRIGIDA A ADOLESCENTES QUE CONSUMEN DROGAS

Nadia Robles Soto y Cesar Carrascoza Venegas  
Facultad de Psicología y FES Iztacala, UNAM



De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2003), en México 215,634 adolescentes han consumido drogas por lo menos una vez en su vida, el 55.3% de ellos la ha usado en el ultimo año y un 37% en el ultimo mes, sin mencionar que la edad de inicio es cada vez más temprana (14 años). Sin considerar al tabaco y al alcohol, la primera droga de uso es la marihuana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína.

Tabla 1. Prevalencia del uso de drogas por grupos de edad

<i>Alguna vez usado</i>	12 y 17 años* (N=172,020)	18 y 34 años* (N=1'565,494)	35 y 65 años* (N=1'150,386)
Marihuana	1.22	4.64	3.50
Inhalables	0.25	0.77	0.24
Alucinógenos	0.04	0.36	0.24
Cocaína y otros derivados	0.22	2.36	0.62
Heroína	—	0.22	—
Estimulantes tipo anfetamínico	0.13	0.11	0.03

FUENTE: ENA 2002 • SSA, CONADIC, INPRFM, DGE, INEGI \* Porcentaje del total de la población.

Sin duda, el consumo de drogas en los adolescentes es un problema con serias consecuencias a nivel social, físico y psicológico. En este sentido, el desarrollo de intervenciones orientadas a disminuir y/o eliminar el consumo de drogas cobra importancia. Es importante tomar en cuenta también que la adolescencia es una etapa durante la cual se moldean conductas importantes, tales como la personalidad, de ahí surge otra fuente de importancia para crear programas que permitan que los jóvenes desarrollen estilos de vida saludables.

De acuerdo al National Institute on Drug Abuse (NIDA) uno de los modelos más apropiados y eficaces para la intervención con usuarios de drogas es el cognoscitivo conductual. Teniendo en cuenta que los adolescentes normalmente se encuentran inmersos aun en el ambiente familiar, se ha considerado también que la intervención con la familia representa un importante impacto sobre el consumo de drogas del adolescente, además de que a través de diversas investigaciones se ha encontrado que posee un importante sustento empírico.

El objetivo de la presente investigación es diseñar, desarrollar y evaluar una intervención dirigida a adolescentes consumidores de drogas y a sus familias, dicha intervención combinara aspectos y estrategias de la Terapia Cognitivo Conductual (Carrol, 1998; Miller y Rollnick, 1999; Marlatt, 1993) y la Terapia familiar Conductual (Waldron, 2001).

## COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN

### Con el sujeto

- Motivación a la asistencia al tratamiento y autorregistro de consumo
- Retroalimentación del patrón de consumo, Balance decisonal y Auto-establecimiento de la meta
- Identificación de situaciones de consumo (identificación de precipitadotes y consecuencias)
- Manejo de situaciones de riesgo (respuestas asertivas de rechazo, decisiones aparentemente irrelevantes)
- Manejo del deseo de consumo (craving)
- Manejo de los pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
- Solución de problemas relacionados con el consumo (establecimiento de planes de acción)

### Con la familia

- Motivación de los miembros de la familia para la asistencia al tratamiento
- Identificaron de la conceptualizacion de la familia del problema de consumo
- Identificación y manejo de las interacciones al interior de la familia
- Entrenamiento en habilidades de comunicación dentro de la familia. Establecimiento de planes de acción, ensayos conductuales (juego de roles)
- Entrenamiento en habilidades asertivas en las interacciones familiares
- Entrenamiento en el establecimiento y manejo adecuado de de reglas
- Prevención de recaídas

Los resultados se evaluarán en términos del impacto que tenga el tratamiento sobre el patrón de consumo de los adolescentes y los problemas asociados a éste. En segundo termino, se evaluara también el impacto que pueda presentar la intervención en las interacciones familiares.

Cabe mencionar que el presente trabajo representa un proyecto de Doctorado en Psicología dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México.



# VARIABLES ASOCIADAS A LA DESERCIÓN DE UN TRATAMIENTO PARA USUARIOS DE COCAÍNA

Nadia Robles Soto y Roberto Oropeza Tena  
Facultad de Psicología, UNAM



## INTRODUCCION

En México, el problema del consumo de drogas presenta un importante aumento. En especial el consumo de cocaína presenta esta marcada tendencia.

La Encuesta Nacional de Adicciones (SSA, 2003) muestra que el consumo de esta droga presenta una prevalencia de 1.23% alguna vez en la vida, colocándose en el segundo lugar dentro del consumo de drogas ilegales en México.

Tabla 1. Prevalencia total, anual y actual del uso de drogas ilegales en México

Droga	Alguna vez	En el último año	En el último mes
Marihuana	3.48%	0.60%	0.31%
Cocaína	1.23%	0.35%	0.19%
Inhalables	0.45%	0.08%	0.08%

Atendiendo a esta problemática en la Facultad de Psicología de la universidad Nacional Autónoma de México se creó en el año 2000 el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC, Oropeza, 2003).

Sin embargo, este como otros tratamientos para adicciones se enfrenta a un problema importante: la deserción del paciente una vez iniciado el tratamiento, lo que representa un alto costo tanto para los usuarios como para las instituciones que ofrecen el tratamiento.

Algunas investigaciones han encontrado que la deserción es especialmente alta en los tratamientos de adicciones. Algunas características de los pacientes, como la edad, el estado civil, el estatus laboral, el nivel de estudios han sido asociadas con la deserción. De la misma forma, se ha encontrado que la severidad de los problemas familiares y sociales pueden llegar a ser importantes predictores de abandono. Algunas otras variables, relacionadas con el patrón de consumo, problemas asociados y experiencia con tratamientos previos no han sido estudiadas ampliamente.

El objetivo del presente trabajo es explorar algunas de las características de los sujetos que finalizaron y de los que abandonaron el TBUC.

## METODO

### SUJETOS

22 sujetos que finalizaron el tratamiento (grupo ST) y 23 sujetos que lo abandonaron después de haber asistido a la primera sesión de tratamiento (grupo NT).

### PROCEDIMIENTO

Se tomaron en cuenta los datos de 45 sujetos que solicitaron atención en el TBUC, en el período de marzo de 2000 a junio de 2004. Dichos datos comprenden: características sociodemográficas, variables relacionadas con el consumo y problemas asociados con el consumo.

Se realizó un análisis estadístico, de forma comparativa, utilizando estadística descriptiva entre los grupos ST y NT.

## RESULTADOS

Tabla 2. Características sociodemográficas y de consumo de los grupos ST y NT

	GRUPO ST	GRUPO NT
EDAD	27 años	24.8 años
SEXO	M 13% H 87%	M 13% H 87%
EDO. CIVIL	SOLTERO 73% CASADO 27%	SOLTERO 74% CASADO 26%
ESCOLARIDAD (AÑOS)	12.5 años	11.39 años
SITUACION LABORAL	TRABAJA 77% NO TRABAJA 23%	TRABAJA 86% NO TRABAJA 14%
AÑOS DE CONSUMO	6.25 años	4.91 años
CANTIDAD CONSUMIDA	1.91 gr.	2.31 gr.
VIA DE ADMINISTRACION	ASPIRADA 50% FUMADA 50%	ASPIRADA 36% FUMADA 64%
INTENTOS DE ABSTINENCIA	7.75	5.14
TRATAMIENTOS PREVIOS POR CONSUMO	55%	82.4%

Figura 2. Diagnostico del nivel de dependencia de los grupos ST y NT

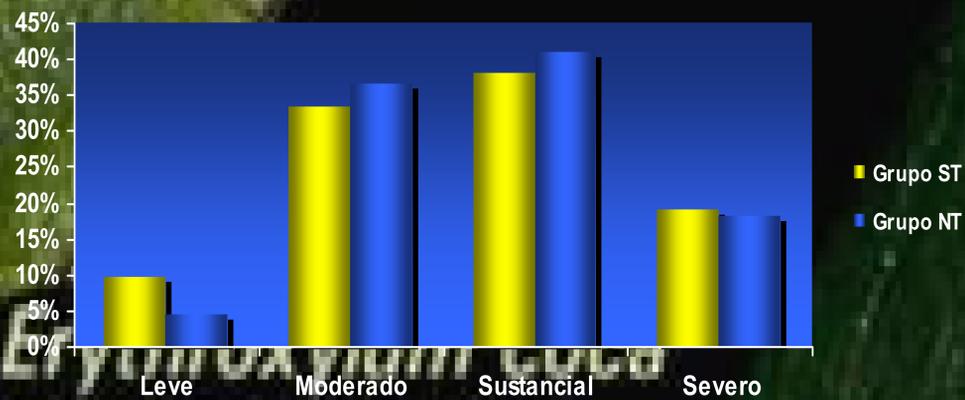


Figura 1. Patrón de consumo de los grupos ST y NT (seis meses previos al inicio del tratamiento)

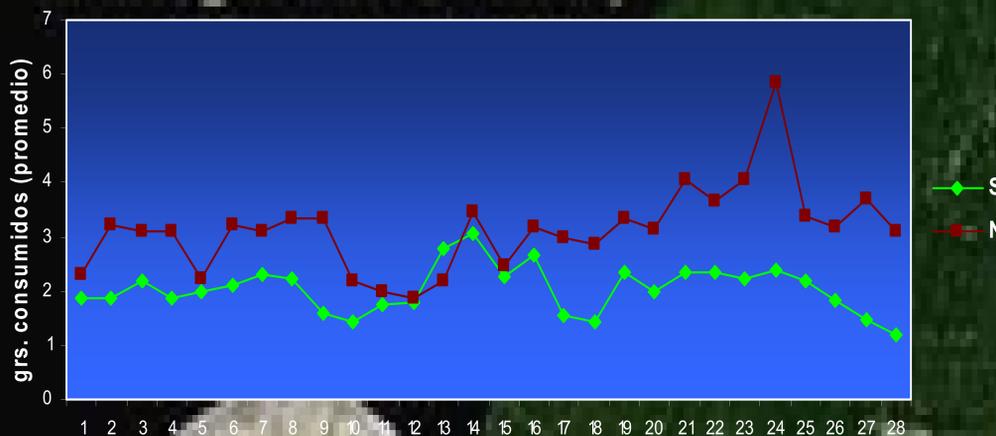
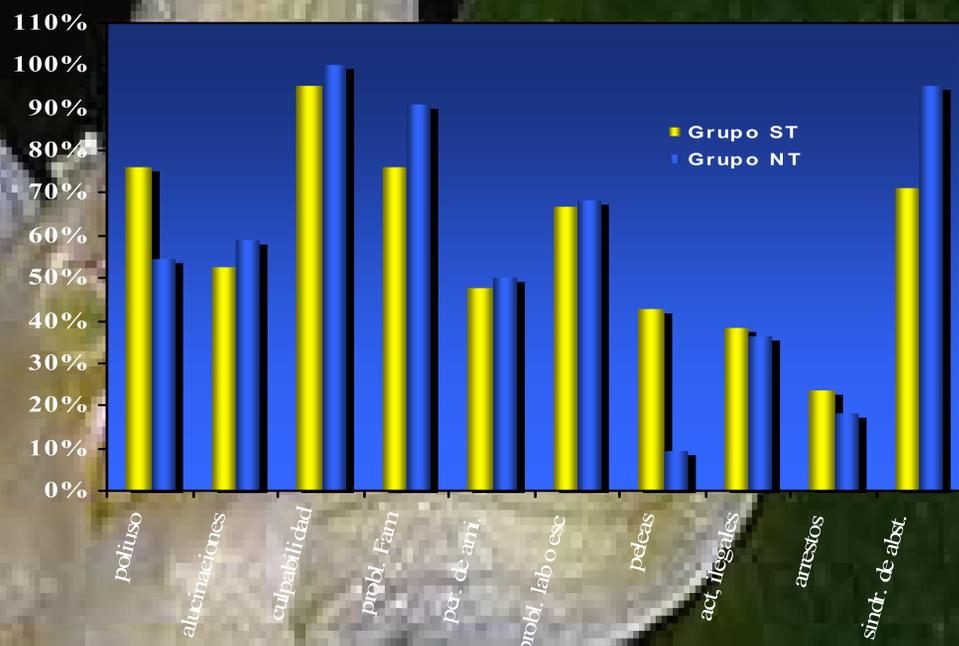


Fig. 3. Problemas asociados al consumo de cocaína



## CONCLUSIONES

En cuanto a variables sociodemográficas solo existieron diferencias entre grupos en edad y nivel de escolaridad. Con respecto al patrón de consumo se observó que el grupo NT consumió más cocaína por ocasión, en su mayoría consumían la cocaína de manera fumada, tuvieron menos intentos para dejar de consumir y presentaron un patrón de consumo más elevado durante los 6 meses previos.

El grupo que abandonó el tratamiento presentó en general más problemas asociados con el consumo y una mayor proporción de los sujetos contaba con al menos una experiencia previa de tratamiento por consumo de drogas.

El conocer las características de los sujetos que desertan del tratamiento puede permitir una detección temprana para instrumentar estrategias que promuevan el mantenimiento.



INTERVENCION BREVE COGNITIVO  
CONDUCTUAL FAMILIAR DIRIGIDA A  
ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE  
METANFETAMINAS

Nadia Robles Soto y César Carrascosa Venegas  
Facultad de Psicología  
UNAM



# Consumo de metanfetaminas en México

En México, la prevalencia de su consumo se encuentra en los últimos lugares con respecto a otras drogas ilegales

Sin embargo, desde la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 al 2002 se presentaron 24,129 casos nuevos de consumo.

El grupo de edad que más consume esta droga corresponde a los adolescentes (12 a 17 años)

.08%  
Población  
General



✓ De acuerdo a los datos antes mencionados, los adolescentes resultan una población vulnerable ante el consumo de drogas

✓ En este sentido, el desarrollo de intervenciones que permitan la modificación del consumo de drogas en etapas tempranas resulta importante en la medida que estas puedan promover un mejor estilo de vida en los adolescentes



# Tratamientos

- ✔ De acuerdo al National Institute on Drug Abuse, el modelo más apropiado y eficaz para la intervención con usuarios de metanfetaminas es el cognitivo conductual
- ✔ Por otro lado, la intervención con la familia puede resultar en un factor protector para el consumo de drogas, ya que, por su etapa de desarrollo, los adolescentes se encuentran inmersos en el ambiente familiar



# Objetivo

- ✓ El objetivo del presente trabajo es diseñar y desarrollar un tratamiento breve cognitivo conductual familiar para adolescentes que consumen metanfetaminas



- ✓ Este tratamiento combina la Terapia Cognitivo Conductual con la Intervención Familiar, ambas con amplio sustento empírico en el tratamiento de consumo de drogas y problemas conductuales en adolescentes



- ✓ El objetivo de las sesiones de tratamiento es motivar al adolescente y a la familia para el cambio conductual, realizar un entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, habilidades de solución de problemas, habilidades de comunicación, manejo de emociones negativas y prevención de recaídas



# Modalidad del tratamiento

- ✓ Tratamiento Breve con una duración aproximada de 8 semanas
- ✓ 2 sesiones semanales
- ✓ Intervención individual y familiar
- ✓ Seguimientos al mes, tres, seis y doce meses

# Sesiones de tratamiento

## TRATAMIENTO

### Adolescente

- Evaluación
- Motivación al cambio
  - Análisis funcional
- Situaciones de riesgo
- Habilidades asertivas de rechazo
- Manejo de emociones negativas
  - Solución de problemas
- Prevención de recaídas

### Familia

- Evaluación
- Motivación al cambio
- Reconceptualización del problema
- Habilidades de comunicación
- Establecimiento y manejo de reglas
  - Solución de problemas
- Mantenimiento del cambio conductual



# Resultados

- ✓ Los resultados se evaluarán en dos aspectos:
- ✓ El impacto que tenga el tratamiento sobre el patrón de consumo del adolescente y sus problemas relacionados
- ✓ El impacto que tenga el tratamiento sobre las interacciones al interior de la familia



FIN

# **INTERVENCION CONDUCTUAL FAMILIAR DIRIGIDA A ADOLESCENTES QUE CONSUMEN METANFETAMINAS**



**NADIA ROBLES SOTO Y CESAR  
CARRASCOZA VENEGAS**

**Facultad de Psicología, UNAM**

# INTRODUCCION

- Los objetivos del presente trabajo son exponer un breve panorama de las intervenciones existentes en dos aspectos fundamentales:
  - El consumo de metanfetaminas
  - Adolescentes consumidores de drogas
- Describir brevemente el desarrollo de una intervención cognitivo conductual familiar dirigida a adolescentes consumidores de drogas

# INTERVENCIONES PARA EL CONSUMO DE METANFETAMINAS

- Actualmente existe escasa investigación acerca de las intervenciones para el consumo de metanfetaminas
- Frecuentemente el tratamiento es sintomático (tratamiento farmacológico para las reacciones agudas y para el consumo crónico)

# TRATAMIENTO

Reacciones adversas de tipo físico	TX	Reacciones adversas de tipo psíquico	TX	TX del consumo crónico
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reacciones anafiláctica</li> <li>■ Hipertermias malignas</li> <li>■ Cuagulopatías</li> <li>■ Insuficiencia renal aguda</li> <li>■ Accidentes cerebrovasculares</li> <li>■ Insuficiencia hepática aguda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rehidratación, disminución de la temperatura corporal</li> <li>■ Forzar una diuresis alcalina para disminuir la acidosis</li> <li>■ Hemodiálisis</li> <li>■ ACV: anticoagulación, neurocirugía, rehabilitación</li> <li>■ Trasplante de hígado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Trastornos de ansiedad</li> <li>■ Depresión</li> <li>■ Trastornos psicóticos</li> <li>■ <i>Flashbacks</i></li> <li>■ alucinaciones</li> </ul>	<p>El tratamiento para los trastornos de tipo psicológico es el mismo que se daría si la causa de los trastornos no fuera el consumo de la droga (antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos)</p>	<p>Algunos medicamentos tienen cierta capacidad profiláctica de la toxicidad inducida por la droga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fluoxetina</li> <li>■ Agentes antioxidantes (como vitamina C y E)</li> <li>■ Precursores serotoninérgicos</li> </ul>

# CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

- El consumo en adolescentes es un serio problema de salud y social, por las consecuencias que trae consigo:
  - Desercion escolar
  - Practicas sexuales de alto riesgo
  - Participacion en riñas o actos delictivos
  - Consumo de drogas más peligrosas
  - El deterioro físico y psicologico

# SITUACION ACTUAL

- Sin embargo, aunque la edad de inicio del consumo es cada vez más temprana y más adolescentes, en relación con años anteriores, han consumido alguna droga, el patrón de consumo más común suele ser de tipo experimental u ocasional
- Existiendo así, pocos casos en los que se presente un consumo crónico y sus consecuencias relacionadas

# LA INTERVENCION

- En esta medida, y por las características del consumo, las acciones de prevención primaria y secundaria suelen ser las más apropiadas para los adolescentes
- Dichas intervenciones pueden contextualizarse en ambientes institucionales, escolares, comunitarios o familiares.

# TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

- Diversas investigaciones han encontrado que la intervención de corte cognitivo conductual cuenta con importante sustento empírico en el tratamiento del consumo de drogas y otros problemas conductuales en adolescentes (Martinez, 2003; Eggert y cols., 1990; Thompson y cols., 1997, 2000)

# LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA

- Uno de los recursos de apoyo social con los que cuentan la gran mayoría de adolescentes es la familia
- La familia puede ser un factor protector para el adolescente
- En el ambiente familiar, los padres se sienten involucrados y con cierta responsabilidad sobre la conducta de sus hijos, ya sea favorable o desfavorable

# LA FAMILIA Y LA INTERVENCION

- Diversas investigaciones han encontrado que en el consumo de drogas en el adolescente la intervención con la familia reporta importante efectividad (Fishman y cols., 1988; Spoth y cols., 2004; Lidle, 2002)
- Por otro lado, se ha encontrado importante sustento empírico de la efectividad de la combinación de la terapia cognitivo conductual con la intervención familiar (Waldron y cols., 2001; Waldron y Kaminer, 2004; Donohue y Azrin, 2001)

# INTERVENCION COGNITIVO CONDUCTUAL FAMILIAR

- El desarrollo de la presente intervencion representa un proyecto de investigacion doctoral en psicologia
- La intervenci3n combina la Terapia Cognitivo Conductual con la Intervenci3n Familiar
- El objetivo de las sesiones de tratamiento es motivar al adolescente y a la familia para el cambio conductual, realizar un entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, habilidades de soluci3n de problemas, habilidades de comunicaci3n, manejo de emociones negativas y prevenci3n de recaídas y otras conductas de riesgo

# CARACTERISTICAS DE LA INTERVENCION

- Intervención Breve con una duración aproximada de 8 a 10 semanas
- 2 sesiones semanales
- Intervención individual y familiar
- Seguimientos al mes, tres, seis y doce meses

# ESQUEMA DEL TRATAMIENTO

INTERVENCION

Adolescente

Familia

- Evaluación
- Motivación al cambio
  - Análisis funcional
  - Situaciones de riesgo
- Habilidades asertivas de rechazo
- Manejo de emociones negativas
  - Solución de problemas
  - Prevención de recaídas
    - Seguimientos
- Evaluacion de la efectividad

- Evaluación
- Motivación al cambio
- Reconceptualizacion del problema
  - Habilidades de comunicación
- Establecimiento y manejo de reglas
  - Solución de problemas
- Mantenimiento del cambio conductual
  - Seguimientos
- Evaluación de la efectividad

# EVALUACION DE LOS RESULTADOS

- La evaluación de la efectividad de la intervención se hace en dos aspectos:
- El impacto que tenga la intervención sobre el patrón de consumo del adolescente y sus problemas relacionados
- El impacto que tenga la intervención en las interacciones familiares

**FIN**



# VARIABLES ASOCIADAS AL ABANDONO DE UN TRATAMIENTO PARA USUARIOS DE COCAINA

NADIA ROBLES SOTO Y ROBERTO  
OROPEZA TENA

Facultad de Psicología,

UNAM



# ABANDONO DE TRATAMIENTO

- ✓ El abandono o deserción se ha definido como las siguientes situaciones:
    - Cuando los pacientes dejan de asistir al tratamiento
    - Cuando se rehúsan a regresar
    - Cuando son dados de baja por falta de cooperación con el tratamiento o pobre respuesta al mismo
- (Beakeland y Lundwall, 1975)
- ✓ El abandono representa un alto costo tanto para los usuarios como para las instituciones



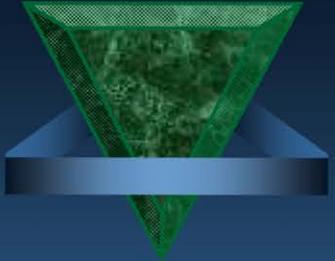
# VARIABLES ASOCIADAS AL ABANDONO

- ▼ Las tasas de deserción son especialmente altas en tratamientos para adicciones (Beakeland y Lundwall, 1975)
- ▼ los sujetos jóvenes presentan mayores tasas de abandono.
- ▼ abandono de un tratamiento, sujetos en su mayoría solteros, separados de su pareja y con nivel de estudios era mas bajo. Sayre, Schmitz, Stotts y Averill, (2002)



# VARIABLES ASOCIADAS AL ABANDONO

- ▼ Problemas familiares, sociales, e inestabilidad del lugar de residencia predicen altas tasas de abandono. Means (1989)
- ▼ Estatus de empleo y estatus marital están relacionados con las tasas de abandono. Craig, Rogalski y Veltri (1982)
- ▼ Algunas otras variables, relacionadas con el patrón de consumo, problemas asociados, niveles de autoeficacia y experiencia con tratamientos previos no han sido estudiadas ampliamente.



# OBJETIVO

- ▼ Explorar algunas variables de los sujetos que finalizaron y de los que abandonaron el TBUC
  
- ▼ Estas variables son:
  - Variables sociodemográficas
  - variables relacionadas con el consumo
  - Problemas asociados con el consumo



# METODO

## SUJETOS

- ▼ 22 sujetos que finalizaron el tratamiento (grupo ST) y 23 sujetos que lo abandonaron después de haber asistido a la primera sesión de tratamiento (grupo NT).

## PROCEDIMIENTO

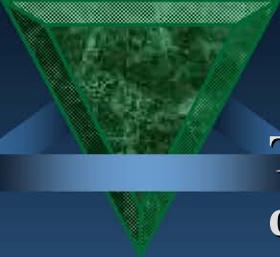
- ▼ Se tomaron en cuenta los datos de 45 sujetos que solicitaron atención en el TBUC, en el período de marzo de 2000 a junio de 2004.
- ▼ Se realizó un análisis estadístico, de forma comparativa, utilizando estadística descriptiva entre los grupos ST y NT.



# RESULTADOS

**Tabla. 1. Características sociodemográficas del grupo ST y NT**

	GRUPO ST	GRUPO NT
EDAD	27 años	24.8 años
SEXO	M 13% H 87%	M 13% H 87%
EDO. CIVIL	SOLTERO 73% CASADO 27%	SOLTERO 74% CASADO 26%
ESCOLARIDAD (AÑOS)	12.5 años	11.39 años
SIT. LABORAL	TRABAJA 77% NO TRABAJA 23%	TRABAJA 86% NO TRABAJA 14%



**Tabla. 2. Características del consumo de cocaína del grupo ST y NT**

	<b>GRUPO ST</b>	<b>GRUPO NT</b>
<b>AÑOS DE CONSUMO</b>	6.25 años	4.91 años
<b>CANTIDAD CONSUMIDA (GRAMOS)</b>	1.91 gr.	2.31 gr.
<b>VIA DE ADMINISTRACION</b>	ASPIRADA 50% FUMADA 50%	ASPIRADA 36% FUMADA 64%
<b>INTENTOS DE REDUCCION</b>	7.05	5.67
<b>INTENTOS DE ABSTINENCIA</b>	7.75	5.14



**Fig.1. Vía de administración de los grupos ST y NT**

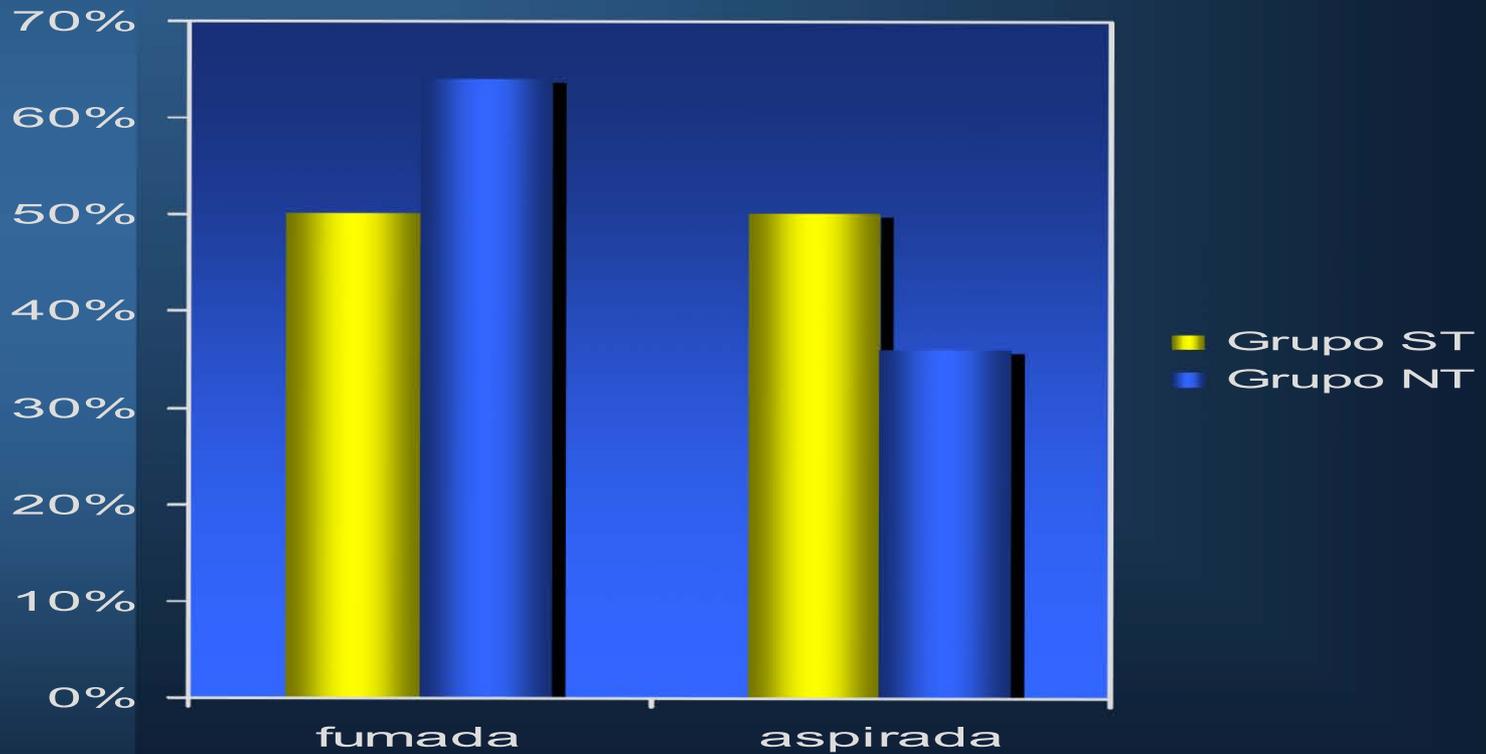
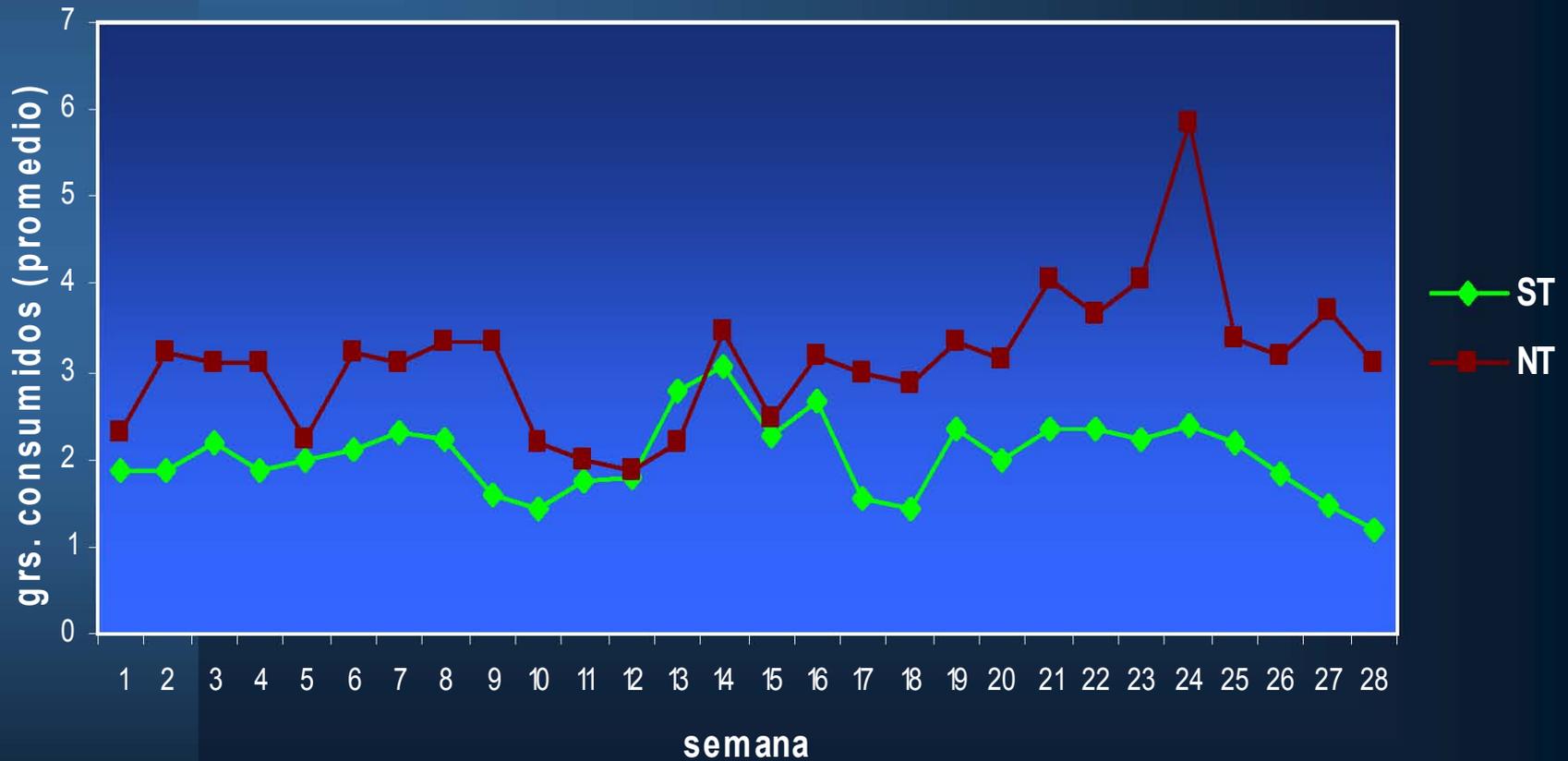


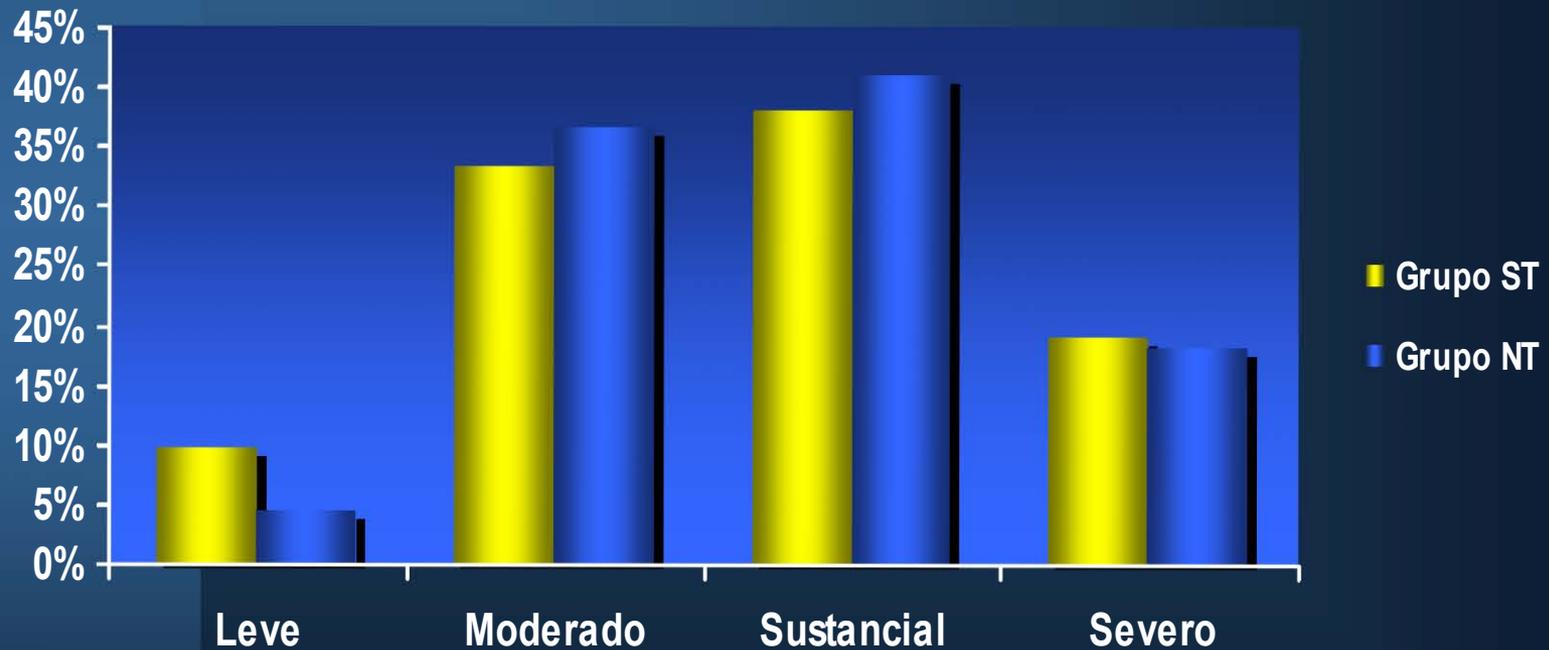


Fig. 1. Patrón de consumo de los Grupos ST y NT (seis meses antes del inicio del tratamiento)





**Fig. 2. Diagnóstico del nivel de dependencia (CAD) de los grupos ST y NT**



**Fig. 3. Problemas asociados al consumo de cocaína (CAD) del grupo ST y NT**



110%

100%

90%

80%

70%

60%

50%

40%

30%

20%

10%

0%

■ Grupo ST  
■ Grupo NT

*poliuso*

*alucinaciones*

*culpabilidad*

*probl. Fam*

*per. de ami.*

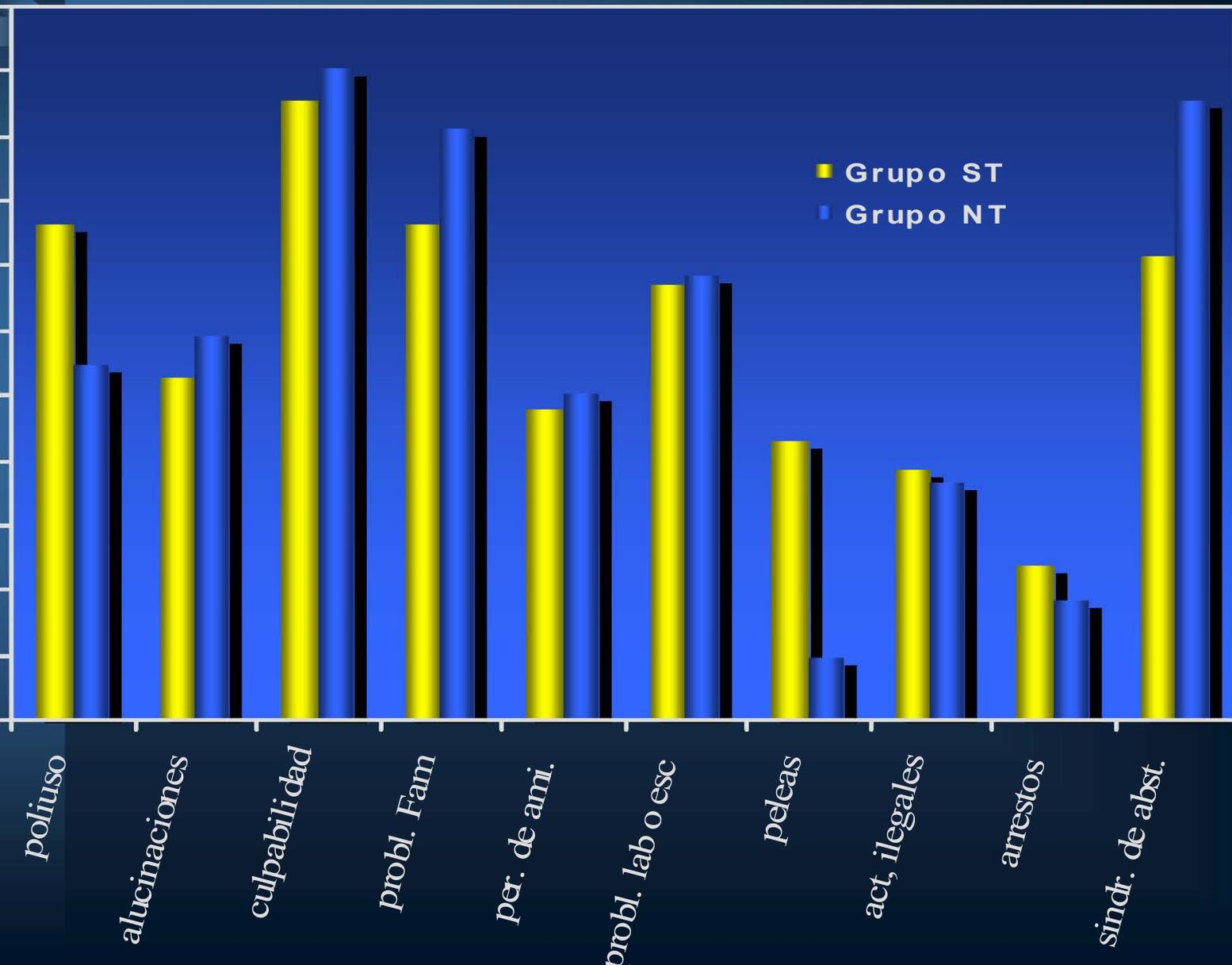
*probl. lab o esc*

*peleas*

*act, ilegales*

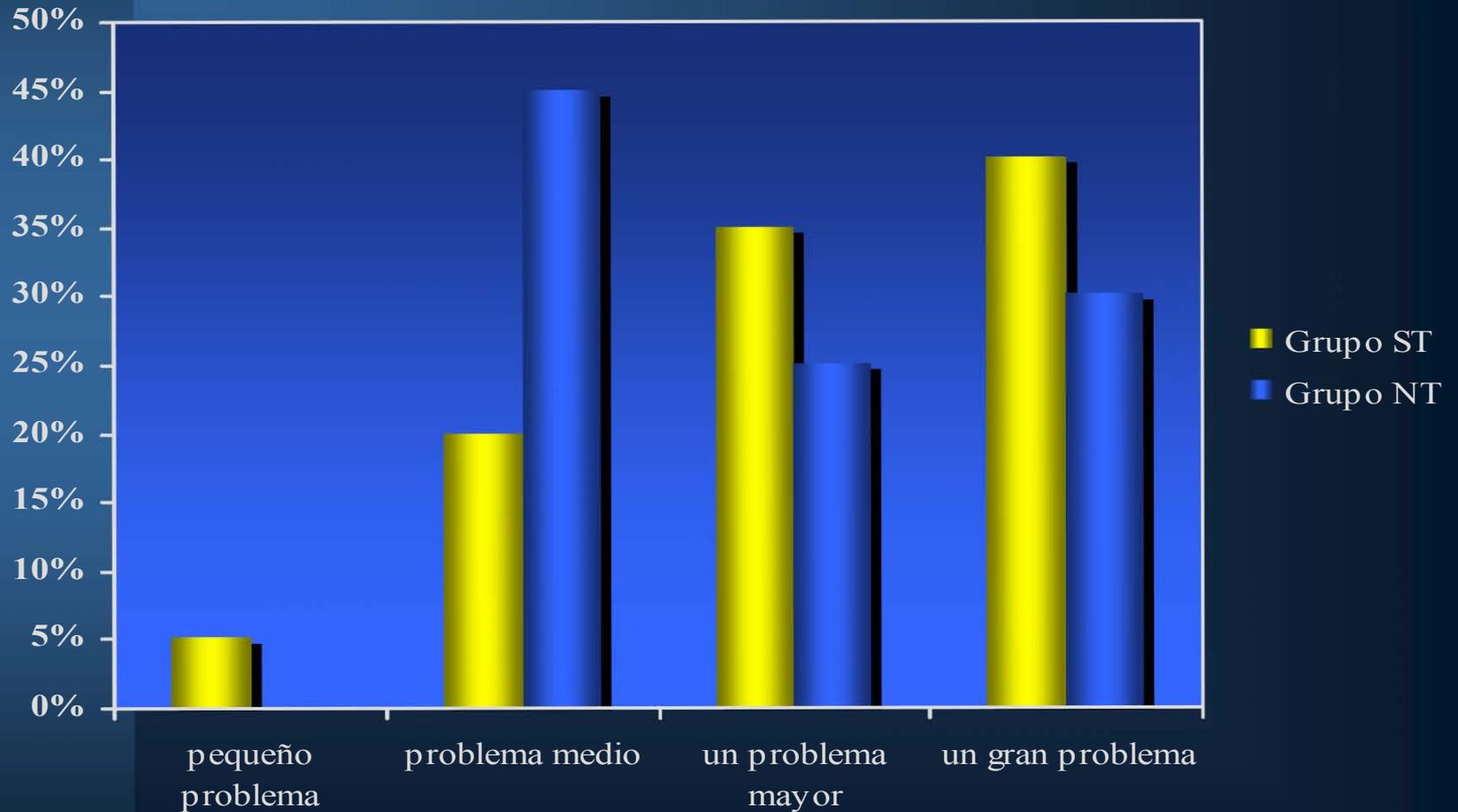
*arrestos*

*sindr. de abst.*





**Fig. 4. Percepción de la intensidad del problema que representa el consumo para los grupos ST y NT**





**Fig. 5. Percepción de la Autoeficacia para resistirse a consumir en diversas situaciones de los grupos ST y NT**

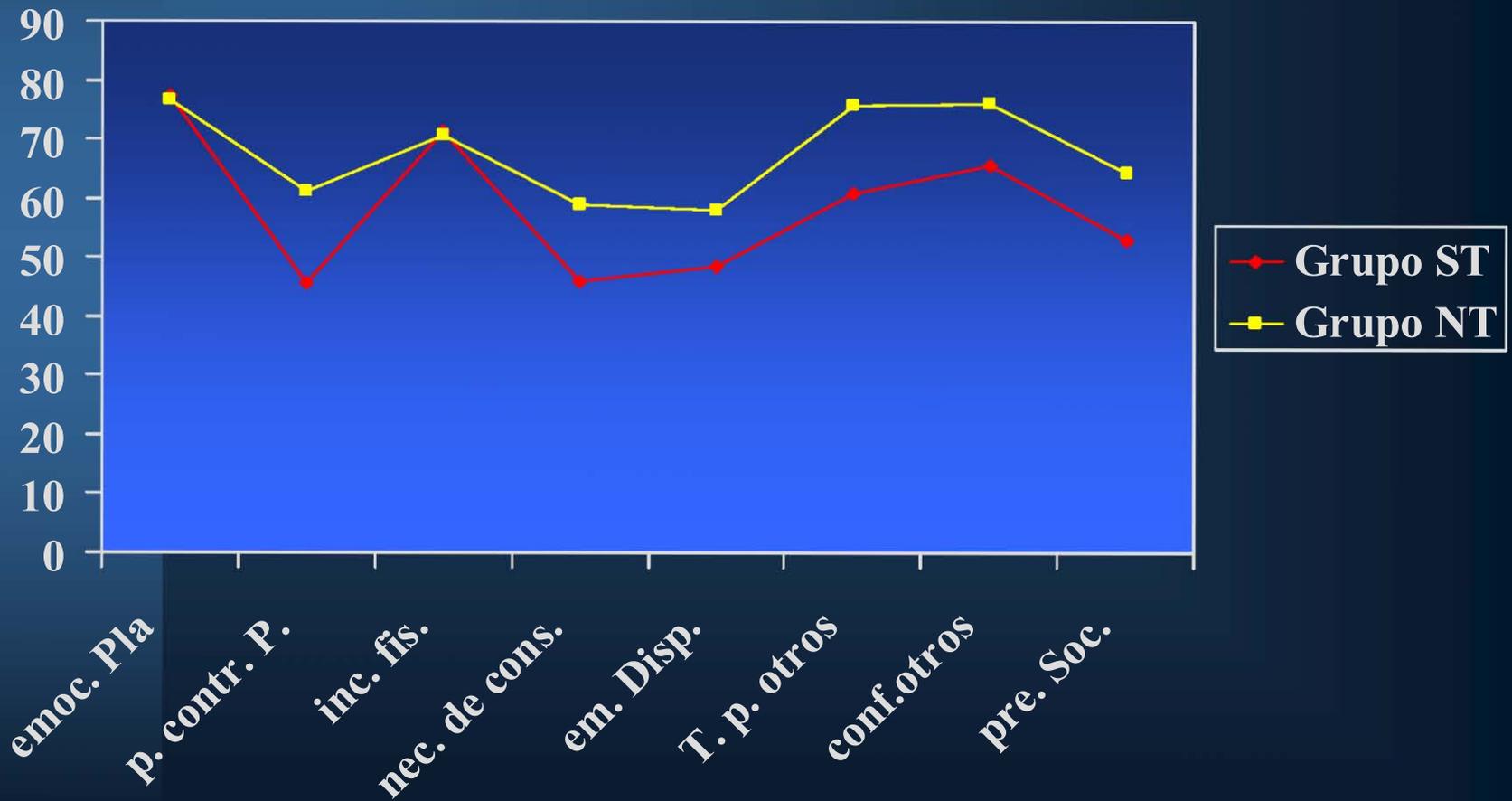
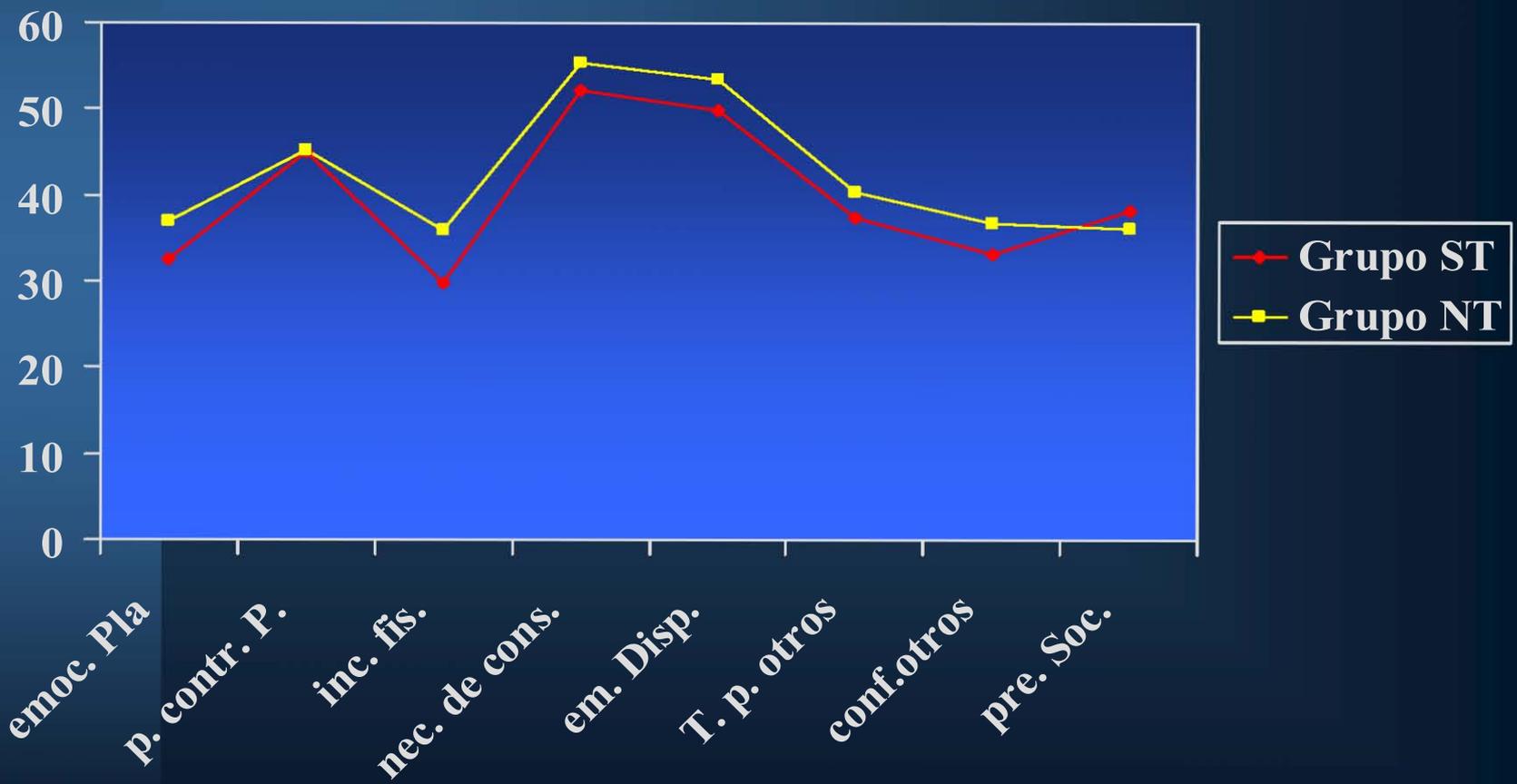


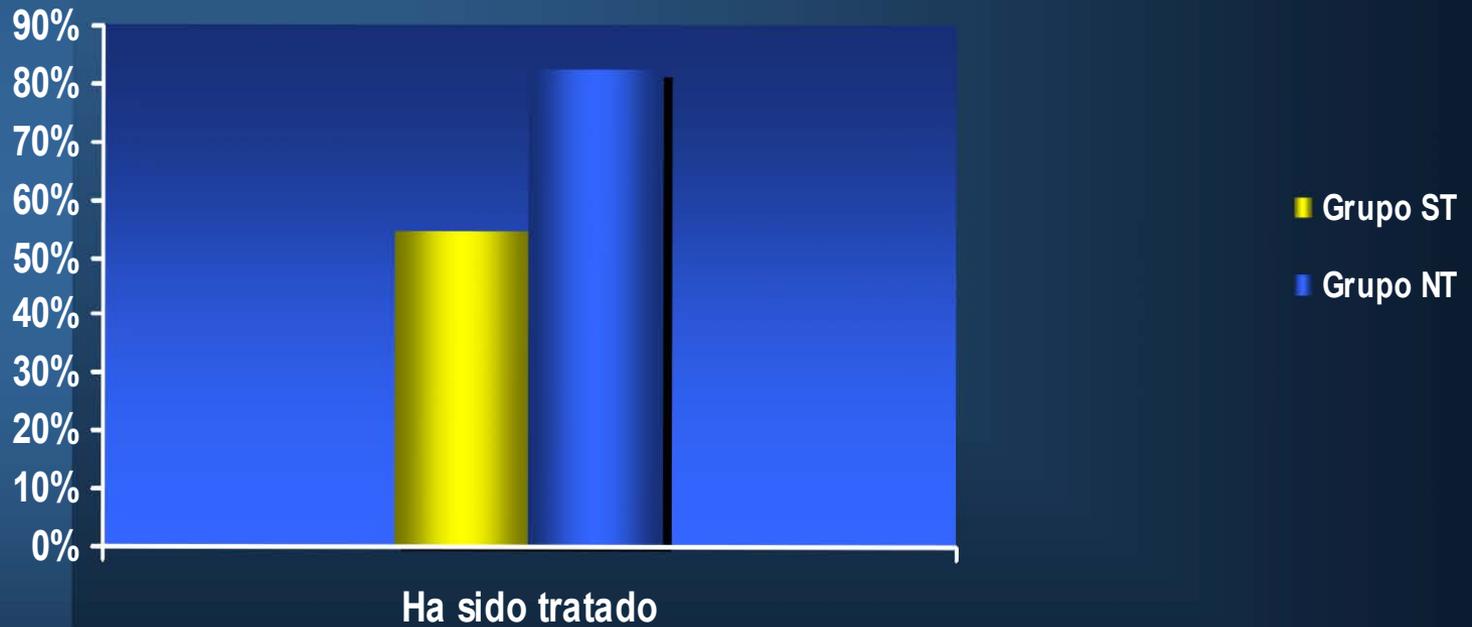


Fig. 6. Percepción de situaciones de riesgo en los grupos ST y NT





**Fig. 7. Tratamientos previos por consumo de drogas en los grupos ST y NT**





# CONCLUSIONES

- ✓ En cuanto a variables sociodemográficas solo existieron diferencias entre grupos en edad y nivel de escolaridad
- ✓ En cuanto al patrón de consumo se observó que el grupo NT consumía más cocaína por ocasión, en su mayoría consumían la cocaína de manera fumada, tuvieron menos intentos para dejar de consumir y presentaron un patrón de consumo más elevado durante los 6 meses previos

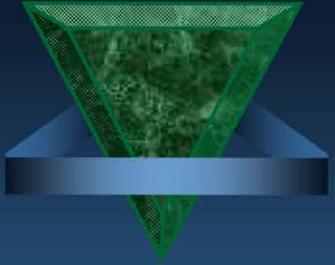


- ▼ el grupo que abandono el tratamiento presentó en general más problemas asociados con el consumo
- ▼ Mostró mayor percepción de autoeficacia
- ▼ Una mayor proporción de los sujetos contaba con al menos una experiencia previa de tratamiento por consumo de drogas



El conocer las características de los sujetos que desertan del tratamiento puede permitir una detección temprana para instrumentar estrategias que promuevan el mantenimiento

El contar con una fuente de las razones de deserción por parte de los usuarios resulta importante para entender ampliamente el fenómeno de la deserción



FIN