



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES: EXPERIENCIA CON UN USUARIO DE MARIHUANA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADUO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

SARAHÍ ALANÍS NAVARRO

DIRECTORA DEL REPORTE. DRA. SHOSHANA BERENZON GORN

COMITÉ TUTORIAL: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA
DRA. MARÍA ELENA MEDINA-MORA



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.

A g r a d e c i m i e n t o s

Dedico este trabajo a mi familia,
con especial afecto a mi madre.

Mi cariño a Ulises, por motivarme a iniciar esto.

Agradezco a Shoshana su infinito apoyo y comprensión.

Gracias también a mis profesores y compañeros:
Agustín, Lety, Mariana, Ariel, Horacio,
Lilian, Oscar, Rafael, Linda, Mateo, Alfredo...

Mil abrazos a Ulises, Andrés, Eiji, Agustín y Roberto
por alegrar mis días con la música compartida.

Muchas gracias a Yuji por ayudarme
y acompañarme durante estos días.

Finalmente, a él, cuyo seudónimo es Carlos.

Índice

Introducción	1
Primera parte	
Reporte de las competencias	5
I. Diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno de la adicción	5
II. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario	10
III. Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve con énfasis cognitivo conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias	16
IV. Aplicar programas de intervención cognitivo conductuales para rehabilitar a personas adictas	25
V. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para aplicar programas de prevención	29
VI. Desarrollar proyectos de investigación aplicada y de proceso en el área de las adicciones	33
Comentarios	41
Segunda parte	
Reporte de caso	43
Panorama epidemiológico del consumo de marihuana en México	43
Consecuencias del consumo de marihuana	45
Tratamientos para usuarios de marihuana	46
Tratamiento Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Sustancias	50
Aplicación del tratamiento	52
Motivo de Consulta e historia de consumo	53
Evaluación	55
Tratamiento	61
Sesión de Inducción al Programa	62
Sesión 1. Balance Decisional	64

Sesión 2. Situaciones de riesgo y planes de acción	67
Sesión 3. Metas de vida	70
Sesión 4. Reestableciendo de Meta de Consumo	72
Seguimientos	75
Resultados	80
Conclusiones	84
Referencias	87
Anexos	

I n t r o d u c c i ó n

El consumo de sustancias psicoactivas constituye un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, los costos sociales derivados del abuso y dependencia y las consecuencias que experimentan los usuarios y sus familiares. En México, la farmacodependencia es considerada un riesgo de salud emergente, panorama definido por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y corroborado con los resultados de encuestas nacionales y regionales que permiten identificar grupos vulnerables, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo asociados con el uso y abuso de sustancias.

Entre los cambios observados al comparar las dos últimas Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA, 1998 y 2002) resalta un aumento en el porcentaje de adolescentes que consumen alcohol (del 8% entre los hombres y del 7% entre las mujeres). Se registra también un ascenso del 1.5% en el número de adolescentes que beben mensualmente cinco copas o más por ocasión y que cumplen con al menos tres síntomas de dependencia. La más reciente encuesta reporta que el consumo con patrones de riesgo es mayor entre los hombres adultos que habitan en comunidades rurales (46.5%) y urbanas (44.8%). En este grupo, aquellos cuyas edades oscilan entre los 30 y 39 años presentan un mayor índice de consumo consuetudinario, es decir, beben cinco copas o más por ocasión al menos una vez por semana.

Al observar los datos en torno al consumo de tabaco se identifica un aumento del 28.2% en la encuesta anterior y del 30.2% en la más reciente. Del total de fumadores registrados en ésta última, el 10.1% son adolescentes y el 30.2%, adultos. Analizando únicamente a quienes fumaron diariamente, el 85% reporta fumar de uno a cinco cigarrillos, cifra que contrasta con el 2.8% que fuma más de 20. El 4% de la población entrevistada se clasifica como fumador dependiente; el 11% fuma a diario pero no presenta síntomas de dependencia; los que fuman ocasionalmente y los exfumadores suman el 28.5% y por último, los no fumadores representan la mayoría, con un 59.1%.

Con referencia al consumo de drogas ilícitas, la última encuesta identifica a los hombres de entre 18 y 30 años como uno de los grupos más vulnerables al consumo de sustancias. Del 5.57% de la población urbana usuaria de drogas, el 0.55% presenta tres o más síntomas de dependencia, principalmente problemas de salud y síntomas de abstinencia. Este último dato representa un aumento del 0.21% con relación los resultados de la encuesta anterior, donde el 0.34% de los usuarios tuvo síntomas de dependencia. La ENA (2002) señala a la marihuana como la sustancia de mayor consumo, seguida de la cocaína y las sustancias de uso médico.

Los datos previos coinciden con los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, et al., 2003). Esta encuesta señala que el 9.3% de los hombres y el 0.7% de las mujeres de población urbana presentan abuso/dependencia al alcohol y el 0.44% de la población adulta cumple con los criterios de dependencia a drogas. El estudio refiere al consumo de sustancias como el tercer trastorno más común durante los últimos doce meses y últimos treinta días y lo registra como el segundo trastorno reportado alguna vez en la vida. Al analizar los trastornos individuales, el alcohol se encuentra entre los primeros tres trastornos más frecuentes alguna vez en la vida.

Las cifras anteriores resultan aún más serias cuando se contrastan con la proporción de personas que solicitan ayuda para resolver su problema de consumo. Según la ENA (2002) sólo el 0.25% de las personas con uso de sustancias solicita ayuda. Esta baja proporción de usuarios de sustancias que acuden a tratamiento también se registra en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en ella se observa que sólo una pequeña proporción de personas con uso o abuso de sustancias (el 17.15%) recibe tratamiento. La proporción entre la prevalencia de consumo y la cantidad de usuarios que acuden a tratamiento, adquiere mayor relevancia al considerar las estimaciones sobre la carga de enfermedad que representa el problema de las adicciones, específicamente el alcoholismo. Según estas estimaciones (Frenk, Lozano y González, 1999) en México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Entre las diez enfermedades neuropsiquiátricas más discapacitantes se encuentra el alcoholismo.

Para analizar la proporción de población que requiere atención en el sistema de salud así como el tipo de ayuda que necesita se estableció una tipología (ENA 2002). Según ésta, con relación al consumo de alcohol, el 74.3% de la población puede ser beneficiada con intervenciones universales de educación para la salud. Los integrantes de este grupo, que representa la mayoría de la población, no beben o limitan el alcohol que ingieren. Un segundo grupo está formado por el 24.7% de la población. De estos, el 21.6% son usuarios altos sin síntomas y el 3.1% presenta síntomas sin diagnóstico de dependencia. Para ellos pueden resultar efectivas las intervenciones breves, dirigidas a reducir el nivel de consumo, lograr la abstinencia o prevenir recaídas. Finalmente el 1% de la población con dependencia severa requiere ayuda especializada para dejar de consumir y mantener la abstinencia.

Al analizar los patrones de consumo de drogas ilícitas bajo dicha tipología, se observa una distribución similar. Los no usuarios, quienes representan el 95% de la población, requieren intervenciones preventivas universales. El 4.3% y el 0.3% que corresponde a los usuarios sin síntomas o con síntomas, pero sin diagnósticos de dependencia, pueden recibir beneficios por medio de programas de modificación de conducta. Por último, una atención más intensiva es necesaria para el 0.4% de los usuarios dependientes de sustancias.

Los datos epidemiológicos expuestos reflejan una parte importante de la dimensión actual de la problemática de consumo en el país y señalan el rumbo de las acciones en las áreas de legislación, prevención, tratamiento y rehabilitación e investigación. Considerando estas cuatro áreas, el Programa Nacional de Salud, con relación al consumo de drogas ilegales, establece estrategias y líneas de acción para enfrentar el incremento en el uso experimental y habitual de drogas de curso ilegal; asegurar el tratamiento oportuno de los adolescentes, hombres y mujeres, que se encuentren en mayor vulnerabilidad; documentar los cambios en patrones de consumo y tipo de sustancia utilizada e incrementar el conocimiento de la etiología y efectos del consumo de drogas. En materia de alcohol, el programa pretende fomentar en la población las actitudes, los valores y hábitos para el auto-cuidado de la salud que promuevan la responsabilidad en el consumo de alcohol; proporcionar tratamiento oportuno, eficaz y de calidad a quienes presentan daños en su salud por el abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo; formar y capacitar al personal requerido para las acciones contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas; mantener actualizada la normatividad y generar información sobre tendencias en el consumo de diversos grupos de la población.

Para implementar estas estrategias es necesario, entre otras cosas, capacitar a profesionales de la salud en el manejo de conocimientos, habilidades y actitudes para identificar, prevenir y solucionar problemas relacionados con el uso, abuso y dependencia de sustancias. En respuesta a estas necesidades surgió el Programa de Residencia en Psicología de las Adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM. El programa, orientado desde la perspectiva cognitivo-conductual y la intervención breve, tiene como objetivo formar especialistas en el manejo de métodos, técnicas y procedimientos efectivos para la comprensión y atención del fenómeno de las adicciones. Dicho objetivo se logra a partir del desarrollo de seis competencias: 1) Diseño e instrumentación de proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno de la adicción, 2) Desarrollo de programas preventivos a nivel individual y comunitario, 3) Desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve con énfasis cognitivo conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias, 4) Aplicación de programas de intervención cognitivo conductuales para rehabilitar a personas adictas, 5) Capacitación a profesionales para la aplicación de programas de prevención e 6) Instrumentación de proyectos de investigación aplicada y de proceso en el área de las adicciones.

En el presente reporte describiré las actividades realizadas durante la Residencia en Psicología de las Adicciones, dirigidas a responder las necesidades de la población con problemas derivados del uso y abuso de sustancias o en riesgo de desarrollarlos. El documento lo expongo en dos partes, en la primera enunció las habilidades que contribuyeron al desarrollo de las seis competencias rectoras del programa de residencia y anexo algunas propuestas de intervención diseñadas a lo largo de la Maestría. Éstas últimas

integran los conocimientos teórico-prácticos adquiridos y tienen la misión de aportar estrategias de intervención en el ámbito de las adicciones, al tiempo que reflejan el grado de adquisición de las competencias. En la segunda parte ilustro la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual en un adolescente usuario de marihuana. El objetivo del reporte de caso es mostrar la implementación de las habilidades que integran una de las principales competencias del programa: la aplicación de programas de intervención cognitivo conductuales para reducir los daños que causa el consumo de sustancias.

R e p o r t e d e l a s c o m p e t e n c i a s

En esta primera parte describiré las actividades que contribuyeron al desarrollo de las seis competencias incluidas en el Programa de Residencia en Psicología de las Adicciones, adquiridas a partir de cursos formales escolarizados y actividades prácticas supervisadas. Las competencias se fundamentaron, por un lado, en los datos epidemiológicos que señalan las tendencias del consumo de sustancias y por el otro, en la necesidad de responder a los problemas que representa el fenómeno de las adicciones. Debido a que el abuso y dependencia de sustancias es uno de los principales problemas identificados en esta área, el contenido del programa se enfocó en el abordaje teórico-práctico de intervenciones que han mostrado ser efectivas para atender a usuarios con problemas de consumo.

El grado en que se cubrieron las competencias se refleja, entre otros aspectos, en las propuestas de intervención desarrolladas durante la residencia, por tal motivo, al final de la descripción de cada competencia incluyo algunos de esos trabajos. Esta lógica en la exposición se exceptúa en dos apartados, uno de ellos corresponde a la descripción de la competencia dirigida a aplicar programas para rehabilitar a personas adictas y el otro, a capacitar profesionistas. La omisión de la propuesta se debió en el primer caso, a que la aplicación de programas de intervención tuvo un carácter práctico y en el segundo, a que la competencia de capacitación se abordó únicamente de manera teórica. Cabe mencionar que las propuestas no se aplican durante la estancia en el Programa, pues mediante el ejercicio sólo se pretende integrar los conocimientos adquiridos y dar muestra de su potencial para aportar al desarrollo del área.

- I. Diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno de la adicción

La epidemiología es la ciencia que estudia la frecuencia de las enfermedades en las poblaciones humanas, así como los factores que definen su expansión y gravedad (Beaglehole, Bonita y Kjellhom, 2003). Tiene como objetivos describir las condiciones de salud de la población, explicar las causas de la enfermedad poblacional, predecir el volumen de enfermedades y su distribución al interior de los subgrupos, prolongar la vida sana mediante el control de las enfermedades en población afectada y prevenir la aparición de nuevos casos entre la población en riesgo (López, Garrido y Hernández, 2000).

Actualmente la mayoría de las enfermedades que causan alta discapacidad, se relacionan más con estilos de vida que con factores biológicos (Bergonzoli, 2005), es decir, se observa una disminución de las enfermedades infecciosas y un incremento de las enfermedades crónico degenerativas. En el estudio de estas últimas, la epidemiología ha jugado un papel importante al mostrar la relación entre la aparición de daños específicos en poblaciones en riesgo y las condiciones del medio ambiente, el estilo de vida y la carga genética (López, et al., 2000). Dentro de esta transición epidemiológica se estudia el uso de sustancias psicoactivas, al ser un comportamiento ligado tanto a factores individuales como culturales, siendo un ejemplo de los primeros, la depresión, y de los segundos, la diversión y el entretenimiento (Bergonzoli, 2005).

Los problemas básicos a los que se dedica la epidemiología son la determinación de la frecuencia del padecimiento, su distribución, la identificación de grupos vulnerables y procesos que determinan el padecimiento además de contribuir el desarrollo de acciones de intervención y prevención (Anthony y Van- Etten, 1999). A partir de este abordaje, la epidemiología ha hecho contribuciones importantes para el conocimiento de la distribución, frecuencia y factores determinantes de los trastornos mentales en general (Borges, Medina-Mora y López-Moreno, 2004). Debido a que este tipo de trastornos se manifiesta tanto como conducta y como elemento de la vida mental del sujeto (Anthony, Eaton y Henderson, 1995), para su medición, la epidemiología psiquiátrica se ha dedicado en gran medida a elaborar instrumentos que tienen como base el auto-reporte del entrevistado (Kessler, Wittchen, Abelson y Zhao, 2000). Mediante ellos se ha demostrado que existe una gran variabilidad y posibilidad de precisión diagnóstica en los trastornos de la emoción, la cognición y la conducta, (Wittchen, 2000) así como en sus factores de riesgo, evolución y pronóstico.

Con relación a la farmacodependencia, existe una epidemiología centrada en los cuadros de dependencia y abuso (Anthony, 1999) o en formas de consumo que se consideran por sí mismas un daño a la salud (Lazcano y Hernández, 2002; Medina-Mora, 1991). Desde esta perspectiva la variable dependiente, como la dependencia al alcohol, es el interés primario, pero por otro lado, la epidemiología de las adicciones puede estudiar la forma en cómo el patrón de consumo de ciertas sustancias determina el desarrollo de otros procesos y enfermedades (Borges, et al., 2004).

Los estudios epidemiológicos contribuyen a generar hipótesis causales y teorías acerca de la etiología del uso y abuso de drogas (Tapia, 2001). Las variables presentes en las investigaciones epidemiológicas están relacionadas con la extensión del uso y abuso, naturaleza del problema, características de los usuarios, problemas asociados con el consumo, tendencias del problema, incremento en el riesgo o protección y factores sociales y culturales propios del lugar en que ocurre el fenómeno (Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia 2001). El resultado de los estudios epidemiológicos, al exponer una dimensión

regional, nacional o mundial de la problemática de consumo, favorece el desarrollo de líneas de investigación y estrategias de intervención dirigidas a modificar la relación de la población con las sustancias.

En México, un elemento estratégico para la formulación de acciones de prevención, tratamiento y control de las adicciones, es el Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas. El observatorio tiene como objetivo aportar información para la conformación del panorama epidemiológico sobre la drogadicción en México, tarea que logra a través de los datos arrojados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA), el Sistema de Registro de Información en Drogas (SRID) y las Encuestas en Hogares y Escuelas.

El SISVEA describe el patrón de abuso y tendencias de diversas drogas, grupos de riesgo, drogas nuevas, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo asociados con el uso y abuso de sustancias. Sus fuentes de información son los organismos gubernamentales y no gubernamentales, como Centros de Tratamiento, Servicios de Urgencias Hospitalarias, Consejos Tutelares para Menores, Servicios Médicos Forenses y el Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones.

El SRID presenta la evaluación sobre las drogas más empleadas durante los meses de noviembre y diciembre de cada año, a partir de la información aportada por instituciones del sector salud y procuración de justicia de la Ciudad de México. Presenta las características demográficas de los usuarios, sus tendencias, perfiles y datos de consumo más relevantes.

En el apartado correspondiente a las Encuestas en Hogares, se integran los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), levantada por el Consejo Nacional Contra las Adicciones; el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Dirección General de Epidemiología. Dentro de los aspectos más relevantes captados por la encuesta, están los relativos al uso y abuso de alcohol, tabaco y drogas en México, en la población urbana y rural de entre 12 y 65 años de edad. En este mismo apartado se incluye el reporte de las Encuestas en Escuelas, éste reporta las prevalencias del consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de licenciatura, de enseñanza media y media superior.

La inclusión del estudio de la epidemiología en el programa de Residencia en Psicología de las Adicciones, se justifica en su función como método de investigación para identificar, describir y explicar los factores que definen la expansión y gravedad del fenómeno adictivo, a partir de lo cual es posible desarrollar acciones preventivas.

Durante la residencia se adquirieron e integraron conocimientos teóricos y habilidades para desarrollar propuestas de investigación epidemiológica en el área de las adicciones. Entre las habilidades que contribuyeron a desarrollar la competencia, resalta el análisis de resultados de estudios epidemiológicos. Esta habilidad facilitó la comprensión del fenómeno adictivo y la identificación de variables asociadas al consumo,

grupos vulnerables, así como factores de riesgo y protección específicos en cada grupo. El análisis de los datos epidemiológicos, aunado al conocimiento de modelos que explican la conducta adictiva, favoreció el desarrollo de propuestas de investigación epidemiológica, tendientes a ampliar la comprensión del fenómeno y diseñar intervenciones preventivas, principalmente en grupos de alto riesgo. Otro conocimiento que contribuyó al logro de la competencia fue la identificación y manejo de instrumentos de medición. Este aprendizaje es esencial para obtener la información precisa sobre el fenómeno que se investiga, por otro lado, la selección de un instrumento validado y confiable contribuye a ampliar el campo de conocimiento en el que se desarrolla la investigación.

Las habilidades para desarrollar esta competencia se adquirieron principalmente mediante la participación en un proyecto de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF). Cabe mencionar que las actividades que se realizan en esta institución dependen de la fase en que se encuentre el proyecto. Entre las actividades que pueden realizarse figura la búsqueda bibliográfica, consulta de bases de datos especializadas, diseño y aplicación de instrumentos, captura de datos, colaboración en el análisis de resultados y publicación.

Con el objetivo de mostrar un panorama general con relación a la adquisición de esta competencia, en el siguiente apartado incluyo una descripción del proyecto al cual me incorporé, "Estudios sobre redes sociales para el consumo y el proceso de búsqueda de atención", y las actividades llevadas a cabo durante mi estancia en el mismo.

Estudios sobre redes sociales para el consumo y el proceso de búsqueda de atención

El principal objetivo del enfoque de redes sociales es la búsqueda de las determinaciones estructurales de la acción humana (Requena, 1996). La red social está formada por un conjunto de actores y vínculos que unen a dichos actores los cuales pueden ser individuos y/o colectivos (Enríquez, 2000). Dentro del campo de las adicciones la importancia de su estudio radica en la influencia de la red social en el desencadenamiento, mantenimiento y supresión del uso de drogas (Sparrow, 1991). En esta red es importante considerar la presión de la familia y amigos más cercanos, debido a que estos han mostrado tener influencia para que los usuarios ingresen a tratamiento (Mariño, Medina-Mora, Escotto y De la Fuente, 1997).

Debido al rol mediador de las redes sociales para el desarrollo o reducción del uso de drogas, en particular la red local del usuario, se propuso un proyecto con el objetivo de conocer las características de las redes sociales de un grupo de usuarios, con el fin de identificar su influencia en el consumo y en el proceso de búsqueda de atención. Para ello se entrevistaron a 60 usuarios de drogas de ambos sexos, en un rango de edad entre 18 y 30 años que se encontraban tanto en situación de tratamiento como fuera de él.

La metodología propuesta fue un estudio de casos que se realizó en dos fases relacionadas entre sí. La primera de ellas, de carácter exploratorio, tuvo como objetivo obtener información sobre la relación entre las redes sociales, el comportamiento de uso de drogas y la búsqueda de atención. Con la información obtenida se diseñó un cuestionario que se planea aplicar en la segunda fase, cuyo objetivo es obtener datos sobre las características estructurales y funcionales de las redes y la trayectoria de los usuarios dentro del proceso de búsqueda de atención.

Las actividades iniciales realizadas dentro del proyecto de investigación estuvieron dirigidas a conocer el fundamento teórico del estudio así como su relevancia social. Debido a que el proyecto se encontraba en la primera fase, las actividades tuvieron un carácter exploratorio y se centraron en la búsqueda de información sobre la relación entre las redes sociales de los usuarios de sustancias y el proceso de búsqueda de atención. Esta tarea contribuyó al desarrollo de una de las habilidades requeridas en la investigación: la búsqueda de información.

Otra de las habilidades adquiridas durante mi incorporación al proyecto, fue el conocimiento sobre los grupos focales, técnica de recolección de información que inicia con la elaboración de un guión de temáticas-preguntas, según las condiciones y experiencias personales de los entrevistados. Mediante esta técnica se identificaron las redes sociales empleadas por un grupo de usuarios para acudir a tratamiento y las barreras al mismo. Las actividades permitieron conocer la dinámica de las sesiones, las dificultades inherentes al grupo, las estrategias para solucionarlas y evaluar la utilidad de la técnica en la obtención de información relevante para el estudio.

Con la información obtenida de los grupos, la búsqueda de información sobre la intervención en redes, así como de algunos instrumentos empleados en investigaciones previas que evaluaron las redes sociales de usuarios de servicios de salud, se desarrolló un cuestionario dirigido a obtener datos específicos sobre las características estructurales y funcionales de las redes e información detallada sobre las distintas trayectorias de los usuarios dentro de su proceso de búsqueda de atención (ver anexo I). El cuestionario incluye datos generales del usuario, patrón de consumo, reactivos dirigidos a identificar las características estructurales y funcionales de las redes de los usuarios, las redes establecidas para la búsqueda de atención y las posibles barreras al tratamiento.

La realización del cuestionario promovió uno de los propósitos de la epidemiología: generar los métodos de abordaje para realizar adecuada y rigurosamente su tarea (López, Corcho y López, 1998) y con esta actividad se cubrió el objetivo de la primera fase del estudio. El instrumento será una herramienta indispensable durante la segunda fase, debido a que mediante él se espera obtener datos específicos sobre las características de las redes de los usuarios.

Las actividades realizadas dentro del proyecto de redes sociales amplían la comprensión del fenómeno adictivo al identificar las redes de los usuarios como una alternativa para explicar el problema y a partir de ello, diseñar e implementar programas de intervención en los tres niveles de prevención. La participación en la primera fase del proyecto contribuyó al cumplimiento de los siguientes objetivos de la epidemiología: 1) describir las condiciones de salud de la población, específicamente con relación a la búsqueda de atención, situación crítica considerando que únicamente el 0.25% de los usuarios consumo de sustancias solicita ayuda; 2) explicar las causas de la enfermedad, en este caso mediante las redes sociales del usuario; 3) controlar el problema, con base en la evidencia sobre la influencia de las redes en la búsqueda de atención y su posibilidad de manipulación y 4) generar métodos de abordaje para realizar estas tareas.

II. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario

La prevención del uso y abuso de sustancias responde al análisis de factores tanto individuales como comunitarios, entre lo que destaca la cultura, es decir, la manera en que una comunidad se relaciona con las sustancias. El conocimiento de esta relación, generalmente obtenido a partir de los datos epidemiológicos, permite identificar a los grupos con problemas derivados del consumo de sustancias o en riesgo de desarrollarlos y los factores de riesgo subyacentes.

Los programas preventivos por largo tiempo se basaron en un sistema de clasificación integrado por los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria (Caplan, 1964; Cowen, 1983). El objetivo de la prevención primaria era reducir la incidencia del número de nuevos casos de un desorden. La meta de la prevención secundaria fue disminuir la prevalencia de un desorden, mediante la identificación temprana y tratamiento oportuno. La prevención terciaria se centraba en la rehabilitación, con el fin de reducir el daño asociado a un trastorno.

Una de las desventajas de esta clasificación fue la dificultad para determinar la severidad del desorden y por lo tanto, aplicar las estrategias preventivas adecuadas. Esta dificultad radicó en que, debido a que tanto la frecuencia como la intensidad del desorden se presentan en un continuo, la clasificación promovió la arbitrariedad en el diagnóstico (Boyle, Offord, Racine, Sanford y Fleming, 1996). Otra desventaja en el empleo de este sistema, fue que los niveles de prevención eran mutuamente excluyentes, que aunada a la dificultad de un diagnóstico preciso, privó a algunos sectores de la población de obtener beneficios de la intervención.

Ante estas limitaciones, se planteó un sistema de clasificación que divide las intervenciones en universales, selectivas e indicadas (Institute of Medicine, 1994). Con base en este sistema, la intervención preventiva universal es ofrecida a todos los integrantes de una población, en función de los factores de riesgo

que presentan con relación a una problemática definida. Los factores de riesgo se determinan a partir de un diagnóstico y las intervenciones generalmente se dirigen a la adquisición de factores protectores que minimicen el grado de vulnerabilidad de la población. La intervención selectiva es dirigida a miembros de subgrupos de la población en riesgo de desarrollar un desorden. La intervención preventiva indicada se implementa en todas las personas con un estatus subclínico en términos del trastorno, pero que presentan problemas demostrables.

La prevención universal reduce la estigmatización al intervenir con todos los integrantes de una población. Una de sus cualidades es facilitar la identificación de subgrupos con necesidades adicionales a las colectivas y preparar el terreno para intervenciones indicadas subsecuentes. De esta manera la intervención impacta en un primer momento a toda la población intervenida y en un segundo momento, a subgrupos vulnerables, es decir, en riesgo de desarrollar la problemática de consumo por lo cual requieren acciones de prevención selectiva. La intervención en estos subgrupos permite a su vez detectar personas con problemas derivados del consumo de sustancias y que necesitan estrategias de intervención preventiva indicada (Leaf, 1999).

Los seminarios de prevención así como de política y ética, incluidos en el Programa de Residencia, contribuyeron al desarrollo de esta competencia. Los cursos se centraron en el análisis del cambio en los enfoques y niveles de prevención a lo largo del tiempo y su impacto en la aproximación al problema. Los cursos contribuyeron a identificar las ventajas del nuevo sistema de clasificación e integrarlas a los conocimientos sobre políticas de control que garantizan la sustentabilidad de las acciones preventivas, consideraciones éticas, modelos que explican la conducta de consumo y estudios epidemiológicos. Esta integración de conocimientos favoreció el desarrollo de una propuesta de intervención, enfocada en los tres niveles de prevención, dirigida a reducir la oferta y la demanda de consumo.

En el siguiente apartado expongo la propuesta que ejemplifica el grado en que se adquirieron las habilidades para desarrollar modelos preventivos a nivel individual y comunitario. Entre éstas destaca el análisis, integración y empleo de conocimientos sobre teorías que explican el consumo de sustancias, estudios epidemiológicos y sistemas de clasificación de las intervenciones preventivas. Para desarrollar la propuesta fue necesario identificar la población objetivo, seleccionar estrategias para evaluar sus niveles de riesgo, protección y consumo, así como elegir un enfoque para intervenir en los tres niveles de prevención.

Programa preventivo para reducir la oferta y demanda de sustancias psicoactivas

Entre las acciones dirigidas a enfrentar el problema que representa el consumo de sustancias se encuentran, por un lado, estrategias enfocadas a la reducción de la demanda y por el otro, aquellas centradas

a la reducción de la oferta. Esta separación en las intervenciones podría explicar las leves modificaciones en la prevalencia y problemas asociados al uso y abuso de sustancias. Una teoría que ha intentado dar una respuesta al porqué de la ineficacia al intervenir en estos grupos por separado, es la economía conductual (DeGrandpre y Bickel, 1996). Desde este modelo se considera que las acciones encaminadas a la reducción de la oferta no serán efectivas si se implementan de manera aislada y se plantea la necesidad de una política de control que incluya estrategias adicionales dirigidas a reducir la demanda de sustancias e incrementar el acceso a servicios de prevención y tratamiento (MacCoun y Reuter, 2001). Esta postura teórica, aunada a la conceptualización de la prevención como un continuo, más que como actividades dirigidas a grupos específicos y excluyentes entre sí, sugieren una labor preventiva que impacte tanto a los grupos que facilitan el acceso a la sustancia, como a la población vulnerable o usuaria, a estos últimos, en función de los factores de riesgo y protección.

Con base en los planteamientos de la economía conductual, las acciones que aquí se proponen están diseñadas para impactar en los tres niveles de prevención (universal, selectiva e indicada). A partir de la metodología que subyace a este sistema de clasificación preventiva, se aplicarán acciones preventivas universales a la población definida como vulnerable, en función del número de factores de riesgo y protección. Una vez delimitada la población se podrán realizar los diagnósticos requeridos para identificar a los subgrupos que requieran una intervención de carácter selectivo e indicado.

La economía conductual considera dos variables críticas para el abuso de sustancias: 1) las restricciones ambientales para el acceso a la sustancia de abuso y 2) la disponibilidad y restricciones en el acceso de actividades alternativas no relacionadas con la sustancia. La relación entre ellas explica la preferencia para el abuso de una sustancia, misma que varía inversamente con las restricciones a su acceso y directamente con las restricciones en el acceso a recompensas alternativas (Vuchinich, 1995).

Estas dos variables: las restricciones para el acceso a las sustancias y las restricciones para el acceso a actividades alternativas, fundamentan las acciones de intervención preventiva que abajo expongo mismas que se aplican a la reducción de la oferta y la demanda. La reducción de la oferta se pretende obtener aumentando las restricciones en la disponibilidad de la sustancia y de la demanda, disminuyendo las restricciones en el acceso a actividades alternativas. Las estrategias de reducción de la demanda incluyen acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación, mismas que deberán fundamentarse en un diagnóstico de las necesidades y recursos de la población seleccionada (por ejemplo, una escuela o colonia), subgrupos e individuos, con base en sus factores de riesgo y protección.

Para el diseño e implementación de las estrategias será importante identificar las redes de apoyo social e involucrarlas durante todo el proceso. La participación de la comunidad en general, líderes formales e informales, investigadores, políticos e instituciones privadas, gubernamentales y no gubernamentales así

como los actores involucrados directamente con el acceso a la sustancia (como los dueños de bares) tendrán un papel determinante para el mantenimiento de los logros. La integración de estos sectores requerirá de una labor de sensibilización sobre el valor de su papel para la consecución de los objetivos.

I. Reducción de la oferta

El aumento de las restricciones en la disponibilidad de la sustancia se manipulará: a) aumentando el valor de la sustancia, b) aumentando la cantidad de respuesta requerida para realizar la conducta y c) reduciendo el tiempo y espacios en que se consume. De manera adicional, se otorgarán incentivos dirigidos a aumentar la frecuencia de la conducta deseable.

Cabe mencionar que una gran parte de las propuestas están previstas en reglamentos, sin embargo la innovación reside en la sensibilización previa a los actores, el manejo de incentivos y principalmente la implementación de acciones paralelas enfocadas a la reducción de la demanda. Es importante aclarar que la implementación de estas normas será posterior a una campaña educativa dirigida a la población, con el objetivo de impulsar la participación social en apoyo a las mismas, y a la aplicación de medidas de reducción de la demanda.

a) Aumento del valor de la sustancia. En el alcohol y tabaco el valor de la sustancia se manipulará mediante el aumento en los impuestos. En las sustancias ilegales, el aumento del valor de la sustancia será manejado de manera indirecta, aumentando el valor de las sanciones por el comercio ilícito.

b) Aumento de la cantidad de respuesta requerida. En el consumo de alcohol y tabaco se manipulará aumentando las sanciones a los establecimientos que no cumplan con las normas indispensables para reducir los riesgos del consumo y se incrementarán las medidas de vigilancia y seguridad para evitar la venta de sustancias en lugares públicos, principalmente donde la población objetivo sean menores de edad. Para aumentar la probabilidad de su cumplimiento se involucrará a la comunidad dándole a conocer, mediante campañas de difusión con enfoque de reducción de daño, la importancia de que los establecimientos cumplan con las normas.

A la par, a los propietarios de establecimientos que cumplan con las reglas se les otorgarán incentivos, como la facilidad para obtener permisos o la reducción de impuestos. Así mismo, se intensificarán las medidas de regulación sanitaria para garantizar que el contenido del producto no aumente la posibilidad de riesgo a la salud. Con relación a los medicamentos de uso controlado, su distribución estará restringida a médicos psiquiatras e instituciones de salud, quienes deberán tener un registro preciso de su empleo.

c) Las estrategias dirigidas a reducir la disponibilidad de la sustancia se llevará a cabo mediante la restricción de lugares y horarios de venta y consumo, la limitación de la cantidad del producto que se vende, así como la eliminación total de la publicidad del producto.

II. Reducción de la demanda

La disminución de las restricciones en el acceso a actividades alternativas no relacionadas con el consumo o que compitan con éste, se manipulará: a) aumentando el valor de la recompensa inmediata y a largo plazo, generada de la actividad, b) garantizando la permanencia de la actividad, c) aumentando el número de actividades alternativas, d) reduciendo la respuesta requerida para realizar la actividad y e) aumentando el ingreso.

a) El aumento del valor de la recompensa inmediata y a largo plazo, generada de la actividad alternativa al consumo, estará en función de los resultados de un diagnóstico de las necesidades de la población y posteriormente de los subgrupos e individuos que la integran, de manera congruente a la conceptualización de la prevención en los tres niveles arriba mencionados. El diagnóstico estará basado en la presencia o ausencia de factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias.

El valor de la recompensa será manipulado de dos formas: i) aumentando el valor de los factores protectores gratificantes identificados mediante el diagnóstico (como la pertenencia a un grupo) y ii) reduciendo el valor de los factores de riesgo para el grupo y/o individuos (por ejemplo, la violencia).

Las actividades alternativas tendrán como cualidades la posibilidad de aumentar gradualmente el valor del reforzador y generar recompensas tanto a corto como a largo plazo (un ejemplo de ello puede ser el ingresar a un equipo y en función de la permanencia, la posibilidad de obtener otros incentivos).

b) La permanencia de las actividades (mientras se mantenga estable la necesidad de los grupos y/o individuos) y el aumento en el número de actividades alternativas e instituciones que brindan los servicios, deberá garantizarse a nivel gubernamental, institucional y comunitario. Debido a que la participación de instituciones públicas y privadas es esencial para llevar a cabo las tareas, se garantizará su permanencia mediante la identificación y otorgamiento de reforzadores de la conducta deseable (incentivos).

c) El aumento en el número de actividades alternativas estará basado en un diagnóstico de necesidades y recursos de la comunidad con el objetivo de que las actividades sean gratificantes y accesibles. La detección de necesidades deberá ser un proceso constante de evaluación y retroalimentación. Las instituciones educativas públicas y privadas, desde pre-escolar hasta universidad, serán instituciones clave para la implementación de las actividades

d) La reducción de la respuesta requerida para realizar la actividad se obtendrá garantizando las anteriores estrategias, facilitando y agilizando los procesos para integrarse a las actividades, ampliando las opciones de difusión y reduciendo los tiempos de espera.

Esta estrategia tendrá un principal énfasis a nivel de tratamiento y rehabilitación y junto con aquella encaminada a aumentar en el número de actividades o instituciones dirigidas a satisfacer la demanda de la población, se pretenden reducir las barreras al tratamiento y facilitar el acceso a los servicios.

e) El aumento del ingreso se obtendrá generando la posibilidad de adquirir bonos acumulables para acceder a actividades gratificantes con un precio alto (como la asistencia a un concierto, a una clínica especializada, etc.). Para la adquisición de los bonos se considerará la realización de actividades de apoyo a instituciones relacionadas, directa o indirectamente, con la prevención del consumo de sustancias. Dicha medida servirá a su vez como estímulo para mantener la colaboración de las instancias.

Será de vital importancia que los investigadores comuniquen los hallazgos de las investigaciones tanto a quienes crean las políticas como a los que implementan los programas. Debido a que las intervenciones parten de un diagnóstico de necesidades, en esta evaluación diagnóstica deberán incluirse los indicadores para evaluar su efectividad. Algunos de ellos pueden ser la reducción en el número de factores de riesgo y el aumento de factores protectores, mismo s que podrán medirse al finalizar la intervención y en un periodo posterior, con el fin de evaluar el mantenimiento de los cambios.

Alcances y limitaciones

Las estrategias preventivas dirigidas a reducir tanto la oferta como la demanda de sustancias pueden tener ventajas sobre aquellas que enfrentan la problemática sólo desde uno de éstos ángulos. Por otro lado, el énfasis en llevar a cabo las intervenciones como un continuo que parte de una población y finaliza en el individuo, sin que este último sea excluido de la obtención de las ganancias grupales, representa beneficios globales para la población intervenida y específicos para los subgrupos o individuos vulnerables.

En contraste con las ventajas, una limitación de esta propuesta es la necesidad de la participación activa de instituciones e individuos, quienes podrían mostrar escaso o nulo interés en colaborar. A diferencia de otras intervenciones, donde gran parte del éxito reside en la propuesta misma y en los investigadores o colaboradores que la llevan a cabo, en ésta, una parte esencial para lograr los objetivos reside en la labor de sensibilización de diferentes sectores de la población para garantizar una participación permanente. De igual manera resulta fundamental el apoyo gubernamental, principalmente en torno a la implementación de legislaciones encaminadas a aumentar las restricciones al acceso a la sustancia y al otorgamiento de incentivos para aumentar la conducta deseable.

Los estudios de costo efectividad podrían ser una estrategia efectiva para motivar a los legisladores a apoyar este tipo de intervenciones. Una evaluación de esta naturaleza puede aportar información relevante para la toma de decisiones en función de la proporción costo efectividad, donde se espera que los beneficios sean mayores que los gastos. En este caso, debido a que las acciones pretenden impactar tanto a grupos que no tienen el problema como a quienes presentan consecuencia del uso de sustancias, los indicadores de efectividad abarcarían desde problemas evitados hasta la reducción de problemas relacionados con el consumo de sustancias o la disminución en el uso de servicios de salud. La posibilidad de utilizar este amplio espectro de indicadores aumenta la probabilidad de efectividad en las intervenciones.

III. Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve con énfasis cognitivo conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias

Las intervenciones breves son prácticas dirigidas a investigar un problema potencial y motivar al individuo para que inicie un cambio con relación a su abuso de sustancias (Miller y Rollnick, 1999). La meta de las intervenciones breves es reducir el riesgo de presentar un daño como resultado del uso repetido de sustancias. La intervención se individualiza en función del patrón de consumo y las consecuencias derivadas del uso de sustancias, permitiendo al individuo elegir entre la moderación o la abstinencia. Estas intervenciones pueden ser un primer paso para determinar si los clientes son capaces de detener o reducir su consumo sin ayuda o si requieren un tratamiento especializado además de un método para cambiar conductas específicas antes, durante y después del tratamiento.

Entre las descripciones de intervención breve se encuentra simple consejo, intervención mínima o consejería breve. Es también definida como estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de drogas que los pone en riesgo y la oferta de un tratamiento antes que lo soliciten por su propia voluntad y en algunos casos antes de que adviertan que su patrón de consumo puede causarles problemas (Babor y Higgins-Biddle, 2001). Esta intervención se ubica dentro de un espectro de opciones de tratamiento que responde principalmente a las necesidades de usuarios que no han desarrollado una dependencia severa. Puede consistir en un simple consejo o una serie de intervenciones integradas en un programa de tratamiento dirigidas a motivar a los individuos a reducir o detener su consumo.

Los problemas derivados del uso excesivo de sustancias sugieren la necesidad de ofrecer alternativas de tratamiento que respondan de manera costo-efectiva a la problemática de la población con consumo riesgoso, que aún no desarrolla una dependencia severa y que representan la mayoría en el continuo de usuarios que requieren atención (Zweben y Flemming, 1999). Para ofrecer un tratamiento acorde a las necesidades de esta población, se debe tener en cuenta que los problemas relacionados con el consumo problemático o riesgoso pocas veces se detectan en los servicios de salud. Los usuarios con este patrón de consumo ocasionalmente buscan tratamiento especializado para su problemática y cuando son detectados difícilmente aceptan ingresar a tratamientos intensivos, desarrollados para usuarios con dependencia severa y además suelen mostrarse ambivalentes hacia el cambio. Estos factores, entre otros, contribuyen a los altos índices de deserción en esta población.

Considerando la relación entre este grupo de usuarios y los tratamientos, la intervención breve se perfila como una alternativa que puede superar estas dificultades, motivando a los usuarios para el cambio y reduciendo los riesgos relacionados con su consumo. Entre las características que hacen de las intervenciones breves una herramienta esencial para atender la problemática de consumo de esta población

destaca su costo-efectividad; su flexibilidad para integrarse en programas de tratamiento especializados, ya sea como una serie de intervenciones o como única intervención; la posibilidad de ser manejadas por diversos profesionales de la salud en diferentes escenarios; la detección temprana y canalización oportuna y su enfoque en metas intermedias, que al permitir obtener resultados inmediatos contribuye a mantener al cliente motivado (Bien, Miller y Tonigan, 1993).

Para que una intervención breve sea efectiva y favorezca la motivación para el cambio es necesario emplear los siguientes componentes: a) retroalimentar al usuario sobre los riesgos relacionados con su consumo, b) enfatizar su responsabilidad para el cambio, c) aconsejar sobre la importancia de inducir un cambio en su conducta de consumo, d) ofrecer un menú de alternativas para cambiar su consumo, e) emplear un estilo empático que favorezca la comprensión de la problemática y f) aumentar la auto eficacia, es decir, la creencia en su habilidad para llevar a cabo o afrontar con éxito una tarea específica (Miller et al., 1999).

Una intervención breve consiste en los siguientes pasos básicos, congruentes con la duración de la intervención y los componentes antes mencionados: 1) introducir el tema sobre la salud del cliente, 2) realizar un tamizaje, evaluar y asesorar, 3) proporcionar retroalimentación, 4) hablar acerca del cambio y establecimiento de metas y 5) resumir y revisar los acuerdos sobre el cambio. Estos componentes se emplean durante la intervención en función de las necesidades del usuario. Para ello es importante que el clínico identifique la etapa de cambio en que encuentra el cliente, según el modelo de las etapas de cambio (Prochaska y DiClemente, 1982) y proporcione el apoyo motivacional de acuerdo a ésta, además de monitorear su progreso una vez que la intervención inicial haya concluido. El monitoreo se realiza durante las sesiones de seguimiento. El mantenimiento o rompimiento de la meta es el principal indicador a partir del cual se evalúa el progreso. El reporte de conductas que se alejan de los objetivos de tratamiento es motivo para introducir nuevamente los tópicos sobre los beneficios del cambio y restablecimiento de metas.

El modelo de las etapas de cambio describe una serie de etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio de un problema (Prochaska, et al., 1982). El conocimiento de este modelo permite al clínico adaptar las estrategias de intervención a la etapa de cambio en que el usuario se encuentra. Si el clínico no utiliza estrategias apropiadas a la etapa de cambio del cliente, éste puede mostrar resistencia o poco compromiso al tratamiento. Ante un cliente en etapa de precontemplación, el clínico debe dirigir sus estrategias a aumentar la conciencia del problema en el cliente. Para superar la ambivalencia característica de la etapa de contemplación, es importante que el terapeuta identifique los aspectos positivos del cambio. Un cliente en la etapa de determinación necesita apoyo para identificar las estrategias de cambio potenciales y elegir las más apropiadas. El usuario en etapa de acción requiere intervenciones que le motiven a aplicar y comprometerse con las estrategias de cambio. Finalmente el usuario en la etapa de mantenimiento debe ser apoyado para que mantenga los cambios (Miller, et al., 1999).

La necesidad de reducir los riesgos relacionados con el uso de sustancias en los usuarios que aún no desarrollan una dependencia severa y la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones breves para atender las necesidades de esta población, sustentan la orientación del programa de Residencia en Psicología de las Adicciones y su objetivo de capacitar profesionales con las habilidades necesarias para desarrollar e implementar programas de intervención breve.

Con relación a la competencia dirigida a desarrollar programas de detección temprana e intervención breve, las actividades de la residencia proporcionaron una formación teórico-metodológica y práctica en la aplicación del Modelo de Auto Cambio Dirigido para Comportamientos Adictivos y las técnicas de intervención breve, fundamentadas en la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1963, 1969 y 1986). El programa de tratamiento denominado Auto Cambio Dirigido (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998) es un modelo cognoscitivo-conductual de intervención breve para usuarios de alcohol y drogas con niveles bajos y medios de dependencia. Consiste en una intervención motivacional que ayuda al cliente a comprometerse a cambiar su conducta y a reorganizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el uso de sustancias. La meta del tratamiento es ayudar al usuario a desarrollar una estrategia general de solución de problemas que le permita enfrentar cambios en el estilo de vida.

Los cursos formales escolarizados y seminarios, diseñados para adquirir esta competencia, estuvieron enfocados en proporcionar los fundamentos teóricos de los programas de intervención breve. Estas actividades contribuyeron a desarrollar la habilidad para manejar los conceptos relacionados con la teoría del aprendizaje social, la terapia cognitivo conductual, las intervenciones breves y la entrevista motivacional.

Otra actividad que contribuyó a la adquisición de esta competencia fue el entrenamiento para aplicar programas de intervención breve. Mediante esta actividad se adquirieron y desarrollaron las habilidades clínicas para aplicar tres programas de intervención breve con énfasis cognitivo conductual para usuarios de sustancias: Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2003), Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (Martínez, 2003) y Programa de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

Los programas se fundamentan en la teoría del Aprendizaje social cuyos planteamientos son congruentes con la evidencia sobre la variabilidad en la conducta adictiva y su manipulación por medio de influencias externas y factores cognoscitivos. Las estrategias para modificar la conducta de consumo están basadas en la terapia cognitivo conductual, la cual representa una integración de principios derivados de la teoría conductual, del aprendizaje social y terapia cognitiva. Su objetivo es ayudar al cliente a identificar las situaciones de riesgo para el uso de sustancias y a emplear estrategias efectivas para evitarlas o enfrentarlas. Para lograr estas metas incorporan tres componentes: el análisis funcional de la conducta de consumo, el

entrenamiento en habilidades de enfrentamiento y prevención de recaídas. Las estrategias cognitivo conductuales y de la entrevista motivacional son integradas y aplicadas en los programas de tratamiento con base en la estructura de las intervenciones breves.

Entre las habilidades adquiridas mediante la aplicación de estos programas destaca la evaluación y diagnóstico de la problemática de consumo, el manejo de los principios y estrategias de la entrevista motivacional, la adaptación de las intervenciones de acuerdo a la etapa de cambio en que se encuentre el usuario, el manejo de las intervenciones breves para ayudar a identificar el problema y motivar al individuo a iniciar un cambio con relación al abuso de sustancias y el empleo de técnicas cognitivo conductuales para modificar la conducta de consumo.

Aunque los programas se dirigen a diferentes grupos de usuarios, comparten los componentes. En las tres intervenciones los principios y estrategias de la entrevista motivacional se utilizan durante todo el proceso, pero en mayor medida en las primeras sesiones. El conocimiento y comprensión de los cinco principios generales de la entrevista (expresar empatía, crear discrepancia, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia) fueron esenciales para aplicar las estrategias motivacionales. A partir de estas fue posible entender la problemática del usuario, motivar su participación en el tratamiento y reducir su resistencia al cambio. Entre las estrategias empleadas en esta primera etapa sobresale la formulación de preguntas abiertas, la escucha reflexiva y la provocación de frases automotivadoras. En un segundo momento, la realización del balance decisional, técnica diseñada para motivar a modificar la conducta a partir de la identificación de los aspectos positivos y negativos de ésta, permitió además observar el proceso de cambio de etapa.

La identificación de la etapa de cambio también pudo ser observada a partir de los resultados de instrumentos de evaluación diseñados para tales fines o mediante la interpretación de algunos reactivos, como las preguntas sobre el reconocimiento del problema y la detección de consecuencias del consumo en diferentes áreas. Durante el tratamiento el cambio de etapa se detectó a partir de los cambios en el patrón de consumo. La ubicación del proceso de cambio permitió intervenir de manera oportuna y darle un giro a la resistencia. A su vez, las estrategias de la entrevista motivacional fueron utilizadas para introducir los componentes de las intervenciones breves. Uno de ellos consiste en retroalimentar, que aunada al análisis de los beneficios de modificar la conducta, aumenta la posibilidad de que el usuario asuma la responsabilidad del cambio. Esta apropiación del compromiso de cambiar fue requisito indispensable para el posterior establecimiento de metas y la aplicación de técnicas cognitivo conductuales diseñadas para su consecución.

Las habilidades clínicas adquiridas a partir de la aplicación de los programas de intervención breve, aunadas al manejo de conceptos que los fundamentan y a la adquisición de los elementos teórico-

metodológicos necesarios para identificar y plantear un problema de investigación en el área de las adicciones permitieron el desarrollo de la propuesta de intervención que a continuación describiré.

Inducción al rol en la retención de usuarios de alcohol en el tratamiento

Los tratamientos para el abuso de sustancias, especialmente de consulta externa, se han asociado con altos índices de deserción, situación particularmente importante debido a que el tiempo de permanencia en el tratamiento se relaciona con la posibilidad de que los usuarios reciban mayores beneficios del proceso terapéutico (Kaltz, et al., 2004), además de ser un predictor confiable de los resultados post-tratamiento (Rowan-Zal, Joe y Simpson, 2000).

La dificultad para aumentar el índice de retención de los usuarios en el tratamiento sugiere que el control sobre las variables relacionadas con la deserción aún es parcial. Como respuesta ante estos resultados, algunos investigadores han dirigido su atención a la búsqueda de variables relacionadas con la estructura del tratamiento y habilidades de los terapeutas, más que con las características de los usuarios. A partir de esta ampliación en la gama de variables relacionadas con la deserción, Craig (1985) propuso cambios clínicos y administrativos para reducir el índice de deserción y mencionó que cuando se determine que el problema de la deserción es un problema del equipo de trabajo, más que del paciente, entonces será posible iniciar intervenciones efectivas. Siguiendo esta línea de investigación, estudios más recientes han identificado que los factores relacionados con el programa de tratamiento y el servicio han resultado ser mejores predictores de la deserción, en comparación con aquellas variables presentes en los usuarios (Claus y Kindleberger, 2002; Magura, Nwakeze, y Demsky, 1998; Simpson, Joe, y Rowan-Zal, 1997).

La falta de motivación para el cambio ha sido ampliamente reconocida como un obstáculo primario en el tratamiento de uso y abuso de sustancias (Miller et al., 1991). Se ha observado que una gran parte de los usuarios que acuden a tratamiento se encuentran en una etapa de contemplación, es decir, en un estado de ambivalencia, según el modelo de cambio planteado por Prochaska y DiClemente (1982). Entre otros factores, la ambivalencia se asocia con la creencia de que el consumo de drogas no es lo suficientemente severo como para acudir a tratamiento, o que el cambio pueden lograrlo por sí mismos (Kaltz, et al., 2004). La percepción del usuario acerca del proceso terapéutico y de las posibles implicaciones del consumo en su vida, influyen en el nivel de motivación y en la retención al tratamiento (Verinis, 1993). De esta manera, proveer estrategias para el cambio y promover en los usuarios un compromiso con el tratamiento, puede ser prematuro cuando no se han dado los pasos previos, dirigidos a incrementar su motivación y clarificar sus expectativas sobre el proceso terapéutico que iniciará, así como de su participación y la del terapeuta, dentro del mismo.

Como resultado de estas investigaciones se identificaron a la Entrevista Motivacional (EM) e Inducción al Rol (IR) como dos estrategias efectivas para la retención al tratamiento (Connors, Walitzer y Dermen, 2002). La primera es una intervención breve, directiva, centrada en el cliente y dirigida a producir un cambio conductual, ayudando al cliente a explorar y resolver su ambivalencia (Miller, Yahne y Tonigan, 2003). La segunda estrategia, también definida como socialización anticipatoria (Orne y Wender, 1968), es un procedimiento de tratamiento preparatorio que incluye la educación de los clientes sobre tópicos como objetivos de la terapia, proceso terapéutico, expectativas realistas para el cambio, pronóstico y ejemplos de la conducta, tanto del terapeuta como del paciente. Mediante la IR se buscan aumentar la motivación del cliente y su compromiso con el tratamiento, clarificando sus roles y los del terapeuta durante el tratamiento, modificando sus percepciones y expectativas erróneas sobre el proceso y clarificando el porqué de su estructura (Kaltz, et al, 2004). Ambas estrategias tienen en común la presencia de un contacto temprano y directo entre el terapeuta y el cliente durante el proceso terapéutico, además de su facilidad para ser incorporadas en los tratamientos.

Se ha demostrado que la EM es un instrumento útil para aumentar las tasas de retención en los programas de tratamiento para uso de sustancias, principalmente durante las fases iniciales del tratamiento, momento en el cual se presenta la mayoría de los abandonos (Secades, Fernández y Arnáez, 2004). Por otro lado, la estrategia de IR ha mostrado tener un impacto favorable en el tratamiento, medido en el porcentaje de clientes que regresan a una segunda sesión después de la primera visita, en los índices de retención durante los primeros tres meses y en el nivel de satisfacción con el tratamiento (Kaltz, et al., 2004). En los tratamientos de abuso de sustancias esta estrategia es particularmente importante debido a que muchos usuarios que acuden al servicio no han tenido experiencias previas de tratamiento y frecuentemente expresan preocupación ante la posibilidad de que el tratamiento no cubra sus necesidades o expectativas o que sus problemas no sean comprendidos (Cunningham, 1996).

Con base en la efectividad de la EM e IR en la retención al tratamiento, el propósito del presente estudio es evaluar el impacto de una sesión pre-tratamiento, integrada por componentes motivacionales y de inducción al rol, en la retención de usuarios de alcohol en un tratamiento cognitivo conductual, en comparación con un grupo control que recibe el tratamiento estándar. Se espera que un mayor número de participantes asignados al grupo experimental, en comparación con el grupo control, regrese a tratamiento después de la primera visita y acudan a un mayor número de sesiones.

Método

Participantes

Serán candidatos para participar en el programa los usuarios de alcohol que acuden a solicitar atención al Centro Acasulco de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Se seleccionarán a 30

usuarios de ambos sexos, mayores de 18 años, con escolaridad mínima de secundaria, que cumplan con los criterios de dependencia baja o media de alcohol, que no acudan actualmente a otro tratamiento para su problema de consumo y que acepten participar de manera voluntaria.

Los usuarios serán asignados de manera aleatoria a una de dos condiciones: 1) tratamiento estándar y 2) tratamiento estándar más estrategias de retención. Para asegurar la igualdad de condiciones en los dos grupos, los participantes serán apareados con base en las variables de sexo, edad, historia de consumo y nivel de dependencia.

Escenario

El tratamiento se llevará a cabo en el Centro Acasulco, (ubicado en la zona sur de la Ciudad de México) escenario sede de la Residencia en Psicología de las adicciones, dependiente de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). El escenario cuenta con espacios acondicionados para brindar tratamiento a los usuarios de sustancias que soliciten el servicio. Los clientes acuden a la institución canalizados principalmente de centros de atención de la UNAM o a través de medios de difusión impresos, como trípticos y carteles.

Materiales

El material requerido para llevar a cabo la sesión pre-tratamiento será un folleto informativo, diseñado para fines del estudio. El folleto integrará información sobre el programa de tratamiento, los beneficios de participar en él, así como de los roles del usuario y terapeuta.

Instrumentos

En el estudio se emplearán instrumentos dirigidos al usuario y al terapeuta. Los primeros se utilizan durante la sesión pre-tratamiento y tienen como objetivo identificar si el cliente cumple con los criterios de inclusión al programa, el nivel de dependencia al alcohol, grado de motivación y expectativas hacia el tratamiento. El instrumento que se aplica al terapeuta, se emplea durante la sesión de capacitación y consiste en una lista de cotejo que evalúa el grado en que el clínico domina las estrategias de retención al tratamiento. Con el objetivo de validar los instrumentos que han sido diseñados para fines de esta investigación, se realizará un piloteo en un grupo de usuarios que acudan a solicitar el servicio al centro Acasulco y que cumplan con los criterios de inclusión del estudio. Con el piloteo se pretende evaluar la comprensión de los reactivos así como determinar si la información obtenida mediante ellos cumple con las expectativas de la investigación.

1) El cuestionario de preselección es un cuestionario filtro integrado por reactivos dirigidos a obtener los datos generales del usuario, conocer su motivo de consulta e identificar si cumple con los criterios de inclusión al estudio. Incluye también un diagrama de flujo que facilita la canalización del usuario al servicio correspondiente. Este cuestionario también fue diseñado para fines de la investigación (ver anexo II)

2) La Breve Escala de Dependencia al Alcohol, BEDA (Davidson y Raistrick, 1986) está conformada por 15 reactivos que se califican en una escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a 3 (casi siempre). Mediante ésta se obtiene un puntaje que indica la presencia de un nivel de dependencia baja, moderada o severa. Los usuarios que obtengan un puntaje de 1 a 23 (dependencia baja o media) serán candidatos a participar en el estudio.

3) La entrevista de expectativas y barreras ante el tratamiento, diseñada para fines del estudio, incluye reactivos enfocados a obtener información sobre las barreras reales y potenciales para acudir a tratamiento, además de explorar las expectativas sobre el mismo, principalmente con relación a los beneficios de acudir y cambiar su consumo (ver anexo III).

4) La lista de cotejo, también elaborada para este estudio, evalúa el manejo de las estrategias de retención de la sesión pre-tratamiento por parte del terapeuta. La lista está integrada por 28 reactivos que se responden en una escala tipo Likert con tres opciones de respuesta que van de 0 (ausente) a 3 (lo domina) y que indican el nivel de dominio de las estrategias de la sesión (ver anexo IV).

Procedimiento

En la primera visita del usuario al Centro Acasulco, un entrevistador (diferente al que impartirá la sesión pre-tratamiento) aplicará al candidato el cuestionario de preselección y el BEDA, con el objetivo de identificar si éste cumple con los criterios de inclusión al estudio. Los usuarios que hayan cumplido con los criterios de inclusión serán asignados de manera aleatoria a una de dos condiciones: 1) grupo control (tratamiento estándar) y 2) grupo experimental (tratamiento estándar más estrategias de retención). Posteriormente serán asignados aleatoriamente a los terapeutas.

En el estudio participarán seis terapeutas entrenados para impartir el tratamiento cognitivo conductual para usuarios de alcohol. Tres de ellos, seleccionados al azar, serán capacitados para impartir la sesión pre-tratamiento.

Capacitación de terapeutas

La capacitación se realizará en dos fases: la primera tendrá como objetivo conocer la importancia del estudio y analizar los componentes y estructura de la sesión pre-tratamiento. Esta fase se dividirá en tres etapas, en la primera se expondrá la relevancia del estudio, señalando el problema de la deserción en los tratamientos para abuso de sustancias y el impacto de las estrategias de retención. En la segunda se revisarán, analizarán y discutirán estudios que fundamentan las dos estrategias de retención incluidas en la sesión pre-tratamiento, la EM e IR. En la tercera etapa, con base en los estudios revisados, se describirá y analizará la estructura de la sesión pre-tratamiento.

La segunda fase tiene como objetivo entrenar a los terapeutas en la aplicación de la sesión pre-tratamiento. El entrenamiento se llevará a cabo mediante las técnicas de modelamiento y ensayo conductual.

Esta fase se divide en dos etapas, la primera iniciará con el modelamiento, por parte del capacitador, para aplicar las estrategias de retención que se emplean durante la sesión pre-tratamiento. Los terapeutas durante la capacitación evaluarán el manejo de las estrategias de retención por medio de la lista cotejo. Se realizará una retroalimentación sobre el desarrollo del modelamiento de la sesión pre-tratamiento, a partir del promedio del nivel de dominio de cada estrategia de retención, que corresponde a cada reactivo de la lista de cotejo, así como del nivel de dominio total de las estrategias de retención, obtenido mediante el promedio del porcentaje del número de estrategias que domina. En la segunda etapa, los terapeutas realizarán ensayos conductuales de la sesión pre-tratamiento. El nivel de dominio de las estrategias de retención será evaluado y retroalimentado igual que en la sesión de modelamiento. Los terapeutas se integrarán al estudio una vez que los evaluadores, con base en la lista de cotejo, acuerden que el terapeuta maneja al menos el 90% de las estrategias.

Estructura de la sesión pre-tratamiento

La sesión pre-tratamiento tendrá una duración de 50 minutos e iniciará con el establecimiento de *rapport* con los participantes. El terapeuta iniciará formulando al usuario preguntas abiertas sobre su situación actual. Posteriormente clarificará el objetivo de la entrevista y explicará brevemente las actividades que se realizarán durante los minutos restantes.

El terapeuta retomará la información obtenida en la entrevista anterior, dirigida a identificar los criterios de inclusión al estudio. Proporcionará retroalimentación sobre el resultado del BEDA, profundizará sobre el motivo de consulta y continuará con la aplicación de la Entrevista de expectativas y barreras ante el tratamiento. Durante la entrevista el terapeuta deberá emplear las estrategias de la entrevista motivacional.

Partiendo de la respuesta del usuario a la pregunta incluida en la entrevista, dirigida a conocer lo que espera del tratamiento, el terapeuta le proporcionará la información, contenida en el folleto, que le permitirá clarificar sus expectativas referentes al proceso y estructura de tratamiento así como de los beneficios de acudir al mismo.

Durante la revisión del folleto, el terapeuta deberá centrarse en los componentes que contribuyan a clarificar la información errónea del usuario con relación al proceso terapéutico. Con el objetivo de maximizar los beneficios potenciales percibidos por el paciente respecto a los componentes del programa, el terapeuta deberá adaptar las expectativas y necesidades del cliente con los objetivos del tratamiento.

Entre los tópicos que se manejarán durante la sesión se encuentra el fundamento y descripción de los componentes del programa, metas del tratamiento y su justificación con base en los efectos del consumo de alcohol, rol del terapeuta y cliente, importancia de proporcionar información honesta sobre su consumo de sustancias y de participar activamente durante el tratamiento y consejos sobre cómo obtener el mayor beneficio del tratamiento.

La sesión finalizará pidiendo al usuario que identifique los beneficios que puede obtener con la modificación de su consumo, que señale las barreras, actuales o potenciales, que pudieran intervenir con su asistencia a tratamiento y proponga opciones para minimizarlas.

Resultados

Se espera que, en el grupo experimental, el número de usuarios que regresen a tratamiento después de la primera visita y que permanezcan más sesiones durante el tratamiento sea significativamente mayor en comparación con el grupo control. Mediante la prueba *t de Student* para muestras independientes se examinará la hipótesis de que, comparados con los participantes que reciban el tratamiento estándar, los participantes en la sesión pre-tratamiento asistirán a un mayor número de sesiones y regresarán a tratamiento después de la primera visita.

Se espera que el promedio de sesiones de tratamiento y de usuarios que acudan a la primera sesión, en el grupo asignado a la condición experimental, sea mayor al promedio del grupo que reciba el tratamiento estándar. En función de la asignación aleatoria de los usuarios a las condiciones y a partir de la ausencia de diferencias significativas en las variables pre-tratamiento seleccionadas para el apareamiento, los resultados antes mencionados podrán sugerir que la sesión pre-tratamiento incrementa la posibilidad de retener un mayor número de días a los usuarios de sustancias en el tratamiento y que éstos acudan a una sesión posterior a la primera visita.

Discusión

La inclusión de una sesión pre-tratamiento que integre componentes motivacionales y de Inducción al Rol, tiene efectos favorables en el tiempo de permanencia del usuario en el tratamiento, además de aumentar la probabilidad de que el usuario regrese a tratamiento después de su primera visita, reduciendo la probabilidad de deserción temprana. Estos datos coinciden con lo reportado en estudios previos donde se ha demostrado que una sesión pre-tratamiento, dirigida a aumentar la motivación del cliente y clarificar sus expectativas erróneas sobre el proceso terapéutico, es efectiva para mejorar las tasas de retención en tratamientos para usuarios de sustancias (Kaltz, et al., 2004; Secades, et al., 2004).

IV. Aplicar programas de intervención cognitivo conductuales para rehabilitar a personas adictas

La dependencia a sustancias constituye parte del incremento en la demanda de servicios como problema específico de salud, no solo por el número de población que lo requiere, sino por la complejidad y duración de los servicios de tratamiento y rehabilitación (Parada, Arredondo y Arjonilla, 2003). Los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, et al., 2003) señalan que los trastornos por el uso de sustancias son los más frecuentes en los hombres (17.6%) y el más común la dependencia al

alcohol (11.5%). En la población total, este trastorno se encuentra entre los más frecuentes: ocupa el tercer lugar (5.9%). La ENA (2002) señala que del 5.03% de la población que ha consumido sustancias alguna vez en la vida, el 0.44% presenta tres o más síntomas de dependencia. Los síntomas más frecuentes son: beber una cantidad mayor o durante más tiempo del que esperaba (10.6%), abstinencia (8%) y tolerancia (4.8%).

En contraste con los datos anteriores, donde la minoría cubre el criterio de dependencia, la mayor proporción de usuarios que acuden a centros de atención gubernamentales y no gubernamentales son clasificados como dependientes. En los centros gubernamentales el 81.3% de los casos fue diagnosticado como dependiente de sustancias mientras que sólo el 18.3% presentó un uso social u ocasional. El panorama se hace aún más complejo cuando se observa el lapso transcurrido entre el inicio del consumo y la solicitud a tratamiento. La mayoría de los usuarios acude después de seis años de consumo, el 21.8% entre seis y diez años y el 35.7% después de once años (SISVEA, 2002).

Por un lado, esta situación señala la necesidad de intensificar las acciones de detección temprana para evitar la evolución del problema hacia estas fases y por el otro, la urgencia de ofrecer tratamientos que respondan de manera efectiva a las necesidades de la población dependiente. En respuesta a estas demandas, la Residencia en Psicología de las Adicciones incorpora actividades dirigidas a la adquisición de los conocimientos teórico-prácticos para atender a usuarios con dependencia severa. La principal actividad que contribuyó a la adquisición de esta competencia fue el entrenamiento para la aplicación del Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán, 2005).

El programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es una adaptación del Enfoque de Reforzamiento Comunitario (Hunt y Azrin, 1973) basado en la teoría del aprendizaje y en particular en el enfoque operante descrito por Skinner en 1938. Los autores desarrollan este enfoque para el tratamiento de la dependencia al alcohol y lo centran en la interacción entre la conducta de la persona y su entorno. Proponen que la etiología de los problemas de alcohol está influenciada por patrones de reforzamiento positivos y negativos, y que aquellos con problemas de alcohol pueden retirarse del consumo cuando la sustancia interfiere con otras fuentes de satisfacción y reforzamientos positivos en su entorno. El programa se dirige a reorganizar estas contingencias de tal manera que la conducta de no consumo sea más gratificante que la conducta de consumo (Meyers y Miller, 2001).

La primera versión del programa (Hunt et al., 1973) estaba integrada por cuatro componentes, cada uno de los cuales proveía al usuario de satisfactores que competían con la conducta de consumo, estos eran, búsqueda de empleo, consejería marital y familiar, club social y actividades recreativas. La efectividad del tratamiento se observó en la reducción del tiempo: a) invertido en el consumo, b) fuera de casa, c) sin empleo y d) en instituciones de salud. En una segunda aplicación del programa (Azrin, 1976), se incorporó un procedimiento especial de motivación para garantizar el uso del *disulfiram*, fármaco que produce una reacción

aguda ante el consumo de alcohol. Dicho procedimiento, llamado sistema de advertencia temprana, tenía como objetivo enseñar al cliente a identificar y manejar las señales de peligro. Incluyó también la participación de un consejero, quien debía ser un amigo que habitara en su misma comunidad para que fungiera como red de apoyo social. El componente introdujo la modalidad de consejería grupal, dirigida a aumentar la eficiencia del tiempo invertido por el terapeuta. Estas modificaciones tuvieron un impacto favorable en la efectividad del tratamiento.

En una tercera evaluación del programa (Azrin, Sisson, Meyers y Godley, 1982) se incluyó el uso del *disulfiram* como parte integral del programa, se realizaron mejoras en los componentes de consejo marital, búsqueda de empleo y club social. Se evaluaron nuevas técnicas, como la consejería motivacional, muestra de sobriedad, administración inmediata del *disulfiram*, entrenamiento en habilidades para rehusarse al consumo y entrenamiento en relajación muscular. En el seguimiento a seis meses el porcentaje de abstinencia en el grupo control, con prescripción de *disulfiram* y experimental fue de 45%, 74% y 97%, respectivamente.

La creación de este tratamiento como un paquete, permite al terapeuta usar o no un particular componente y adaptar el tratamiento a las necesidades del cliente. La evaluación, las técnicas para planear el tratamiento y el análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo se utilizan con todos los usuarios, sin embargo el grado de afectación en cada una de las áreas evaluadas dictan cuáles procedimientos de entrenamiento en habilidades se deben introducir.

A partir de la publicación del estudio en 1982, Azrin y otros investigadores han seguido evaluando y mejorando el programa. Meyers y Smith (1995) presentan la siguiente descripción de los componentes que integran el enfoque de reforzamiento comunitario:

a) Análisis funcional. En este análisis se identifican primero las consecuencias positivas del consumo y se trabaja con el cliente para que obtenga esas consecuencias positivas mediante conductas saludables. También se realiza un análisis funcional de la conducta de no consumo.

b) Muestra de sobriedad. Se establece mediante la negociación entre el terapeuta y el cliente donde el usuario se compromete a mantener la abstinencia por un periodo limitado de tiempo.

c) Monitoreo del *disulfiram*. El monitoreo es realizado por un miembro de la familia o amigo y su función es apoyar y motivar al usuario en la administración del medicamento.

d) Plan de tratamiento. Éste se construye a partir del resultado de la escala de satisfacción y del formato de consejería de metas.

e) Entrenamiento en habilidades conductuales. Con este entrenamiento se pretende mejorar las habilidades en donde el usuario presenta problemas. Se entrena en el desarrollo de habilidades para comunicarse, solucionar problemas y rehusarse al consumo.

f) Habilidades laborales. Se trata de una consejería laboral que pretende ayudar al usuario a obtener y mantener un trabajo y aumentar su satisfacción laboral.

g) Consejería social y recreativa. El objetivo es que el usuario desarrolle más actividades placenteras, incompatibles con el consumo.

h) Terapia de pareja. La meta de este componente es hacer la relación de pareja más gratificante. Se enseña a la pareja a resolver problemas, desarrollar habilidades de comunicación y establecer metas realistas.

i) Prevención de recaídas. El trabajo se enfoca en el episodio y contexto específico en el que ocurre la recaída, habiendo establecido el contexto, se incluyen los componentes de solución de problemas y entrenamiento en habilidades adicionales.

Además de los componentes descritos, el PSC incorpora otro dirigido al autocontrol emocional, debido a que la incapacidad para enfrentar en forma eficiente los estados de ánimo negativos ha mostrado ser una situación de riesgo predictora de recaída (Barragán, 2005). El componente incluye el manejo del enojo, la ansiedad, la tristeza y los celos. El abordaje de estas emociones se logra mediante técnicas de autocontrol, entre las que sobresalen el tiempo fuera, las auto-instrucciones positivas, la reestructuración cognitiva y ejercicios de relajación muscular.

Durante la residencia el entrenamiento para aplicar el PSC se llevó a cabo mediante las técnicas de modelamiento y ensayo conductual. Para evaluar el grado de dominio de las estrategias y habilidades requeridas, se utilizaron listas de cotejo. Éstas incluían las actividades que conforman la sesión, así como los componentes no verbales necesarios para establecer un clima de confianza y motivar al usuario a comprometerse con un cambio en su conducta. Durante el proceso de entrenamiento se enfatizó la importancia de la actitud del terapeuta, al ser identificada como una variable relacionada con el éxito del tratamiento.

El terapeuta que aplica este programa debe ser optimista, entusiasta y motivador, además de tener la habilidad para reconocer cualquier signo de progreso en el usuario, sin importar que tan pequeño sea (Miller, Meyers y Hiller-Sturmhöfel, 1999). De manera paralela al proceso de reclutamiento, se programó un seminario donde se revisaron los fundamentos teóricos del modelo y los componentes del programa. La integración de los elementos teóricos y prácticos del modelo permitió desarrollar las habilidades clínicas esenciales para implementarlo.

La forma en que está estructurado el PSC permite al terapeuta decidir el orden en que introducirá cada uno de los componentes. La confección del tratamiento se realiza una vez aplicados los cuatro primeros pasos, que corresponden a las sesiones de admisión, evaluación, análisis funcional, muestra de abstinencia y metas de vida. Los instrumentos empleados en la fase inicial, además de evaluar aspectos directamente

relacionados con el uso de sustancias, como el nivel de dependencia o situaciones de riesgo, permiten identificar las áreas y/o habilidades afectadas por el consumo y aquellas que se encuentran conservadas. En función del análisis de los resultados de estas evaluaciones, priorizando las áreas y habilidades afectadas, se elabora el plan de tratamiento. Las sesiones subsecuentes comparten la misma estructura: todas inician con la revisión del autoregistro, actividad que facilita la incorporación de componentes motivacionales dirigidos a aumentar el nivel de autoeficacia del usuario para lograr la meta. Durante la revisión del automonitoreo también se lleva a cabo un análisis funcional de las conductas de consumo y no consumo. Este análisis permite al usuario, con ayuda del terapeuta, identificar situaciones de riesgo y planear estrategias para enfrentarlas así como detectar y reforzar conductas que compiten con el consumo.

Después del análisis del autoregistro, el terapeuta inicia el abordaje de la habilidad seleccionada, en función de las necesidades del usuario. Para ello describe la destreza a desarrollar e incita al usuario a explorar los beneficios que puede obtener al adquirirla y ambos analizan las características de la misma. Acto seguido, el terapeuta modela la habilidad utilizando un ejemplo proporcionado por el usuario, quien posteriormente, mediante un juego de roles, muestra sus recursos para emplearla. El terapeuta proporciona una retroalimentación al usuario con relación al manejo de la habilidad, enfocándose en las conductas deseables y lo instiga a ejecutar la habilidad en su vida cotidiana. La sesión concluye con el análisis de las situaciones de riesgo que pudieran presentarse en los días previos a la siguiente cita y la elaboración de planes de acción para enfrentarlas. La aplicación de cada componente puede requerir de una o más sesiones, el terapeuta toma esta decisión en función del nivel de dominio de la habilidad por parte del usuario.

V. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para aplicar programas de prevención

El empleo de los tratamientos más efectivos para los problemas de sustancias permite disminuir costos y riesgos asociados. Por esta razón, la División de Psicología Clínica (American Psychological Association, 1993) sugirió promover el desarrollo de la competencia de los profesionales de la salud para adoptar las innovaciones provenientes de la investigación científica, a través de programas de educación continua capaces de combinar el aprendizaje didáctico estructurado con un trabajo clínico supervisado. Entre los esfuerzos realizados por la comunidad científica con relación a la promoción e implementación de tratamientos efectivos para el uso y abuso de sustancias, destaca la publicación de manuales (NIDA, 1999) que pretenden orientar a los profesionales en el área de las adicciones con relación a la elección del tratamiento más adecuado para resolver el problema del cliente.

Con base en los resultados de investigaciones dirigidas a evaluar la efectividad de los tratamientos para el abuso y dependencia a sustancias, la Organización Mundial de la Salud recomienda el empleo de

intervenciones breves, cuyas estrategias permiten identificar de forma temprana a personas con consumo riesgoso y motivarlos para el cambio (Institute of Medicine, 1990). Otras ventajas en la aplicación de las intervenciones breves son su costo-efectividad y la posibilidad de implementarse por un amplio rango de profesionales de la salud en diversos escenarios (Bien, et al., 1993). Debido a que las intervenciones breves pueden llevarse a cabo en escenarios no especializados en el tratamiento de abuso de sustancias, es factible identificar oportunamente a las personas con conducta de consumo y ofertar un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad, principalmente a aquellos con un nivel de consumo que no requiere tratamiento intensivo o que no desean acudir a una clínica especializada.

Los centros de atención primaria de salud y las unidades hospitalarias de segundo nivel son sitios en donde se puede llevar a cabo la detección, atención o canalización de usuarios de sustancias. En los centros de atención primaria se encuentran las clínicas y consultorios y en el segundo nivel los hospitales, en especial aquellos donde hay servicios de urgencia y traumatología, puntos clave para la detección de bebedores problema (Tapia, 2001). La implementación de estas tareas por el personal de salud requiere de un proceso de sensibilización y capacitación, debido a que en la práctica médica con frecuencia no se detecta la presencia de consumo riesgoso de sustancias, a pesar de que los pacientes que los presentan utilizan los servicios de salud con regularidad.

En México, la necesidad de capacitar a los profesionales que laboran en instituciones de salud se evidencia, entre otros aspectos, en datos sobre la relación entre el consumo de sustancias y el uso de servicios. Un ejemplo de ello son los resultados de un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría con el objetivo de investigar la prevalencia del consumo de alcohol en los casos atendidos en servicios de urgencias (Borges, Mondragón, Cherpitel, Ye y Rososvsky, 2003). En este estudio se encontró que entre aquellos pacientes que sufrieron traumatismo, por lo menos uno de cada seis tuvo niveles positivos de alcohol en sangre y uno de cada tres consumió alcohol dentro de las seis horas anteriores al evento por el cual ingresó al servicio. Seis de cada diez pacientes con traumatismo y nueve de cada diez que acudieron a urgencias médicas atribuyen su ingreso al consumo previo de alcohol. Esta atribución puede ser un indicador de su disposición al cambio y sugiere que ese momento es idóneo para motivarlos a hacer algo con relación a su conducta de consumo.

Los resultados de un estudio sobre las prevalencias para el inicio de ideación, plan e intento suicida, así como su correlación con trastornos psiquiátricos y uso de servicios (Borges et al., 2005), reiteran la importancia de diseminar los tratamientos efectivos para problemas de uso y abuso de sustancias en los profesionales de la salud. Los datos muestran que el trastorno más asociado con la ideación suicida es la dependencia a la droga y que la dependencia al alcohol y drogas está fuertemente asociada con intento

suicida. Con relación al uso de servicios, la encuesta señala que el 41%, el 50% y el 53% con ideación, plan e intento suicida, respectivamente, han consultado a cualquier profesional de la salud mental.

En una investigación efectuada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en población derechohabiente se identificó que el 30% de los hombres y el 6% de las mujeres mayores de 18 años reportaron consumir más de cinco copas por ocasión. Otro dato relevante fue que el 17.6% de los hombres menores de 18 años y el 6% de las mujeres se consideraron bebedores fuertes (Peña-Corona, 1995). Como una estrategia para enfrentar esta problemática, en 1997 el IMSS y la UNAM establecieron un convenio de intercambio académico que se convirtió en un importante antecedente de la diseminación de técnicas científicas de tratamiento para las adicciones en México, al permitir además de la capacitación del personal médico del IMSS, la supervisión para aplicar de manera correcta el tratamiento (Ayala, Carrascosa y Echeverría, 2003).

El modelo diseminado fue el Programa de Autocambio Dirigido para bebedores problema (Sobell y Sobell, 1993) debido a su efectividad mostrada en población hispana, medida en la reducción significativa del consumo de alcohol al finalizar el tratamiento y en los seguimientos a seis y doce meses (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995). Aunque el personal capacitado adquirió los conocimientos y las habilidades necesarias para la aplicación del programa, se presentaron barreras para que la adopción fuera fluida. Los obstáculos se identificaron principalmente a nivel institucional y conceptual, éstos últimos se relacionan con las habilidades, conocimientos, compromisos y actitudes de los profesionales respecto a la aplicación del modelo. Aunadas a las barreras institucionales, las limitaciones conceptuales se manifestaron en un importante descenso en la motivación, principalmente debido a que la aplicación del modelo interfería con el trabajo que la institución demandaba. La insuficiente divulgación del servicio por parte de la dependencia también se identificó como una barrera que limitó la adopción del programa.

Una de las competencias de la Residencia en Psicología de las Adicciones es sensibilizar y capacitar a profesionales para la aplicación de programas de prevención. Algunos argumentos sobre la importancia de incorporar esta competencia en el programa de maestría están implícitos en párrafos anteriores, sin embargo el plan de estudios no incluye actividades dirigidas a su adquisición. Si bien es cierto que entre las actividades realizadas durante la maestría se encuentra la asistencia a seminarios de capacitación para la aplicación de tratamientos para usuarios de sustancias, estas actividades no son suficientes para adquirir la habilidad de capacitación. El empleo de manuales de tratamiento, listas de cotejo, ensayos conductuales, así como los seminarios sobre los fundamentos de los programas de tratamiento durante el proceso de capacitación forman parte de la tecnología que contribuye a la difusión y adopción de la innovación, sin embargo, no garantizan la fidelidad en la aplicación de los programas, así como tampoco la adquisición de estrategias didácticas para sensibilizar y transferir la tecnología a otros profesionales de la salud.

Las limitaciones en torno a los contenidos y actividades destinadas a desarrollar esta competencia motivaron una primera aproximación al diseño de un programa para diseminar los tratamientos que han mostrados ser exitosos en la atención a usuarios de sustancias. La propuesta se presenta en un diagrama de flujo que incorpora los elementos necesarios para la adopción de una innovación (ver anexo V). Fue diseñada para implementarla con los estudiantes de la residencia debido a que la población constituye un grupo de adoptadores potenciales. El esquema se fundamenta en el modelo para la diseminación de innovaciones propuesto por Rogers (1995). En los párrafos siguientes se describirán las variables, que según el autor, están implicadas en el proceso de diseminación de una innovación, mismas que podrán apreciarse en el diagrama.

Rogers describe a la difusión como el proceso mediante el cual una innovación es comunicada a través de ciertos canales, alrededor del tiempo, entre los miembros de un sistema social. Considera que la incorporación de una innovación, entendida como una idea, práctica u objeto que es percibido como nuevo por un individuo u otra unidad de adopción, ha sido una tarea poco satisfactoria debido a las barreras que tiene que enfrentar el diseminador para que la innovación sea adoptada. La dificultad en la adopción de una innovación es comprensible si se considera que la adopción implica un cambio social, es decir, un proceso mediante el cual ocurre un cambio en la estructura y función de un sistema social.

Las barreras se pueden presentar en cada uno de los elementos de la difusión, estos son los canales de comunicación, el tiempo y el sistema social. Los canales de comunicación son el medio por el cual se intercambia el mensaje. Uno de ellos es el interpersonal, el cual se establecen cara a cara entre dos o más individuos y debido a ello, entre mayor sea el grado de similitud entre los participantes en ciertos atributos como creencias, educación, estatus social, etc., menores problemas habrá en la difusión.

El segundo elemento de la difusión, la dimensión temporal, está implicada en el proceso de decisión del individuo para adoptar o rechazar la innovación. Este proceso comprende cinco pasos: a) conocimiento, b) persuasión, c) decisión, d) implementación y e) conformación. El tiempo también se observa en la velocidad de la adopción y en el número de miembros de un sistema que la adoptan, durante un periodo de tiempo específico.

Finalmente, el sistema social, definido por Rogers como un grupo de unidades interrelacionadas que se comprometen en conjunto a resolver un problema en común, es una estructura, que aunada a la de comunicación, facilita o impide la difusión de una innovación. Para evitar las barreras en este componente, es necesario identificar las normas que establecen los patrones de conducta de los miembros del sistema, al líder de opinión, capaz de influir en las actitudes o conductas de otros individuos y al agente de cambio, que influye en los clientes para la adopción de una innovación. Por lo tanto, las características de estos elementos

deben ser consideradas durante el proceso de difusión, con la finalidad de reducir las barreras que impidan acelerar el proceso y aumentar el rango de adopción de la innovación.

Una de las principales variables que explican el rango de adopción, es la manera en que los individuos perciben la innovación. Por ello, para que la probabilidad y la velocidad de adopción aumente, los adoptadores potenciales deben ver en ella una ventaja, en comparación con la antecesora, un grado de compatibilidad entre ésta y sus valores, experiencias pasadas y necesidades además de percibirla como fácil de entender y aplicar y finalmente, debe tener la cualidad de que sus resultados sean vistos fácilmente.

VI. Desarrollar proyectos de investigación aplicada y de proceso en el área de las adicciones

El diseño de proyectos de investigación en el ámbito de las adicciones contribuye al desarrollo de nuevas y mejores formas de aproximación al fenómeno adictivo. El resultado de las investigaciones puede traducirse en mejores opciones de intervención, en la identificación de nuevas variables para explicar el inicio, mantenimiento y supresión del consumo, entre otras. El diseño y la metodología nos alertan sobre los factores que influyen en la manera de examinar e interpretar los fenómenos. La metodología se refiere a los diversos principios, procedimientos y prácticas que dirigen la investigación. Dentro de ese dominio general se encuentra el concepto de diseño de la investigación, el cual se refiere al plan u organización que se usa para examinar la pregunta de interés (Kazdin, 2001).

Como parte de los cursos formales escolarizados, en el programa de la Residencia en Psicología de las Adicciones se incluye la materia de métodos de Investigación aplicada. Su objetivo es familiarizar al alumno con la investigación experimental a través del conocimiento, análisis y aplicación de los diseños experimentales de un solo sujeto y de grupo, así como con las implicaciones éticas en el desarrollo de la investigación.

Las actividades que integraron estos cursos permitieron conocer y evaluar las diferentes opciones metodológicas de diseño y la lógica para su uso. Estos conocimientos contribuyeron a la adquisición de habilidades teórico-metodológicas necesarias para identificar y traducir una idea en una pregunta de investigación específica, seleccionar las variables, el tipo de diseño, los procedimientos para evaluarlos así como a analizar los métodos y criterios mediante los cuales se pueden obtener conclusiones válidas sobre el cambio conductual. El mayor énfasis se colocó en el desarrollo de habilidades para diseñar la investigación con base en su relevancia social e implicaciones éticas.

Para ejemplificar la adquisición de esta competencia, en el siguiente apartado presento un proyecto de investigación desarrollado a partir de las habilidades adquiridas en los cursos de metodología. El proyecto

pretende contribuir a mejorar el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (Martínez, 2003).

El estudio fue diseñado a con base en la efectividad del Programa de intervención para adolescentes y en el conocimiento sobre el papel que juegan las expectativas de los efectos de la sustancias en el desarrollo, mantenimiento y supresión del consumo. El objetivo es mejorar la efectividad del programa, adicionando el componente modificación de expectativas. Para evaluar la efectividad del tratamiento, en comparación con el tratamiento estándar, se empleó un diseño experimental de dos grupos con medidas repetidas. La incorporación del componente dirigido a la modificación de expectativas se logró mediante la estrategia de tratamiento constructivo, que consiste en desarrollar un conjunto de tratamientos añadiendo componentes para incrementar los resultados (Kazdin, 2001). La utilización del tratamiento estándar como grupo control tiene al menos tres ventajas, la primera es que satisface las demandas de servicio y problemas éticos que se asocian con muchas otras condiciones de control. Como todos reciben un tratamiento apropiado, la segunda ventaja radica en que la pérdida de población es menor. La tercera ventaja es que al utilizar un tratamiento estándar se controlan muchos factores de la terapia comunes y no específicos (Kazdin, 2001).

Evaluación del componente Modificación de Expectativas en un tratamiento de adicciones

La ENA (2002) reporta que más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años (215,634) han usado drogas. De este grupo de usuarios el 55.3% usó la sustancia en el último año y de éstos, el 37% en el mes previo a la encuesta. La marihuana es la droga con mayor prevalencia anual, mensual y actual. Un segundo estudio epidemiológico que aporta información relevante sobre la prevalencia de consumo en este grupo, es la Encuesta sobre el Consumo de Drogas en población de enseñanza media y media superior (Villatoro, Hernández, Hernández y Fleiz, 2003). La encuesta señala que el consumo de sustancias se duplica para los adolescentes de escuelas de bachillerato tradicional (21.5%) y los de bachillerato técnico (20.7%), en comparación con los de secundaria (11%). La droga de mayor preferencia para las mujeres son los tranquilizantes (5.3%), seguidos de la marihuana (4.8%) y para los hombres, la marihuana (9.6%).

Los principales estudios realizados para población adolescente y joven entre los años 2000 y 2003 evidencian un incremento en el consumo de drogas, especialmente de alcohol, marihuana y metanfetaminas (Villatoro, et al., 2003). Se ha observado que el consumo es más alto entre los adolescentes que han dejado de estudiar, por lo que asistir a la escuela se ha identificado como un factor diferencial que protege en mayor medida a los hombres que a las mujeres (Villatoro, et al., 2005). Como derivación de lo anterior, las encuestas de estudiantes señalan que trabajar siendo menor de edad incrementa la posibilidad de consumir drogas y por otro lado, que mantenerse estudiando es un factor protector.

Intervenciones breves y componente motivacional

Entre las principales barreras al tratamiento observadas en los adolescentes que interrumpen los tratamientos, se encuentra la motivación personal, la duración de las sesiones y de los programas. La identificación de estas barreras al tratamiento apuntan al empleo de las intervenciones breves como una alternativa viable para los adolescentes que usan sustancias debido principalmente a su corta duración, su componente motivacional y al empleo de una técnica no directiva por parte del terapeuta. Las intervenciones breves han demostrado su efectividad en adolescentes que requieren una asistencia de corta duración o como el primer paso para un tratamiento más especializado (Breslin, Li, Sdao, Tupker e Ittig-Deland, 2002).

Se espera que las intervenciones breves ayuden al adolescente a incrementar su disposición al cambio y su auto-eficacia, empleando la entrevista motivacional en todas las fases del tratamiento (Miller, et al., 1999). Por otra parte, debido a que generalmente los adolescentes acuden a tratamiento por presión legal, escolar o familiar, este enfoque puede resultar efectivo al considerar la resistencia como una señal de que el terapeuta debe cambiar sus estrategias de intervención, más que considerarla como una actitud del usuario.

Teoría del aprendizaje social y expectativas

Una de las teorías que explica la adquisición y mantenimiento del consumo de sustancias es la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) formulada por Bandura (1963, 1969, 1986). Esta propone que los factores personales, el ambiente y la conducta son determinantes entrelazados uno del otro. Esta teoría asigna una preeminencia a los factores personales (cognitivo-mediadores) en la explicación del aprendizaje y la conducta. Desde esta teoría, el individuo es un agente activo que evalúa los pros y contras antes de tomar una decisión y un curso de acción. Para esta evaluación se requieren habilidades a fin de identificar adecuadamente las demandas del ambiente, conocer las fortalezas y los límites del repertorio personal de habilidades de afrontamiento y comparar las consecuencias negativas y positivas a corto y largo plazo de los resultados esperados.

La aplicación de estos principios al consumo de sustancias puede explicar la elección de un individuo de usar alcohol para obtener resultados específicos, pero también la posibilidad de emplear otras conductas más adaptativas y menos dañinas para lograr sus metas.

La principal información que el individuo obtiene del medio es la probable consecuencia de manifestar una conducta en un lugar específico, es decir, las expectativas de la respuesta conductual adquirida juegan un papel importante en guiar la conducta posterior. La teoría enfatiza la reducción del estrés como la principal acción farmacológica del alcohol y por lo tanto como el principal agente de reforzamiento negativo y considera el modelamiento como el principal medio para la adquisición de los patrones de consumo (Goldman, Brown, & Christiansen, 1987).

Las expectativas son definidas como “la anticipación de una relación sistemática entre eventos u objetos en una situación futura” (Brown, Christiansen y Goldman, 1987), es decir, si ciertos eventos son registrados, en consecuencia, ciertos eventos son esperados. Con relación al consumo de sustancias, las expectativas se refieren a las creencias individuales sobre los efectos esperados del consumo de una sustancia en particular y son un constructo teórico importante ya que permite vincular las experiencias tempranas con la sustancia y las decisiones que se tienen a futuro sobre el consumo de la misma. Mediante su estudio es posible identificar los factores sociales, cognitivos e incluso fisiológicos implicados en el proceso adictivo.

Según la teoría del aprendizaje social, las expectativas de los efectos de las sustancias son variables mediadoras del consumo. Se ha encontrado que las expectativas juegan un papel mediador y causal en el uso de alcohol (Darles y Goldman, 1993). En los adolescentes las expectativas se consideran marcadores útiles para predecir el patrón de consumo (Reese, Chassin y Molina, 1994) y el desarrollo de conductas de riesgo (Dermen, Cooper y Agocha 1998) además de relacionarse con el mantenimiento y supresión del consumo (Smith, Goldman, Greenbaum y Christiansen, 1995).

Las expectativas de los efectos del alcohol han demostrado ser sensibles a la manipulación experimental: influyen en la disminución de la conducta adictiva (Sharkansky & Finn, 1998). En investigaciones diseñadas para modificar las expectativas hacia el alcohol en adolescentes se han observado resultados favorables en la reducción del consumo (D'Amico & Fromme, 1998). Estos resultados sugieren que los cambios en las expectativas pueden ser un componente en la prevención e intervención en problemas de consumo.

A pesar de que las expectativas de los efectos de la sustancia es reconocida por la TAS como una variable mediadora importante en el consumo de sustancias y que el estudio de las expectativas es una de las principales aportaciones de las aproximaciones psicosociales contemporáneas en el campo de las adicciones (Mora-Ríos y Natera, 2001), el Programa de Intervención Breve para Adolescentes no incluye entre sus componentes la modificación de expectativas.

Considerando como una limitación la ausencia de esta variable en el Programa de Intervención, el presente estudio emplea una estrategia de tratamiento constructivo (Kazdin, 2001) que consiste en desarrollar un conjunto de tratamientos añadiendo componentes para incrementar su efectividad. Mediante este diseño, se adiciona al programa de adolescentes el componente Modificación de Expectativas (ME). El objetivo del estudio es evaluar la efectividad del componente ME en el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Sustancias.

Se espera que la adición de este componente contribuya a aumentar la efectividad del tratamiento en el grupo experimental (tratamiento estándar más ME), en comparación con el grupo control (tratamiento

estándar), medida en la reducción de la cantidad y frecuencia del consumo al finalizar el tratamiento y en los seguimientos a uno, tres, seis y doce meses.

Método

Participantes

Se aplicará, a los estudiantes del tercer semestre de un colegio de bachilleres, un cuestionario de tamizaje para medir problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias. A los adolescentes que respondan afirmativamente a uno o más de los reactivos considerados para el ingreso a tratamiento se les aplicarán los instrumentos, que serán descritos más adelante, incluidos en la sesión de admisión. Mediante esta aplicación se identificará si los participantes cumplen con los criterios de admisión al estudio.

Debido a que el programa está dirigido a consumidores moderados, serán excluidos del estudio los adolescentes que presenten dependencia a sustancias y abuso de otras sustancias diferentes al alcohol. Otro criterio de exclusión será la presencia de daño orgánico o trastorno psiquiátrico. Los usuarios que no cumplan con los criterios de inclusión serán canalizados a otro servicio.

Serán candidatos a participar en el estudio, los sujetos de 14 a 18 años que consuman 5 o más copas estándar por ocasión y/o presenten problemas relacionados con su consumo y/o consumo de otra sustancia. Aquellos que cumplan con los criterios de inclusión y firmen el consentimiento informado, participarán en el estudio.

El propósito del formato de consentimiento es asegurar que los participantes estén consientes de las implicaciones del proceso en el que van a participar y tomen una decisión informada. Mediante él se proporciona al usuario información sobre las actividades que se llevarán a cabo en las diferentes fases del tratamiento. Se aclara el carácter confidencial de la información y la necesidad de proporcionar los datos de dos informantes con los cuales el terapeuta se comunicará para obtener información sobre su percepción de la evolución del problema.

Para garantizar que los resultados de la investigación se deben a la intervención, y que los grupos son homogéneos, la asignación de los participantes a los grupos se hará de manera aleatoria. Los participantes serán apareados con base en las variables de sexo, edad, escolaridad, tipo de sustancia y patrón de consumo. Esta última variable se realizará en función de los rangos establecidos previamente con base en la frecuencia y cantidad de consumo. De esta manera los sujetos serán asignados a una de las dos condiciones: 1) grupo control (tratamiento estándar) y 2) grupo experimental (tratamiento estándar más el componente Modificación de Expectativas). Cada grupo estará conformado por treinta participantes.

Escenario

El tratamiento se llevará a cabo en cubículos acondicionados para tal efecto, ubicados dentro de las instalaciones del colegio.

Instrumentos

I. El Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes, POSIT (Mariño, Gonzalez-Forteza, Andrade y Medina-Mora 1997), permite detectar problemas con el uso de sustancias.

II. Composite International Diagnostic Interview, CIDI (WHO, 1992), es una entrevista diagnóstica diseñada para evaluar desórdenes mentales y problemas relacionados con el consumo de sustancias (Medina-Mora, et al., 2003).

III. La Escala de Estados de Deposición al Cambio, SOCRATES 8D (Salazar, Martínez y Ayala, 2001), evalúa la etapa de disposición al cambio del usuario identificando si se encuentra en la categoría de reconocimiento del problema o acción.

IV. La Línea Base Retrospectiva, LIBARE (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979), es un instrumento que permite conocer el patrón de consumo del usuario durante el último año.

V. El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas, ISCD-A (Martínez, Ruiz y Ayala, 2003), evalúa la frecuencia de consumo ante diversas situaciones.

VI. El Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Echeverría y Ayala, 1997a) permite identificar la auto-eficacia del usuario para resistirse al consumo ante 8 situaciones.

Los cuestionarios se explican con mayor detalle en la segunda parte de este reporte, donde se expone aplicación del tratamiento breve en un usuario de marihuana.

Materiales

En las sesiones de tratamiento se utilizan folletos que incluyen ejercicios diseñadas en función del contenido y características del componente que se aborda en cada una de ellas. En la sesión de inducción se utiliza un folleto mediante el cual se proporciona retroalimentación al usuario sobre la información obtenida durante la fase de evaluación. Entre los datos que se presentan se incluyen gráficas del porcentaje de consumo, un esquema del proceso de adicción, información de los efectos del alcohol a corto y largo plazo y características de programa.

Durante las sesiones de tratamiento los folletos se dirigen a la adquisición de habilidades específicas. Todos incluyen el manejo del componente motivacional y estrategias para implementar los cambios dirigidos a la meta establecida.

Variables

La variable independiente es el tratamiento estándar más el componente Modificación de Expectativas y el impacto en la variable dependiente (patrón de consumo) será medido con base en dos criterios: frecuencia y cantidad de consumo.

Diseño

Se empleará un diseño experimental de dos grupos con medidas repetidas. Al grupo experimental (grupo 1) se le aplicará el tratamiento estándar adicionando el componente Modificación de Expectativas (con base en la estrategia constructiva) y al grupo control (grupo 2) se le aplicará el tratamiento estándar.

Procedimiento

Un mes previo al inicio del tratamiento se aplicará el POSIT a alumnos del tercer semestre de un colegio de bachilleres. El cuestionario es un primer filtro para detectar problemas de consumo de sustancias. Los adolescentes seleccionados con base en los puntajes de esta prueba ingresarán a la primera fase del tratamiento.

El programa de tratamiento se divide en cinco fases. La primera, admisión, tiene como objetivo identificar los criterios de inclusión y exclusión al programa y el patrón de consumo. Para tal efecto se aplica la entrevista semiestructurada, la entrevista inicial, el CIDI y Escala de Estados de Deposición al Cambio. Los estudiantes que cumplan con los criterios de inclusión y firmen el formato de consentimiento serán apareados según los rangos establecidos a partir de su patrón de consumo y posteriormente asignados aleatoriamente a las condiciones.

La segunda fase, evaluación, tiene como objetivo involucrar al usuario en el tratamiento, finalizar el proceso de evaluación y obtener la primera medición (frecuencia y cantidad de consumo durante la semana anterior) mediante el autoregistro. A partir de esta fase, cada una de las sesiones se iniciará con el llenado del autoregistro, preguntando al adolescente la frecuencia y cantidad consumida durante la semana previa a la sesión.

La tercera fase, inducción a tratamiento, tiene por objetivo retroalimentar a partir de la identificación de factores de riesgo y protección, informar sobre los efectos de la sustancia consumida a corto y largo plazo y motivar al cambio. A partir de esta sesión se evalúa el efecto de la intervención.

La cuarta fase comprende las sesiones de tratamiento. Los tópicos que se trabajan durante el programa y el orden en que se presentan en cada grupo se describen en la tabla 1. El componente ME se integrará en la segunda sesión debido a que en la primera el usuario realiza un balance sobre las ventajas y desventajas de cambiar. Este ejercicio facilita el manejo de las estrategias dirigidas a la modificación de expectativas, fundamentadas en la reorientación de las cogniciones asociadas a la sustancia, cambio que se obtiene mediante un balance adecuado entre las expectativas positivas y negativas.

Aplicación de la sesión "Modificación de expectativas"

Para trabajar el componente se iniciará aclarando que las expectativas son todos los efectos anticipados de la sustancia, mismos que pueden ser positivos o negativos. Se enfatizará la importancia de

identificarlos debido a su marcado efecto en el mantenimiento y supresión de la conducta de consumo. Con la finalidad de facilitar su identificación se emplearán frases evocadoras.

Para provocar la verbalización de expectativas positivas se le pedirá al usuario que complete el siguiente enunciado: "al fumar o beber (según la sustancia de consumo) espero..." Para que exprese las expectativas negativas la frase será: "aunque no me gusta que suceda, cuando fumo o bebo..." o "después de fumar o beber no me gusta que..." Esta variación se sugiere debido a que las expectativas negativas pueden presentarse después de la fase de intoxicación. El terapeuta deberá alentar al usuario a identificar el mayor número de expectativas posible. El siguiente paso consistirá en hacer el balance de cada grupo de expectativas. En este punto se trabajará con la técnica del balance decisional planteando las ventajas y desventajas de cada una de ellas. Para modificar las expectativas se empleará la disonancia cognoscitiva, una manera de hacerlo es cuestionar la veracidad de las expectativas positivas y aumentar el valor de las negativas.

Se espera que el contenido de la sesión sea más significativo después de haber elaborado un balance decisional con relación a los pros y contras de consumir y no consumir, y al mismo tiempo integre a dicho análisis la evaluación de las expectativas negativas y positivas. Por otro lado, debido a que la tercera sesión se dirige a identificar y enfrentar situaciones de riesgo, mediante el componente "prevención de recaídas", se busca que el adolescente incluya dentro de las situaciones de riesgo las expectativas positivas identificadas en la sesión anterior e implemente planes de acción para enfrentarlas.

Los seguimientos (última fase) se realizarán a los 3, 6 y 12 meses. Se registrará el consumo de la semana previa a cada seguimiento.

Tabla 1. Sesiones de tratamiento

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5
Grupo 1	Balance decisional	Modificación de expectativas	Situaciones de riesgo	Metas de vida	Restablecimiento de meta
Grupo 2	Balance decisional	Situaciones de riesgo	Metas de vida	Restablecimiento de meta	****

Se aplicará la Prueba de McNemar para identificar si existen cambios estadísticamente significativos en la proporción de casos que presentan consumo antes y después del tratamiento. Esta prueba es un método no paramétrico que se utiliza cuando los dos factores de clasificación son dependientes o cuando se desea evaluar la diferencia entre proporciones apareadas. El efecto intragrupal de la intervención será

evaluado identificando la existencia de cambios significativos en la proporción de casos que disminuyen su consumo después de la intervención. El efecto intergruparal será evaluado identificando la existencia de diferencias significativas entre los grupos al final de la intervención.

Los datos obtenidos mediante el autoregistro se presentarán en dos gráficas que compararán el promedio de la frecuencia semanal (días de consumo) y cantidad de consumo (tragos estándar) en ambos grupos antes, durante y después de la intervención.

Discusión y conclusiones

Se espera que el empleo de una estrategia constructiva contribuya a aumentar la efectividad del tratamiento, observándose en una disminución estadísticamente significativa en la cantidad y frecuencia de consumo en el grupo experimental al final de la intervención y en el mantenimiento de los cambios durante los periodos de seguimiento.

A partir de los efectos en la reducción del consumo de alcohol en la muestra intervenida, el estudio podrá aportar evidencia empírica de la importancia de las expectativas en la modificación de la conducta de consumo, sugiriendo con ello la integración de este componente en tratamientos para usuarios de sustancias y el empleo de la estrategia constructiva como una opción viable para aumentar la efectividad del tratamiento.

C o m e n t a r i o s

La descripción anterior en torno a las competencias incluidas en el programa de Residencia en Psicología de las Adicciones, además de ejemplificar el proceso mediante el cual se desarrollaron, mostró también el grado en que se adquirieron. Las diferencias en el nivel de dominio de las mismas estuvo en función del contenido de los cursos y de la posibilidad de aplicarlas en escenarios reales. Considerando que el escenario de práctica fue planeado para desarrollar las habilidades clínicas necesarias en la aplicación de los programas de tratamiento efectivos para atender a usuarios de sustancias, se deduce que aquellas competencias que involucraron el manejo de estos componentes se adquirieron en mayor grado. Si bien la residencia satisface la necesidad de contar con personas capacitadas para atender de manera oportuna y efectiva a las personas con problemas derivados del uso de sustancias, no responde con la misma efectividad a las demandas de los grupos en riesgo. Los contenidos teóricos destinados a proporcionar herramientas para diseñar programas preventivos fueron limitados y la posibilidad de aplicar intervenciones existentes, fue nula.

Considerando la eficacia de incluir en el programa de maestría únicamente los tratamientos efectivos para atender a usuarios de drogas, podrían emplearse los mismos criterios para incorporar proyectos dirigidos a la población en riesgo de desarrollar problemas con el uso de sustancias.

De manera paralela al entrenamiento para aplicar programas de intervención, en los escenarios de práctica se debería estimular el desarrollo de propuestas de intervención universal, selectiva e indicada y generar las condiciones para su aplicación y evaluación.

La diseminación de los tratamientos a los grupos de profesionistas que laboran en la práctica cotidiana con población usuaria de sustancias o grupos vulnerables es de vital importancia para ampliar el rango de población beneficiada. Esta práctica de diseminación podría resultar efectiva si las actividades de capacitación durante la residencia incorporan los elementos esenciales para difundir una innovación y se considera a los estudiantes como adoptadores potenciales.

R e p o r t e d e c a s o

El desarrollo de habilidades clínicas para aplicar programas de intervención breve es una de las principales metas del Programa de Residencia en Psicología de las Adicciones. El proceso de adiestramiento integra componentes teóricos y prácticos. El componente teórico es introducido mediante los cursos formales escolarizados y el práctico, a partir de las sesiones de capacitación y supervisión en escenarios reales. El objetivo principal del entrenamiento es contar con especialistas que respondan efectivamente a las necesidades del sector de la población con problemas derivados del uso de sustancias. Además al replicar el procedimiento se aporta información sobre la efectividad del modelo, identificando las habilidades, técnicas y estrategias que influyen en los resultados del tratamiento.

Con la finalidad de mostrar las habilidades adquiridas para aplicar programas de intervención breve, en esta segunda parte describo una intervención realizada con un adolescente usuario de marihuana. El caso que reporto lo elegí por tres motivos: el primero, de carácter epidemiológico, está relacionado con la alta prevalencia del consumo de marihuana en población general y adolescente; el segundo surge a partir de la evidencia de consecuencias derivadas del consumo excesivo de la marihuana, y el último versa en torno a la efectividad del tratamiento en un usuario con características distintas a aquellas con las que el programa de Intervención Breve para Adolescentes ha mostrado tener éxito, lo que sugiere la posibilidad de ampliar los criterios de inclusión al programa.

Con el objetivo de clarificar los motivos para elegir el caso, en los primeros tres apartados expongo el panorama epidemiológico del consumo de marihuana en México, con especial énfasis en la situación de la población adolescente. Presento algunos hallazgos sobre las consecuencias relacionadas con el consumo de esta sustancia y describo los componentes de tratamientos que han mostrado ser efectivos en este grupo de usuarios. Una vez expuestos los fundamentos del reporte, describo las características del *Tratamiento Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Sustancias* (Martínez, 2003) y su aplicación en un usuario de marihuana.

Panorama epidemiológico del consumo de marihuana en México

Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002), en México la droga de mayor consumo, sin considerar al tabaco o al alcohol, es la marihuana. El 3.48% de la población entre 12 y 65 años la ha probado

alguna vez en la vida, en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer. De este grupo, el 0.60% y el 0.31% la uso en el último año y en el último mes, respectivamente. Esto quiere decir que un poco más de la mitad de quienes la consumieron en el último año siguieron consumiéndola hasta el último mes. El grupo de edad que presenta mayor prevalencia del uso de la sustancia se ubica entre los 18 y 34 años. La edad media en que las personas consumen marihuana por primera vez es 18 años, pero si se considera sólo al grupo de adolescentes, la edad promedio de inicio se reduce a 14 años. La marihuana es además la sustancia ilegal con mayor consumo en el último año y la que presenta un mayor porcentaje de casos nuevos. Estas tendencias se mantienen en el grupo de adolescentes, para quienes la marihuana es la sustancia con mayor prevalencia anual, mensual y actual.

Una fuente que proporciona datos relevantes con relación al consumo de sustancias en adolescentes, es la Encuesta sobre el Consumo de Drogas en Población de Enseñanza Media y Media Superior (Villatoro et al., 2003). Esta encuesta señala que la sustancia de mayor preferencia para las mujeres, son los tranquilizantes (5.3%), seguidos de la marihuana (4.8%) y para los varones, la marihuana. Esta sustancia la consume el 9.6% de los adolescentes, cifra que representa casi el doble del reportado por las mujeres. Si se analizan únicamente a los estudiantes de bachillerato, se observa que la marihuana es la droga de preferencia y la sustancia que presenta el mayor incremento en los últimos tres años.

Además de los datos sobre la prevalencia en el consumo de marihuana en población general y adolescente, es importante conocer el comportamiento que tienen, con relación al consumo de esta sustancia, los usuarios que acuden a centros de atención. Esta información es posible conocerla a través de los reportes del SISVEA Según este sistema de vigilancia (SISVEA, 2005), para el 13.6% de los pacientes atendidos en centros gubernamentales la marihuana es la cuarta sustancia por la que solicitan atención, es decir, la droga de impacto. De este grupo, el 83.1% presenta un patrón de consumo diario y para más de la mitad la marihuana fue la droga de inicio. En los centros no gubernamentales el mayor porcentaje de usuarios se agrupa entre las edades de 20 a 24 años (18.7%) y en los centros gubernamentales el rango de edad disminuye, siendo los pacientes con edades de entre 15 y 19 años los más frecuentes (25.7%).

Con relación a la historia natural del consumo de marihuana, se puede observar que de aquellos consumidores que inician con esta sustancia, el 11.4% continúa como monousuario y el 88.6% pasa a una segunda droga, entre las cuales la cocaína ocupa el primer lugar (SISVEA 2005). Este dato evidencia que el consumo de marihuana no sólo representa un problema debido a las consecuencias que produce su uso recurrente, sino también un riesgo para el consumo de otras sustancias.

La alta prevalencia del consumo de marihuana se traduce en un problema debido a las consecuencias que se derivan de su uso. El uso regular de marihuana está asociado con un amplio rango de problemas de salud, emocionales, de conducta, sociales y legales (Dennis, Babor, Roebuck y Donalson, 2002), además ser reconocida como una sustancia que produce dependencia, con base en los criterios diagnósticos del ICE-10 (WHO, 1999) y DSM-IV (APA 1994). En ambos sistemas de clasificación, la dependencia a la cannabis es definida por síntomas tales como el incremento de la tolerancia, síndrome de abstinencia, pérdida de control, incapacidad para disminuir o detener el consumo, preocupación con relación al tiempo invertido en usar la sustancia, abandono de actividades y el uso continuado a pesar de los problemas médicos o psicológicos causados por el consumo. Estos sistemas también proveen criterios diagnósticos para los problemas relacionados con el consumo de cannabis en ausencia de dependencia (abuso de cannabis en el DSM-IV y uso riesgoso en la ICE-10), debido a que estos problemas también representan razones para acudir a tratamiento.

Entre los trastornos psiquiátricos con los que se asocia el consumo de marihuana se encuentra el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, la depresión y ansiedad (McGee, Williams, Poulton y Moffitt, 2000). Se ha reportado además que puede precipitar la esquizofrenia en individuos vulnerables y empeorar el pronóstico en personas con esquizofrenia (Hall, 1998). Existe evidencia de que el consumo prolongado de la sustancia produce cambios sutiles que pueden afectar el aprendizaje, la retención y la ejecución en personas que realizan trabajos altamente demandantes (Solowji et al., 2002). En los resultados de evaluaciones neuropsicológicas en adolescentes que se abstienen después de un consumo crónico, se ha observado la presencia de alteraciones en la memoria a corto plazo (Millsaps, Azrin, y Mittenberg, 1994). El consumo de marihuana también está relacionado con problemas en la escuela, trabajo y legales (Bray, Zarkin, Dennis y French, 2000; Lynskey y Hall, 2000).

En usuarios crónicos de marihuana se ha reportado la presencia de un síndrome amotivacional, caracterizado por apatía, disminución en la duración de la atención, juicio pobre y capacidad reducida para llevar a cabo planes a largo plazo (Gold, 1991). El uso crónico también ha sido asociado con dependencia tanto física como psicológica, indicada por el deseo intenso por consumir la sustancia, el uso compulsivo, la tolerancia (Duffy y Millin, 1996) y la presencia del síndrome de abstinencia (Kouri y Pope, 2000; Budney, Moore, Vandrey y Hughes, 2003). Entre los problemas de salud más frecuentes en este tipo de usuarios se encuentran la agravación del asma, el incremento en el riesgo de cáncer de bronquios y pulmón (Hall, Johnston y Donnelly, 1998) y de enfermedades sexualmente transmisibles (DuRant, Smith, Kreiter y Krowchuck, 1999).

La mayor parte de los estudios dirigidos a evaluar los tratamientos para usuarios de marihuana, coinciden en reportar la efectividad de la terapia motivacional, cognitivo conductual y el manejo de contingencias, medida principalmente en la reducción del consumo, síntomas de dependencia y problemas asociados. Sin embargo, el consenso es menos claro con relación a la duración o intensidad de la intervención. Algunos estudios muestran la ausencia de diferencias entre el impacto de intervenciones con diferente número de sesiones, lo cual inclina la balanza a favor de las intervenciones cortas, al resultar más costo-efectivas. En otras investigaciones, las intervenciones extensas han mostrado tener un impacto mayor en las mediciones arriba mencionadas y en el aumento de la auto-confianza para enfrentar situaciones de riesgo. Por un lado, la variabilidad de los resultados con relación a la duración del tratamiento y por el otro, la efectividad de los componentes motivacionales, cognitivo conductuales y manejo de contingencias, ha motivado la realización de investigaciones enfocadas en evaluar la efectividad de intervenciones manipulando estos componentes.

En una de las primeras investigaciones de esta índole, se compararon dos modalidades terapéuticas con diferente número de sesiones y un grupo control. Una de ellas fue una intervención grupal cognitivo conductual de 14 sesiones (grupo de apoyo de prevención de recaídas) y la otra un tratamiento de dos sesiones individuales de terapia motivacional (Stephens, Roffman y Curtin, 2000). El contenido de las sesiones grupales iniciales se basó en un modelo de prevención de recaídas. Las tareas diseñadas para fortalecer la práctica de habilidades específicas fueron asignadas cada semana y revisadas durante la siguiente sesión. Las primeras cuatro sesiones se enfocaron en construir la motivación para el cambio e identificar situaciones de riesgo para las recaídas. Las sesiones intermedias se centraron en desarrollar habilidades de enfrentamiento, a través de ejercicios planeados y juego de roles. Las últimas tuvieron como objetivo adiestrar a los participantes para enfrentar los pensamientos dirigidos a reiniciar el uso de la sustancia, seguidos de una caída. Se les dio la opción de invitar a un otro significativo a participar en cuatro sesiones de apoyo grupal que se proporcionaban de manera paralela a las primeras sesiones de grupo.

En la primera sesión de terapia motivacional individual se revisó un reporte generado a partir de la información recopilada durante la evaluación, este resumía la frecuencia del uso de marihuana, problemas relacionados, razones para abandonar el consumo y situaciones de alto riesgo. El terapeuta proporcionó información sobre los efectos de la marihuana en la salud. Posteriormente ayudó al participante a construir un plan para dejar el consumo en la siguiente semana, a revisar antecedentes potenciales de recaídas e identificar y discutir situaciones de alto riesgo. Inmediatamente después de la primera sesión envió al participante una carta para reforzar su compromiso al cambio y motivarlo a hacer una llamada telefónica al

terapeuta al menos una vez durante el siguiente mes. La carta también contenía una serie de sugerencias para enfrentar situaciones de alto riesgo que habían sido identificadas durante la primera sesión. Se propuso al usuario invitar a un otro significativo, a quien se le pedía apoyo para motivar la abstinencia e identificar situaciones de riesgo. En la segunda sesión el terapeuta revisó el uso de marihuana durante el mes pasado y los antecedentes del mismo (o la tentación para usarla) y juntos negociaron un plan para mantener o lograr la abstinencia.

En este estudio ambos tratamientos activos se asociaron con una mayor reducción en el uso de marihuana, de los síntomas de dependencia y problemas relacionados, en comparación con el grupo control, sugiriendo que el tratamiento individual breve fue tan efectivo como la terapia grupal más extensa. Cabe mencionar que esta reducción en el consumo de marihuana no implicó un incremento en el consumo de alcohol u otras sustancias.

En un estudio documentado en el mismo año se compararon tres intervenciones: la primera estuvo integrada por cuatro sesiones de entrevista motivacional, la segunda por catorce sesiones que incluyeron terapia motivacional y cognitivo conductual en habilidades de enfrentamiento y la tercera agregó a la segunda modalidad el uso de incentivos que eran proporcionados semanalmente por cada análisis de orina negativo (Budney, Higgins, Radonovich y Novy, 2000).

Las cuatro sesiones de entrevista motivacional fueron proporcionadas en la primera, segunda, sexta y doceava semanas. En la primera sesión los participantes recibieron un reporte de retroalimentación escrito y se discutieron los pros y contras de usar marihuana así como las metas del tratamiento. El usuario escribió un plan de trabajo que debía ser completado en casa. El terapeuta proporcionó un folleto sobre los efectos de la marihuana e incitó al participante a exponer sus preguntas en la siguiente sesión. La sesión número dos incluyó la revisión del plan de cambio y una entrevista adicional con el objetivo de aumentar la autoeficacia. Las sesiones tres y cuatro fueron empleadas para revisar el progreso y renovar la motivación y el compromiso.

La segunda intervención se enfocó en el desarrollo de habilidades de enfrentamiento para ayudar a lograr y mantener la abstinencia de marihuana. La primer sesión fue igual a la sesión uno de la primera condición. Las siguientes siete sesiones se centraron en el desarrollo de habilidades directamente involucradas con el logro y mantenimiento de la abstinencia y las seis sesiones restantes se dirigieron a desarrollar habilidades de enfrentamiento indirectamente relacionadas con el mantenimiento de la abstinencia. El terapeuta y los participantes seleccionaron el contenido de estas últimas sesiones de una lista de 17 módulos de entrenamiento en habilidades.

Los participantes en la tercera condición recibieron un tratamiento idéntico al proporcionado en la segunda además del programa de abstinencia basado en incentivos, los cuales tenían un valor monetario predeterminado (nunca se les dio dinero en efectivo) y eran otorgados por cada muestra de orina negativa.

En este estudio, la condición basada en el uso de incentivos produjo más semanas continuas de abstinencia de marihuana durante el periodo de tratamiento de 14 semanas y mayor abstinencia al final del tratamiento, en comparación con las otras dos condiciones, entre las cuales no se observaron diferencias significativas. Un dato relevante fue que en la segunda condición el porcentaje de autoconfianza para enfrentar situaciones de alto riesgo fue mayor que en la otras dos, lo que sugiere que el programa de incentivos puede interferir con el desarrollo de la auto-eficacia.

Un estudio posterior comparó seis sesiones integradas por componentes de terapia motivacional y cognitivo conductual con una sola sesión que incluía estos dos componentes y un grupo control (Copeland, Swift, Roffman y Stephens, 2001). Al seguimiento a los seis meses los tratamientos activos, proporcionados de manera individual, produjeron mayor reducción en el uso de marihuana en comparación con el grupo control. Las diferencias significativas entre los tratamientos fueron inconsistentes y no estuvieron claramente a favor del tratamiento más extenso.

Con el fin de replicar y ampliar los hallazgos de los estudios arriba descritos, un grupo de investigadores (The Marijuana Treatment Project Research Group, 2004) diseñaron un ensayo clínico aleatorio multisitio en el cual compararon tres condiciones: 1) una intervención motivacional de dos sesiones, 2) un tratamiento de nueve sesiones integrado por múltiples componentes y 3) un grupo control. La primera tuvo una duración de cinco semanas y la segunda de tres meses. El tratamiento de nueve sesiones incluyó terapia motivacional, cognitivo conductual y manejo de caso.

Las sesiones de la primera condición se proporcionaron una semana y cinco semanas después de la asignación aleatoria. Durante la primera sesión el terapeuta revisó y discutió un reporte de retroalimentación personalizado para motivar al cliente y apoyarlo en la selección de las metas de tratamiento y estrategias para cambiar. El reporte incluyó un resumen del uso reciente de marihuana, problemas, preocupaciones, actitudes a favor y en contra del cambio y puntajes de su auto-confianza acerca del cambio. En la segunda se revisaron los esfuerzos para reducir el uso de marihuana y se hicieron los ajustes necesarios en las estrategias. Los participantes tuvieron la opción de involucrar a un otro significativo, quien podía ayudar a identificar los pros y contras de cambiar y a desarrollar estrategias para mantener la abstinencia.

En la intervención más extensa, las ocho primeras sesiones se proporcionaron semanalmente, iniciando una semana después de la evaluación y la novena se aplicó cuatro semanas después. Las primeras dos sesiones involucraron la revisión de un reporte personalizado y el uso de la terapia motivacional para reforzar la motivación al cambio. El componente de manejo de caso fue sugerido por los investigadores

debido a la importancia de identificar y reducir los problemas no relacionados con el uso de sustancias que pudieran afectar el éxito del tratamiento. Este trabajo consistió en identificar los obstáculos potenciales para la logar la abstinencia, establecer metas, detectar los recursos en la comunidad, desarrollar un plan y monitorear el progreso hacia el logro de la meta para cada problema detectado. En las sesiones siguientes se asignó un tiempo para revisar y discutir dicho progreso.

La terapia cognitivo conductual incluyó la identificación de disparadores potenciales de situaciones de alto riesgo y el desarrollo de habilidades de enfrentamiento para evitar el uso de drogas en esas situaciones. El protocolo incluyó cinco módulos básicos y cinco opcionales. Los primeros fueron: a) entendiendo los patrones de uso de marihuana, b) enfrentando la urgencia por usar la sustancia, c) manejando pensamientos acerca de reiniciar el uso de marihuana, d) resolviendo problemas y e) habilidades para rechazar el consumo. Lo módulos opcionales incluyeron la elaboración de planes para enfrentar una posible recaída, la identificación de decisiones aparentemente irrelevantes, el manejo de estados negativos y depresión y manejo del enojo. En esta intervención también se incluyó la participación de un otro significativo. Por otro lado, los integrantes del grupo control esperaron durante cuatro meses y después completaron la segunda evaluación.

Los integrantes del grupo de nueve sesiones mostraron una reducción significativamente mayor en el consumo de marihuana, los problemas asociados y síntomas de dependencia y abuso. Estos integrantes reportaron además menor uso de marihuana en todas las mediciones y menor porcentaje de días con consumo. Tanto el tipo de tratamiento como el uso de habilidades de enfrentamiento influyeron en los resultados, sin embargo el tratamiento no impactó en el tipo de habilidades empleadas. Con relación al incremento en habilidades, el tratamiento que integró la terapia cognitivo conductual y motivacional no fue más exitoso que aquel que sólo empleó componentes motivacionales, sin embargo, en el primero se observó un aumento en la autoeficacia (Litt, Kadden, & Stephens, 2005).

El tratamiento de nueve sesiones mencionado en los párrafos anteriores (MTP Research Group, 2004) fue comparado con una consejería individual de drogas. Adicionalmente se incluyó el empleo de incentivos, otorgados de manera contingente a la entrega de una muestra de orina libre de marihuana y posteriormente intercambiados por bienes o servicios (Carroll, et al, 2006). El estudio comparó cuatro condiciones de tratamiento, terapia cognitivo conductual/terapia motivacional con y sin incentivos y consejería de drogas individual con y sin incentivos. Todos los tratamientos se proporcionaron de manera individual semanalmente durante un periodo de ocho semanas. La consejería de drogas puso énfasis en el logro de la abstinencia de marihuana y otras drogas a través del uso de grupos de auto-ayuda y conceptos compatibles con el enfoque de doce pasos. Los tópicos de las sesiones que pudieron ser seleccionados para satisfacer las necesidades de los participantes incluyeron a) educación con relación al uso de marihuana, b) personas,

lugares y cosas asociados con el consumo de la droga, c) estructuración de su propio tiempo, d) apetencia intensa, e) enfrentamiento con situaciones peligrosas, f) enfrentamiento con la vergüenza y culpa, g) presión social, h) síntomas de abstinencia, i) uso de otras drogas y j) participación en los doce pasos.

En esta investigación un porcentaje mayor de usuarios asignados a la condición de terapia cognitivo conductual más incentivos completaron el tratamiento. Por otro lado, en ambos tipos de terapia, los participantes asignados al manejo de contingencias tuvieron una duración significativamente mayor de abstinencia continua. Un dato relevante es que los participantes asignados al grupo de terapia conductual, sin incentivos, mostraron una reducción continua en la frecuencia del uso de la sustancia, observada hasta los seis meses de seguimiento.

La literatura coincide en reportar a las intervenciones breves que incorporan la terapia cognitivo conductuales como las opciones terapéuticas más efectivos para atender a usuarios de marihuana. Los estudios arriba expuestos son ejemplo de ello, al mostrar una reducción en los patrones de consumo y los síntomas asociados. Aunque existen algunas variaciones en los componentes que integran los tratamientos, una constante es la inclusión de la terapia motivacional y cognitivo conductual. La retroalimentación sobre el patrón de consumo y problemas relacionados, así como la evaluación de las ventajas y desventajas de cambiar, la identificación de situaciones de riesgo y la elaboración de planes de acción para enfrentarlas, se perfilan como las técnicas más efectivas para lograr el cambio. Estas técnicas son incluidas también en el Tratamiento Breve para Adolescentes, cuya estructura y aplicación en un usuario de marihuana, expondré en los siguientes párrafos.

Tratamiento Breve para Adolescentes que Inicial el Consumo de Sustancias

El Tratamiento Breve para Adolescentes que Inicial el Consumo de Sustancias (Martínez, 2003) es una intervención motivacional y breve que, mediante el empleo de técnicas cognitivo conductuales, ayuda a los jóvenes usuarios de sustancias adictivas a comprometerse en la modificación de su conducta de consumo así como a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para lograrlo. El usuario que recibe el modelo desarrolla una estrategia general de solución de problemas que puede emplear para enfrentar este u otros conflictos. El tratamiento ayuda a las personas a fijar metas e incrementar la motivación para conseguir las, encontrar razones para cambiar su actual consumo, identificar las situaciones en la cuales tiene mayor posibilidad de usar sustancias y desarrollar estrategias alternas para enfrentarlas.

El programa está diseñado para atender a jóvenes estudiantes de nivel medio y medio superior entre 14 y 18 años de edad que usen alguna droga, reporten problemas relacionados con su consumo y no presenten dependencia a la misma. Está integrado por cinco etapas o fases básicas. La primera corresponde

a la sesión de admisión. En ésta se obtiene información valiosa respecto al motivo de consulta, patrón de consumo, nivel de severidad y problemas relacionados. Para ello se aplica una entrevista semiestructurada, una entrevista inicial y tres instrumentos de medición. Todos los instrumentos empleados en el tratamiento han sido validados en población adolescente mexicana.

Mediante la entrevista semiestructurada se recaban datos de consumo del usuario y es un instrumento determinante para evaluar si la persona es candidata a ingresar al programa. La Entrevista Inicial (Campos, Martínez y Ayala, 2000) integra datos de identificación del usuario, historia de consumo y su impacto en las áreas de salud, escolar, laboral, social, sexual y familiar. Evalúa además el riesgo suicida y la satisfacción personal. El primer instrumento que se aplica es un Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes, POSIT (Mariño et al., 1997); el segundo una entrevista diagnóstica, Composite International Diagnostic Interview (CIDI), desarrollada por la OMS (World Health Organization, 1996; Witchen, et al.; 1991) para evaluar desórdenes mentales y problemas relacionados con el consumo sustancias y el tercero una escala de disposición al cambio (Salazar, et al., 2001).

La segunda etapa corresponde a la evaluación. El objetivo de ésta es conocer el patrón de consumo del adolescente durante los últimos seis meses, identificar las situaciones donde usa la sustancia y el nivel de autoeficacia ante las mismas. Dicha información se obtiene al aplicar la Línea Base Retrospectiva (Sobell, et al., 1979), el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol o Drogas (Martínez, et al., 2003) y el cuestionario Breve de Confianza Situacional (Echeverría, et al., 1997a). Debido a que la mayoría de los adolescentes se encuentran ambivalentes ante el cambio en su conducta de consumo, es importante aumentar la disposición para el mismo. Este aumento en la motivación es el objetivo de la tercera fase, denominada sesión de Inducción al Programa. Las actividades que se realizan en la sesión consisten en proporcionar retroalimentación al usuario sobre su patrón de consumo, situaciones de riesgo y factores protectores, informar sobre las consecuencias a corto, mediano y largo plazo, identificar el problema y elaborar opciones para resolverlo así como clarificar sus expectativas sobre el tratamiento. Para ello se emplea un folleto de retroalimentación específico para la sustancia de consumo, elaborado a partir de lo verbalizado por el usuario durante las sesiones de admisión y evaluación y de los resultados de las entrevistas e instrumentos.

La siguiente fase la integran cuatro sesiones de tratamiento. Durante éstas se emplean folletos con ejercicios diseñados para desarrollar los componentes de auto-regulación de la conducta de consumo, prevención de recaídas y solución de problemas. Las sesiones inician con el llenado del auto-registro, formato donde se analizan los días de consumo, la cantidad usada, situaciones de consumo y las estrategias empleadas para reducirlo. El objetivo de la sesión es elaborar un balance decisional, a partir del análisis de las ventajas y desventajas de cambiar el patrón de consumo y establecer una meta de reducción. La segunda

está encaminada a identificar las situaciones principales de consumo y elaborar planes de acción para enfrentarlas. En la tercera el adolescente analiza el impacto de su consumo en el logro de sus metas de vida a corto, mediano y largo plazo. Finalmente en la cuarta se revisa el progreso en cuanto a la reducción del consumo y empleo de estrategias para mantener el cambio y se establece una nueva meta.

La última etapa es de seguimiento, proceso entendido como el contacto individual a intervalos designados, sistemáticos y estructurados posteriores al tratamiento (Miller, 1989). El principal objetivo del seguimiento es evaluar el mantenimiento del cambio en el usuario. Mediante él se obtienen indicadores que demuestran la eficacia del modelo y retroalimentan al terapeuta sobre el trabajo realizado. Sirve además para reforzar el proceso de la intervención así como para identificar las posibles recaídas y prevenirlas. En el programa para adolescentes se llevan a cabo seguimientos al mes, tres y seis meses de haber concluido el tratamiento. En los dos primeros se evalúa la frecuencia de consumo y las recaídas y a los seis meses se aplica, además, el Cuestionario de Confianza Situacional y una entrevista de seguimiento.

A p l i c a c i ó n d e l t r a t a m i e n t o

En el siguiente apartado describo la aplicación del Tratamiento Breve para Adolescentes en un consumidor de marihuana. El usuario acudió a las sesiones de tratamiento durante un periodo aproximado de tres meses, entre los meses de septiembre y diciembre del 2005. Asistió además a cuatro sesiones de seguimiento, la última de las cuales se realizó en enero del 2007, un año después de haber finalizado el tratamiento. El proceso terapéutico se llevó a cabo en el centro Acasulco, sede de la Residencia en Psicología de las Adicciones. Este centro depende de la Universidad Nacional Autónoma de México y tiene como objetivo brindar tratamiento a usuarios de sustancias.

El reporte lo presento en cuatro apartados. En el primero incluyo información relacionada con las razones que motivaron al usuario a acudir a tratamiento, su historia de consumo y consecuencias del mismo. Esta información se recabó durante la fase de evaluación a partir de la aplicación de dos entrevistas: la inicial (Campos, et al., 2000) y la semiestructurada. El segundo apartado corresponde a la evaluación, en él integro el resultado de los instrumentos, mismos que permiten identificar los recursos disponibles y déficits del usuario así como establecer el diagnóstico. En el tercero describo el desarrollo de la sesión de inducción al programa y las sesiones de tratamiento y seguimiento además del resultado de la entrevista al colateral, aplicada a la madre del usuario un año después de haber finalizado el tratamiento.

Cada uno de los cuatro pasos que integran el tratamiento se realizaron en dos sesiones, debido a la integración de un componente dirigido al entrenamiento de habilidades. Dicho entrenamiento se llevó a cabo mediante las técnicas de modelamiento y ensayo conductual. Se basó en las necesidades del usuario y estuvo enfocado a la adquisición de habilidades para solucionar problemas, negociar, cambiar el pensamiento y rehusarse al consumo. Finalmente en el último apartado presentó los resultados de la aplicación del tratamiento e incluyó un análisis de los mismos.

M o t i v o d e c o n s u l t a e h i s t o r i a d e c o s n u m o

La primera sesión puede ser crucial y establecer tanto el tono como las expectativas para con la terapia. Las actuaciones del terapeuta en una sola sesión tienen una poderosa influencia sobre la resistencia del paciente y sobre los efectos a largo plazo (Miller, Sovereign y Krege, 1988). Estas particularidades de la primera sesión, aunadas a la posibilidad de que el usuario se presente en una etapa de contemplación o incluso precontemplación, resaltan la importancia de construir la motivación para el cambio. Por lo tanto, además de conocer el motivo de consulta y obtener una descripción del usuario, la construcción de la motivación para el cambio fue un objetivo de la sesión de admisión que a continuación describo.

Entre la información que se obtiene durante el primer contacto con el usuario se encuentra aquella relacionada con sus características generales y motivo de consulta. En el periodo en que se realizó la entrevista, el usuario, cuyo seudónimo es Carlos, tenía 20 años de edad y cursaba algunas materias del 6º semestre de Bachillerato. Habitaba con su familia integrada por ambos padres y una hermana menor, con quienes llevaba una relación descrita por él como "regular". El padre trabajaba en una institución de gobierno y la madre era enfermera. El primero tenía 46 años de edad, la segunda 44 y la hermana 15 años.

Motivo de consulta

Carlos acudió al Centro Acasulco para "dejar la marihuana y mejorar la relación familiar", además buscaba "apoyo psicológico" para enfrentar de manera más efectiva su "enojo y estrés" generado principalmente por problemas familiares. Identificó como sus principales problemas, relacionados con el consumo de marihuana, el enojo y la desconfianza de sus padres. Expresó su preocupación ante la amenaza del padre de correrlo de la casa si continuaba consumiendo. Dijo sentirse "agobiado" por los reclamos constantes de los padres, situación que se hizo más frecuente tres meses antes de acudir a tratamiento, cuando éstos descubrieron que fumaba marihuana.

Al inicio de la sesión de admisión, Carlos negó haber experimentado problemas directos del consumo: "antes de que descubrieran que fumo no había ningún problema". Este comentario, aunado a su demanda de dejar de consumir, sugirió que el usuario se encontraba en la etapa de contemplación. Debido a ello las intervenciones estuvieron dirigidas a generar discrepancia entre la conducta de consumo y sus metas de vida. Como resultado de las intervenciones logró identificar una relación directa entre el aumento en su consumo y los problemas familiares. Mencionó que antes de que los padres supieran que fumaba, estos se mostraban enojados y preocupados por la disminución de su interés en el estudio y actividades recreativas. Identificó también, como problema derivado del consumo, la presencia frecuente de un estado de ánimo muy "irritable y deprimido", mismo que atribuyó al "sentimiento de culpa" que experimentaba al confrontar su situación actual con sus metas.

Durante este primer contacto las intervenciones se dirigieron a generar discrepancia, aumentar la conciencia del problema e identificar los beneficios de acudir a tratamiento. El efecto de las intervenciones se manifestó en los comentarios de Carlos, donde se observó el cambio de etapa, de contemplación a determinación. La primera se identificó en la parte inicial de la entrevista, cuando negó que su consumo fuera problemático. El cambio de etapa se detectó en los últimos minutos de la sesión, cuando verbalizó la necesidad de dejar de consumir para lograr sus metas, entre las que resaltó terminar una carrera, mejorar la relación familiar y formar un grupo musical. Estas metas coincidieron con sus razones para cambiar, siendo las más importantes recuperar el interés por los estudios, ser más constante en sus actividades recreativas y deportivas, poder enfrentar de una manera más efectiva sus emociones y mejorar la relación familiar.

La percepción del problema también es un indicador importante de la etapa de cambio. En la entrevista se explora pidiendo al usuario que señale la opción que mejor describa su consumo durante el año pasado. De cinco opciones de respuesta que van de "sin problema" a "un gran problema", consideró su consumo como un "problema menor". Esta opción indica la presencia de algunas consecuencias negativas relacionadas con el uso de marihuana, sin que alguna sea considerada seria. Las consecuencias referidas fueron problemas familiares y pérdida de interés por los estudios.

Historia de consumo

Cuando Carlos acudió a tratamiento tenía una historia de consumo de cuatro años. Consumió por primera vez alcohol, tabaco y marihuana a los 16 años. Identificó a ésta última como la sustancia de abuso. Describió un patrón de consumo de marihuana de tres a cuatro veces por semana, de 1/3 a 1/2 cigarrillo por ocasión, aunque señaló que desde hace tres meses, a partir de que los padres se enteraron que fumaba, la

frecuencia se redujo a una vez por semana. Consumía tres copas estándar de alcohol una vez al mes y uno o dos cigarrillos mensuales.

Debido a que las expectativas de los efectos de la sustancia juegan un rol determinante en el inicio y mantenimiento del consumo, se indagaron sus expectativas de los efectos de la marihuana. Antes del primer consumo esperaba relajarse y ser más hábil al realizar algunas actividades. Sin embargo, cuando consumió por primera vez sintió miedo. El efecto deseado lo obtuvo en la segunda ocasión, algunos meses después: "ahora si me relajé". A partir de ese consumo usó la sustancia de manera regular y consideró que las expectativas que se mantuvieron fueron la búsqueda de relajación y diversión, ambas coinciden con sus situaciones de consumo más frecuentes como las fiestas y la convivencia con amigos.

Los periodos de abstinencia previos son uno de los tópicos relevantes de la entrevista de evaluación. Esta información contribuye a la identificación de los motivadores y recursos del usuario para enfrentar el consumo así como su autoeficacia para mantenerse en abstinencia. El mayor periodo de abstinencia que Carlos refirió fue de siete meses, dos años antes de acudir a tratamiento. El motivo fue la preocupación ante el aumento en su consumo: consumió diariamente durante cinco meses. En ese periodo consideró como sus principales situaciones de riesgo el inadecuado empleo del tiempo libre y la disposición de la sustancia "estudiaba la preparatoria abierta, por lo que tenía mucho tiempo libre y además tenía un buen *dealer*". El recurso para lograr la abstinencia fue una red de apoyo social, su mejor amigo, con quien hizo un pacto de no fumar. Intentó suprimir el consumo en cuatro ocasiones más "por mi mismo" pero sólo logró mantenerse sin fumar por periodos de entre una semana a dos meses.

Con relación a las consecuencias adversas del consumo de marihuana, durante los últimos seis meses, refirió disminución de la condición física, olvidos recurrentes, sensación de tristeza frecuente y discusiones con el padre. Las consecuencias por el consumo de alcohol y tabaco estuvieron ausentes.

Evaluación

La evaluación permite cuantificar el problema que quiere modificarse, establecer metas del tratamiento y medir la respuesta a la intervención (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004). Durante la sesiones de admisión y evaluación se aplicaron instrumentos diseñados para identificar el patrón de consumo, problemas relacionados con el uso de la sustancia, disposición al cambio, situaciones de riesgo, confianza situacional y medir el impacto de la intervención. El análisis e integración de la información obtenida de los instrumentos y las entrevistas de admisión y evaluación permitió elaborar un diagnóstico e identificar tanto los recursos disponibles como los déficits del usuario. Estos resultados fueron determinantes para adecuar las estrategias de intervención a las necesidades del usuario.

I. El cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes, POSIT (Mariño, et al, 1997), permite detectar problemas con el uso de sustancias. El cuestionario está integrado por 19 reactivos cuyas opciones de respuesta se presentan en una escala dicotómica (si/no) que indica la presencia o ausencia del problema.

Carlos respondió afirmativamente a cuatro reactivos del cuestionario, lo que sugirió la presencia de problemas asociados con el consumo de marihuana. Los problemas que presentó estuvieron relacionados con la sensación de ser adicto, la necesidad de consumir mayores dosis para obtener el mismo efecto, la pérdida de días de clase por haber consumido la sustancia, el rompimiento de algunas reglas y dificultades en la relación familiar.

II. Composite International Diagnostic Interview, CIDI (WHO, 1992), es una entrevista diagnóstica diseñada para evaluar desórdenes mentales y problemas relacionados con el consumo sustancias. En el programa sólo se aplica la sección relacionada con el uso de alcohol y sustancias ilegales, conformada por 14 reactivos que indagan la presencia de criterios de abuso o dependencia a la sustancia.

Las preguntas estas diseñadas para explorar si se ha experimentado, alguna vez en la vida, consecuencias relacionadas con el consumo de la sustancia. Sus respuestas revelaron que cumplía con criterios de abuso y dependencia a la sustancia. Los criterios para el diagnóstico de abuso fueron la presencia problemas interpersonales, consecuencia del consumo y dificultades para cumplir con sus obligaciones escolares. El diagnóstico de dependencia se obtuvo a partir de la presencia de tolerancia a los efectos de la sustancia, definida por la necesidad de incrementar las cantidades de la misma para obtener el efecto deseado; síndrome de abstinencia, caracterizado por síntomas de ansiedad; consumo por un periodo de tiempo más prolongado a lo acostumbrado y reducción e interrupción de actividades recreativas y ocupacionales debido al consumo.

III. La Escala de Estados de Disposición al Cambio, SOCRATES 8D (Salazar, et al, 2001), evalúa la etapa de disposición al cambio del usuario identificando si se encuentra en la categoría de reconocimiento del problema o acción. La escala está integrado por 15 reactivos cuyas opciones de respuesta tienen cinco graduaciones que van de "totalmente de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo".

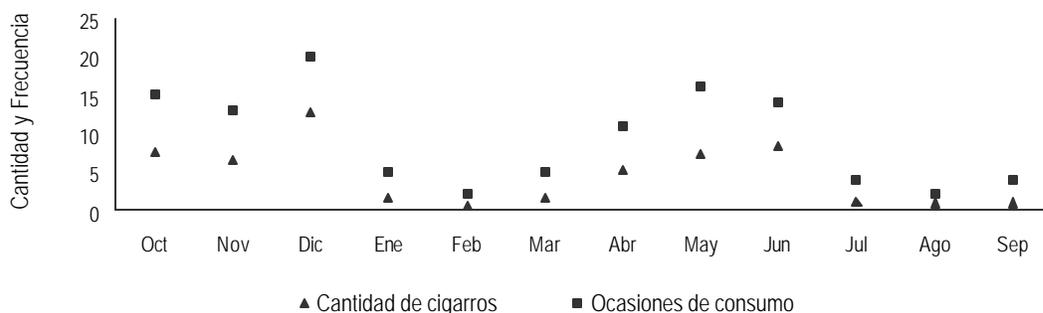
En la escala de reconocimiento del problema obtuvo un puntaje de 23, lo que indicó un nivel "muy bajo" de reconocimiento del problema. En la categoría de acción el puntaje fue de 33 lo que correspondió a un estado "bajo" de disposición al cambio. Sin embargo al analizar cada respuesta se observa una mayor inclinación hacia el cambio. En el 85% de los reactivos señaló estar "totalmente de acuerdo" y "de acuerdo" en

tener un problema con el consumo, en hacer algo al respecto y trabajando duro para cambiarlo. Únicamente se mostró "indeciso" en dos reactivos que exploraron su percepción sobre tener problemas serios y ser adicto.

IV. La Línea Base Retrospectiva, LIBARE (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979), es un instrumento que permite conocer el patrón de consumo del usuario durante el último año.

Los resultados de la LIBARE se presentan en la gráfica 1. En ésta se observa la conducta de consumo del año previo a la evaluación así como la relación entre la cantidad y ocasiones de consumo. Durante el año pasado consumió un total de 55 cigarros en 111 ocasiones de consumo, lo que representa el 30.4% de los días del año, es decir, consumió una tercera parte del año. Los meses de mayor consumo fueron diciembre y junio y los días viernes y sábado. El uso de la sustancia en estos días representó el 73% de la cantidad total de cigarros fumados.

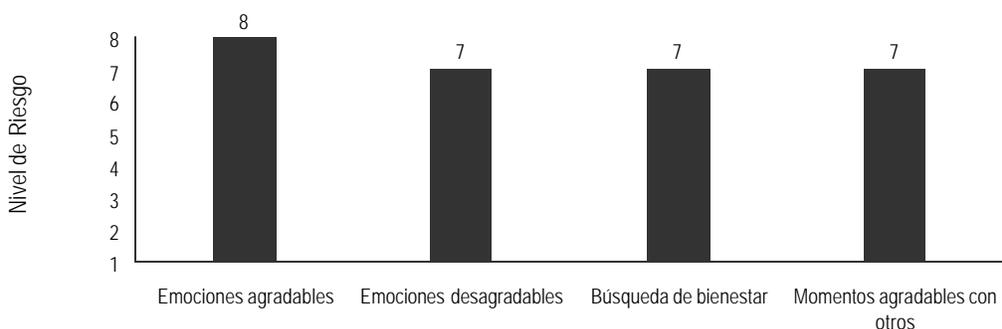
Gráfica 1. Resultados de la Línea Base Retrospectiva



V. El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas, ISCD-A (Martínez, et al, 2003), evalúa la frecuencia de consumo ante diversas situaciones. Está conformado por 27 reactivos divididos en cuatro categorías: emociones agradables, emociones desagradables, búsqueda de bienestar y momentos agradables con otros. Los puntajes que se obtienen indican un consumo sin problema, de riesgo o problemático.

Los resultados del instrumento se presentan en la gráfica 2. En la gráfica se observa que las situaciones de mayor riesgo se presentan ante emociones agradables, el puntaje obtenido consumo problemático. En las otras tres escalas, emociones desagradables, búsqueda de bienestar y momentos agradables con otros, el nivel de riesgo fue el mismo.

Gráfica 2. Resultados del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas.

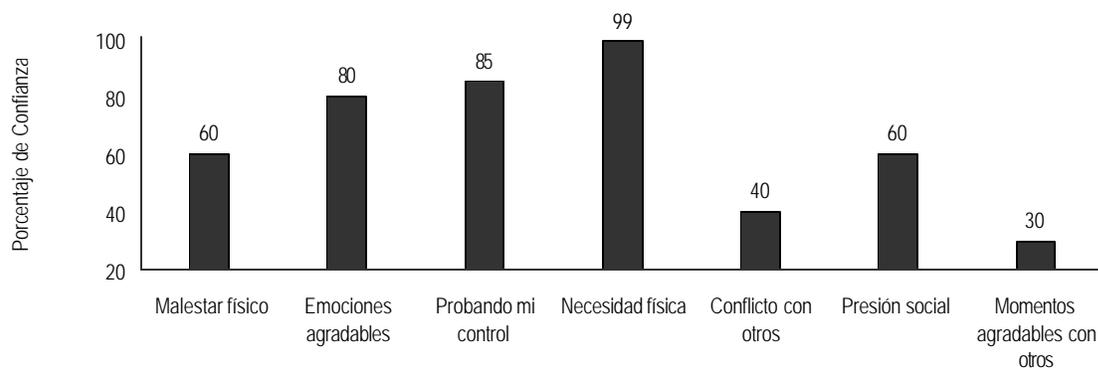


VI. El Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Echeverría, et al, 1997a) permite identificar la autoeficacia del usuario para resistirse al consumo ante 8 situaciones. En una escala del 1 al 100 donde el 1 es "definitivamente consumiría" y el 100 "definitivamente no consumiría," se le pide que evalúe el porcentaje de confianza que percibe para no consumir cuando experimenta emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, necesidad física, ante la presión social, el conflicto con otros o al probar su autocontrol sobre el consumo.

En la gráfica 3 se presenta el resultado de esta evaluación. En ella se observa que consideró tener mayor confianza de no consumir ante una necesidad física (99%), al probar su autocontrol (85%), experimentar emociones agradables (80%), malestar físico (60%) y presión social (60%). Por otro lado, las situaciones donde la confianza para resistirse al consumo fue menor fueron conflicto con otros (40%), momentos agradables con otros (30%) y emociones desagradables (50%).

Un dato que llama la atención al confrontar los resultados del cuestionario de confianza con el de situaciones de riesgo es que mientras en el primero el usuario expresó una alta autoeficacia para resistirse al consumo ante emociones agradables, en el segundo esta misma escala es la que presenta el puntaje más alto. Una explicación ante esta contradicción en los resultados es que la forma en que se evalúa cada escala es diferente. Mientras que las situaciones de riesgo se indagan mediante preguntas sobre la frecuencia de consumo en una situación particular, para conocer el nivel de confianza se le pide que otorgue un puntaje del uno al cien en función del grado de confianza percibida para resistirse al consumo ante cada categoría, sin especificar situaciones.

Gráfica 3. Resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional.



Recursos

La información recabada durante las sesiones de admisión y evaluación ayudó a identificar los recursos con los que cuenta el usuario para modificar su conducta de consumo. Éstos incluyeron la motivación para cambiar, las redes de apoyo social y algunas habilidades necesarias para adquirir las estrategias de solución de problemas durante el tratamiento.

El nivel de motivación se detectó a partir de comentarios y conductas con relación a su consumo. Sus verbalizaciones iniciales en torno al consumo de sustancias manifestaban una tendencia a minimizar la problemática y a negar que su consumo le ocasionara consecuencias. En este primer momento se encontraba en la etapa de contemplación. El cambio de etapa de contemplación a determinación se pudo observar cuando sus comentarios se inclinaron a favor de la modificación de su consumo. Expresó que el uso de marihuana era un problema, identificó razones para cambiar y consideró que algunos de sus problemas eran consecuencias del consumo, principalmente la disminución del interés por los estudios, problemas familiares, menor condición física, estados de tristeza y desinterés por actividades que anteriormente disfrutaba. También fue un indicador, de que Carlos se encontraba en esta etapa, la verbalización de la necesidad de dejar de consumir para resolver sus problemas y realizar sus metas de vida “tengo que dejar de fumar, si sigo así todo va a estar igual o peor”. Por otro lado los intentos para modificar su hábito, haber solicitado apoyo a sus padres para dejar de fumar y haber acudido sólo a tratamiento, sugirieron un alto grado de motivación. Observando de manera integrada tanto los comentarios como las conductas con relación al cambio, es posible suponer que durante la primera fase del tratamiento el usuario osciló entre las etapas de contemplación y acción.

Una estrategia que los usuarios adquieren durante el tratamiento es el autocontrol. Sin embargo, antes de acudir a tratamiento posiblemente han utilizado este recurso para modificar el uso de sustancias. El empleo del autocontrol puede evaluarse indagando periodos de abstinencia previos y el nivel de autoconfianza para resistirse al consumo, entre otros. En este caso, las principales conductas que reflejaron un nivel de autocontrol fueron la reducción en frecuencia y cantidad de consumo durante las últimas doce semanas, el antecedente de un periodo de abstinencia de 7 meses y la confianza percibida para resistirse a consumir ante situaciones como necesidad física, prueba de autocontrol y emociones agradables.

Las redes de apoyo social cumplen un rol importante en la decisión de los usuarios para cambiar el consumo y asistir a tratamiento. Por tal circunstancia se exploraron las razones que lo motivaron a modificar su conducta en el periodo de abstinencia previo y tres meses antes de acudir a tratamiento. Las redes de apoyo social jugaron un papel importante. En la primera ocasión logró mantenerse sin fumar con la ayuda de un amigo y en esta segunda, sus padres fueron una figura determinante para que se decidiera a dejar la sustancia. Al preguntarle sobre la presencia de redes que pudieran apoyar su actual intento por modificar el uso de marihuana, respondió que tiene amigos que están de acuerdo en que deje de fumar "cuando estamos en reuniones, mis amigos les dicen a los demás que no me inviten porque ya no fumo". Mencionó que una estrategia efectiva para reducir la frecuencia de consumo fue relacionarse con amigos que no fuman. Los padres también fueron referidos como una red de apoyo significativa, percibió en ellos interés por su problemática, principalmente al mostrar su disposición para hablar con él y escucharlo.

Si bien las redes sociales han sido un apoyo significativo para reducir o abandonar el uso de la sustancia, no fueron las únicas estrategias empleadas. Le solicité que identificara otras conductas que hubieran podido contribuir a esos resultados. En respuesta relató situaciones en donde se identificó el empleo de habilidades de enfrentamiento. Planeó y realizó actividades incompatibles con el consumo como la asistencia a clases de computación y percusiones, ambas a partir de la identificación del tiempo libre como una situación de alto riesgo. Evitó asistir a fiestas donde todos consumieran o estuvieran personas con las que acostumbraba consumir. Otras estrategias efectivas fueron evitar comprar marihuana y cambiar de actividad al sentirse aburrido.

Para finalizar el análisis de sus recursos haré referencia a su actitud durante las entrevistas, la cual es un indicador de su grado de motivación e involucramiento en el programa e influye en la retención al tratamiento. Carlos asistió puntualmente a las sesiones, comprendió, analizó y manejó adecuadamente la información, mostró disposición para verbalizar su problemática, mantuvo una actitud cooperadora durante las evaluaciones, manifestó interés en acudir a tratamiento y estableció una relación de confianza con el terapeuta. Esta última se advirtió en los momentos en que compartía sus malestares emocionales y solicitaba al terapeuta ayuda para solucionarlos.

Déficits

Los *déficits* observados los clasifiqué en dos grupos: el primero relacionado con la severidad del consumo y el segundo con las situaciones de riesgo. Los indicadores de severidad fueron los síntomas de abuso y dependencia y problemas asociados. Con relación al segundo grupo, las situaciones donde percibió mayor riesgo de consumir (o menor autoeficacia para resistirse) fueron la exposición directa a la sustancia, al encontrarse en lugares donde fumaban marihuana; la presión social indirecta, que experimentó como la sensación de sentirse “obligado” a consumir cuando todos fumaban, y el enojo con sus padres, situación que consideró como un disparador frecuente de consumo.

Diagnóstico

Con base en las respuestas del CIDI, se diagnosticó dependencia a *cannabis*, manifestado por la presencia de los siguientes síntomas: a) necesidad de consumir cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para obtener el efecto deseado; b) consumo durante un período mayor al que inicialmente pretendía; c) reducción de actividades sociales, escolares y recreativas y d) uso la sustancia a pesar de los problemas psicológicos y sociales que le generaba.

T r a t a m i e n t o

Para formular el plan de tratamiento, además de los síntomas de dependencia, es importante considerar las situaciones de mayor riesgo y los niveles de eficacia percibida para resistirse al consumo. De esta manera, la meta se dirige no sólo a modificar la conducta de consumo sino también a motivar la realización de actividades incompatibles con éste y a adquirir estrategias para enfrentar situaciones de riesgo y aumentar su auto confianza para no consumir. En el caso que aquí reporto el usuario eligió la meta de abstinencia. Para lo lograrla, como se verá durante la descripción de las sesiones, fue necesario incluir el entrenamiento en habilidades de autocontrol y enfrentamiento.

El programa está integrado por una sesión pre-tratamiento llamada Inducción al Programa, cuatro sesiones de tratamiento y tres seguimientos al primero, tercero y sexto mes. En la primera sesión el usuario realiza un balance decisional y establece una meta de consumo; en la segunda identifica situaciones de riesgo y formula planes de acción para enfrentarlas; en la tercera plantea sus metas de vida y en la última restablece su meta de consumo.

Inducción al programa.

La sesión pretratamiento tiene como objetivo promover la disposición del usuario para ingresar al programa. Con base en la información recolectada durante las entrevistas de admisión y evaluación y a través de un folleto, se retroalimenta sobre su patrón de consumo, situaciones de riesgo más comunes y factores de protección. En el folleto el terapeuta anota información relevante sobre la frecuencia y cantidad consumida, las cosas que tiene que cuidar y aquellas que le pueden ayudar para modificar la conducta. Esta retroalimentación contribuye a identificar lo que le preocupa de su consumo y a plantear estrategias para enfrentar esos problemas.

La información sobre su conducta de consumo durante el último año se obtuvo de la LIBARE. Con el fin de ilustrar los cambios en el hábito de fumar, le mostré a Carlos una gráfica donde se representaban sus episodios de consumo. Le solicité que la observara y comentara los cambios relevantes. Identificó que los momentos en que fumaba con mayor frecuencia e intensidad coincidían con los periodos vacacionales y fines de semana. Posteriormente, al indagar los posibles disparadores de esos consumos consideró que el principal de ellos fue el inadecuado manejo de tiempo libre. Debido a que la relación entre el tiempo libre y el aumento en su consumo representaba un obstáculo para mantener la abstinencia, decidí introducir el componente de solución de problemas. Definí como problema tener mucho tiempo libre y pocas alternativas al consumo. Como opciones para solucionarlo propuso involucrarse más en actividades del hogar, académicas y recreativas. Entre las alternativas expuestas, eligió tocar percusiones y estudiar por las tardes las materias en las que tiene dificultad.

La retroalimentación sobre las cosas que tiene que cuidar la enfoqué en las situaciones de riesgo identificadas en el ISCD. Aunque según el instrumento las emociones agradables fueron las situaciones de mayor riesgo para el consumo, seguidas de las emociones desagradables, búsqueda de bienestar y momentos agradables con otros, la percepción de Carlos fue distinta. Señaló como situaciones de mayor riesgo los momentos agradables con otros y las emociones desagradables, principalmente el enojo y el estrés. Para aumentar su nivel de autoconfianza y teniendo como antecedente que tres meses antes de acudir a tratamiento redujo su consumo, pregunté por las estrategia empleadas para disminuir la probabilidad de usar la sustancia ante momentos agradables con otros. Comentó que relacionarse más con amigos que no consumen y evitar estar en lugares donde todos fuman, fueron las estrategias más efectivas. Una alternativa efectiva para reducir el estrés fue la práctica de alguna física. Debido a que propuso varias opciones, sugerí que evaluara las ventajas y desventajas de cada alternativa y eligiera las que tuvieran mayor probabilidad de éxito.

Una vez discutidas las cosas que tiene cuidar y expuestas las opciones para enfrentarlas, ofrecí retroalimentación sobre aquello que le puede ayudar a cambiar su conducta. A partir de ésta información analizamos sus recursos disponibles, como el alto nivel de autoeficacia percibida para no consumir ante la necesidad física y prueba de autocontrol. Advertimos los beneficios que puede obtener al realizar actividades que compitan con el consumo, entre las que destacó tocar percusiones, jugar fútbol y ver películas en casa. Otras conductas identificadas como recursos que lo pueden ayudar fueron la convivencia con amigos no consumidores, la asistencia a la escuela y a su curso de computación. Este último, debido a que es incompatible con el consumo y elegido libremente, tiene mayores posibilidades de fungir como un factor protector.

Como respuesta al ejercicio dirigido a identificar aquello que le preocupa de su consumo mencionó que continuar con problemas familiares, tener una enfermedad, alteraciones de memoria y perder la oportunidad de continuar estudiando, son las consecuencias que más le inquietan. En función de estos comentarios las intervenciones se centraron en la generación de discrepancia entre la conducta de consumo y metas de vida. Estas intervenciones ayudaron a clarificar la incompatibilidad entre el uso de marihuana y la reducción de los problemas identificados y a reconocer sus recursos disponibles.

La sesión concluyó con la propuesta, por parte de Carlos, de tres alternativas que pueden ayudarlo a solucionar aquello que le preocupa de su consumo. La primera fue ocupar el tiempo libre en el estudio, la segunda realizar con mayor frecuencia una actividad deportiva y la tercera continuar el tratamiento. Se empleó la técnica del balance decisional para evaluar las ventajas y desventajas de cada opción. Mediante el balance consideró que todas las opciones representaban mayores beneficios que costos. Después de este análisis utilizamos la estrategia de solución de problemas para detectar los obstáculos, reales o potenciales, que impidieran llevarlas a acabo y trabajamos sobre un plan de acción para enfrentarlas. Para ejemplificar el análisis de las ventajas y desventajas de las dos primeras opciones y sus plan de acción para enfrentarlas, incluyo un cuadro con las respuestas del usuario ante las dos primeras opciones (ver tabla1).

Tabla 1. Alternativas para enfrentar lo que le preocupa de su consumo.

Opción	Ventajas	Desventajas y Obstáculos	Estrategias
1. Ocupar el tiempo en el estudio.	- Tener un buen trabajo. - Mejor desempeño en la escuela.	- Perder amistades, diversión y fiestas. - Dificultad para concentrarme.	- Practicar técnicas de estudio. - Tomar clases privadas con un maestro.
2. Realizar una actividad deportiva	- Tener mejor condición física. - Sentirme más contento.	- No administrar el tiempo para hacer ejercicio.	- Empezar por hacer ejercicio cada tercer día durante media hora, e ir aumentando gradualmente.

Durante el tratamiento analizamos la efectividad de estas estrategias con la finalidad de evaluar su efectividad. Este análisis constante contribuyó a ampliar el número de opciones. A lo largo del tratamiento Carlos incluyó otras actividades como dedicar más tiempo a tocar percusiones, dibujar y mezclar música en la computadora.

Sesión 1. Balance Decisional

El objetivo de la primera sesión es que el usuario tome una decisión sobre su consumo de sustancias, a partir del análisis de las ventajas y desventajas de cambiar o continuar la conducta, y elija la manera de llegar a la meta, ya sea planteando la abstinencia desde el inicio o una reducción gradual.

A partir de esta sesión se inició con la revisión del autoregistro (Echeverría y Ayala, 1997b), formato diseñado para que el usuario anote diariamente diferentes aspectos relacionados con la conducta de uso de sustancias, como los episodios y/o necesidad de consumo, cantidad, frecuencia e intensidad además de las circunstancias y pensamientos asociadas. En el análisis del autoregistro se invirtieron los primeros 20 minutos de las sesiones debido a que se empleó como una herramienta para reforzar las habilidades de enfrentamiento empleadas, planear nuevas estrategias y evaluar su efectividad. Para ello fue necesario hacer un análisis funcional de cada episodio de deseo y/o consumo, abarcando los pensamientos, sentimientos y conductas ocurridas antes, durante y después de cada uno de ellos.

En los párrafos posteriores resumo el contenido de las dos sesiones que cubrieron el objetivo de este primer paso. En el transcurso de la semana previa a cada sesión Carlos no consumió pero registró episodios de deseo. Mediante el análisis funcional identificó las estrategias empleadas para no consumir, evaluó su efectividad y desarrolló planes de acción para enfrentar futuras situaciones de riesgo. Consideró que la exposición directa al consumo y el inadecuado manejo del tiempo libre fueron sus principales disparadores de deseo. En cuanto a las estrategias y recursos empleados para mantener la abstinencia, detectó que convivir con amigos no consumidores, interrumpir la interacción y ocupar el tiempo en actividades académicas y recreativas, fueron estrategias efectivas.

Una estrategia implementada a lo largo del tratamiento fue el entrenamiento en habilidades. Este componente no está incluido en el tratamiento, sin embargo se introdujo durante la práctica en función de las necesidades expresadas por el usuario. Algunas de éstas fueron identificadas durante la fase de evaluación y otras a partir de lo verbalizado a lo largo de las sesiones, principalmente mediante la técnica del automonitoreo. Debido a que en ambos momentos el enojo con sus padres apareció como un disparador recurrente del consumo, le sugerí que describiera una situación que ejemplificara este problema. Mencionó que las discusiones generalmente versan en torno a la discrepancia entre las expectativas del padre sobre algunas de

sus responsabilidades escolares, laborales y del hogar y su conducta actual. Percibió que su padre esperaba que hiciera cosas que no le correspondían o las solicitaba de una manera inadecuada, por otro lado consideró que también tenía peticiones que hacerle a él pero no encontraba la forma. La habilidad elegida para enfrentar con éxito esta problemática fue la de comunicación. El entrenamiento se desarrolló mediante las técnicas de modelamiento y ensayo conductual. Se resaltó la importancia de formular peticiones positivas, ofrecer entendimiento y asumir o compartir habilidades.

Habiendo analizado el auto-registro y llevado a cabo el entrenamiento de la habilidad de comunicación se trabajó el contenido del folleto correspondiente a esta sesión, cuyo primer ejercicio fue el balance decisional de la conducta de consumo (ver tabla 2). Debido a la importancia de considerar la evaluación como un proceso constante, durante el tratamiento se motivó al usuario a agregar nuevas ventajas de mantener la abstinencia (éstas se presentan en letras cursivas dentro de la tabla). Carlos enunció con facilidad las ventajas de cambiar, entre ellas, dijo esperar una mejoría en su rendimiento académico, recuperar su condición física y mental y tener un buen pensamiento para realizar las cosas. Como desventajas de continuarlo consideró la posibilidad de perder a su familia, privarse de un buen futuro y disminuir la motivación para hacer las cosas. Inicialmente negó tener ventajas de no cambiar, sin embargo, al hablar de la importancia de identificarlas para entender el mantenimiento de la conducta de consumo e identificar reforzadores que compitieran con ésta, considero que relajarse, disfrutar más de algunas actividades y olvidarse de sus problemas eran algunos beneficios de fumar. Entre las desventajas de cambiar mencionó perder amistades y momentos de diversión.

Cuando consideró que había expuesto todas las ventajas y desventajas de cambiar o mantener su hábito analizamos la tabla. Percibió que las ventajas de cambiar su consumo y las desventajas de no cambiar tenían más peso que las ventajas de no cambiar y las desventajas de cambiar, este análisis lo condujo a plantear la necesidad de modificar su conducta. Con el objetivo de minimizar las desventajas de cambiar hablamos sobre la importancia de generar actividades que compitieran con los efectos esperados de la sustancia, en este caso, con la obtención de relajación, diversión y la posibilidad de disfrutar más las cosas. El análisis de las expectativas de los efectos de la marihuana también fue relevante para detectar las ideas irracionales subyacentes. Se empleó la técnica de modificación de pensamiento para cambiar las expectativas positivas ante el consumo.

Para ejemplificar la manera en que se desarrolló la técnica, expondré un ejercicio encaminado a modificar un pensamiento relacionado con la expectativa de relajación. Primeramente Carlos evocó un pensamiento dirigido a la obtención de relajación "estoy muy estresado, debería fumar para relajarme". Acto seguido, expresé un pensamiento positivo dirigido a confrontar al primero. Una vez realizado el modelamiento, expuso un pensamiento positivo que consideró útil para enfrentar la expectativa de relajación "pero luego me

relajo tanto que me da flojera y voy a estar más estresado". Carlos mostró tener habilidad para modificar sus pensamientos, por lo que consideró a está como una técnica efectiva para enfrentar su deseo por consumir.

Tabla 2. Balance decisional.

	Cambiar	No cambiar
Ventajas	<p>Tener una mejor calidad de vida. Mejorara mi rendimiento en la escuela. Recuperar mi condición física y mental. Tener un buen pensamiento para hacer las cosas. <i>Recuperar la confianza de mi familia.</i> <i>Tener mejores amistades.</i> <i>Terminar mis estudios.</i> <i>Conseguir una buena novia.</i> <i>Tener más dinero.</i> <i>No perder el tiempo.</i> <i>Más tiempo de vida.</i></p>	<p>Relajarme. Disfrutar más de algunas actividades. Olvidarme de mis problemas. Escuchar mejor la música <i>Quitarme la ansiedad.</i> <i>Quitarme el insomnio y poder dormir.</i> <i>Tener más amistades que consumen droga.</i></p>
Desventajas	<p>Perder amistades que consumen. Perderme de diversión en las fiestas. Dificultad para evadir mis problemas con el consumo de drogas. <i>Satisfacción del efecto de la droga.</i> <i>Motivos para ser feliz con el efecto de la droga.</i></p>	<p>No tener un buen futuro. Perder la confianza y apoyo de mis padres. Pérdida de dinero y tiempo. No tener motivos para realizar actividades. <i>Perdería más años de vida.</i> <i>Perder la memoria.</i> <i>Perder un poco la vista.</i> <i>Toxinas en el cuerpo.</i> <i>La adicción a la sustancia.</i> <i>Flojera para realizar cosas o actividades.</i></p>

Establecer una meta es también un objetivo de la primea sesión. Carlos eligió la abstinencia. En una escala del uno al cien le otorgó a la meta un 50% de importancia, lo que sugiere que es tan importante como la mayoría de las cosas que le gustaría lograr. En cuanto al porcentaje de confianza percibido para cumplirla, dijo sentirse confiado en un 75%. Al explorar las razones por las cuales consideró tener ese nivel de auto-eficacia, comentó que era debido a que no se había enfrentado a todas las situaciones de riesgo y además había deseado consumir en varias ocasiones. El resumen de la sesión se enfocó en este último punto, con especial énfasis en aclarar que el aumento de la autoeficacia se trabaja durante las sesiones a partir de la

identificación y enfrentamiento de los disparadores del deseo y situaciones de riesgo además de una evaluación constante de su efectividad.

Sesión 2. Situaciones de riesgo y planes de acción.

El objetivo de este paso es identificar las situaciones principales de consumo y elaborar planes de acción para enfrentarlas. El establecimiento de *rapport* en esta sesión se estableció preguntando sobre las actividades realizadas durante el fin de semana. Comentó que pasó la mayor parte del tiempo con sus padres y que a diferencia de otras ocasiones no se presentaron enojos, dicha situación la atribuyó al empleo de la estrategia de comunicación entrenada durante la sesión anterior. Comentó haber hablado con su padre después de que éste lo regañó por no haber realizado una tarea del hogar “entonces le dije que necesitaba saber claramente cuáles eran mis responsabilidades, pues siempre me piden que haga cosas diferentes y yo no puedo saber lo que esperan que haga”. Su padre respondió favorablemente a su petición y le señaló sus responsabilidades. Lo felicité por haber utilizado de manera efectiva y asertiva la habilidad de comunicación y destacué la importancia de continuar aplicando la estrategia cuando lo considerara necesario.

Mediante el análisis del auto-monitoreo se detectaron dos episodios de deseo sin consumo. El resultado, congruente con la meta establecida, permitió reforzar su logro. Para ello se identificaron tanto los factores que minimizaron la experimentación de deseo y como las situaciones relacionadas con la necesidad de consumir. Como posibles factores protectores señaló dos actividades: estar mayor tiempo en la escuela y tocar percusiones. En cuanto a las situaciones de riesgo identificó como disparadores del deseo estar en casa aburrido, tener tiempo libre y la exposición directa al consumo, este último se presentó durante un concierto. La precisa identificación de los disparadores le ayudó a elegir las estrategias adecuadas para enfrentar de manera exitosa las diversas situaciones de riesgo, entre ellas destacó no tener droga disponible, recordar lo bien que se había sentido sin consumir, cambiar de actividad y estar con una amiga.

La efectividad de estas estrategias lo motivó a continuar aplicándolas y a buscar otras actividades que contribuyeran al mantenimiento de la abstinencia. Para enfrentar futuras situaciones que pudieran amenazar el no consumo elaboramos planes de acción. Una vez identificadas las futuras situaciones de riesgo y elegidas las estrategias de enfrentamiento, se empleó el ejercicio del balance decisional para evaluar los beneficios de las opciones, y la técnica de solución de problemas, para enfrentar los obstáculos.

Los párrafos anteriores pretenden ejemplificar la manera en que la técnica del automonitoreo fue utilizada durante el tratamiento para reforzar la abstinencia, detectar las situaciones de riesgo y disparadores del deseo, así como elaborar planes de acción para reducir la probabilidad presentar una recaída.

Habiendo revisado el autoregistro se abordó el contenido del folleto correspondiente a al segundo paso, cuya primera actividad versó en el análisis de la metáfora de la montaña de la recuperación. Este trabajo se centró en destacar la importancia de aprender a reconocer los obstáculos que en ocasiones anteriores lo hicieron “tropezar” o “caer”. La finalidad de actividad es elaborar un plan de acción para evitar recaer ante la misma situación y modificar el significado de la recaída, al considerarla como una situación de la cual se puede aprender.

Para trabajar con esta metáfora recurrimos a la imagen de una recaída anterior. Evaluó su recaída previa como “un descuido” provocado por la dificultad para resistirse a la invitación de una amiga y por un pensamiento negativo “no hay riesgo, ya llevo siete meses sin consumir”. El resultado del consumo fue una sensación de bienestar que contribuyó a que olvidara su “pacto de no fumar” y continuara consumiendo, aunque después “al darme cuenta que estaba nuevamente donde empecé me sentí muy mal”. Cabe mencionar que ambas situaciones la seguía considerando de riesgo.

El análisis de las situaciones que propiciaron la recaída anterior y su riesgo potencial, motivó la inclusión del entrenamiento dirigido a desarrollar las habilidades necesarias para enfrentarlas. Consideró la invitación a consumir, por parte de una amiga, como una situación de alto riesgo. Para enfrentar la situación se incluyó el entrenamiento en habilidades de rechazo. El modelamiento, además de ejemplificar las estrategias para rehusarse al consumo, permitió a Carlos identificar con mayor precisión los precipitadores. En los ensayos conductuales se pudo detectar el adecuado empleo de las habilidades de rechazo, principalmente las respuestas asertivas y la confrontación. Un ejemplo del manejo de la confrontación lo expongo en la siguiente frase que Carlos utilizó durante el juego de roles: “si tu estuvieras en mi lugar verías lo difícil que es dejar de fumar y no me insistirías tanto, creo que si eres mi amiga más bien deberías ayudarme no invitándome”.

La habilidad sugerida para enfrentar los pensamientos negativos que propiciaron la recaída fue el cambio de pensamientos y las técnicas de modelamiento y ensayo conductual nuevamente fueron empleadas en el entrenamiento. El primer paso fue comentar la importancia de aprender a identificar los pensamientos negativos y desarrollar pensamientos positivos para confrontarlos. Carlos logró identificar dos pensamientos negativos recurrentes: “ya tengo mucho tiempo sin fumar, si fumo no va haber problema” y “sólo fumo hoy y ya mañana sigo sin fumar”. Consideró a ambos ideas como de alto riesgo para desencadenar una recaída. Después de modelar algunos pensamientos positivos, alternativos a la invitación interna a consumir, expuso sus propias pensamiento positivos “ya me pasó una vez, si fumo ahora se me va antojar otra vez” y “me he sentido bien sin fumar, si fumo ahora me sentiré mal”. Adicionalmente a estos pensamientos, que calificó como muy efectivos para prevenir recaídas, dijo que recordar los beneficios obtenidos al dejar de fumar también ha sido un pensamiento eficaz para mantener la abstinencia. Se incitó a poner en práctica las

habilidades y a comentar sus resultados en las siguientes sesiones con la finalidad de evaluar su efectividad y de ser necesario, buscar otras alternativas.

Las actividades que contempla el folleto correspondiente a este segundo componente tienen como objetivo identificar las tres situaciones de mayor consumo y desarrollar planes de acción para enfrentarlas. La primera situación donde detectó haber fumado excesivamente fue su fiesta de cumpleaños, la segunda un rave y la tercera estar de vacaciones con sus amigos. El segundo paso, después de exponer las situaciones de riesgo, se fundamentó en la técnica de solución de problemas y tuvo como objetivo diseñar estrategias para enfrentar esos consumos fuertes. Como resultado de la técnica Carlos propuso alternativas para evitar fumar en esas circunstancias e identificó las ventajas y desventajas de cada una de ellas, análisis que le permitió elegir la mejor opción (ver tabla 3).

Tabla 3. Situaciones de consumo excesivo y planes de acción

Situación de consumo excesivo	Plan de acción	Ventajas	Desventajas
<p><i>Mi fiesta de cumpleaños</i> Cantidad consumida: 5 cigarros. Consecuencias positivas: Disfruté más con mis amigos durante la fiesta. Consecuencias negativas: dolor de cabeza y resaca</p>	<p>No comprar droga para no tener la oportunidad de consumir. Ocupar el dinero que gastaría en droga en otros proyectos, o para conocer otros lugares.</p>	<p>No tener droga para consumir. Estar en un estado feliz sin consumir.</p>	<p>Perder amistades por no tener droga. No estar en el ambiente en que se encuentran los otros.</p>
<p><i>Rave de música electrónica</i> Cantidad consumida: 4 cigarros Consecuencias positivas: disfruté más de la música y aguanté más bailando. Consecuencias negativas: cuando bajo el efecto me sentí débil y con flojera.</p>	<p>Estar con amistades que no consumen. Platicar de otras cosas. Conocer a otras personas. Bailar. Poner música.</p>	<p>Evitar el antojo. Divertirme sanamente. Conocer nueva gente.</p>	<p>No conocer gente que consume. Perder diversión no estando drogado. Aburrirme.</p>
<p><i>Vacaciones con amigos</i> Cantidad consumida: 6 cigarros. Consecuencias positivas: estar drogados y felices, sentir que convivíamos con la naturaleza Consecuencias negativas: desvelarse.</p>	<p>Mantener el tiempo ocupado en actividades artísticas y deportivas como ir a nadar, jugar fútbol, explorar los alrededores</p>	<p>Una buena condición mental y física.</p>	<p>No estar en ambiente.</p>

Si bien la elección de las estrategias la sustentó en la evaluación de sus pros y contras y en el éxito mostrado en experiencias previas, consideré oportuno indagar la presencia de limitaciones para llevarlas a cabo. Mediante esta exploración fue posible descubrir que la inconstancia al realizar las actividades, propuestas para resistirse al uso de marihuana, fue un factor que obstaculizó el mantenimiento de la abstinencia en ocasiones anteriores. Para evitar que esta inestabilidad fuera un obstáculo para mantener la abstinencia, le pedí que planteara metas específicas con relación a la frecuencia en que realizaría las actividades y a la ubicación de los tiempos y lugares destinados para practicarlas.

Sesión 3. Metas de vida

El objetivo de la tercera sesión es analizar el impacto del consumo de marihuana en el logro de las metas de vida a corto, mediano y largo plazo. Los primeros minutos, como en todas las sesiones, estuvieron destinados al establecimiento de *rapport*. En esta ocasión sus primeras palabras versaron sobre lo acontecido durante la semana previa. Habló de cambios favorables en la relación familiar, específicamente con su padre. Esta mejora en la relación la atribuyó a su mayor participación en tareas del hogar y al reconocimiento que el padre le hizo con relación a esta conducta. Esta nueva cualidad en la relación contribuyó a que su estancia en el hogar fuera más gratificante y por lo tanto a permaneciera más tiempo en casa. Esta última consecuencia es favorable debido a que estar en casa es una situación de bajo riesgo para el consumo.

A pesar de la ausencia de consumos durante el tratamiento, la revisión del auto-registro se consideró una herramienta fundamental para detectar situaciones de riesgo, disparadores del deseo, factores protectores además de un elemento útil para monitorear la aplicación de las habilidades entrenadas durante las sesiones previas. Uno de los principales indicadores de mejoría que se pudieron observar mediante esta técnica fue la reducción en frecuencia e intensidad de los episodios de deseo y el mantenimiento de la abstinencia, en gran parte resultado de la aplicación de habilidades de afrontamiento adquiridas durante el tratamiento. En este corte, que coincide con la mitad del tratamiento, registró dos episodios de deseo disparados por la exposición directa a la sustancia, momentos placenteros con otros y expectativas positivas de los efectos de la sustancia. Fueron dos situaciones que detonaron la apetencia por el uso de la sustancia: una fiesta y los minutos de convivencia posteriores a un juego de fútbol. Para enfrentar la exposición directa al consumo empleó como estrategia el rompimiento de la interacción. Ante los momentos placenteros con otros, además de la habilidad anterior, resultó efectiva la respuesta asertivamente ante una invitación a consumir. Consideró eficaz, para modificar una expectativa positiva de los efectos de la marihuana, el manejo de pensamiento. Un pensamiento positivo que formuló para modificar uno negativo (“se ve que esa marihuana

está bien buena, debería fumar un poco”) fue: “si esta marihuana es tan potente, puedo ponerme muy mal si fumo”.

Habiendo analizado las estrategias, actividades y habilidades empleadas para lograr su meta de abstinencia, se revisó el contenido del tercer folleto donde se solicita la formulación de las principales metas de vida. Carlos no tuvo dificultad para exponer sus metas. Ubicó como la más importante dejar de consumir marihuana, seguida de terminar el bachillerato y tener un grupo de percusiones. Las principales motivaciones para lograr la primera fueron evitar desarrollar una adicción a la sustancia, mantener la confianza de sus padres y tener buena salud; para la segunda la razón fundamental fue estudiar la universidad y para la tercera, por el simple gusto de hacerlo.

Para evaluar el grado en que estaba cubriendo sus metas e identificar posibles obstáculos que pudieran limitar su consecución, se le preguntó en qué porcentaje consideraba que las estaba llevando a cabo. La meta de consumo consideró haberla cumplido en un 95%, aquella referente al ámbito académico en un 75% y la tercera, relacionada con la música, en un 30%. Su autoevaluación sobre el grado en que había cubierto sus objetivos sugirió indagar la presencia de limitaciones para cumplirlas. Destacó la falta de organización y constancia. Negó que hubiera obstáculos para mantener la abstinencia. Consideró esta meta prioritaria debido a que su incumplimiento afectaría directamente a las otras al disminuir el interés por sus obligaciones además tendría flojera, depresión, dificultades en la concentración y memoria. Al indagar sobre las redes de apoyo que pudieran contribuir a enfrentar los obstáculos detectados expresó que sus padres, amigos y el terapeuta serían las personas que podrían ayudarlo a llevar a cabo las conductas necesarias para lograr sus planes en las áreas de consumo, académicas y artísticas.

Se realizó un ejercicio donde describió los pasos necesarios para llevar a cabo sus metas y definió los indicadores para evaluar su curso al primero, sexto y doceavo mes (ver tabla 4). Con la finalidad de reforzar la importancia de la meta, la tabla incluye una columna que explora las consecuencias que podrían presentarse en caso de seguir consumiendo.

Carlos enfatizó el vínculo entre el mantenimiento de la abstinencia y sus logros académicos. Estudiar una carrera se perfiló como su principal motivo para el sostenimiento de su meta. Esta asociación hecha por él enmarcó el cierre de la sesión, donde además se abordó la importancia de aplicar las habilidades entrenadas y emplear las redes de apoyo social que contribuyen a reducir los obstáculos para el logro de sus objetivos. Durante los últimos minutos anticipé que en la siguiente sesión se evaluaría el resultado de las estrategias para enfrentar los deseos y situaciones de riesgo y que, de considerarse efectivas, se concluiría el tratamiento.

Tabla 4. Cosas que tengo que hacer para lograr mi meta

Meta	Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando sí:	¿Qué pasará si sigo consumiendo?
<i>1mes:</i>			
Terminar el bachillerato	Poner más empeño en el estudio, asistir a mis clases. Estudiar cuando tenga examen. Crear un hábito de leer. Poner atención.	Obtengo buenas calificaciones en mis exámenes. Mejoro en mi concentración, paso el examen que presenté este mes.	Perdería el interés de seguir avanzando tanto en el estudio como en la cantidad de tiempo que llevo sin consumir.
Dejar de consumir marihuana	Mantenerme sin consumir durante ese mes. Asistiendo a mis terapias. Crear una adicción al deporte. No pensar en consumir.	No he consumido en ese tiempo. Practico un deporte o actividad artística en lugar de consumir.	
<i>6meses:</i>			
Terminar el bachillerato	Pasar la mayor cantidad de materias en ese tiempo, tener el hábito y la concentración de estudiar. Asistir a todas las clases.	Ya tengo pocas materias que pasar. Estoy consciente de que a me falta poco para terminar el bachillerato.	Tendría más obstáculos para pasar materias.
Dejar de consumir marihuana	Considerar el tiempo que llevo sin consumir Tener otras amistades que no consuman	Tengo mejor salud, menos oportunidades de consumir y mejores amigos.	
<i>1 año:</i>			
Terminar el bachillerato	Tener ya mi certificado de bachillerato en mis manos para seguir estudiando y saber qué carrera estudiar en la universidad.	Obtengo mi orgullo de haber terminado mi bachillerato.	Mis metas no se cumplirían y mi vida sería cada día con más problemas.
Dejar de consumir marihuana	Trato de no recaer ya que llevando tanto tiempo no conviene consumir. Mejorar mi habilidad para no consumir.	Recupero la confianza de mi familia. Ya dejé de tener antojo por consumir.	

Sesión 4. Restableciendo de la Meta de Consumo

La última sesión tiene como objetivo evaluar el progreso de la meta de consumo y el resultado de las estrategias para mantener el cambio. En este punto del tratamiento la meta de abstinencia se mantuvo y la reducción de los episodios de deseo se hizo evidente. Nuevamente los momentos placenteros con otros y la

presión social fueron las situaciones de riesgo y el manejo de pensamientos, habilidades asertivas de rechazo y rompimiento de la interacción, fueron las estrategias para enfrentarlas. De manera recurrente estas estrategias mostraron su efectividad, resultado que consideré oportuno señalar con el propósito de reforzar su asociación con los beneficios de la abstinencia. La referencia a la disminución gradual de la intensidad y frecuencia del deseo por usar la sustancia fue motivo para reconocer el aumento en su confianza para resistirse al consumo ante situaciones, que al inicio del tratamiento, consideró de riesgo.

Un apartado del folleto que se utiliza en esta sesión tiene la finalidad de integrar aspectos relevantes trabajados a lo largo del proceso terapéutico. Entre los tópicos a tratar figuran las razones para cambiar, los beneficios de la abstinencia, las situaciones de riesgo y estrategias de enfrentamiento. Al comparar las razones expuestas en la fase inicial del tratamiento con las enunciadas en la cuarta sesión, se observó el mantenimiento de los motivos para cambiar. Recuperar su salud, mejorar en actividades escolares y deportivas y evitar problemas familiares fueron sus principales razones de cambio. En cuanto a las ganancias de permanecer sin consumir dijo esperar mantener los cambios positivos en la relación con su padre, recuperar la confianza de la familia, ser más constante en sus actividades académicas, deportivas y culturales, tener mayor control de sus emociones, convivir con otras personas y mejorar su condición física. Las fiestas, el tiempo libre y los periodos vacacionales fueron evaluadas como las situaciones de mayor peligro para consumir. Finalmente hizo un análisis de las estrategias que podría emplear para enfrentar el deseo ante esas situaciones (ver tabla 5).

Tabla 5. Situaciones de mayor consumo y estrategias de enfrentamiento

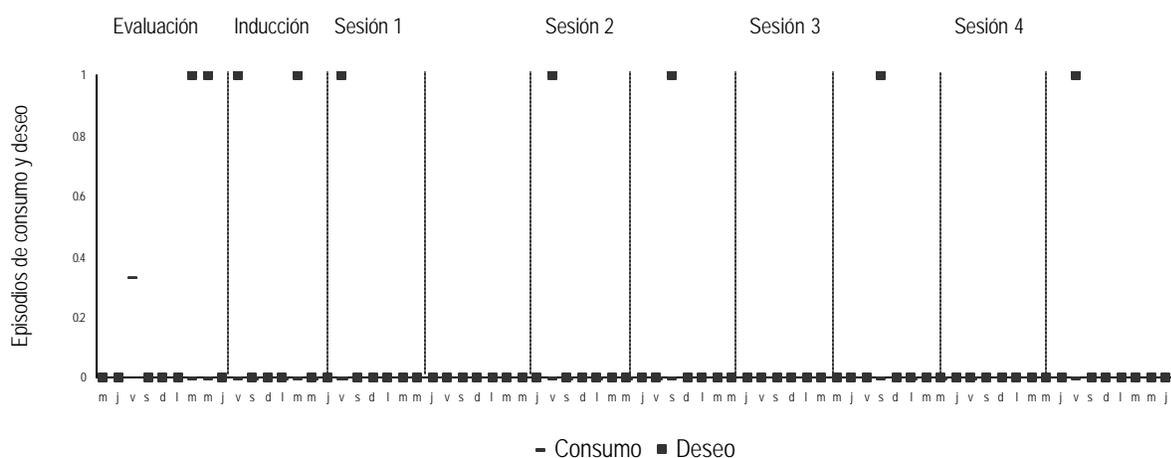
Situaciones de mayor consumo	Estrategias para enfrentarlas
Fiestas y reuniones con amigos	Evitar asistir a fiestas en donde habrá consumo excesivo. No exponerme directamente al consumo. Realizar actividades que no tengan que ver con el consumo, como bailar, poner música, platicar con personas que no fuman, etc.
Tiempos libres y vacaciones	Realizar actividades artísticas y deportivas y convivir mayor tiempo con la familia.

El establecimiento de metas fue uno de los principales temas abordados durante la sesión. Para ello se partió de una diferenciación entre la meta de consumo, evaluada con un 100% de importancia, y las de vida. La primera fue mantener la abstinencia, meta que consideró esencial para lograr las demás: mejorar sus estudios, terminar el bachillerato, estudiar una carrera y obtener un buen empleo.

Resulta relevante señalar el aumento en la confianza percibida para lograra la meta de consumo, en la fase de evaluación fue 75% y al final del proceso 95%. Al preguntar sobre las razones que evitaban que esta seguridad fuera mayor expresó que hasta el momento no creía haberse expuesto a todas las posibles situaciones de riesgo y por lo tanto, no podía garantizar que las estrategias exitosas en situaciones previas funcionarían de la misma manera ante eventos distintos.

La información sobre la reducción de la frecuencia de sus episodios de deseo a lo largo del tratamiento se le presentó gráficamente con la finalidad de señalar puntualmente los cambios y su relación directa con el aumento en su autoeficacia para resistirse a usar la sustancia (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Episodios de consumo y de deseo.

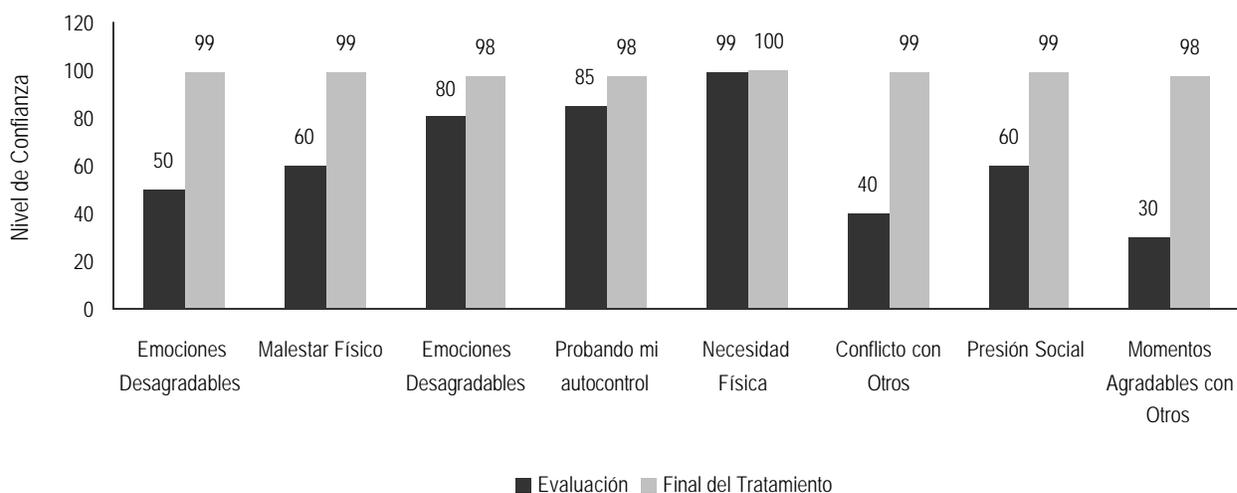


Las modificaciones con relación a la confianza para no consumir ante diversas situaciones también fue retroalimentada a través de gráficos cuyas barras representaron el porcentaje de confianza percibido, al inicio y al final del tratamiento, en las diferentes categorías que explora el CCS. En todas las situaciones evaluadas se observó un aumento en su confianza. Las proporciones más altas correspondieron a las escalas de emociones desagradables, conflicto con otros y momentos agradables con otros, seguidas de bienestar físico y presión social (ver gráfica 5). Se señaló la relación directa entre dichas situaciones y las habilidades adquiridas durante el tratamiento, en función de los eventos de mayor riesgo.

En la sesión final también fue evaluó la percepción del usuario sobre la calidad del tratamiento. Para ello se le pidió que eligiera, en una escala con cinco opciones de respuesta que osciló entre “muy de acuerdo” y “muy en desacuerdo”, la opción que mejor definiera su posición con respecto seis rubros. Dijo estar “muy de acuerdo” en que el programa fue una herramienta para resolver el consumo de sustancias, le permitió tener

un cambio en su consumo y en recomendarlo a un amigo. El nivel de acuerdo fue menor en cuanto al contenido de los materiales, principalmente con relación a los espacios disponibles para escribir y en la duración del tratamiento, consideró que un mes le hubiera parecido muy poco y propuso que las sesiones tuvieran una duración mayor.

Gráfica 5. Resultados del CCS antes y al final del tratamiento.



El cierre de la sesión estuvo enfocado en las habilidades y actitudes que contribuyeron al logro de su meta, entre ellas se destacó su constancia y puntualidad durante el tratamiento y el cumplimiento con sus tareas. Finalmente comentamos la importancia de aplicar en su vida cotidiana las habilidades adquiridas. Al analizar la posibilidad de futuras situaciones de riesgo durante el siguiente mes, el periodo vacacional que se aproximaba fue identificado como un evento asociado a consumos excesivos. Trabajamos con mayor detalle el plan de acción diseñado en la sesión anterior dirigido a enfrentar esos momentos.

Seguimientos

Primer seguimiento

En el primer seguimiento, realizado un mes después de la sesión final, Carlos refirió haber consumido en una ocasión, durante una reunión. Celebraba el fin de año con sus amigos quienes lo invitaron a fumar. Comentó que la exposición directa al aroma de la sustancia provocó su antojo. A partir del análisis

funcional de la conducta de consumo logró identificar cuatro situaciones de riesgo que se ubicaron en las categorías de momentos agradables con otros, exposición directa al consumo, disponibilidad de la sustancia y presión social. Mediante un análisis más exhaustivo fue posible detectar los disparadores. Los principales fueron el consumo de alcohol y pensamientos negativos “no va a pasar nada” y “es para despedirme”. Las principales consecuencias de la caída fueron el sentimiento de culpa y el enojo.

Se retomó el componente de prevención de recaídas revisado durante la fase de tratamiento. Iniciamos con la identificación de disparadores comunes entre el reciente episodio de consumo y recaídas anteriores. Los precipitadores comunes en las diferentes situaciones fueron los pensamientos negativos, uno de los cuales fue “darse permiso para consumir”. Sin embargo, a diferencia de las recaídas previas, en esta caída empleó una estrategia que rompió la cadena conductual, dicha estrategia evitó que el hábito se reinstalara. Reconoció que el recaídas anteriores después de un consumo aparecían pensamientos de fracaso o la tendencia a minimizar las consecuencias. En esta ocasión, al identificar un pensamiento negativo cuya idea esencial era considerar que había fracasado en el logro de su meta, lo confrontó con uno positivo donde negaba que el consumo significara un fracaso y que podía continuar en abstinencia.

Una vez realizado el análisis funcional de la conducta de consumo se elaboraron planes de acción para enfrentar futuras situaciones de riesgo. Las estrategias más efectivas para mantener su meta fue pensar en las ventajas obtenidas de la abstinencia, principalmente la mejoría en la relación familiar, su relación con personas que no consumen, rechazar asertivamente una invitación a fumar y evitar ingerir alcohol en reuniones donde estuviera disponible la marihuana.

Segundo seguimiento

El segundo seguimiento se realizó tres meses después de la conclusión del tratamiento. En este corte temporal Carlos manifestó haberse mantenido en abstinencia. Con relación a las conductas que favorecieron el cumplimiento de la meta, señaló que no tener la sustancia en casa y pensar en los riesgos de una recaída fueron las principales, seguidas de la mejoría en la dinámica familiar y el adecuado manejo del tiempo libre.

Con el objetivo de identificar la presencia de situaciones de riesgo que hubieran podido amenazar el mantenimiento de su meta, pregunté si había experimentado deseo por consumir. Identificó dos episodios de deseo. El primero se presentó en una fiesta con amigos, en esa ocasión los principales disparadores fueron el alcohol y el tiempo placentero con otros. Es importante señalar que los precipitadores fueron los mismos que involucrados en la caída anterior, sin embargo las diferencias en los resultados sugirieron el empleo de estrategias de enfrentamiento. Las estrategias más efectivas para enfrentar el deseo fueron dos: invertir

mayor tiempo con personas que no consumen y realizar actividades incompatibles con el consumo, como bailar, platicar y estar atento a la música durante las fiestas. El segundo episodio de deseo se presentó mientras veía una película en casa. En esta ocasión identificó como disparador el cansancio, estado que asoció con sus anteriores consumos. La baja intensidad del deseo impidió que esta situación fuera de alto riesgo para el consumo, ya que sin haber empleado una estrategia específica para enfrentarlo, no consumió.

Tercer seguimiento

Seis meses después de la última sesión de tratamiento se llevó a cabo el tercer seguimiento. En esta cita Carlos refirió haberse mantenido en abstinencia, logro que atribuyó principalmente a la estrategia de manejo de pensamientos "pensar en los beneficios que he obtenido al estar sin fumar". Aunada a la estrategia anterior consideró que el apoyo de sus amigos "ya no me invitan, porque saben que ya no fumo" y la buena convivencia familiar fueron dos factores importantes para la consecución de la meta. Una parte importante de tiempo la invirtió en trabajar con su abuelo y otra, a practicar actividades deportivas, estudiar y tocar percusiones, situaciones identificadas como significativas para el mantenimiento de su meta.

Comentó con satisfacción haberse enfrentado con éxito a la invitación de una amiga, situación que de manera recurrente durante el tratamiento refirió como de alto riesgo. Ante el ofrecimiento de la sustancia por parte de una amiga utilizó las habilidades asertivas de rechazo, respondiendo que ya no fumaba. Además de esta situación de riesgo, durante los meses previos a la cita, identificó tres episodios de deseo. El primero de ellos se presentó el día de su cumpleaños mientras estaba con sus amigos. En esta ocasión el principal disparador fue el consumo de alcohol. La disponibilidad de la sustancia apareció nuevamente como una restricción importante para el consumo, aunque refirió que si la sustancia hubiese estado disponible habría pensado en las desventajas de consumir y en los beneficios de mantenerse sin fumar. El segundo episodio se presentó ante la exposición directa de la sustancia: encontró un cigarro mientras arreglaba su cuarto. Experimentó antojo pero enfrentó de manera efectiva el deseo mediante la estrategia de cambio de pensamiento, recordó su última recaída y evaluó las pérdidas que podía tener si consumía. En la tercera ocasión que manifestó deseo por consumir se identificó un precipitador externo (imágenes de marihuana) y otro interno, un pensamiento negativo "estaría chido fumar". El cambio de pensamiento resultó ser una estrategia eficaz para enfrentar el deseo, además la baja intensidad del deseo facilitó su resistencia al consumo.

Durante la sesión se exploraron también los cambios en el área académica y laboral. La primera de ellas la consideró como la más débil debido a que hasta el momento no había logrado su meta de terminar la escuela. Con referencia a los cambios en esta área comentó haber aplicado algunas estrategias trabajadas

durante la sesión, principalmente estudiar por periodos cortos de tiempo, cambiar de actividad, estar en un lugar iluminado y sin distractores así como realizar una agenda semanal. El fracaso en el logro de la meta lo atribuyó a la falta de constancia para llevar a cabo estos nuevos hábitos, motivo por el cual, durante la sesión se incluyó el componente de solución de problemas dirigido a enfrentar los obstáculos para mantener los cambios. Carlos propuso algunas estrategias para concluir las materias escolares como iniciar por estudiar las materias más sencillas y tomar clases particulares para presentar los exámenes que considera más complicadas. Un cambio favorable en el ámbito académico fue haber concluido el segundo de cuatro cursos de computación.

En el área laboral se observó un cambio importante, empezó a trabajar de manera ocasional con su abuelo. La búsqueda de ese empleo fue decisión personal y le generó satisfacción principalmente por ocupar su tiempo en algo productivo, tener dinero para poder acceder a las cosas que le gustan y porque esta actividad lo impulsó a organizar mejor sus actividades diarias.

Cuarto seguimiento

En el seguimiento programado un año después del tratamiento Carlos reportó una caída que asoció con dolor físico, tensión y aburrimiento. Debido a un accidente tuvo que permanecer un mes en casa, condición que le impidió realizar actividades que contribuían al mantenimiento de la abstinencia, como salir con sus amigos, trabajar o andar en patineta. Estar en casa "sin poder hacer nada" contribuyó a la generación de expectativas positivas de los efectos de la marihuana, entre ellas identificó aliviar el dolor y obtener relajación. La presión social de los amigos también jugó un rol importante pues cuando éstos lo visitaban lo invitaba a consumir "para que ya no te duela, me decían". Inicialmente se negaba a consumir pero "después de tanto tiempo estar así les pedí marihuana". En esta ocasión consumió marihuana en forma de té. Consideró que por esta vía el efecto, el riesgo y por lo tanto, la probabilidad de tener una recaída eran menores. Los efectos del consumo fueron relajación y alivio al dolor pero con una intensidad menor a que percibía cuando fumaba. Abordamos la caída como una situación de aprendizaje y exploramos las estrategias que empleó para evitar que a partir de este consumo se reinstalara el hábito. Un factor importante para evitar el consumo subsecuente estuvo relacionado con factores externos, principalmente que su madre se enteró del consumo. El enojo de ella contribuyó a la reestructuración de pensamientos que reforzaron la abstinencia. Confrontó las expectativas y efectos positivos de la sustancia. Sus pensamientos giraron en torno a la posibilidad de tener una recaída, perder la confianza de los padres y dejar de interesarse por actividades que actualmente disfrutaba. Dijo que este consumo contribuyó a aumentar su motivación para mantenerse en abstinencia.

Al preguntarle sobre los episodios de deseo previos a este evento consideró que disminuyeron en frecuencia e intensidad “cada vez se me antojaba menos y me daba menos trabajo resistirme cuando veía a otros fumar”. Este comentario sugiere una relación entre las expectativas de los efectos de la marihuana y la auto-eficacia. Al ser menores las expectativas positivas, la eficacia percibida para resistirse al consumo aumentó. A pesar de haber enfrentado exitosamente situaciones relacionadas con la exposición directa al consumo, las siguió considerando como situaciones de riesgo. Expresó que el olor de marihuana se mantuvo como un disparador del deseo aunque en menor intensidad. Fue importante detectar con precisión las estrategias que hasta el momento habían resultado efectivas, con la finalidad reforzar su empleo. Identificó que durante las fiestas resultó efectivo involucrarse en otras actividades como poner la música y estar con personas no consumidoras. El rompimiento de la interacción y las respuestas asertivas se perfilaron como estrategias efectivas para mantener la meta. En este periodo, el recurso que mayormente contribuyó a su abstinencia fue una red de apoyo social, su mejor amigo, quien dejó de consumir desde hace cuatro meses. Comentó que esta relación le ha hecho disfrutar diversas actividades que anteriormente asociaban con el consumo como ir de campamento o andar en patineta.

Además de la constancia en la realización de actividades artísticas y recreativas como pintar, tocar y jugar patineta, también en el área laboral mostró estabilidad al mantener su actividad. Se observaron cambios en el área escolar. Presentó y aprobó algunos exámenes y debido a que una de sus metas a corto plazo es terminar la escuela, estableció un periodo de dos meses para pasar las materias restantes. Manifestó su inquietud de continuar con sus cursos de computación y estudiar la carrera de antropología. Comentó tener una amiga que estudiaba esta carrera a quien le preguntaba sobre las actividades que realizaban, de esta manera pudo identificarla como un área de interés.

Entrevista al colateral

Una semana después del cuarto seguimiento realicé una entrevista telefónica al colateral, la madre de Carlos. El objetivo fue contar con un indicador del cambio en la conducta de consumo, alterno al reporte del usuario, y evaluar su impacto en otras áreas. Una vez expuesto el motivo de la entrevista la madre aceptó participar. Empecé por indagar su percepción sobre el uso de sustancias de su hijo antes del tratamiento. De cinco opciones de respuesta, que oscilaron de sin problema a un gran problema, evaluó la situación como un problema menor. Formulé la misma pregunta, ahora buscando conocer su percepción actual. Su respuesta fue la misma. Negó haber observado cambios en el uso de la sustancia, consideró que su hijo no había dejado de consumir, creencia fundada a partir de indicadores como la actitud rebelde, irresponsable e irritable, desinterés en la escuela y su mirada perdida. No sabía si su hijo había aumentado o disminuido su consumo

pero se mostró convencida de que consumía, a pesar de no haberlo visto fumar. Habló de su preocupación ante el desinterés de Carlos en los estudios "ya abandonó la escuela y no sé cuantas materias quedó a deber". Durante los veinte minutos en que transcurrió la entrevista la madre manifestó su enojo ante su hijo y aunque dijo sentirse culpable de "tener un hijo adicto" consideró que es responsabilidad de él salir del problema "nosotros ya no podemos hacer nada para ayudarlo".

R e s u l t a d o s

En los párrafos anteriores describí la aplicación del tratamiento breve para adolescentes en un usuario que acudió al centro de atención para modificar su consumo de marihuana. En este apartado presentaré un reporte de los cambios en la conducta de consumo a partir de su verbalización durante las sesiones. Esta información se obtuvo principalmente de la comparación de la entrevista inicial y de seguimiento a seis meses. Se integran además los resultados de las cuatro aplicaciones del Cuestionario de Confianza Situacional.

Las mediciones hechas al inicio, al final y a los seis meses, aunados a los cambios reportados por el usuario a lo largo del tratamiento, indicaron un efecto favorable en la conducta de consumo y otras áreas. El cambio en la conducta de consumo se observó en la modificación del patrón de uso de la sustancia, congruente con la meta elegida. Cabe recordar que Carlos acudió con una historia de consumo de cuatro años, periodo durante el cual refirió patrones de consumo cambiantes que oscilaron desde un uso diario hasta periodos prolongados de abstinencia. Para efectos del tratamiento se indagaron las características del consumo durante el año previo a su ingreso a tratamiento. En este corte de tiempo se identificó que el patrón de consumo más frecuente fue de tres a cuatro veces por semana y se redujo a una vez por semana, tres meses antes de acudir a tratamiento. En la fase de evaluación reportó un único consumo, pero una vez iniciado el tratamiento y establecida su meta, mantuvo la abstinencia. Durante su estancia en el programa, que abarcó un periodo aproximado de un año y tres meses, se registraron dos caídas al 1er y 10º meses después de concluido el tratamiento. La aplicación de las habilidades adquiridas evitó que después de la caída el hábito de consumo se reinstalara.

Las estrategias fueron empleadas también para enfrentar el deseo por consumir, el cual registró cambios importantes a lo largo del tratamiento, incluyendo los seguimientos. El registro de los episodios de deseo fue una de las principales estrategias para identificar las situaciones de riesgo y diseñar planes de acción para enfrentarlas. Los datos sobre la adquisición de habilidades para enfrentar el consumo se obtuvieron a partir de una entrevista aplicada seis meses después de que el tratamiento concluyó. La información sobre los recursos utilizados se indagó preguntando si había utilizado de manera satisfactoria,

durante los últimos seis meses, alguna de doce estrategias incluidas en una lista. Entre las estrategias que refirió haber usado, principalmente durante los primeros meses, se encontró el auto-registro. Éste le ayudó a identificar sus situaciones de riesgo y reforzar su abstinencia. El instrumento le facilitó llevar el registro de del tiempo que había permanecido sin consumir y detectar las disminuciones en la frecuencia e intensidad de los deseos. La técnica de solución de problemas también fue empleada exitosamente. Mediante ella pudo definir el problema, plantear opciones y elegir la más adecuada para enfrentar la situación de riesgo. Como ejemplo de la forma en que aplicó este recurso mencionó que en una fiesta donde probablemente habría consumo, sus opciones serían asistir un rato, mezclar o poner la música, estar con personas que no fumaran y salir temprano de la reunión.

Otra estrategia implementada fue el establecimiento de metas, en especial para formar hábitos en la música y el deporte. Mediante este recurso logró incluir entre sus actividades cotidianas tocar percusiones, mezclar música en la computadora y salir en bicicleta. Comentó que un cambio importante fue poder realizar estas actividades sin experimentar el deseo de consumir, como anteriormente sucedía. Por otro lado consideró al balance decisional como una herramienta recurrente y útil para tomar decisiones. Utilizó esta estrategia para evaluar las ventajas de mantenerse sin consumir. Entre los beneficios más significativos de la abstinencia destacó recuperar el interés por actividades artísticas y recreativas, controlar sus emociones y obtener la confianza de la familia. La presencia de redes de apoyo social también fue un factor importante para el logro de la meta. Estableció nuevas relaciones con personas no consumidoras y recibió el apoyo de algunos amigos ante su decisión de dejar de fumar.

En la entrevista de seguimiento también se indagó el empleo de estrategias que no estuvieran contempladas en el tratamiento. Algunas de ellas fueron proporcionadas durante el entrenamiento en habilidades. Un recurso que aplicó con frecuencia y que evaluó como efectivo fue el rompimiento de la interacción. Expresó que cuando sus amigos empezaban a fumar se retiraba del lugar. Como ejemplo describió una situación recurrente: después de jugar un partido de fútbol sus amigos fumaban y cuando esto sucedía, él se despedía. Otra estrategia, a la que llamó "romper la rutina", consistió en cambiar de actividad cuando advertía que se estaba "aburriendo" y consideró que la efectividad radicaba en anticipar la forma de enfrentar esas situaciones de riesgo. Aunque Carlos no expresó que responder de manera asertiva fue un recurso empleado con frecuencia, en su discurso se detectó el uso de esta habilidad ante diversas situaciones de riesgo "respondía que ya no fumaba". Esta observación fue comentada durante la sesión y se enfatizó la importancia de la asertividad para el mantenimiento de la abstinencia. El cambio de pensamiento también fue un recurso valioso. Comentó que cuando identificaba un pensamiento negativo lo confrontaba con otro positivo, en especial le ayudó pensar en que llevaba varios meses sin consumir y en la posibilidad de que a partir de un sólo consumo podía restablecerse el hábito.

Además de arrojar información sobre las habilidades empleadas para enfrentar el consumo, la entrevista de seguimiento a seis meses permitió comparar los cambios acontecidos en otras áreas durante el periodo comprendido entre la fase de evaluación y medio año después de concluido el tratamiento. Los datos que a continuación reporto son resultado de las comparaciones entre ambos formatos.

Uno de los reactivos que indican cambios está dirigido a evaluar el grado de satisfacción con su estilo de vida actual, éste se responde en una escala de cinco puntos que van de muy satisfecho a muy insatisfecho. En la primera entrevista dijo sentirse inseguro, estado que atribuyó a su inconstancia para realizar diversas actividades y cumplir sus metas. En la segunda su nivel de satisfacción aumentó. Consideró estar satisfecho porque logró establecer hábitos en algunas conductas, sin embargo su inconstancia en los estudios le impidieron evaluarse como "muy satisfecho".

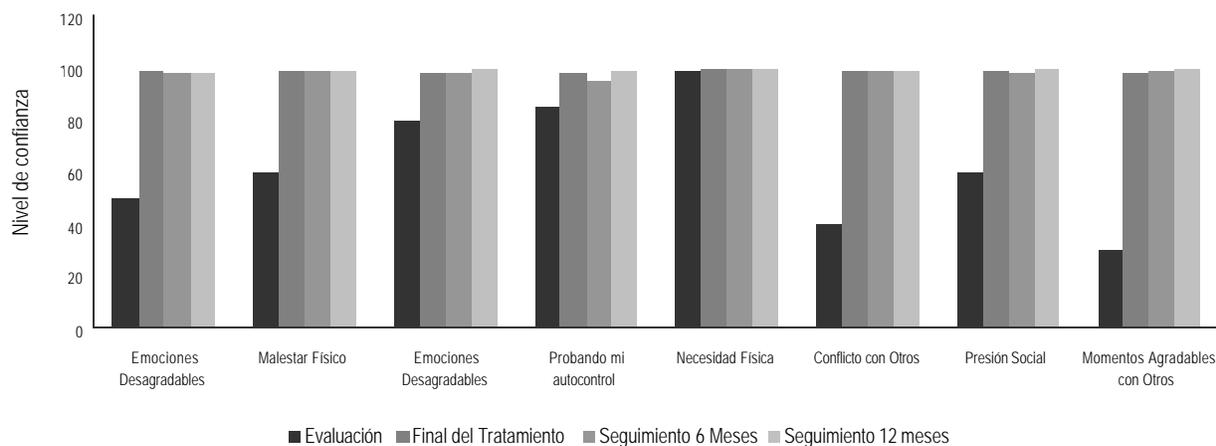
Debido a que se ha reportado que la disminución del consumo de una sustancia puede generar un aumento en otra, es importante monitorear los cambios en consumo de otras drogas. Para obtener este dato ambas entrevistas incluyen un reactivo que busca conocer el nivel de consumo de alcohol. Carlos presentó una disminución en cantidad, de tres a una o dos copas por ocasión y un aumento en frecuencia, de una a dos veces al mes. Sin embargo en el seguimiento a un año comentó que durante los últimos seis meses la bebió en promedio una copa estándar con una frecuencia menor de una vez al mes. Este cambio favorable en el uso de alcohol lo atribuyó a la evaluación de los riesgos de mantener un consumo recurrente de alcohol, principalmente en la generación de dependencia y en la reducción de su condición física. Este análisis de las consecuencias del abuso de alcohol puede ser resultado de la generalización de la técnica balance decisional.

El conocimiento sobre la cómo percibe el usuario su problemática al inicio del tratamiento contribuye a identificar la etapa de cambio en que se encuentra y su motivación al cambio. En etapas posteriores, en función de los cambios que se generan tanto en la conducta de consumo como en otras áreas, esta información permite evaluar el aumento o disminución de la auto-eficacia. En la fase de evaluación el usuario percibió su consumo de sustancias como un problema menor debido principalmente a los problemas familiares, esta respuesta sugirió que se encontraba en la etapa de contemplación. En la sesión de seguimiento dijo que el uso de marihuana ya no era un problema, percepción congruente con el mantenimiento de la abstinencia, la disminución de los episodios de deseo y la efectividad de las estrategias para enfrentar las caídas. Bajo esta situación la percepción de que su consumo no es un problema indicó altas expectativas de resultado, derivadas las respuestas obtenidas ante diversas situaciones de riesgo.

Los cambios en su autoeficacia se evaluaron al comparar los resultados del CCS antes y al final del tratamiento y a los seis y doce meses después de la última sesión. Se observó un aumento en su autoeficacia para resistirse a las diversas situaciones de riesgo (ver gráfica 6). Al comparar la confianza percibida en la

evaluación y la última sesión se observa un aumento en todas las categorías. Al inicio de la intervención el porcentaje de confianza ante algunas situaciones era menor al cincuenta por ciento y al final en todas se registró un aumento, los porcentajes oscilaron entre 98% y 100%. Si bien al cotejar el porcentaje obtenido al final del tratamiento con los niveles de auto-eficacia en el seguimiento a los seis meses, se detectó una disminución de un punto en las escalas de emociones desagradables y presión social y de tres en la prueba de autocontrol. En el seguimiento anual se registró un aumento en todas las situaciones a excepción de emociones desagradables. Esta disminución en la confianza para enfrentar emociones desagradables tiene una relación directa con su última caída, donde la desesperación y el aburrimiento fueron sus principales disparadoras, ambos se ubican en esta categoría.

Gráfica 6. Resultados del CCS en la evaluación, al final del tratamiento y en los seguimientos a los 6 y 12 meses.



Las entrevistas también incluyen preguntas dirigidas a evaluar cambios en el área de salud, escolar, laboral y familiar. Los reactivos sobre salud exploran si el usuario está siendo atendido por un problema físico o tomando algún medicamento. En ambas evaluaciones su respuesta al preguntar por la presencia de un malestar físico fue negativa. Con relación al ámbito académico no reflejó cambios entre el inicio del tratamiento y el tercer seguimiento, aunque al año de finalizado el programa se observaron cambios como haber aprobado algunos exámenes y establecido metas a corto plazo para finalizar sus estudios de preparatoria. El área laboral también presentó variaciones. Su situación laboral fue distinta entre ambas mediciones: en la primera no trabajaba y en la segunda tenía un trabajo ocasional con un familiar. El cambio en esta área debió jugar un papel importante en el mantenimiento de la abstinencia, principalmente considerando que el inadecuado empleo del tiempo libre fue un disparador recurrente de consumo.

Otro ámbito donde hubo una percepción de cambio fue el familiar, específicamente en torno a la relación del usuario con sus padres. Ante la pregunta sobre cómo considera la relación con sus padres en una escala que va de "muy buena" a "muy mala", en la primera entrevista su respuesta fue "regular" y en la segunda "buena". Esta mejoría en los vínculos familiares posiblemente favoreció el cambio en la conducta, no sólo porque los problemas con sus padres y el enojo fueron descritos como situaciones de riesgo y motivo para solicitar tratamiento, sino también porque la confianza de los padres es un predictor de éxito en el tratamiento.

El cambio en la conducta de consumo tuvo un impacto directo en el estado anímico, expresado por el usuario y reflejado a través de un reactivo que exploró episodios de tristeza e ideación suicida. Los problemas generados por el consumo de sustancias, principalmente la experimentación de culpa, generaban estados de tristeza frecuentes. Sin embargo en la subsecuente evaluación respondió que durante los últimos seis meses no se sintió triste. Otro cambio favorable se observó en el aumento en frecuencia y número de actividades no relacionadas con el consumo. Al comparar sus respuesta sobre la periodicidad con la que realizaba 14 actividades incluidas en una lista, se observaron dos variaciones importantes: la primera fue la disminución de la frecuencia con que practicaba una actividad relacionada con el consumo como salir con amigos y la segunda, la integración de dos actividades que señaló practicar casi siempre, la música y la pintura.

En síntesis, los cambios acontecidos en el periodo de un año se manifestaron en el mantenimiento de la abstinencia, la disminución en frecuencia e intensidad de los episodios de deseo, el aumento en el nivel de autoconfianza para resistirse a usar la sustancia, el enfrentamiento exitoso de las situaciones de riesgo y la mejoría en las áreas laboral, familiar, escolar, emocional y social. Si bien la meta del tratamiento se dirige a la modificación del patrón de consumo, los cambios en otras áreas son también indicadores significativos de la efectividad de la intervención. El impacto que la modificación de otras áreas tiene en el logro y mantenimiento de la abstinencia sugiere que su cambio debe ser planeado y medido a lo largo del tratamiento y no evaluado como resultado de la modificación de la conducta de consumo.

C o n c l u s i o n e s

El contenido de este último apartado lo enfoco en tres puntos principales. El primero gira en torno a la importancia de integrar a otro significativo y trabajar con él de manera paralela al tratamiento con el usuario. El segundo aborda las limitaciones de la aplicación del componente de entrenamiento en habilidades y plantea la pertinencia de evaluar e integrar tres componentes al programa para adolescentes. En el tercero propongo incluir y medir otros indicadores de efectividad del tratamiento. La idea que subyace a los tres tópicos es la mejora del tratamiento.

Integración del otro significativo durante el tratamiento

La participación de un otro significativo durante el tratamiento ha sido reportada de manera recurrente en estudios que evalúan programas para usuarios de marihuana. Esta persona ayuda al usuario tanto a identificar los pros y contra de cambiar como a desarrollar estrategias de enfrentamiento. Algunos estudios sugieren que el trabajo con el otro significativo se realice de manera paralela al proceso terapéutico del usuario y otros promueven su inclusión sólo en un par de sesiones.

En el caso expuesto el reporte del usuario y la percepción del colateral fueron diferentes. Este resultado sugiere la necesidad de incluir como medida de efectividad del tratamiento, además del reporte del usuario, la percepción del colateral. La integración de esta medición requiere la participación del colateral durante el tratamiento y no solo al final del mismo. Esta persona puede adquirir un rol fundamental en el proceso terapéutico al involucrarse en el monitoreo de conductas alteradas directamente por el consumo de sustancias y de las cuales se esperan cambios como efecto del tratamiento. La elección de las conductas deberá incluirse en la fase de evaluación. La importancia de su precisión implica la necesidad de definir las operacionalmente y medirlas a partir del aumento o disminución de su frecuencia, en comparación con la línea base. Debido que este componente se encuentra presente en diversos tratamientos diseñados para atender a usuarios de sustancias como una estrategia para aumentar el grado de confiabilidad de la técnica de auto-registro y principalmente para apoyar al usuario en el logro de su meta, la inclusión de un otro significativo podría aportar beneficios al tratamiento.

Entrenamiento en habilidades y otros componentes

En el caso que reporté hago evidente la inclusión del componente de entrenamiento en habilidades, generalmente aplicado mediante las técnicas de modelamiento y ensayo conductual. Este componente forma parte de diversos programas dirigidos a modificar la conducta de consumo, principalmente en adolescentes.

La presencia de esta estrategia se ha justificado a partir de la evidencia de que el uso regular de sustancias desde la adolescencia ocasiona deficiencias en las habilidades de afrontamiento y por lo tanto, el entrenamiento en habilidades puede ser requerido para desarrollar los recursos de enfrentamiento necesarios para lograr y mantener la abstinencia (Monti, Abrams, Kadden y Cooney, 1989).

Si bien el entrenamiento en habilidades es un componente importante en el logro de la meta de consumo, en el caso expuesto la aplicación de este componente presentó algunas limitaciones, principalmente la falta de sistematización y monitoreo de la conducta adquirida. La elección de la habilidad a entrenar estuvo en función de la problemática verbalizada por el usuario durante el proceso y no fue resultado de una evaluación precisa de las áreas o conductas afectadas. Por otro lado, una vez entrenada la habilidad no se monitoreó la frecuencia y la efectividad con que se aplicó, lo que impidió conocer su nivel de influencia en el logro de la meta.

A partir de estas limitaciones y con base en la importancia de incluir en los tratamientos para usuarios de sustancias el entrenamiento en habilidades, sugiero que se evalúe el impacto de la integración de este componente en el tratamiento. Para ello será importante identificar, durante la evaluación, las habilidades que necesitan ser desarrolladas para lograr la meta y definir operacionalmente la conducta con el objetivo de medir la frecuencia con que se aplica la habilidad y su efectividad.

Otros dos componentes que se reportan en la literatura y que no fueron incluidos en el tratamiento son el manejo de caso y de contingencias. El primero es sugerido debido a la importancia de identificar y reducir los problemas no relacionados con el uso de sustancias que pudieran afectar el éxito del tratamiento. El segundo se refiere al uso de incentivos (nunca dinero) contingentes a una muestra de orina negativa. Los incentivos se establecen de acuerdo a los intereses del usuario, por lo que se debe identificar los reforzadores que compiten con la conducta de consumo. Ambos componentes han mostrado ser efectivos en logro de la meta de consumo, por lo que podrían ser incluidos en el tratamiento y evaluados en estudios posteriores.

Otros indicadores de efectividad

El éxito del tratamiento no solo puede ser medido en función de los cambios en la conducta de consumo. En el primer punto de este apartado he sugerido que el monitoreo del otro significativo puede ser una técnica que contribuya a aumentar la confiabilidad del autoregistro y un indicador del cambio en la conducta. Esto se puede lograr a partir del monitoreo de las conductas deseables, de esta manera, el aumento en frecuencia de dichas conductas sería un indicador de efectividad del tratamiento que se sumaría al cambio en el patrón de consumo. El cambio en las áreas alteradas por el consumo también es un indicador valioso de la efectividad del tratamiento. Para exponer este dato en los resultados del tratamiento es

importante que la evaluación del grado de afectación sea lo suficientemente sensible para registrar los cambios al final del tratamiento y durante los seguimientos. Podría ser de utilidad establecer metas consecutivas a corto plazo y asignar un valor a cada una de ellas. Finalmente, el cambio en el consumo de otras sustancias puede sumarse a los indicadores de efectividad. El aumento en el consumo de otras sustancias, mientras se registra una disminución en la conducta objetivo, interfiere con el objetivo del tratamiento de reducir el daño que causa el consumo de drogas. La disminución o ausencia de cambios en el consumo de otras sustancias, contribuiría a la efectividad del tratamiento.

R e f e r e n c i a s

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: Author.
- American Psychological Association. (2000). Society of Clinical Psychology. *A guide to beneficial psychotherapy: Empirically supported treatments*. Washington: American Psychological Association
- Anthony, J. C. & Van-Etten, M. L. (1998). Epidemiology and its rubrics. En A. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (pp. 113-119). New York: Pergamon.
- Anthony, J. C. Epidemiology of drug dependence. (1999). En M. Galanter & H.D. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (pp. 47-58). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anthony, J. C., Eaton, W. W. & Enderson, A. S. (1995). Psychiatric epidemiology. *Epidemiologic Review*, 17 (1), 1-8.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18(4), 18-24
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas con su forma de beber*. D.F., México: Porrúa.
- Ayala, H., Carrascoza, C. & Echeverría, L. (2003). Desarrollo de las políticas de salud en la esfera de las adicciones. Difusión del modelo de autocambio dirigido en instituciones de salud en México. *Thomson Psicología*, 1(2), 17-34.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1998). Una alternativa de Intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 1, 71-93.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 14, 339-348.

- Azrin, N., Sisson, R., Meyers, R. & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105-112.
- Babor, T. T. & Higgins-Bedde, J. C. (2001). *Brief interventions for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care*. World Health Organization, Department of Mental Health and substance Dependence.
- Bandura, A. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Barragán, L. (2005). *Modelo de intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras sustancias*. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F, México.
- Beaglehole, R., Bonita, R. & Kjellhom, T. (2003). *Epidemiología básica*. Publicación científica, 551. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Bergonzoli, G. (2005). Epidemiología y genética: ¿Alianza estratégica en el nuevo milenio? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(1) 38-45.
- Bien, T., Miller, W. & Tonigan, S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E. & López-Moreno, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 46(5), 451-463.
- Borges, G., Mondragón, L., Cherpitel, C., Ye, Y. & Rosovsky, H. (2003). El consumo de bebidas alcohólicas y los servicios de urgencias: Estudios realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente 1986-2003. *Salud Mental*, 26(5), 19-27.
- Borges, G., Wilcox, H., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., Blanco, J. & Walters, E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican national comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28(2), 40-47.

- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y., Sanford, M. & Fleming, J. E. (1996). Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (11), 1440-1448.
- Bray, J. W., Zarkin, G. A., Dennis, M. L. & French, M. T. (2000). Symptoms of dependence, multiple substance use, and labor market outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26 (1), 77-95.
- Breslin, C., Li, S., Sdao, K., Tupker, E. & Ittig-Deland, V. (2002). Brief treatment for young substance abusers: A pilot study in addiction treatment setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16 (1), 10-16.
- Brown, S., Christiansen, B. & Goldman, M. (1987). The alcohol expectancy questionnaire: An instrument for the assessment of adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 483-490.
- Budney, A. J., Higgins, S. T., Radonovich, K. J. & Novy, P. L. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1051-1061.
- Budney, A. J., Moore, B. A., Vandrey, R. G., Hughes, J. R. (2003). The time course and significance cannabis withdrawal. *Journal Abnormal Psychology*, 112, 393-402.
- Campos, E., Martinez, K. & Ayala, H. (2000). *Desarrollo y Validación de la Entrevista Inicial para Adolescentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carroll, K. M., Easton, C. J., Nich, C., Hunkele, K. S., Neavins, T. M., Sinha, R., Ford, H. L., Vitolo, S. A., Doebrinck, C. A. & Rounsaville, B. J. (2006). The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 955-966.
- Claus, R. E. & Kindleberger, L. R. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, 25-31.
- Connors, G., Walitzer, K. & Dermen, K. (2002). Preparing clients for alcoholism treatment: Effects on treatment participation and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1161-1169.

- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. & Stephens, R. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 55-64.
- Cowen, E. L. (1983). Primary prevention in mental health: Past, present, and future. En R. D. Feiner., A. Jason., J. N. Moritsugu & S. S. Faber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research, and practice* (pp. 11-25). New York: Pergamon Press.
- Craig, R. J. (1985). Reducing the treatment dropout rate in drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 209-219.
- D'Amico, E. G. & Fromme, K. (1998). *Adolescent prevention: A new risk skills training program*. Paper presented at the International Conference for the Treatment of Addictive Behaviors. Santa Fe, NM.
- Darles, J. & Goldman, M. (1993). Expectancy challenge and drinking reduction: experimental evidence for a mediational process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 344-353.
- Davidson, R. & Raistrick, D. (1986). The validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: a short self-report questionnaire for the assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 81, 217-222.
- DeGranpre, J. & Bickel, W. (1996). Drug Dependence as consumer demand. En L. Green & J. Kagel (Eds.), *Advances in Behavioral Economics Vol. 3* (pp.1-35). New Jersey: Ablex.
- Dennis, M., Babor, T. F., Roebuck, C. & Donalson, J. (2002). Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction*, 97(1), 4-15.
- Dermen, K. H., Cooper, M. L. & Agocha, V. B. (1998). Sex-related alcohol expectancies as moderators of the relationships between alcohol use and risk sex in adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 71-78.
- Duffy, A. & Milin, R. (1996). Case Study: Withdrawal syndrome in adolescent chronic cannabis users. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(12), 1618-1621.
- Durant, R. H., Smith, J. A., Kreiter, S. R. & Krowchuc, D. P. (1999). The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 286-291.

- Echeverría, L. & Ayala, H. (1997b). *Auto registro del consumo de alcohol y otras drogas: traducción y adaptación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echeverría, L. y Ayala, H. (1997a). *Cuestionario de confianza situacional: Traducción y adaptación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echeverría, L., Ruiz, G. M., Salazar, L. & Tiburcio, M. (2004). *Modelo de detección Temprana e intervención breve para bebedores problema. Curso de capacitación para profesionales de la salud*. D.F., México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Enríquez, R. (2000). Redes sociales y pobreza: mitos y realidades. *La ventana, Revista de estudios de género*, 11, Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- Frenk, J., Lozano, R. & González, M.A. (1999). *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México*. México, Fundación Mexicana para la Salud.
- Gold, M. (1991). Marijuana. En N. Miller & M. Gold (Eds.), *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction* (pp. 353-382). New York: Marcel Dekker.
- Goldman, M. S., Brown, S. A., & Christiansen, B. A. (1987). Expectancy theory: Thinking about drinking. En H. T. Blane & K. E. Leonard (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 181-226). New York: Guilford Press.
- Hall, W. (1998). Cannabis use and psychosis. *Drug and Alcohol Review*, 17, 433-444.
- Hall, W., Johnston, L. & Donnelly, N. (1998). The epidemiology of cannabis use and its consequences. En H. Kalant, W. Corrigal, E. Hall & R. Smart (Eds.), *The health effects of cannabis* (pp. 1-17). Toronto: Addiction Research Foundation.
- Hunt, G. M. & Azrin, N. H. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research & Therapy*, 11, 91-104.
- Institute of Medicine. (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC: National Academy Press.

- Institute of Medicine. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive interventions research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kaltz, E., Brown, S., Schwartz, P., Weintraub, E., Barksdale, W. & Robinson, R. (2004). Role induction: A method for enhancing early retention in outpatient drug-free treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (2), 227-234.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3ª. ed.). D.F., México: Prentice Hall.
- Kessler, R. C., Wittchen, H. U., Abelson, J. & Zhao, S. (2000). Methodological issues in assessing psychiatric disorders with self reports. En A.A. Stone, J.S. Turkkan, C.A. Bachrach, J.B. Jobe, H.S. Kurtzman & V.S. Cain (Eds.), *The science of self report: implications for research and practice*. (pp. 229-255). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate Publisher.
- Kouri, E. M. & Pope, H. G. (2000). Abstinence symptoms during withdrawal from chronic marijuana use. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 483-492.
- Lazcano, E. C. & Hernández, M. (2002). La epidemia de tabaquismo. Epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención. *Salud Pública*, 44 (1), 1-2.
- Leaf, P. (1999). A system of care perspective on prevention. *Clinical Psychology Review*, 19(4), 403-413.
- Litt, M. D., Kadden, R. M. & Stephens, R. S. (2005). Coping and self-efficacy in marijuana treatment: Results from the Marijuana Treatment Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1015-1025.
- López, S., Corcho, A. & López, M. (1998). La hipótesis de la comprensión de la morbilidad: Un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología. *Salud Pública* 40, 442-449.
- López, S., Garrido, F. & Hernández, M. (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Publica* 42 (2) 133-143.
- Lynskey, M. & Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: A review. *Addiction* 95(11), 1621-1630.
- MacCoun, R. J. & Reuter, P. (2001). *Drug war heresies: Learning from other vices, times, and places*. New York: Cambridge University Press.

- Magura, S., Nwakeze, P. & Demsky, S. (1998). Pre-and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction*, 93(1), 51-60.
- Mariño, C., González-Forteza, C., Andrade, P. & Medina-Mora, M. E. (1997). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por uso de drogas. *Salud Mental*, 1, 27-36.
- Mariño, M. C., Medina-Mora, M. E., Escotto, J. & De la Fuente, J. R. (1977). Utilización de servicios en una muestra de alcohólicos mexicanos. *Salud Mental*, 20(2), 24-31.
- Martínez, K. (2003). Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Sustancias. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F., México.
- Martínez, K., Ruiz, G. & Ayala, H. (2003). Adaptación y validación del inventario de situaciones de consumo de drogas. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R. & Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95, 491-503.
- Medina-Mora, M.E. (1991). Surveys that work and they show in Mexico. *Journal of Addictive Disease*, 11(1), 23-32.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, G., Fleiz, C., Villatorro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Glaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultado de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Medina-Mora, M.E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P. Fleiz, C. & Tapia, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: Drogas, alcohol y sociedad, *Salud Mental*, 24(4) 3-19).
- Meyers, R. & Miller, W. R. (2001). *A community reinforcement approach to addiction treatment*. Cambridge, UK: Cambridge University press.
- Meyers, R. & Smith, J. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Miller, W. R., Yahne, E. C. & Tonigan, Y. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse service: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 754-763.

- Miller, W. H. (1989). Follow-up assesment. En R. K. Hester & W. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. (pp. 81-89). Elmsford, New York: Pergamon Press.
- Miller, W. R, Rollnick, S. (1999). *La entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós,
- Miller, W. R., Meyers, R. J. & Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The community-reinforcement approach. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 116-120.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The drinker's check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251-268.
- Millsaps, C., Azrin, R.L. & Mittenberg, W. (1994). Neuropsychological effects of chronic cannabis use on the memory and intelligence of adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 3, 47-55.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M. & Cooney, N. L. (1989). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. New York: Guildford Press.
- Mora-Ríos, J. & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43, 89-96.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1999). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide*. NIH Publication No. 99-4180. Rockville, MD:NIDA, National Institutes of Health.
- Orne, M. & Wender, P. (1968). Anticipatory socialization for psychotherapy: Method and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1202-1212.
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un tratamiento breve cognitivo conductual para usuarios de cocaína*. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F., México. .
- Parada, I., Aredondo, A. & Arjonilla, S. (2003). Costos de hospitalización por farmacodependencia para población no asegurada en México. *Salud Mental*, 26(3), 17-24.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

- Reese, F. L., Chassin, L. & Molina, B. S. (1994) Alcohol expectancies in early adolescents: Predicting drinking behavior from alcohol expectancies and parental alcoholism. *Journal of studies on alcohol*, 55(3), 276-284.
- Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Rowan-Zal, G. A, Joe, G. W. & Simpson, D. D. (2000). Treatment retention of crack and cocaine users in a national sample of long term residential clients. *Addiction Research*, 8(1), 51-64.
- Salazar, M., Martínez, K. & Ayala, H. (2001). *Adaptación y Validación de la Escala "The Stages Of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)"*. Universidad Nacional Autónoma de México, D.F., México.
- Secades, R., Fernández, J. & Arnáez, C. (2004). Motivational interviewing and treatment retention among drug user patients: A pilot study. *Substance Use & Misuse*, 39(9), 1369-1378.
- Secretaría de salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología. (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. México.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional Contra las Adicciones. *Encuesta Nacional de Adicciones 1998*. México.
- Sharkansky, E.J. & Finn, P. R. (1998). Effects expectancies and drug use patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 558-556.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 227-235.
- Skinner B. F. (1938). *The Behavior of Organism*. New York: Appleton-Century-Crofts,
- Smith, G., Goldman, M., Greenbaum, P. & Christiansen, B.A. (1995). Expectancy for social facilitation from drinking: the divergent paths of high-expectancy and low expectancy adolescents. *Journal of Anormal Psychology*, 104 (1), 32-40.
- Sobell, L. C., Maisto, S., Sobell, M. B. & Cooper, A. (1979). Reliability of alcohol abusers: self-reports of drinking behavior. *Behavior Research and Therapy*, 17, 157-160.

- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: Guide self-change treatment*. New York: Guildford Press.
- Solowji, N., Stephens, R. S., Roffman, R. A., Babor, T., Kadden, R., Miller, M., Christiansen, K., McRee, B., Vendetti, J. & MTP Research Group (2002). Cognitive functioning of long term heavy cannabis users seeking treatment. *Journal of the American Medical Association*, *287*, 1123-1131.
- Sparrow, M. (1991). The application of network analysis to criminal intelligence: An assessment of the prospects. *Social Networks* *13*, 251-274.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A. & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 898-908.
- Tapia, R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. D.F., México: Manual Moderno.
- The Marijuana Treatment Project Research Group. (2004). Brief treatment for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(3), 455-466.
- Verinis, J. (1993). Alcoholics' initial expectations of and attitudes toward treatment. *International Journal of the Addictions*, *28*, 827-836.
- Villatoro, J., Hernández, I., Hernández, H. y Fleiz, C. (2003). *Encuesta de Consumo de Drogas de Estudiantes III 1991-2003*. SEP-INPRFM Disco compacto. SEP-INPRFM. México. ISBN-968-7652-43-8, 2004.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Hernández, M., Fleiz, C., Buenaban, A., y Bermudez, P. (2005). La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencia y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, *28*(1), 38-51.
- Vuchinich, R. E. (1995). Alcohol abuse as molar choice: An update of a 1982 proposal. *Psychology of Addictive Behaviors*, *9*, 223-235.
- Wittchen, H. U. (2000). Epidemiological research in mental disorders: Lessons for the next decade of research –The NAPE Lecture 1999. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(1), 2-10.
- Wittchen, H. U., Robins, L. N., Cottler, L. B., Sartorius, N., Burke, J. D. & Regier, D. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *The British Journal of Psychiatry*, *159*, 645-653.

World Health Organization (1992). *International classification of diseases and related health problems* (10th Rev.). Geneva: Author.

Zweben, A. & Flemming, M. (1999). En J. A. Tucker., D. M. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.) *Changing addictive behaviors: Bridging clinical and public health strategies* (pp. 387-405). New York: Guildford Publications.

A n e x o I

Identificación de las redes sociales

I) DATOS GENERALES

Nombre:

Sexo: Hombre Mujer

Edad: **Ocupación:**

Nivel socioeconómico: Alto Medio Bajo

Estado civil: Soltero Vive en pareja Separado/divorciado Viudo

Escolaridad:

II) HISTORIA DE CONSUMO

Tipo de droga	Vía de administración	Frecuencia mensual	Edad de inicio	Ultimo consumo	Tipo de droga	Vía de administración
					1 Tabaco	1 Fumada
					2 Alcohol	2 Tragada o tomada
					3 Marihuana	3 Inhalada o aspirada
					4 Cocaína	4 Inyectada
					5 Inhalables	5 Untada
					6 Anfetaminas y estimulantes	6 Otras
					7 Sedantes y Tranquilizantes	
					8 Heroína	Frecuencia mensual
					9 Otros Opiáceos	1 1 a 5 días Leve
					10 Alucinógenos	2 6 a 19 días Moderado
					11 Otras drogas	3 20 a más días Severo

III) INTENTOS PREVIOS PARA RESOLVER EL PROBLEMA DE CONSUMO

1. ¿Antes de acudir a este centro habías intentado dejar de consumir?
Si No
2. ¿Cómo lo intentaste?
3. ¿Qué te motivó a hacerlo?
4. ¿Lograste interrumpir tu consumo?
Si No
5. ¿Por cuánto tiempo?
6. ¿Qué situaciones influyeron para que reiniciaras?

IV) TRAYECTORIA DE INGRESO A CENTROS DE TRATAMIENTO

Año de ingreso	Nombre del centro	Tipo de institución	Motivo de ingreso	Tiempo de Permanencia	Motivo de Interrupción	Forma de contactarlo

V) BARRERAS AL TRATAMIENTO

Barreras personales

1. ¿Antes de acudir a tratamiento considerabas tu consumo como un problema?
2. ¿Considerabas necesario acudir a tratamiento para dejar de consumir?
3. ¿En algún momento consideraste que tu problema se solucionaría solo?
4. ¿Crees que alguien podría haber criticado tu decisión de pedir ayuda?
5. ¿Consideras que alguien que no ha consumido pueda ayudar a un usuario a dejar la droga?
6. ¿Crees que el consumo excesivo de drogas es una enfermedad?
7. ¿Consideras que el consumo excesivo de drogas es un vicio?
8. ¿Crees que es suficiente con proponerse dejar de consumir para lograrlo?
9. ¿Crees necesario tener fe en Dios para resolver el problema?
10. ¿Consideras necesario hablar de tu problema para solucionarlo?
11. ¿Alguna vez tuviste miedo de las consecuencias de hablar sobre tus problemas?

Barreras familiares

12. ¿Antes de acudir a tratamiento tu familia consideraba tu consumo como un problema?
13. ¿Consideraba tu consumo como una enfermedad?
14. ¿Consideraba tu consumo como un vicio?
15. ¿La familia consideraba necesario un tratamiento para solucionar tu problema de consumo?
16. ¿Tu familia consideraba que tu solo debías resolver tu problema de consumo?
17. ¿En algún momento tu familia se sintió responsable de tu consumo?
18. ¿Podías hablar con tu familia abiertamente sobre tu problema?
19. ¿La familia te brindó ayuda para acudir a tratamiento?

Barreras sociales

20. ¿Crees que la gente rechaza a las personas que consumen?
21. ¿Crees que la gente rechaza a las personas que acuden a tratamiento a dejar de consumir?
22. ¿Recibiste apoyo de amigos para acudir a tratamiento?
23. ¿Tus amigos consideraban necesario acudir a tratamiento para dejar de consumir?
24. ¿Recibiste alguna crítica o rechazo de amigos ante la decisión de acudir a tratamiento?
25. ¿Tuviste dificultades económicas para acudir a tratamiento?
26. ¿Tuviste dificultades de transporte para acudir a tratamiento?
27. ¿Tuviste que suspender actividades cotidianas para acudir a tratamiento?

Barreras institucionales

28. ¿Consideras efectivos a los tratamientos psicológicos?
29. ¿Consideras efectivos a los tratamientos farmacológicos?
30. ¿Consideras efectivos a los grupos de autoayuda?
31. ¿Has estado antes en alguna institución para dejar de consumir?
32. ¿Consideras que el personal tenía las habilidades necesarias para ayudarte con tu problema?
33. ¿Consideras que el personal entendía tu problema?
34. ¿Consideras que existe a nivel institucional tratamientos diseñados para resolver tu problema?

VIII) REDES QUE ESTABLECEN LOS USUARIOS PARA SOLUCIONAR PROBLEMA(S)

	Nombre	Problema	Frecuencia	Reciprocidad
Familia				
Amigos				
Compañeros				
Conocidos				

- Problema**
- 1 Familiar
 - 2 Económico
 - 3 Académico
 - 4 Laboral
 - 5 Legal
 - 6 Salud Física
 - 7 Psicológico
 - 8 Nervioso/ Mental
 - 9 Sexual
 - 10 Afectivo
 - 11 Consumo
 - 12 Social
 - 13 Otro

- Frecuencia**
- 3 Siempre
 - 2 A veces
 - 1 Nunca

IX) ACTIVIDADES QUE RELACIONAN A LOS USUARIOS

	Nombre	Actividad	Frecuencia	Última ocasión
Familia				
Amigos				
Compañeros				
Conocidos				

- Actividad**
- 1 Comunicación
 - 2 Académico
 - 2 Laboral
 - 3 Arte y Cultura
 - 4 Esparcimiento
 - 5 Deporte
 - 6 Entretenimiento
 - 7 Problemas sociales
 - 8 Religión
 - 9 Política
 - 10 Consumo
 - 11 Otro

X) TEMAS DE LOS QUE HABLA CON LAS PERSONAS

	Nombre	Tema	Frecuencia	Importancia
Familia				
Amigos				
Compañeros				
Conocidos				

- Tema**
- 1 Familiar
 - 2 Económico
 - 3 Académico
 - 4 Laboral
 - 5 Legal
 - 6 Salud
 - 7 Afectivo
 - 8 Entretenimiento
 - 9 Sexualidad
 - 10 Arte y Cultura
 - 11 Esparcimiento
 - 12 Deporte
 - 13 Problemas sociales
 - 14 Religión
 - 15 Consumo
 - 16 Otro

A n e x o I I

Cuestionario de preselección

Fecha: __/__/__

I) DATOS GENERALES

Nombre:

Sexo: H M Edad: Escolaridad:

Estado civil: Ocupación:

¿Con quién vive actualmente?

Domicilio:

Teléfono(s):

¿Cómo se enteró del servicio?

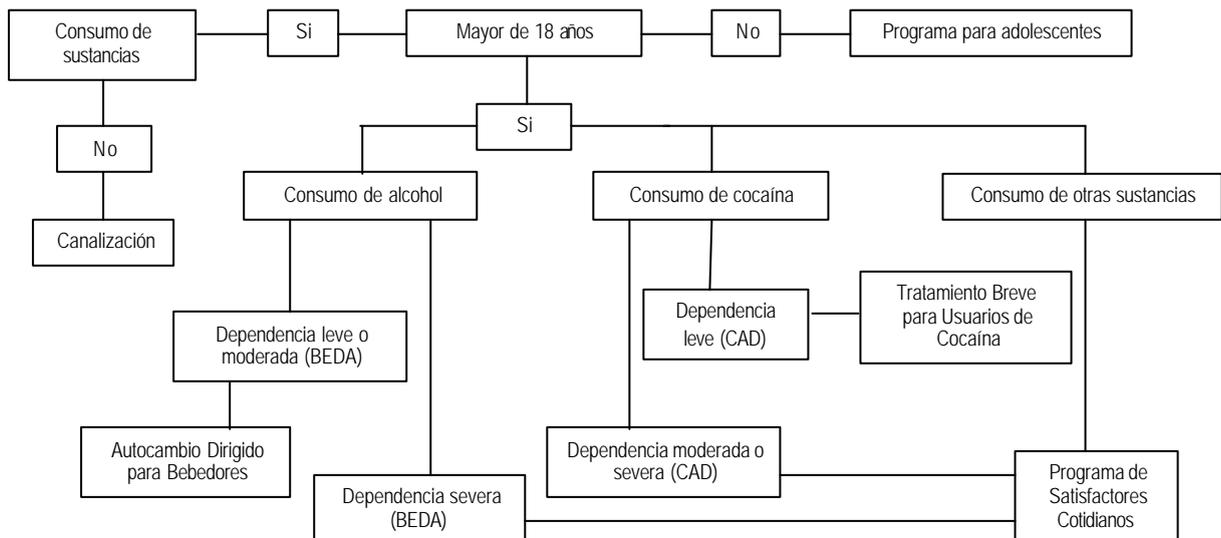
II) MOTIVO DE CONSULTA

¿Cuál es el motivo por el que acude a tratamiento?

III) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1.Acude por consumo de sustancias	<u>Si</u>	No
2.Escolaridad mínima secundaria	<u>Si</u>	No
3.Asiste actualmente a otro tratamiento para solucionar su problema de consumo	Si	<u>No</u>
4.Acude a solicitar tratamiento de manera voluntaria	<u>Si</u>	No

IV) FLUJOGRAMA



A n e x o I I I

Expectativas y barreras al tratamiento

Fecha: __/__/__

EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO

1. ¿Tuvo dificultades para decidirse a acudir a tratamiento? ¿Cuáles?
2. ¿Conoce o imagina cómo es el tratamiento que aquí ofrecemos?
3. ¿Qué beneficios espera obtener al acudir a tratamiento?
4. ¿Qué beneficios espera al cambiar su consumo?

BARRERAS AL TRATAMIENTO

5. ¿Tiene dificultades para acudir a tratamiento? ¿Cuáles?

A n e x o I V

Lista de cotejo. Componentes motivacionales y de Inducción al rol

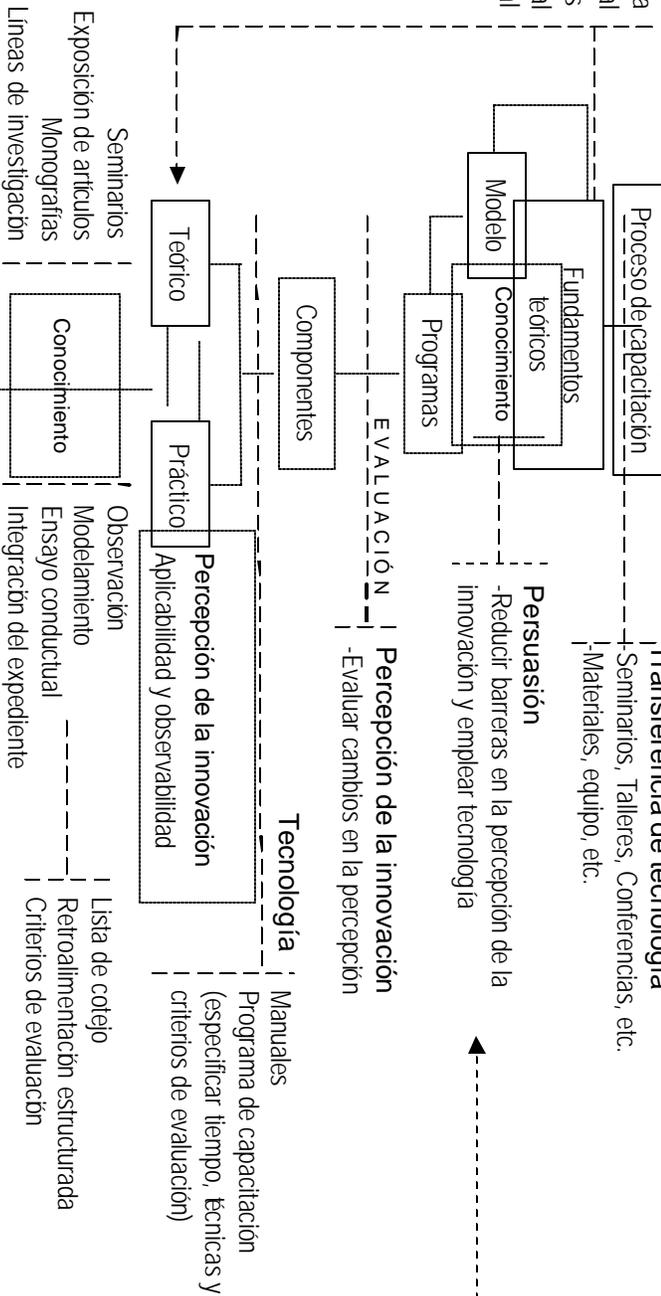
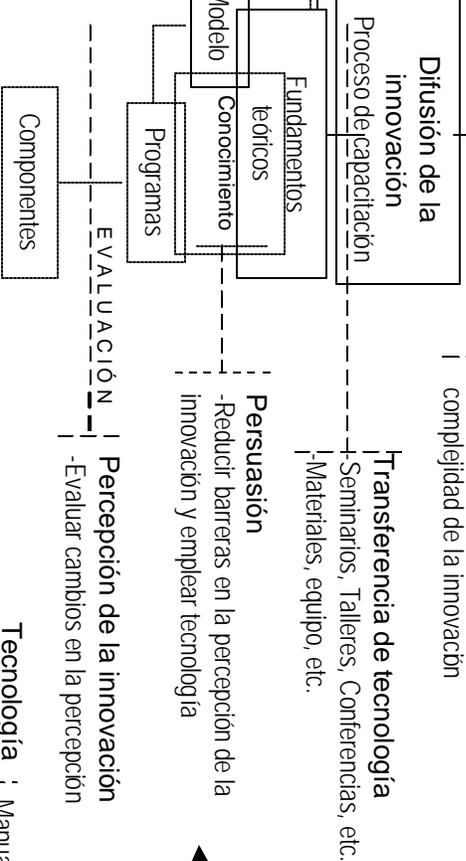
	Componentes motivacionales	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
1	Establece un clima cálido					
2	Mantiene contacto visual					
3	Su postura es relajada					
4	Muestra interés o expresión atenta					
5	Sus expresiones son acordes con lo que expone el usuario					
6	Mantiene adecuada proximidad física					
7	Modula su tono de voz					
8	Escucha sin interrupción					
9	Formula preguntas abiertas y breves					
10	Emplea una escucha reflexiva (parafrasea la información del usuario)					
11	Formula afirmaciones dirigidas a aumentar la discrepancia					
12	Retroalimenta al usuario sobre su situación de consumo					
13	Realiza resúmenes periódicamente enfatizando aspectos relevantes					
14	Provoca afirmaciones auto-motivadoras (apoya al usuario durante el proceso)					
	Componentes de la Inducción al Rol					
15	Expone los fundamentos y objetivo del tratamiento					
16	Describe las características del tratamiento					
17	Da a conocer las habilidades que se adquieren durante el tratamiento					
18	Clarifica el rol del terapeuta					
19	Clarifica el rol del cliente					
20	Proporciona consejo para obtener el mayor beneficio del tratamiento					
21	Señala la importancia del auto monitoreo y las tareas					
22	Motiva al usuario a identificar los beneficios de ingresar a tratamiento					
23	Identifica las posibles barreras al tratamiento					
24	Se plantean opciones para minimizar las barreras.					
25	Reconoce el esfuerzo del usuario para iniciar el cambio					
26	Proporciona nueva cita					

Criterios de inclusión a la Residencia

EVALUACIÓN | **EVALUAR:** Grado de similitud en las creencias y conocimientos entre los adoptadores potenciales.



Teoría Cognitiva
Aprendizaje Social
Intervenciones breves
Entrevista motivacional
Terapia Cognitivo Conductual



Evaluación

- Impacto de la difusión

EVALUACIÓN

- Grado de adopción de la innovación

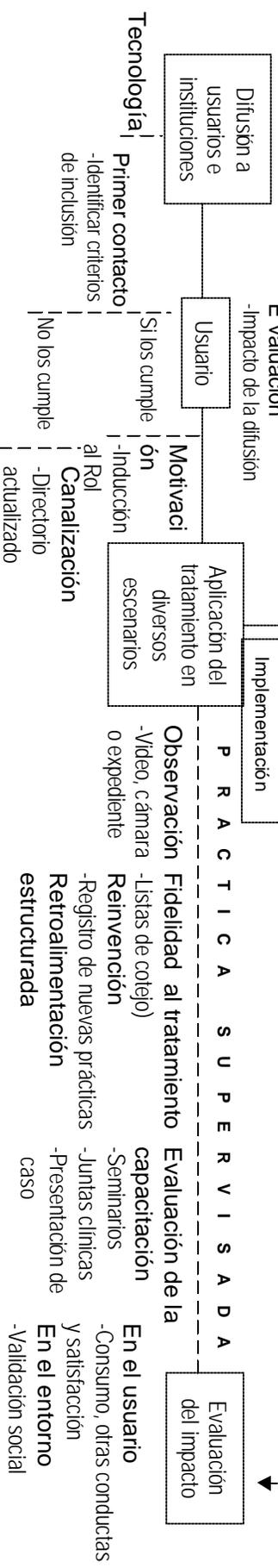


Diagrama de Flujo. Propuesta para diseminar Intervenciones Breves.