

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**“REPORTE DE CASO DE PACIENTE EN TRATAMIENTO  
DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS”**

**INFORME PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL**

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

**P R E S E N T A :**

**ESTEBAN EDUARDO ANDRADE SALINAS**

**DIRECTOR Y SUPERVISOR:**

**Mtro. HORACIO QUIROGA ANAYA**

**INSTITUCIÓN RECEPTORA:**

**UNAM, FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS**

**“PROYECTO DE PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS”**

**CLAVE: 2006-12/23-3709**

**MÉXICO, D.F.**

**2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

EL CONOCIMIENTO / MI FE

“Recibid mi enseñanza, y no plata;

Y ciencia antes que el oro escogido.

Porque mejor es la sabiduría que las piedras preciosas; Y  
todo cuanto se pueda desear, no es de compararse con ella.”

*Proverbios 8:10-11*

“El que ama la instrucción ama la sabiduría;

Mas el que aborrece la reprobación es ignorante.”

*Proverbios 12*

LA SOBERBIA / MI SER

“¿Quién es ese que oscurece el consejo con palabras  
Sin sabiduría?

Ahora ciñe como varón tus lomos; yo te preguntaré,  
Y tú me contestarás.

¿Dónde estabas tu cuando yo fundaba la tierra?  
Házmelo saber, si tienes inteligencia.”

*Job 38:2-4*

“Ciñe ahora como varón tus lomos; yo te preguntaré  
Y tu me responderás.

¿Invalidarás tú también mi juicio?  
¿Me condenarás a mi, para justificarte tu?”

*Job 40:7-8*

EL DESEO / MI ANHELO

“Yo conozco que todo lo puedes, y que no hay  
Pensamiento que se esconda de ti.

¿Quién es el que oscurece el consejo sin entendimiento?  
Por tanto, yo hablaba lo que no entendía;

Cosas demasiado maravillosas para mí,  
que yo no comprendía.

Oye, te ruego, y hablaré;

Te preguntaré, y tú me enseñarás.

De oídas te había oído;  
Mas ahora mis ojos te ven.”

*Job 42:2-5*

# Índice

**RESUMEN...1**

**JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO...2**

**MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA**

**1. ANTECEDENTES DE ALGUNAS SUSTANCIAS QUE GENERAN  
DEPENDENCIA...6**

**2. DEFINICIÓN DE LAS DROGAS...15**

**3. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS...17**

3.1 CLASIFICACIÓN LEGAL...17

3.2 CLASIFICACIÓN SEGÚN SU EFECTO...19

**4. EL ABUSO DE SUSTANCIAS...31**

4.1 FACTORES PSICOSOCIALES...31

4.2 REPERCUSIONES FISIOLÓGICAS...33

4.3 PASO DE UNA SUSTANCIA A OTRA...36

**5. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS...37**

5.1 TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL...38

5.2 MODELO DEL CAMBIO DE PROCHAZCA Y DICLEMENTE...42

5.3 LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL...45

**ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS Y/O DE INTERVENCIÓN...50**

**REPORTE DE CASO...52**

**RESULTADOS OBTENIDOS...71**

**CONSIDERACIONES FINALES...73**

**REFERENCIAS...75**

# RESUMEN

El presente trabajo es un reporte de caso de una paciente con dependencia media al tabaco la cual al comenzar el tratamiento fumaba aproximadamente 18 cigarros diarios usualmente debido a problemas de tipo emocional como el enojo, el estrés y la tristeza quien al terminar el tratamiento dejó de fumar. La paciente originalmente fue referida por su problema de consumo de tabaco sin embargo, no era éste el problema que trataba de resolver sino mas bien buscaba recuperar el control de su vida con respecto a situaciones con sus hijos, problemas de tipo legal y laboral que incidían en su autoestima. Originalmente se situó a la paciente para participar en un programa del área de la Prevención de Recaídas. Se usaron técnicas derivadas de la Entrevista Motivacional, el modelo del cambio de Prochaska y DiClemente y reestructuración cognoscitiva además que se le proporcionaron habilidades como autorrelajación, solución de problemas y toma de decisiones.

# JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO.

## PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS.

**Problemática:** En las últimas décadas se ha observado un incremento del consumo de sustancias adictivas en estudiantes y trabajadores universitarios según el Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas por lo que la Universidad Nacional Autónoma de México ha iniciado, a través de la Facultad de Psicología, diversos programas clínicos para enfrentar dicha problemática así como el de los recursos humanos ya que uno de los problemas que se evidencian es la falta de profesionales capacitados para el tratamiento efectivo de los problemas de adicción por lo que es necesaria la capacitación eficaz de clínicos en el tratamiento terapéutico de pacientes consumidores de sustancias.

**Fines que se persiguen:** La Facultad de Psicología a través de diversos programas busca de manera multifactorial hacer frente al problema de las adicciones que primeramente, se está padeciendo en la población universitaria. Uno de dichos programas de investigación y tratamiento es el de Programa de Prevención de Recaídas.

## **Contexto del Programa de Conductas Adictivas:**

**Misión:** El programa de conductas adictivas tiene servicios de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas, que se caracterizan por un abordaje científico y humano de alta calidad; desarrolla investigaciones que permitan determinar la efectividad, eficacia y eficiencia de los métodos, técnicas y procedimientos que conforman el programa; formación de recursos humanos de alto nivel en investigación, enseñanza, prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas y difunde las actividades y los resultados de la instrumentación del programa.

**Visión:** El personal académico, terapeutas y alumnos del programa de Conductas Adictivas mantienen un sentido de pertenencia a la institución a través de su liderazgo de vanguardia nacional e internacional en la enseñanza, la investigación y la difusión eficazmente articulados en beneficio de la salud individual y familiar que repercute en bien de la sociedad.

**Objetivos:** Brindar servicios de tratamiento de conductas adictivas, que se caractericen por un abordaje científico y humano de alta calidad, a estudiantes y a trabajadores de la UNAM que presenten algún problema de alcohol, tabaco y otras drogas; desarrollar investigaciones que permitan determinar la efectividad, eficacia y eficiencia de los métodos, técnicas y procedimientos que conforman el programa en cuestión, de tal forma que posibiliten su evaluación y continuo avance; formar recursos humanos de alto nivel en la investigación, enseñanza y tratamiento de conductas adictivas, que permitan contar con profesionistas competentes que, eventualmente, coadyuven a la propagación de programas similares en todas las dependencias universitarias que así lo requieran, además de asesorar en el desarrollo de los mismos; difundir las actividades y los resultados de la instrumentación del programa, con el fin de compartir con psicólogos, profesionales de disciplinas afines y personas interesadas en el tema, sobre las experiencias y resultados en los campos del tratamiento de conductas adictivas.

**Ubicación física:** Facultad de Psicología, Edificio “C” primer piso, cubículo 2, en Av. Universidad 3004, Ciudad Universitaria.

**Tipo de institución:** Pública

**Población a la que atiende:** La Facultad de Psicología de la UNAM ofrece el servicio a la población universitaria como estudiantes, personal académico y administrativo así como a público en general que así lo requiera que tenga problemas en su consumo de alcohol, tabaco y/o drogas que van de dependencia leve a severa.

**Tipos de programas que realiza:** El programa de conductas adictivas cuenta con el desarrollo de 4 programas que son de tipo ambulatorio, para pacientes de consulta externa, con intervención breve cognitivo-conductual y son los siguientes:

- 1) Programa de Prevención y Educación sobre Drogas para Estudiantes Universitarios (PREEDEU).
- 2) Detención e intervención breve de alcohol para estudiantes universitarios (BASICS).
- 3) Tratamiento de Auto Cambio Guiado para Estudiantes y Trabajadores Universitarios Bebedores Problema (GSC).
- 4) Tratamiento de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes y Trabajadores Universitarios con Problemas de Alcohol y otras Drogas (SRP).
- 5) Modelo Cognitivo Conductual y Motivacional de Atención Escalonada para el Tratamiento de Problemas de Alcohol, Tabaco y otras Drogas de Estudiantes y Trabajadores Universitarios.

## **Plan de actividades académico-profesionales establecidas con el supervisor:**

Formarme como terapeuta en problemas de adicción a sustancias adentrándome en el campo de las adicciones en un nivel básico de prevención, tratamiento y orientación.

# MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.

## ANTECEDENTES DE ALGUNAS SUSTANCIAS QUE GENERAN DEPENDENCIA

A lo largo del tiempo, el hombre ha tenido una curiosidad innata por el mundo que le rodea. Esta curiosidad lo ha llevado a explorar casi todo lo que está a su alcance, incluso, a desarrollar formas para alcanzar lo que está fuera de su disponibilidad de manera natural, no solo se ha interesado por las cosas que están fuera de él mismo sino que incluso, al percatarse, también por las que ocurren dentro de él. Nadie sabe como algunas personas llegaron al conocimiento de sustancias activas que al ingerirse conllevan cambios tanto fisiológicos como también psicológicos pero se ha observado como algunos animales ingieren hierbas sin ninguna razón especial aparente como pueden ser los perros cuando comen pasto, o más aún, se ha visto como los gorilas comen algunas hojas de sabor amargo y desagradable que parece no gustarles y a pesar de esto las consumen sin embargo, al hacer el estudio químico de las hojas se puede ver que tienen propiedades antiparasitarias por lo que, es probable que de la misma manera algunas personas a través de su interacción con el medio ambiente se hayan dado cuenta de que algunas sustancias de afuera en la naturaleza que lo rodeaba generaban efectos sorprendentes y excitantes dentro de su propio cuerpo. De esta manera es probable que surgiera el descubrimiento de sustancias que alteraban el estado de conciencia normal.

En todas las culturas conocidas, existe el empleo de sustancias alteradoras de la mente y se emplean para usos particulares y especiales como es el caso del vino, algunas hierbas y hongos alucinógenos con distintos y emocionantes efectos. Estas diferentes sociedades han mostrado dentro de sus propias

costumbres, una serie de concepciones al respecto y establecen normas de convivencia social, tradiciones así como prohibiciones para el uso de dichas sustancias.

Se agregaban diferentes simbolismos y significados también a dichas sustancias como por ejemplo y para mencionar algunos casos de esto, el uso del vino, que en la antigua Grecia se usaba para celebraciones especiales, había incluso una deidad para éste y se le concebía como un dador de alegría por otro lado, en el México prehispánico, el uso de sustancias alucinógenas estaba regido por fuertes códigos teocráticos, el uso de sustancias alteradoras de los diferentes estados de conciencia estaban reguladas por una serie de leyes que prohibían a ciertas clases de la sociedad su consumo, otras sustancias como el pulque se podían consumir en ciertas fechas y hasta había lineamientos de edad de los consumidores y de las cantidades de la sustancia y además,(Tapia-Conyer,2001), cabe mencionar que las violaciones a éstos podían acarrear incluso la muerte. Hay que recordar también, que no cualquiera era depositario del conocimiento de hierbas y hongos con el tipo de efectos narcotizantes y medicinales, y aquellos que lo tenían eran de gran impacto en sus sociedades a los que conocemos como chamanes o médicos y se les atribuían propiedades místicas.

Con el paso del tiempo y el cambio histórico del mundo, sus cambios geográficos, políticos y económicos, los agregados simbólicos de semejantes sustancias se fueron perdiendo y cambiando.

En la era moderna y con el surgimiento de nuevas ideas económicas, los así denominados capitalistas notaron que los potenciales económicos en sustancias generadoras de consumidores adictos eran innegables.

A continuación haré una breve mención histórica de algunas sustancias proclives a causar adicción basándome en su popularidad.

# Alcohol

Se desconoce la manera en que el vino o algunos alcoholes para consumo humano fueron descubiertos, el vino, por ejemplo, es tan antiguo como las más remotas civilizaciones en el tiempo. Ya en el antiguo Egipto se producía vino desde hace más de 6000 años, en las historias de esta antigua cultura se puede ver que creían que esta bebida era un regalo del dios Osiris. En la antigua Grecia, se consideraba que el dador del vino era el dios Baco. Los romanos continuaron su tradición llamándolo Dionisio. Muchos emperadores romanos fueron víctimas de los efectos de esta bebida, tomaban decisiones de estado, celebraban victorias, hacían fiestas bajo los efectos embriagantes. En la Biblia, uno de los más antiguos libros de la humanidad se menciona varias veces, tanto el vino como la embriaguez de este. En el código de Hamurabi, de los primeros documentos de leyes conocidos, hay restricciones y pautas en el uso del vino. (Brailowsky,1995).

En la edad media los árabes en el 800 d.C. inventaron un instrumento al cual llamaban alambique y que servía para destilar bebidas y lo introdujeron en Europa para el 1250 d. C. en donde se acuñó la palabra alcohol ya que esta deriva de la palabra árabe alkuhl nombre que hacía referencia al “espíritu” del vino, lo que producía los efectos alcoholizadores en los consumidores de dichas bebidas.

En el México prehispánico también se conocían sustancias alcohólicas a partir del maíz como el tesguino de los tauramoras o del maguey como el pulque, incluso ya se tenía cierta clasificación de los diferentes estados psicológicos de los que se embriagaban con dicha bebida “Con sentido exquisito de la descripción, los indios informantes de Sahagún cómo los había que se encierran en sí mismos sin molestar a los demás, los que se duermen en cuanto se emborrachan, los que se entristecen y empiezan a lloriquear, los que se consuelan cantando, los que dirigen sus desvergüenzas contra otros siendo agresivos, los que toman actitudes prepotentes y dicen ser ricos y poderosos, los que sospechan mal de todo y de todos, los que buscan solaz en la compañía de otros borrachos iguales a ellos...” (Tapia-Conyer,2001).

Aunque como ya se había mencionado, el uso de este tipo de sustancias estaba bien controlado por las leyes teocráticas por lo que no existían desórdenes sociales por el abuso del consumo, limitado a ceremonias especiales, clases sociales como la gobernante y personas mayores se 60 años quienes podían beber sin restricción. Las leyendas cuentan como los enemigos de Quetzalcóatl habían hecho que éste bebiera en demasía y por este acto decidió exiliarse y la violación de tales restricciones conllevaba a penas severas incluso la muerte, en contraste, el orden prehispánico cambia en el momento en que el nuevo orden colonial es impuesto por los conquistadores europeos de manera que el pulque, que era considerado como una bebida especial para ciertas ceremonias y clases sociales, ya no lo era más, en la colonia los nativos americanos podían beber sin restricciones, ya no había ningún pretexto para no beber lo que provocó un gran aumento de alcohólicos entre éstas poblaciones llevando ahora la asociación del pulque con una bebida corriente para la plebe en el siglo XVI y es en este siglo cuando comienzan los negocios como las pulquerías fomentando así la mayor distribución de pulque además, durante dicho siglo comienzan a producirse grandes cantidades de caña traída por Hernán Cortés y por medio de la destilación, nuevos productos alcoholizados como el aguardiente de caña, con el tiempo nuevos productos como los derivados del maguey comienzan a producirse, el mezcal y luego el tequila abarcando así un mayor número de bebedores empedernidos. El problema continúa hasta las tiendas de raya donde a los trabajadores se les fiaba y/o pagaba con alcohol llenando aún mas los huecos en la sociedad no contaminados con este tipo de vicio y así hasta nuestros días (Tapia-Conyer,2001).

Por su parte en Estados Unidos los accidentes y crímenes asociados al consumo del alcohol llevan al gobierno a instalar la ley seca, el alcohol entonces fue controlado y de esto empezó un crecimiento en el tráfico de alcohol lo que generó un crecimiento del crimen organizado y el problema de lidiar con él y el aumento del consumo de alcohol por lo que mas tarde se quitó dicha prohibición (Tapia-Conyer,2001).

# Tabaco

No se conoce el origen del hábito de fumar tabaco, cuando Cristóbal Colón llegó a América los nativos ya consumían esta planta. Es innegable pues, que el tabaco ya estaba muy adentrado en las sociedades americanas cuando éstas comenzaron a desarrollar las primeras civilizaciones ya que el conocimiento de los efectos de éste se ve claramente en los restos históricos y arqueológicos. Desde las cordilleras andinas hasta Canadá los oriundos americanos conocían la planta de la cual hay mas de 60 clases diferentes y lo consumían en forma de puro, hacían infusiones, aspiraban el humo al quemarlo, lo hacían polvo y lo aspiraban por la nariz, lo mascaban y lo fumaban en pipas. En Mesoamérica los sacerdotes llevaban bolsas especiales en sus atuendos en donde llevaban un montón de hojas de la planta. A la llegada de los españoles, el tabaco se vendía ya en forma de cigarros de los cuales había de diferentes calidades y costos (Tapia-Conyer,2001). En España un marinero de Colón llamado Rodrigo de Jerez fue tal vez de los primeros en fumar, al verlo así, fue encarcelado por la inquisición en el supuesto de que era poseído por el “demonio”. Después por los marineros de Américo Vespucio introdujeron la costumbre de mascararlo. Sir William Raleigh introdujo la costumbre de fumarlo en pipa (Tapia-Conyer,2001), ya que éste lo había adquirido de los pueblos del norte de América quienes así lo acostumbraban. Para el año de 1559 el tabaco se popularizó mucho a raíz de que el embajador francés Nicot en Portugal le diera tabaco a Catalina de Medici esposa del rey francés Enrique II para curar sus espantosas jaquecas y al darle resultado, se extendió la creencia de que esta planta tenía efectos curativos casi para todo por lo que se le llegó a conocer como la hierba para todos los males (Brailowsky,1995). Los españoles comenzaron el comercio del tabaco y por casi 100 años tuvieron el control de la mercancía en sus manos pero poco tiempo después los ingleses en sus colonias como en Virginia comenzaron a cultivarlo y a consumirlo en Inglaterra, los portugueses por su parte, lo vendían en India, Japón, China y Arabia; es así como la planta del tabaco comenzó a distribuirse por el mundo conocido y su valor en precio aumentaba enormemente. El valor de la planta era tan elevado que la independencia de las colonias inglesas fue posible

gracias a que Francia aceptaba suministrar de equipos militares a los independentistas a cambio también de tabaco (Brailowsky,1995).

El intento de controlar la situación de la gran cantidad de personas dependieran tanto del tabaco no se hizo esperar, el papa Urbano VIII y el papa Inocente X prohibieron su consumo sin embargo el papa Benedicto XIII quitó dicha prohibición, sería porque él era un fumador apasionado. En China, en Rusia y en Turquía se prohibió durante el siglo XVII consumir tabaco so pena de muerte pero esto fue relativamente infructuoso ya que el hábito seguía extendiéndose. En el siglo XVIII se popularizó el consumo por medio de la inhalación el mismo Napoleón consumía alrededor de 4 kilos al mes, a esta forma de tabaco se le conocía con el nombre de rapé y es en este mismo siglo que los químicos franceses Reiman y Posselt al aislar la sustancia activa principal la llamaron nicotina. Durante el siglo XIX en los Estados Unidos de América se empezó a hacer costumbre el masticado de tabaco, incluso era ley tener en los edificios de la época escupideras (Brailowsky,1995). Ya por 1883 se inventó la máquina para fabricar cigarrillos y desde entonces la costumbre de fumarlos fue incrementándose en la sociedad a través de muchos medios de influencia como la publicidad, el cine, el teatro, dándole a dicha actividad la apariencia de sofisticación y buena costumbre (Brailowsky,1995).

## **Opio**

El conocimiento de opio y sus efectos es conocido desde la antigüedad muchas civilizaciones lo empleaban desde entonces, se ve por ejemplo en una tabla sumeria de hace seismil años referencias a la planta, los egipcios lo usaban para muchos remedios medicinales, los griegos plasman a través de Homero el uso del opio mezclado con alcohol para quitar la tristeza, el mismo dios griego Hipnos era representado con platos que contenían bulbos de amapola en él y así también en Roma tenemos a Galeno, II d. C. , lo empleaba para diversas afecciones como la sordera, el envenenamiento, el asma, la menstruación, la parálisis, la tos, la fiebre, el dolor de cabeza, epilepsia, vértigo, melancolía,

cuando alguien perdía la voz, para la pérdida de la vista, entre otros males (Brailowsky,1995).

Para los siglos X y XI los árabes habían acumulado el conocimiento de la medicina griega, de India y la suya y estos a su vez diseminaron el cultivo de la planta en India y China haciéndose a gran escala tiempo después. El médico Avicena con su libro Canon y el médico Al Rhatzi con su enciclopedia cerca del 900 d.C. diseminaron el conocimiento en Europa cuando España era dominada por los árabes. Estos libros fueron traducidos al Latín y así se introdujeron a toda la Europa medieval y de ahí al resto del mundo (Brailowsky,1995).

En China, en el siglo XVIII, se prohibió el uso del tabaco y éste a su vez era reemplazado por el opio de manera que para el siglo XIX había ya una epidemia de adictos por lo que se prohibió el opio en ese país, en ese entonces, Inglaterra le pagaba a China mucho del té que le compraba con dinero que obtenía de la venta de opio, y Estados Unidos también cosechaba grandes ganancias ya que lo exportaba con mucha demanda, cuando éste fue prohibido, los ingleses y estadounidenses empezaron a contrabandearlo y la entrada de opio a China aumentó cien veces más (Brailowsky,1995) por lo que el gobierno chino confiscó todo el opio en sus puertos y lo quemó. Este hecho dio pretexto al gobierno inglés y estadounidense para invadir China y capturar Pekín, de esto los Ingleses ganaron 6 millones de dólares de la época, el control de varios puertos y la isla de Hong Kong.

Ahora añadamos el aislamiento de la morfina, la invención de la jeringa moderna, algunas guerras donde se administraba morfina para el control del dolor desmedidamente como en la guerra de secesión de los Estados Unidos de América y luego el aislamiento de la heroína que es más potente, la llegada de muchos trabajadores chinos a ese país, los cuales fumaban la sustancia, y es así como se obtuvo un crecimiento masivo de la adicción al opio y sus derivados como el que tenemos actualmente.

El consumo de opioides era legal hasta 1914 cuándo fueron prohibidos y controlados en Estados Unidos hasta entonces, era común pedirlo por correo y usarlo a gusto para males como dolores, problemas intestinales entre otros (Brailowsky,1995).

# Cocaína

La cocaína es una sustancia derivada de la hoja de coca. Tradicionalmente en Perú, las poblaciones incas ya consumían la planta de manera en que mascaban las hojas de coca desde aproximadamente el año 500 d.C. El valor de las hojas de coca era tal que los nativos sudamericanos usaban las hojas como valor comercial para la venta y compra de productos. A la llegada de los españoles, los nuevos conquistadores de la región se dieron cuenta del efecto valioso que tenían dichas hojas en las poblaciones oriundas y comenzaron a intercambiarlas por oro y plata, (Brailowsky,1995). Ya para finales del siglo XIX, el químico italiano Angelo Mariani importaba toneladas de hoja de coca para comerciar una bebida que producía con ellas y lo publicitaba con la siguiente información:

“Nueva vida, nuevo vigor. Vino tónico y estimulante que fortalece, refuerza y restaura las fuerzas vitales. Por exceso de trabajo, o para la fatiga física o mental, nada igual al Vino Mariani por sus efectos benéficos, inmediatos y duraderos. Esta aseveración se basa en Apoyos escritos de más de siete mil eminentes médicos y por su uso continuo por mas de 30 años en hospitales, instituciones públicas y religiosas, en todas partes.” (Braylowsky,1995,pp.212).

En 1855 el químico J.Johnson publicó sus experimentos para obtener el principio activo de la coca y escribió que eran 3 y no una. La resina era narcótica, la segunda era amarga y la relacionó con la cafeína y la tercera era el ácido tánico y a esta le atribuyó los efectos estimulantes (Tapia-Conyer,2001).

La cocaína era bien vista en aquel entonces, el mismo personaje Sherlock Holmes la consumía intravenosamente, El mismo Sigmund Freud realizaba estudios acerca de la cocaína junto a su colega Carl Koller, acerca de sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central, él mismo la recomendaba a pacientes, a su esposa e incluso se la inyectaba él mismo, la empleaba como anestésico local y contribuyó a una severa adicción a la cocaína en el gran fisiólogo de la época Ernst von Fleischl-Marxow tratando de eliminar su adicción a la morfina. (Appignanesi-Zárate,2001)., la cocaína empezó a usarse mucho en oftalmología y odontología.

# Marihuana

La marihuana es quizá la más conocida de las drogas ilegales en nuestro país y abarca todo tipo de estratos sociales. La marihuana es conocida desde tiempos inmemoriales, los registros históricos más antiguos los encontramos en China en el año 2737 a.C. (Brailowsky,1995), en los cuales se puede ver que la marihuana la usaban para el alivio de muchas enfermedades como la malaria, algunos dolores y falta de concentración, en el 500 a.C. existe otro documento escrito en el cual se habla de la marihuana como “liberadora del pecado” (Brailowsky,1995). En India también existían tradiciones religiosas en la cual las personas se sometían a ayunos especiales y después, corrían desnudos por grandes sembradíos para pegarse en la piel la mayor cantidad de resina de las hojas de la planta y con ésta luego preparaban pasteles para continuar sus ceremonias. En Estados Unidos George Washington la cultivaba junto con muchos estadounidenses, no solo la marihuana se usaba para obtener efectos de alteración de la conciencia sino que también se hacía hilo de cáñamo para la fabricación de redes de pesca. En Europa la marihuana fue introducida por Napoleón a su llegada de la guerra en Egipto y seguido de esto se empezó a usar mucho por intelectuales y aristócratas de la época. En ese mismo siglo, el XIX, se le recomendaba el uso de la planta a los estudiantes de psiquiatría para alcanzar una mejor comprensión de los estados psicóticos y los psicólogos la empleaban para obtener una mayor amplificación de los sentidos sensoriales y así abordar su estudio. En México tuvimos después la famosa canción de “La Cucaracha” en los tiempos de la Revolución Mexicana. (Tapia-Conyer,2001).

Para 1937 se inicia una ley en Estados Unidos que prohíbe el uso y la venta de marihuana por lo que las costumbres alrededor de ésta como el uso para aliviar malestares del estado de ánimo pasan a ser ilegales.

# DEFINICIÓN DE LAS DROGAS

Una droga es cualquier sustancia que al introducirse en un organismo produce una alteración del normal funcionamiento de éste, de hecho, la Organización Mundial de la Salud la define como:

Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del Sistema Nervioso Central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (camporenacimiento.com).

Hay una gran manera de clasificar a las drogas. Se clasifican según su tipo, por sus efectos, por su origen e incluso se clasifican por las leyes internacionales como drogas legales e ilegales. Es curioso el hecho de que el mayor número de daños que ocurren en la mayoría de las personas no son las drogas ilegales sino las drogas legales. Drogas legales como el alcohol y el tabaco producen más muertes y daños a la salud en un año que todas las drogas ilegales en el mismo periodo juntas.

Por lo anterior lo que se refiere a la prevención de los efectos dañinos de sustancias debería enfatizarse aún mucho más en este tipo de sustancias permitidas.

Las drogas traen daños al consumidor dependiendo de la cantidad y frecuencia de consumo, daños físicos y/o psicológicos (camporenacimiento.com).

Las alteraciones que causan las drogas son muy variadas, depende del tipo de sustancia que se introduce en el cuerpo, pueden excitar, provocar alucinaciones, afectar la percepción del dolor, deprimir, tranquilizar, entre otros.

Algunas drogas se usan para este tipo de fines sin ningún tipo de restricción y son socialmente aceptadas como la cafeína que se encuentra en el café o en el té o los sedantes, para citar algunos (camporenacimiento.com).

Para abordar el tema de las diferentes tipos de drogas tenemos que someternos a una clasificación, sin embargo, hay muchas maneras de clasificar a las drogas por lo que tomaremos las dos maneras mas comúnmente aceptadas de clasificación, una de éstas es según las leyes internacionales, que clasifica a las drogas como drogas legales y drogas ilegales. La siguiente manera de clasificación es según el tipo y los efectos de tales sustancias. Se clasifican como estimulantes del sistema nervioso central, depresores del sistema nervioso central, alucinógenos, canabiloides y de diseño (wikipedia.org).

## **CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS**

Las drogas son clasificadas de dos maneras; una es según las leyes internacionales y las clasifican en drogas lícitas e ilícitas (camporenacimiento.com). La otra forma de clasificación está basada según los tipos como estimulantes del sistema nerviosos central, depresoras del sistema nerviosos central, alucinógenas, canabilonas y de diseño (medelineplus.com).

### **Clasificación legal**

#### **Drogas Lícitas**

Estas lícitas son usadas en la actualidad por un alto porcentaje de la población. Lo que no se comunica públicamente es que en el mundo mueren más personas debido a las consecuencias del alcohol y el tabaco, que como resultado del abuso de todas las dogas ilegales juntas.

Existen las más variadas marcas y precios, con lo que las empresas productoras persiguen captar la mayor cantidad de usuarios posible, lo que naturalmente incrementa sus utilidades. Las millonarias campañas publicitarias, normalmente muestran un medio de personas exitosas que usa estas sustancias. De hecho en los Estados Unidos en los últimos años, las tabacaleras han perdido juicios multimillonarios contra consumidores afectados,

gravemente, por cáncer laríngeo a consecuencia del uso de cigarrillos (camporenacimiento.com).

## **Las drogas más utilizadas son:**

- Tabaco
- Alcohol
- Fármacos
- Anabólicos y Esteroides
- Xantinas

## **Drogas Ilícitas**

Las drogas ilícitas son aquellas sustancias cuyo consumo está prohibido por ley. Sin embargo su uso ha ido creciendo cada vez más. En la actualidad, lamentablemente, contamos con una gran variedad de sustancias que modifican el estado de conciencia.

En nuestro país el consumo de este tipo de drogas ha ido en aumento en los últimos años, comprometiendo cada día más a los jóvenes en edades cada vez más tempranas.

Lamentablemente las campañas de prevención impulsadas por los distintos elementos de la sociedad, resultan insuficientes, y muchas veces mal enfocadas (camporenacimiento.com).

## **Las más conocidas son:**

- Opio
- Cocaína
- Heroína
- Marihuana
- Éxtasis o MDA

# Clasificación según su efecto.

Ya que existen varias formas de clasificar a las drogas que nos interesan; de hecho, se ha producido alguna confusión sobre este tema. Ocurre que hay diferencias notables en los criterios para enmarcar los tipos de sustancias atendiendo a su capacidad adictiva, a la acción que ejercen en el organismo, a las respuestas que provocan en el psiquismo, etc. En virtud de su utilidad para usar un lenguaje generalmente aceptado por los organismos internacionales, y porque nos parece la mejor para el medio escolar y comunitario, expondremos la clasificación de mayor uso por los expertos más reconocidos, aunque no dejaremos de hacer algunas salvedades de acuerdo con nuestro propio punto de vista (wikipedia.org).

## Cinco son los grupos o tipos principales:

- **Depresores del sistema nervioso central (SNC)**
- **Estimulantes del (SNC)**
- **Alucinógenos o Psicotomiméticos**
- **Canabinoides**
- **Drogas de diseño.**

Existen varias clasificaciones de las sustancias adictivas de acuerdo a su estructura y propiedad química y a los efectos que producen en el sistema nervioso central. De éstas existen varias versiones; una clasificación de utilidad práctica es la de NIDA (National Institute of Drug Abuse). Clasificado por el efecto **depresor o estimulante** (medeline.com).

Hay varias clasificaciones de las sustancias que causan adicción de acuerdo a su estructura química y aplicaciones, a continuación los mencionaremos a grandes rasgos.

# Depresores

Los depresores, dentro de los cuales están incorporados los neurofármacos son sustancias que principalmente afectan el sistema nervioso de manera que reducen las capacidades del sujeto, pueden producir estados como el sueño, inhibir sensaciones y las capacidades de respuesta. Afecta la transmisión de neurotransmisores de las estructuras presinápticas por lo que los botones posinápticos dejan de recibir la información y esto produce que no halla paso de la información sensorial la cual es limitada de acuerdo a la dosis suministrada de neurofármacos, a mayor dosis mayor efecto inhibitorio. Afectan de manera importante las funciones del sistema respiratorio, del corazón y del sistema digestivo de manera que disminuye la actividad de estos sistemas hasta el nivel de producir el paro total de las funciones que desempeñan lo que puede generar hasta la muerte causada por dosis muy elevadas (Brailowsky,1995).

El grupo de los neurofármacos esta constituido por:

- Anestésicos
- Analgésicos narcóticos
- Hipnóticos y sedantes
- Alcohol
- Antiepilépticos
- Agentes antiparkinsonianos
- Antiespásticos

Depresores que no se encuentran contenidos dentro de los neurofármacos:

- Inhalables
- Derivados del opio como la heroína

# Anestésicos.

Los anestésicos son sustancias que afectan el sistema nervioso principalmente a un nivel sensorial ya que bloquean las señales en las terminales nerviosas. Los anestésicos se clasifican en anestésicos generales y anestésicos locales. Los anestésicos generales bloquean todo tipo de sensaciones, se encuentran en forma de gas y al ser inhalados provocan una disminución de la sensibilidad en todo el cuerpo según la dosis y los anestésicos locales son más localizados ya que se aplican de manera más particular como al inyectar una parte del cuerpo y ésta a su vez es privada de sensibilidad (Brailowsky, 1995).

Como ejemplo de anestésicos son los siguientes:

Generales: Tienen efectos de salivación, vomito y bradicardia.

- Oxido Nitroso
- Eter dietílico
- Ciclopropano
- Cloroformo
- Enflurano
- Isoflurano
- Alotano

Locales: Conстриñe los vasos sanguíneos, por lo que así se evita la distribución de dichos fármacos por la sangre.

- Lidocaína
- Xilocaína
- Procaína
- Tetracaína
- Cocaína

## **Analgésicos narcóticos**

Son sustancias que tienen como característica principal bloquear la señal del dolor y se les conocen como opiáceos. La forma en que actúan en el sistema nervioso es a través de unos receptores sensibles a sustancias llamadas opiáceos. De manera natural el cerebro genera unas sustancias muy similares en su estructura química a sustancias que derivan de la morfina y son llamadas endorfinas, encefalinas y dinorfinas las cuales hacen efecto en los receptores especializados que se clasifican en tres familias, receptores mu, kappa y delta, cabe mencionar que el sistema digestivo esta tan lleno de neuronas como el cerebro, así que, los analgésicos narcóticos inhiben el funcionamiento normal de este además de que son sustancias que generan tolerancia en el organismo. Además de todo esto, los opiáceos tienen efectos no deseables como la depresión respiratoria, náusea, vómito, mareo, confusión mental, comezón, constipación, aumento de la presión del conducto biliar, retención urinaria y caída de la presión arterial y es debido a estas cualidades de acción que los opiáceos se usan como analgésicos, antidiarreicos y antitusivos.

Ejemplos de fármacos derivados de la morfina tenemos: (Brailowsky,1995).

### **Analgésicos**

- Metadona
- Propoxifeno
- Fentayl
- Meperidina

### **Antiespasmódicos**

- Difenoxilato
- Loperamida

## Hipnóticos y Sedantes

Los sedantes son sustancias en forma de polvos, pociones, o bebidas que tienden a disminuir los estados de excitación y, en cambio, los hipnóticos son sustancias que logran la inducción de un estado de somnolencia e incluso el sueño. Éstas sustancias no son selectivas y según la dosis llegan a producir incluso estados de coma, según la dosis, pueden también provocar paro respiratorio y cardiaco.

Ejemplos de Hipnóticos y Sedantes: (Brailowsky,1995).

- Benzodiacepinas
- Barbitúricos
- Bromuro
- Sulfonal

## Alcohol

Del alcohol se hablará posteriormente por la importancia especial que tiene dentro del tema.

## Antiepilépticos

Los antiepilépticos tienen la peculiaridad de actuar en el tejido nervioso cerebral inhibiendo la actividad de neuronas con descargas de hiperactividad las cuales pueden ser de tipo sensorial, cognoscitiva y motoras.

Las siguientes son las sustancias antiepilépticas mas usadas: (Brailowsky,1995).

- Fenitoína
- Fenobarbital
- Primidona
- Carbamazepina
- Etosuximida

- Valproato
- Benzodiazepinas

## Agentes antiparkinsonianos

Son sustancias empleadas de manera terapéutica para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson y cuya función principalmente es la de sustituir la falta de dopamina en los ganglios basales específicamente en putamen y el núcleo caudado del cuerpo estriado.

Ejemplos de agentes antiparkinsonianos: (Brailowsky,1995).

- L-Dopa
- Amantadita

## Antiespásticos

Son fármacos que se usan para evitar los movimientos espásticos musculares debidos principalmente a daño nervioso en el cerebro como la parálisis cerebral o la esclerosis múltiple. Los músculos padecen de hipertonia o se contraen demasiadas veces de manera súbita y potente por lo que el músculo tiende a deteriorarse por lo que el antiespástico tiende a relajar los músculos a nivel de los receptores GABA (Brailowsky,1995).

## Estimulantes

Los **estimulantes** (cocaína, anfetaminas y metanfetaminas, alucinógenos, y estimulantes menores donde se clasifica a las xantinas) ejercen un bloqueo sobre la inhibición, o una excitación de las neuronas en forma directa. Sus mecanismos de acción son variados y pueden explicarse por afectación fisiológica; por ejemplo, aumento de la despolarización neuronal, incremento de la cantidad de neurotransmisores disponibles, alargamiento de la acción de los neurotransmisores, debilitamiento de la membrana neuronal o reducción del

tiempo de recuperación sináptica. Dentro de los estimulantes tenemos los conocidos como psicofármacos. Los psicofármacos se emplean para el tratamiento de psicosis, manías y depresión. Estos fármacos tienen funciones activas en los centros superiores del Sistema Nervioso por lo que tienen repercusiones también de tipo social además de los del estado normal de conciencia (Brailowsky,1995).

Una de las características de los estimulantes es que la mayoría de ellos como la cocaína son propensos de generar adicción en los sujetos consumidores.

A continuación los mencionaremos de una manera general: (Brailowsky,1995).

- Fármacos antipsicóticos
- Fármacos usados en trastornos afectivos
- Fármacos usados en el tratamiento de la ansiedad
- Fármacos estimulantes del Sistema Nervioso Central
- Psicotomiméticos

## **Fármacos antipsicóticos**

Son sustancias que se usan para tratar principalmente enfermedades como la esquizofrenia que funcionan bloqueando los receptores dopaminérgicos, tienen mucha solubilidad en las grasas y que atraviesan las barreras biológicas. Para que se muestre su efecto, estos fármacos requieren de su administración por varias semanas (Brailowsky,1995).

Los fármacos antipsicóticos no generan adicción, aunque desarrollan tolerancia, y tienen variados efectos secundarios como: (Brailowsky,1995).

A nivel del Sistema Nervioso Central.

- Akatisia
- Distonia
- Síndrome parkinsoniano
- Disquinesia tardía

- Síndrome neuroléptico maligno
- Crisis convulsivas

A nivel del Sistema Nervioso Periférico. (Brailowsky,1995).

- Constipación
- Sequedad de la boca
- Congestión nasal
- Visión borrosa
- Dilatación pupilar
- Fotofobia
- Taquicardia
- Retención urinaria
- Aumento de peso
- Alteraciones sanguíneas

Algunos ejemplos de antipsicóticos: (Brailowsky,1995).

- Clorpromazina
- Clozapina
- Flufenazina
- Haloperidol
- Levopromazina
- Loxapina
- Molindona
- Perfenazina
- Reserpina
- Sulpiride
- Tioproperazina
- Tioridazina
- Tiotixeno
- trifluoperazina

## **Fármacos usados en trastornos afectivos**

En los trastornos afectivos se encuentra la manía y la depresión. La deformación del pensamiento, de la razón, y de la percepción del ambiente interno y externo se usan los fármacos antidepresivos y el litio. Funcionan disminuyendo los estados de tristeza en el caso de los antidepresivos inhibiendo los procesos de la supresión de la acción de las catecolaminas y de la serotonina (Brailowsky,1995).

Para el tratamiento de la manía: (Brailowsky,1995).

- Litio

Para el tratamiento de la depresión: (Brailowsky,1995).

- Fluoxetina
- Imipramina
- Mianserina
- Trazodona
- Amoxapina
- Fenelzina
- Tranilcipromina

## **Fármacos usados en el tratamiento de la ansiedad**

Son sustancias empleadas en el tratamiento de síntomas de angustia y son conocidos también como ansiolíticos.

Algunos representantes ansiolíticos (benzodiazepinas): (Brailowsky,1995).

- Buspirona
- Diazepam
- Lorazepam
- Clobazam

- Triazolam
- Quazepam
- Alprazolam

## **Fármacos estimulantes del Sistema Nervioso Central**

Son sustancias con amplios beneficios como el tener propiedades diuréticas, dilatadoras de los bronquios, influyen en el metabolismo basal aunque generan una fuerte tendencia al abuso en los que las consumen. Se clasifican en estimulantes menores y estimulantes mayores (Brailowsky,1995).

Ejemplos de estimulantes menores: (Brailowsky,1995).

- Teobromina (chocolate)
- Teofilina (te)
- Cafeína (café)

Ejemplos de estimulantes mayores: (Brailowsky,1995).

- Las Anfetaminas
- Estricnina
- Cocaína

## **Psicotomiméticos**

También conocidas estas sustancias como alucinógenos. Son sustancias que afectan el estado de ánimo, de los estados senso-perceptuales y de la conciencia, producen, según la dosis, ilusiones y también llegan a ocasionar alucinaciones. Producen de manera variable, lo mismo depresión que estimulación pero lo principal es que provocan siempre una percepción distorsionada de la realidad. El estado de conciencia está igualmente alterado de tal modo que pueden producirse alucinaciones, de ahí su nombre genérico. La alucinación es una percepción sin objeto (se ve, se oye, etc; algo que no

está o no existe para los demás). Como este es un síntoma característico de ciertas psicosis, que popularmente se le conoce como “locura”, también ha sido llamada a estas sustancias psicotomicomiméticas (que recuerdan o imitan los estados psicóticos) (Brailowsky,1995).

Algunos representantes psicomicomiméticos: (Brailowsky,1995).

- Trichocereus pachanoi (San Pedro)
- Lophophora williamsii (Peyote)
- Atropa bellaona
- Mandrágora officinarum
- Datura inoxia (Toloache)
- Psilocibe mexicana (hongo alucinogeno)

## Canabiloides

Se llaman así porque contienen canabinol (delta – 9 tetrahidrocanabinol), sustancia que proviene de la planta cannabis sativa o marihuana. Si se consumen dosis altas pueden provocar alucinaciones, pero esto no ocurre con las dosis habituales por lo que constituyen un grupo aparte (Brailowsky,1995).

Los siguientes son sustancias canabiloideas:

- Marihuana
- Ashis

## Drogas de diseño

Son sustancias sintéticas de características especiales con las propiedades de los Psicotomicomiméticos pero que son hechas en laboratorio.

Ejemplos de las drogas de diseño: (wipkipedia.org)

- LSD
- ICE

- Extasis

Todas ocasionan conflictos con la familia, generación de resentimientos, aislamiento, problemas emocionales, pérdida de la confianza y la autoestima, problemas económicos, problemas legales.

# EL ABUSO DE SUSTANCIAS

Aunque las adicciones no son sólo del área de las drogas pues también hay aficiones que pueden generar adicción como las pueden ser las ludopatías, que son conductas derivadas de los juegos de azar. Sin embargo, la definición nos aclara que las drogas son sustancias por lo que la adicción que de éstas se genera se denomina toxicomanías e incluso drogodependencias.

Es importante hacer esta aclaración ya que se considera adicción a cualquier afición que genere algún tipo de dependencia en las personas.

Una adicción es una afición de manera obsesiva y recurrente por algo, que en el caso de una droga es su consumo patológico (medelineplus.com). Las personas adictas a sustancias se encuentran en un estado tanto fisiológico como también psicológico de dependencia causada por el abuso de sustancias generadoras de adicción. El consumo de tales sustancias genera componentes psicofisiológicos que con el hábito a través del tiempo el cuerpo se equilibra con las dosis administradas generando lo que se conoce como tolerancia, así que, las dosis administradas dejan de tener el efecto conseguido en las primeras administraciones por lo que el adicto empieza a incrementar las cantidades de la sustancia lo que provoca mayores efectos; así, el sujeto presentará un desbalance homeostático severo que incluye la presentación de síntomas desagradables de ansiedad, presión cardíaca, alteraciones del sueño, del lenguaje, de los ojos entre otros. De tal manera que al sujeto le es imperioso acabar con los síntomas de la abstinencia y comienza a consumir nuevamente dosis altas de la sustancia (Rosenzweig-Leiman,1998).

## Factores psicosociales

El ser humano es por naturaleza una persona curiosa. En la época actual la información sobre el consumo de drogas es muy abundante, sin embargo, es incompleta a la hora de llegar a las personas y en ocasiones no llega la información profesional en cambio, mucha información es dada por las

personas consumidoras de sustancias adictivas generalmente esa información es según la experiencia de los consumidores quienes generalmente quieren ganar adeptos a este tipo de prácticas. Así, mucha gente es de alguna manera inducida a consumir cierto tipo de drogas por el simple hecho de experimentar sus efectos.

Estudios sociales han demostrado algunos de los factores predeterminantes para que una persona inicie el uso sustancias adictivas y varían según las diferentes sociedades, edades y situaciones económicas pero en general se comparten características similares por ejemplo, la mayoría de las personas que se volvieron adictas tienen componentes de sus grupos sociales. En los adolescentes se considera que el uso de drogas es generador de estatus, de crecimiento, muchos adolescentes incurren en el uso de sustancias adictivas por curiosidad, imitación de compañeros consumidores, para conseguir reconocimiento de éstos, por problemas familiares que generen depresión, mucho estrés, falta de habilidades sociales como pensar que se es incompetente para resolver las problemáticas de la vida cotidiana, baja tolerancia a la frustración. De hecho, la población de mayor riesgo para el consumo de drogas como la marihuana y la cocaína está en la población de entre los 15 a los 19 años (Wood-Sobell, Adictive Behaviors, 2002). En el caso de los consumidores de alcohol y tabaco generalmente, también el uso es inducido por factores sociales que refuerzan este tipo de conductas. La gente que consume cigarro se inició en la adolescencia ya que es considerado como símbolo de estatus y buena apariencia. Los nuevos fumadores empiezan el hábito sabiendo que el tabaco es nocivo para la salud pero, el daño que consideran es mínimo a las ventajas sociales que creen obtener. El encajar en un grupo que en reuniones sociales como por ejemplo fiestas o celebraciones de otro tipo es muy recompensante para éstos. Por el lado del alcohol, la gente tiende a beber por que existen antecedentes de alcoholismo en sus familias, desde niños han observado a los padres beber sin control de manera que cuando comienzan a beber después aumentan sus dosis. También el alcohol está bien considerado en las reuniones sociales importantes y placenteras por lo que las personas tienden a emplearlo (Wood-Sobell, Adictive Behaviors, 2002).

Así, a grandes rasgos, las personas comienzan con el uso de sustancias adictivas, pero algunas pasan a un nivel de abuso de tales cosas; la diferencia del uso y el abuso es que el uso consiste en hacer servir una cosa para algo determinado y el abuso es hacer un uso excesivo de las sustancias lo que acarrea un número de consecuencias especiales (Wood-Sobell, Addictive Behaviors, 2002).

## **Repercusiones fisiológicas**

### **Alcohol**

Los primeros efectos que produce el alcohol es la depresión de los mecanismos inhibitorios de la conducta localizados en el lóbulo frontal, se desinhiben los impulsos de agresión y sexuales, se deprime la habilidad para hablar, el juicio, el pensamiento, la respiración y los reflejos espinales por lo que el sujeto puede tener accidentes como al conducir. Con el consumo prolongado a través del tiempo, puede ocasionar un deterioro del pensamiento, síndrome de Korsakof, cirrosis hepática, trastornos de la atención y de la memoria, provocar cambios drásticos en actitudes sociales como en las actividades escolares y laborales y producir un aislamiento social (Brailowski, 1995).

### **Tabaco**

Al fumar un cigarrillo comienzan a generarse una serie de cambios en el organismo, se inflama el árbol bronquial, se produce una mayor cantidad de elastasa la cual, disminuye la sensibilidad de las papilas gustativas y reduce la sensación de apetito. degrada mayor número de elastina en los pulmones. Al haber un consumo habitual provoca afecciones de tipo cardiovascular como

alteraciones de la vasculatura periférica, enfermedad coronaria y cerebrovascular, aumenta la arteriosclerosis, provoca un crecimiento en problemas crónicos como la bronquitis, enfisema, sinusitis, úlceras, etc., genera un aumento en el riesgo de cáncer de pulmón, de la laringe, de la cavidad oral, esófago, vejiga y páncreas; potencia los efectos carcinógenos en el ambiente como el asbesto y óxidos de azufre, disminuye la fertilidad e incrementa la incidencia de abortos, provoca bajo peso en el niño al nacer, muerte súbita y peligro de mortalidad perinatal, acarrea problemas de sueño, angustia, irritabilidad y depresión; interfiere con el metabolismo de algunas drogas por lo que no es recomendable fumar cuando se toman algunos medicamentos (Brailowski,1995).

## **Marihuana**

Se consume principalmente fumada aunque también, a manera de pastel o galletas y se le llama de diferentes maneras como mota, toque, hierba, chora, grifa, chuvi, churro, flexo, bacha, juanita, entre otros. Tiene efectos en los sujetos que la consumen de manera que les puede ocasionar, según la dosis, posibles daños al Sistema Nervioso por algunas sustancias que se usan para cultivarla, ojos rojos, aumento de la frecuencia cardíaca, sequedad en la boca y en la garganta, aumento del apetito. Si se consume habitualmente genera un riesgo al cáncer 8 veces más que el tabaco, puede causar esterilidad en el hombre, trastornos en el ritmo ovulatorio de la mujer, deterioro de la memoria a corto plazo. Psicológicamente puede provocar mayor agudeza sensorial, disminución de la capacidad intelectual, cambios en la percepción del tiempo, distorsión perceptual, hasta paranoia, angustia extrema, despersonalización, pánico, ilusiones y hasta alucinaciones auditivas o visuales con dosis elevadas (Brailowski,1995).

## **Cocaína**

La cocaína es una sustancia que obstruye los receptores de la dopamina en el cerebro, por lo que comienza un aumento de los niveles de dopamina, lo que

produce una sensación de euforia y placer debido a que la dopamina está relacionada con funciones motoras y de percepción hedónica sin embargo, produce un efecto vascular fuerte en el cual los vasos sanguíneos por lo que puede producir derrames cerebrales y ataques cardíacos, dilatación pupilar, náusea, vómito, aumento de la temperatura corporal y convulsiones.

El usuario la consume de varias formas una de ellas es inhalada lo que le puede repercutir en sangrados nasales, pérdida del olfato y secreción mucosa crónica. Esta forma produce sus efectos durante 15 a 30 minutos a diferencia de fumarla cuyos efectos son desde 5 a 10 minutos. Si el sujeto acostumbra a suministrársela por vía intravenosa se arriesga a padecer alergia y de contagiarse de infecciones por las agujas.

Cuando se suspende el consumo de la cocaína o se termina su efecto, se presenta el derrumbamiento casi inmediatamente después, acompañado de un deseo vehemente de más cocaína. Los síntomas adicionales comprenden fatiga, ausencia de placer, ansiedad, irritabilidad, somnolencia y en ocasiones agitación o paranoia extrema.

Cuando el consumidor se abstiene de su consumo, puede presentar malestar generalizado, náuseas, depresión, dolor de cabeza, paranoia e ideas suicidas (Brailowski,1995).

## **Opiáceos**

Los opiáceos son sustancias de origen natural como el opio, la morfina, la heroína y la codeína aunque hay los sintéticos como la metadona y el demerol. Los opiáceos son las sustancias de mayor poder adictivo debido a la velocidad con que atraviesan la barrera hematoencefálica y tienen efectos analgésicos fuertes ya que ocupan los receptores naturales del cerebro de las endorfinas, dinorfinas y encefalinas sustancias cuya principal función es la analgesia.

Sus efectos en el cuerpo son depresores, disminuyen la presión arterial, el ritmo cardiaco, la respuesta respiratoria la reduce hasta el punto de producir la muerte por asfixia, reduce la motilidad del sistema digestivo y produce daño al hígado y a los riñones. La morfina es diez veces mas potente que el opio en

sus efectos analgésicos y no produce inconciencia a su vez la heroína es diez veces más potente que la morfina. El demerol es menos adictivo que los anteriores y es usado en el tratamiento de dolor y para la recuperación de adictos a la morfina (Brailowski,1995).

El síndrome de abstinencia produce dolor de huesos y músculos, insomnio, diarrea, nerviosismo, escalofríos, miosis y movimientos incontrolados.

## **Paso de una sustancia a otra**

Con lo anterior se observa que las causas generales de las conductas adictivas principalmente, son de carácter social, en donde se juega una constante de pros y contras en los individuos que los lleva a iniciarse en comportamientos de consumo. El sujeto tiene una participación activa más que pasiva en el consumo de sustancias adictivas. Aunque la fisiología está claramente identificada en el proceso, y los síntomas provocados por la abstinencia son un motivador poderoso, no deja de ser eso, un fuerte motivador para el sujeto quien finalmente decide volver a consumir. Es por esto que podemos afirmar que las conductas adictivas son de naturaleza aprendida y es por el hecho anteriormente mencionado que la Prevención de Recaídas toma como base la Teoría del Aprendizaje Social.

# PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

La Prevención de Recaídas “es una terapia de comportamiento cognitivo, que fue desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y adaptada después para adictos a la cocaína. Las estrategias de comportamiento cognitivo son basadas en la teoría que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad” (NIDA,2005). Basa su efectividad en un principio, el de prevenir la recaída. Recaída es la acción de reincidir en un mal o enfermedad que se padecía, en el área de las adicciones, la definición médica nos dice que una recaída es la acción de volver al consumo de una sustancia después de que por un tiempo determinado dicho consumo se había suspendido. Por otro lado la psicología nos indica que una recaída en un estado de adicción es la acción de la recuperación de un aprendizaje de consumo de sustancia después de un lapso de tiempo en el que la conducta de consumir una sustancia determinada dejó de presentarse.

Es pues el área de la salud enfocada en la evitación de una conducta de consumo de sustancias adictivas reincidente a través del empleo de técnicas y métodos especialmente diseñados para la total recuperación del paciente eliminando la dependencia y uso/abuso de las sustancias antes mencionadas dándole mayor control de sus situaciones en la vida fortaleciendo la autoeficacia del paciente.

Aunque hay una diversidad de tratamientos amplia dentro de la Prevención de Recaídas todas están dentro del enfoque cognitivo-conductual y se fundamenta mayormente en la Teoría del Aprendizaje Social y el concepto de autoeficacia de Bandura (Bd.doyma.es 2003), la Entrevista Motivacional y el modelo de Prochaska y Diclemente de las fases del cambio.

Las principales estrategias de proceder dentro de éste modelo consisten en hacer conciente al paciente de las desventajas y de las desventajas que conllevan para éste el consumo recurrente de una sustancia adictiva, la identificación de los factores internos y externos que estimulen el desarrollo del deseo por consumir dichas sustancias conocidos como factores de riesgo, proveer al paciente de las habilidades necesarias para hacer frente a tales

factores de riesgo como la inmediata identificación de los factores ambientales externos y de situaciones emocionales como la angustia que estimulen la aparición del deseo lo que lo provee de la facultad de la evitación o de la preparación para el afrontamiento de tales situaciones como por ejemplo la habilidad de relajarse y reducir un estado de estrés y el desarrollar el aprendizaje que las pequeñas recaídas conllevan dentro del tratamiento (NIDA,2005). De esta manera, se forma una especie de triada entre la concientización del problema, la capacidad de afrontar las situaciones de riesgo, y el cambio del estilo de vida del paciente (Bd.doyma.es 2003),

## **Teoría del Aprendizaje Social**

Es una teoría interaccionista que postula que los factores personales, el ambiente y la conducta se determinan entre si de manera multidireccional. De manera que la conducta solo es explicable tomando en cuenta la influencia del ambiente y las disposiciones personales que ejerce para su desarrollo a esto se le conoce como Determinismo Recíproco (Guilford&Guilford,1999).

La Teoría del Aprendizaje Social da una importancia fundamental a los procesos cognoscitivos, la simbolización, la anticipación, el aprendizaje vicario, la autorregulación, la autorreflexión y la autoeficacia.

### **Simbolización**

Modelo cognoscitivo, dirige la acción, y genera alternativas (Guilford&Guilford,1999).

.

## **Anticipación**

Anticipa consecuencias y establece metas.

Tanto la simbolización como la anticipación determinan la conducta en un contexto determinado y compara las ventajas y desventajas de la generación de una conducta (Guilford&Guilford,1999).

## **Aprendizaje Vicario**

Es el aprendizaje que se da por medio de la observación. Las normas sociales y los patrones de la conducta. En el caso del alcohol, asume un rol primario, distingue entre la adquisición y actuación de la conducta modelada. Es aquí donde los procesos simbólicos se traducen en acción. Los incentivos para reproducir una conducta, ya sea por una situación que vimos en una persona o en nosotros mismos son los que van a determinar que esos comportamientos que otros nos modelaron los produzcamos o no (Guilford&Guilford,1999).

## **Autorregulación**

Regula la conducta por medio de la evaluación. Son los estándares internos de autoevaluación. Si hay una discrepancia entre los estándares internos y las conductas realizadas, el individuo estará motivado para cambiar dichos estándares, la conducta o ambas (Guilford&Guilford,1999).

## **Autorreflexión**

Es una capacidad distintiva del ser humano, permite la reflexión acerca de los propios pensamientos y el monitoreo de las ideas.

En el caso del alcohol, un sujeto escoge el alcohol para obtener resultados específicos, el sujeto puede escoger conductas mas adaptativas o menos dañinas para alcanzar sus metas (Guilford&Guilford,1999).

# Autoeficacia

El pensamiento afecta la acción los patrones de conducta son elegidos por el sujeto.

La percepción o juicio de la propia capacidad para ejecutar una determinada acción requerida para enfrentarse con una situación inminente.

Las expectativas de eficacia reflejan una estimación de que un individuo tiene suficiente dominio de las habilidades específicas para hacer frente a situaciones específicas.

Los juicios de eficacia, influyen en la elección de acciones, el esfuerzo gastado o usado, la perseverancia en una acción, atribuciones por el triunfo o por fracaso, la calidad y la fortaleza de las reacciones emocionales durante la anticipación de un evento y la actuación de la situación actual. Influyen las habilidades de aprendizaje preparatorias e influyen la habilidad para soportar el fracaso, tolerancia a la frustración.

La autoeficacia se basa en cuatro fuentes de información: (Guilford&Guilford,1999).

- Las experiencias de fracaso: minan
- Expectativas de eficacia: son modeladas por la gente que vemos similares a nosotros.
- Persuasión social: se apoya en su estado psicológico.

Las aportaciones de la Teoría del Aprendizaje Social sobre el uso y abuso de sustancias difiere radicalmente del modelo médico por lo que resulta esto de diferencias en la predicción de la conducta y en el tratamiento de las adicciones. Es la interacción multideterminada entre variables biológicas, ambientales y las del organismo, emocionales, cognoscitivas y fisiológicas.

Hace hincapié en como los factores biológicos, bioquímicos influyen en las cogniciones de un individuo.

Las variables para una conducta de abuso de sustancias incluye entonces: (Guilford&Guilford,1999).

- Efectos del modelaje
- Reacciones a la sustancia

Son moduladas por cogniciones ya que termina proveyendo una alternativa.

# **Modelo del cambio de Prochaska y DiClemente.**

Los psicólogos Prochaska y DiClemente haciendo investigación con pacientes fumadores se percataron de que todos ellos tendían a pasar por etapas similares y a repetirlas en su proceso por dejar de fumar así que desarrollaron un modelo al que denominaron “la rueda del cambio”. El cual tiene 5 o 6 componentes o etapas, la contemplación, la determinación, la acción, el mantenimiento y la recaída. Los pacientes después de que ya estaban en la etapa 5 volvían a fumar y se empezaba nuevamente con la etapa de determinación, ésto se repetía entre 3 y 7 veces por lo que “giraban” alrededor de éstas etapas hasta llegar a la etapa 6, la salida permanente.

Dentro de la dinámica de este proceso del cambio se hallan 2 componentes esenciales para lograr un cambio permanente y el primero es la motivación y el segundo es el de prevenir la recaída.

La motivación para el cambio es un estado interno que a su vez es influido de varios factores externos, un estado de disponibilidad para cambiar, (Miller, Rollnick, 1999).

Ahora bien, la motivación para el cambio está regularmente fluctuando en estas 5 etapas, a veces puede ser débil y otras fuerte y en la etapa de recaída tiende a ser muy débil dicha motivación por lo que el terapeuta deberá trabajar de manera importante en mantener la motivación fuerte y de aquí se desarrollan sistemáticamente componentes terapéuticos por cada etapa de la rueda (Miller, Rollnick, 1999).

## **Etapas de la rueda del cambio.**

Miller y Rollnick proponen una etapa inicial a las anteriores del cambio, la precontemplación por lo que aquí la mencionaremos junto con las siguientes.

## **Precontemplación**

Es la etapa en la cual una persona con un problema de adicción puede saber que tiene tal problema pero no reconocerlo. Los pacientes en estado de precontemplación usualmente son resistentes al cambio y defensivos,(Miller y Rollnick,1999). Es este período el terapeuta tiene que administrarle principalmente información y feedback para que el paciente tenga elementos para hacer conciente su problema y si está listo entrar a la “rueda del cambio”.

## **Contemplación**

En este momento el paciente expresa intenciones para cambiar y viceversa, da razones para no cambiar de aquí que el sujeto se encuentra en un estado de ambivalencia. Contempla la idea de que en realidad tiene un problema pero al mismo tiempo tiene razones fuertes para continuar con su comportamiento consumidor por ejemplo; una persona alcohólica puede decir que efectivamente su consumo de alcohol le puede estar causando estragos en algunas áreas de su vida pero al mismo tiempo dice que bebe lo normal o que después de un tiempo dejará su consumo, antes de que lo alcance a dañar.

Es en ese momento cuando el terapeuta puede hacer la diferencia, hay razones para cambiar y para no hacerlo por lo que éste se tiene que avocar al aumento de la motivación para el cambio, dando razones para promover una decisión y hacer principalmente que el paciente incline su balanza hacia el cambio de su consumo (Miller,Rollnick,1999).

## **Determinación**

Una vez que el paciente ha pasado la etapa de contemplación, sus comentarios indican una motivación más fuerte para el cambio como pueden ser los que se refieran a que tiene que cambiar, cómo, cuando. Este periodo se caracteriza en que el paciente está listo para comenzar a trabajar para lograr su meta, está determinado a cambiar. Es en este momento en que el terapeuta se tiene que dedicar a aconsejarle las mejores maneras, o métodos o sea, el manejo terapéutico para trabajar y dejar por un lado la generación de más

motivación ya que el paciente ya está suficientemente motivado y podría dar un retroceso a la contemplación una vez que no entra a la fase de acción, (Miller y Rollnick, 1999).

## **Acción**

Es aquí donde comienza a darse el verdadero cambio y estrictamente el proceso terapéutico, el paciente lleva a cabo las acciones que lo sacarán de sus malos hábitos. El terapeuta lo debe llevar sobre el modelo de acción que haya elegido y darle la supervisión y retroalimentación necesaria sin embargo, aunque el cambio conductual se presente en esta etapa, no se garantiza el tiempo en que el paciente mantenga el comportamiento ganado por lo que se da paso a la siguiente etapa, el mantenimiento (Miller, Rollnick, 1999).

## **Mantenimiento**

Ahora el paciente y el terapeuta se esforzarán por mantener el nuevo comportamiento que se consiguió en la etapa de acción, debe mantenerlo y como segunda premisa, se deberán esforzar por evitar volver a las conductas anteriores a las de la etapa anterior, no recaer además de darle nuevas habilidades y estrategias nuevas ya que las dadas en la etapa de acción no son ahora efectivas pues el contexto situacional es otro. (Miller y Rollnick, 1999).

## **Recaída**

Es normal que los pacientes lleguen a esta etapa, sobre todo si son los primeros intentos de cambio mas ,(Miller y Rollnick, 1999). en la recaída el paciente puede desmoralizarse y tener ideas de ineficacia para su cambio por lo que la principal tarea del terapeuta aquí es la de evitar dicha desmoralización y guiarlo a retomar una vez más las etapas de contemplación, determinación y acción según la etapa donde se encuentre el paciente ya que hay que recordar que no conduce la terapia según los pasos en el orden mencionado sino en la etapa en la cual se encuentra el paciente. Varias veces las recaídas pueden servir para producir un mejor aprendizaje y fortalecer así la autoeficacia del paciente con nuevos intentos exitosos (Miller, Rollnick, 1999).

## Salida permanente

Una vez que el proceso de mantenimiento está bien estructurado en el paciente de haber superado varias recaídas y sabe autorregularse el paciente puede ser dado de alta permanente, a esto es lo que se le llama la etapa de salida permanente (Miller, Rollnick, 1999).

## La Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional puede explicarse como una herramienta más en el haber psicoterapéutico y sus autores la explican de la siguiente forma:

“La entrevista motivacional es una aproximación destinada a ayudar a los pacientes para que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar. Se basa en estrategias que surgen del *counseling* centrado en el paciente, la terapia cognitiva, la teoría de sistemas, y la psicología social de la persuasión. La orientación de una sesión de entrevista motivacional está centrada en el paciente, aunque el terapeuta mantiene un fuerte sentido del objetivo y la dirección y escoge activamente el mejor momento para intervenir de una manera incisiva. De esta manera, combina elementos de enfoques directivos y no directivos.” (Miller y Rollnick, 1999).

La entrevista motivacional dirige principalmente sus esfuerzos en el trato a dos áreas del paciente, una es la ambivalencia y la otra es la relación de la permisividad de la conducta y su restricción.

En el trabajo con los pacientes se debe desarrollar un ambiente específico generado por el terapeuta a través de la empatía, una calidez y una autenticidad genuinas. El terapeuta va a fungir principalmente como un facilitador para el paciente ya que éste es capaz de encontrar por él solo las respuestas correctas que lo ayudan a cambiar su manera de pensar mejorando su capacidad para resolver problemas y tomar decisiones resolviendo así el o los conflictos que se originan por su ambivalencia. Las opiniones directivas del terapeuta son en la mayoría de los casos contraproducentes ya que refuerzan las resistencias al cambio es por esto que la confrontación se excluye como herramienta terapéutica ya que en general es más contraproducente sin

embargo, es inevitable negar que el paciente necesariamente tiene que verse de alguna manera confrontado con sus problemas, su situación real y es de esta confrontación de la que el paciente podrá adquirir una conciencia de la dimensión de su problema y es de aquí que la confrontación se va a abordar más como un objetivo que como un estilo. (Miller y Rollnick, 1999).

Ahora bien, la entrevista motivacional dice que el primer factor que mueve al paciente al cambio es la motivación y después será evitar la recaída como se explicó en el modelo para el cambio de Prochaska y Diclemente y para trabajar alrededor de este modelo aporta varias herramientas terapéuticas como son: el ofrecer consejo, eliminar obstáculos, ofrecer alternativas, disminuir la deseabilidad, practicar la empatía, ofrecer un feedback, aclarar objetivos y ofrecer una ayuda activa.

## **Consejo**

El consejo tiene que tener tres características, debe ser claro, compasivo y breve. Debe estar basado en una clara identificación del problema, en la explicación de la importancia del cambio y por supuesto, la recomendación de un cambio específico (Miller, Rollnick, 1999).

## **Eliminar obstáculos**

Deben identificarse bien los obstáculos que impidan el desarrollo del cambio, tiene que proveerse el máximo facilitamiento posible a las dinámicas que el paciente desarrolla y así promover su accesibilidad (Miller, Rollnick, 1999).

## **Ofrecer alternativas**

Los sujetos cuando se ven sometidos al cumplimiento de una obligación tienden a sentir alguna pérdida de su libertad y esto ocasiona el desarrollo de resistencias al cambio, el ofrecerle un número mas amplio de actividades le permite desarrollar una elección que el paciente percibe como más libre lo que repercute positivamente en la fuerza de su motivación (Miller, Rollnick, 1999).

## **Disminuir la deseabilidad**

Aquí se le debe mostrar al paciente los costos del mantenimiento de su conducta no deseable y confrontarlos con los beneficios de cambiarla por otra mejor para éste. El paciente puede entonces tomar mayor conciencia de las consecuencias negativas de su conducta actual y desear cada vez menos sus hábitos a cambiar (Miller,Rollnick,1999).

## **Practicar la empatía**

Es importantísimo que el paciente se sienta entendido y no juzgado por el terapeuta ya que esto provocaría la deserción por el paciente, la empatía es el estado en el que el terapeuta asume la posición del paciente como si estuviera en su lugar. Esto permite que el terapeuta tenga una mucho mejor comprensión de la problemática del paciente y así desarrollar una mejor intervención y además, el paciente se siente comprendido lo que aumenta su fé en las habilidades del terapeuta y permite su mayor apertura a proporcionar toda la información necesaria para su tratamiento (Miller,Rollnick,1999).

## **El feedback**

El paciente debe estar enterado de su situación actual en contraposición a los hábitos que se quieren cambiar, se le debe informar de sus mejoras, de las cosas que no han cambiado aún y quizás si está empeorando esto le sirve para hacer los reajustes que sean necesarios (Miller,Rollnick,1999).

## **Aclarar objetivos**

La retroalimentación no es solo suficiente debe revisarse el porqué del deseo de cambiar, el aclarar los objetivos del esfuerzo terapéutico conjunto permite guiar los cambios hacia una meta bien estructurada y evitar cambios hacia situaciones azarosas (Miller,Rollnick,1999).

## **Ayuda activa**

Muchas veces los pacientes tienen en su entorno vivencias nocivas para la continuación de su esfuerzo al cambio y llegan a desmotivarse, recaer, faltar a sus sesiones por ejemplo, aquí el terapeuta juega un rol activo y no pasivo teniendo cierta participación extra sesión, una llamada telefónica preguntando si asistirá a la sesión después de que se ausentó puede incrementar el éxito terapéutico.

Por otra parte nos muestra los procesos de cambio autoinducido, sí, algunos sujetos con problemas de adicción, por ejemplo, cambian tales hábitos por sus propios medios sin necesitar de ninguna ayuda profesional y añade una terapia breve que debe llevarse con las siguientes herramientas: el feedback, el consejo, empatía y añade la autoeficacia, la responsabilidad y elaborar un menú (Miller,Rollnick,1999).

## **La autoeficacia**

Es fundamental que el paciente tenga la creencia de que es capaz de cambiar, es por eso que se le debe guiar en un fortalecimiento de sus habilidades y en la provisión de ser necesaria de nuevos recursos. Lo anterior le brindará mayor confianza en sí mismo e incrementará las esperanzas y la motivación al cambio (Miller,Rollnick,1999).

## **La responsabilidad**

Este elemento consiste en enfatizar la autorresponsabilidad que tiene el paciente consigo mismo para el cambio y que sólo él es el único que va a cambiar. Es así como el éxito del cambio se centra en él (Miller,Rollnick,1999).

## **Menú**

Se le da al paciente una serie de opciones para trabajar y no una sola alternativa, lo cual mejora su motivación pues elige lo que a su manera de ver es más efectivo para él (Miller, Rollnick, 1999).

# **ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS y/o DE INTERVENCIÓN.**

Para dar una solución a los problemas de las conductas adictivas se han desarrollado una gama variada de tratamientos los cuales, algunos de ellos son más eficientes y eficaces que otros. Uno de estos es el tratamiento “Prevención Estructurada de Recaídas”. A continuación se hablará más sobre dicho tratamiento.

## **Prevención Estructurada de Recaídas (SRP)**

### **¿Qué es el tratamiento de prevención estructurada de recaídas?**

Es un tratamiento cognitivo-conductual y motivacional que se fundamenta en un tratamiento desarrollado originalmente por investigadores del proyecto OPTIONS de la Adiction Research Foundation, en Ontario, Canadá, el cual ha sido adaptado para su uso en México con población universitaria mexicana y diseñado para permitirles a los participantes obtener más control sobre su abuso de alcohol y otras drogas.

### **¿Para quién es?**

El tratamiento de prevención estructurada de recaídas ha sido diseñado para las personas que:

Tienen un problema de alcohol y otras drogas que va de sustancial a severo y desean trabajar con terapeuta a nivel de consulta externa, hacia un cambio en su abuso de alcohol y otras drogas.

## **¿Cómo funciona el tratamiento de prevención estructurada de recaídas?**

El programa se centra en involucrar a los participantes en:

1. Evaluar sus metas y compromiso para cambiar.
2. Diseñar un plan de tratamiento individualizado.
3. Identificar sus fortalezas y recursos.
4. Aprender a anticiparse a sus disparadores para el uso de alcohol o droga y desarrollar formas alternativas de enfrentamiento.
5. Desarrollar su confianza practicando destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo de la vida real.
6. Hacer las conexiones entre su abuso de alcohol o droga y otras sustancias de la vida.
7. Finalmente, convertirse en su propio terapeuta, al anticipar las situaciones de riesgo y al planear las estrategias de enfrentamiento.

## **¿Qué incluye el tratamiento de prevención estructurada de recaídas?**

1. Incluye una evaluación clínica completa con una retroalimentación personalizada.
2. Involucrar al participante en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado.
3. De 8 a 12 sesiones de 45 minutos cada una (puede ser individual o grupal).

# REPORTE DE CASO

## **DATOS DEL PACIENTE.**

Paciente femenino

Edad: 54

Escolaridad: Doctorado

Estado civil: Separada

Lugar de residencia: Departamento propio

Datos familiares: Tiene tres hijos, el mayor es casado y vive con su familia en otro departamento pero en el mismo edificio, el que sigue es varón de 28 años y una hija de 18 años.

## **Datos de preconsulta que llenó la paciente:**

“Durante varias etapas de mi vida he estado en psicoterapia con terapeutas de distintas escuelas, Fromiana y Jungiana, además de que han sido tratamientos largos, costosos, los cambios son temporales y luego los estados de angustia vuelven, a veces, con más fuerza; separación definitiva de pareja.”

## **Medicamentos que toma:**

Toma medicina homeopática para controlar la gastritis, ganglios inflamados aunque sólo cuando se presentan las molestias.

## **Enfermedades padecidas que la paciente considere significativas en el transcurso de su vida:**

Gastritis, estrés y presión alta.  
Ésta última la llevó a perder toda la dentadura.

## **MOTIVO DE CONSULTA Y EVALUACION**

La paciente refirió tener problemas con su consumo de cigarro ya que quiere dejar de fumar. Fuma cuando tiende a ponerse muy ociosa, cuando hay situaciones con sus hijos que no controla.

Debido a que varias veces ha tomado terapia, busca que la terapia que le den se enfoque a solucionar su ansiedad y su tabaquismo sin tener que recurrir de nueva cuenta a todo su pasado y empezar a andar en su problemática.

## **INFORMACION OBTENIDA DE ENTREVISTA**

### **TIPO DE SUBTANCIA CONSUMIDA**

Tabaco en cigarro.

### **PATRÓN DE CONSUMO**

Fuma alrededor de 14 a 20 cigarros al día.

## **HISTORIA DEL CONSUMO**

Desde niña como a los 9 años le prendía la pipa a su papá, dice que lo que le gustaba mucho era el olor del tabaco y ver a su papá fumar en su escritorio reflexionando. Cuando llegó a los 18 años empezó a fumar en fiestas y reuniones sociales también le gustaba aislarse de la gente y ponerse a leer y a escribir y para esto compraba una cajilla de cigarros. Al poco tiempo ya fumaba todos los días. Los momentos en que no fumaba eran cuando esta acción molestaba a los demás o estuviera en lugares prohibidos para fumar además, no fumó en sus tres embarazos.

Dejó de fumar cuando supo lo de algunos efectos del cigarro como el amarillamiento en los dientes, el mal aliento y las arrugas sin embargo, estaba comiendo más de lo que acostumbraba y subió muy rápido de peso hasta que un día escuchó a su marido que le decía a su amigo que ella ya no fumaba y hasta había dejado de tomar, este comentario la hizo enojar mucho pues asumió que lo decía como si ella hubiera sido alcohólica y ese mismo día volvió a fumar.

Cuando su madre estaba ya por fallecer debido al cáncer le pidió que dejara de fumar y una vez más reaccionó con enojo y con mayor motivación para seguir fumando.

Una vez le prometió a su hijo mayor que si dejaba de tomar ella dejaría de fumar ya que éste tenía ya el problema de emborracharse todos los fines de

semana y duró después de esto 3 años sin fumar una sola vez aunque volvió a estar en sobrepeso. Después de esto en un viaje a un congreso en Cuba, iban su amiga y compañera de trabajo y su hija, hubo un problema con la administración del hotel a donde iban a llegar y con sus tarjetas de crédito, su amiga estaba muy preocupada y se volvió una carga en ese momento y se preocupó mucho pues llevaba a su hija y no tenía suficiente efectivo, finalmente lo tuvo que solucionar ella sola pero le pidió un cigarro a su amiga, su hija, al verla, le hizo un drama por verla fumar lo que la motivó de pasar a fumar un cigarro a volver a su anterior hábito.

## **PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO**

Están identificados el enojo, culpa, autorrecreminación, estrés, tendencia a revelarse cuando otros le dicen que deje de fumar y momentos de ocio.

## **IDENTIFICACION DE MOTIVACION PARA EL CAMBIO**

La paciente quiere vivir mejor para ella y considera que el cigarro le arruga más la piel y la hace ver más grande de lo que es, le quita condición física y quiere evitar la aparición de cáncer. Quiere llegar a ser una persona de edad avanzada sin achaques y enfermedades crónicas y esto es parte de su proyecto de vida.

## **EVALUACION REALIZADA POR PRUEBAS O CUESTIONARIOS**

Línea base retrospectiva.

Fagestrom

Escala de estados de disposición al cambio (Sócrates-tabaco)

Inventario de situaciones de consumo de drogas

Balance decisional

Forma de monitoreo diario

Lista checable de destrezas de enfrentamiento

Análisis funcional

Forma de manejo del enojo

Contrato del tratamiento individual para el SRP

El contrato del tratamiento individual para el tratamiento de Prevención Estructurado de Recaídas (SRP) no fue firmado por la paciente debido a que no quiere sentir la obligación forzosa de cumplir lo pactado.

## **RECURSOS DISPONIBLES Y DEFICITS**

### **Fortalezas, cualidades y características a favor.**

Se han podido observar las siguientes:

Respeto a las normas sociales.  
Conciencia en lo nocivo del fumar en su apariencia y su salud.  
Espiritualidad, cree en energías positivas.  
Rechaza el alcohol y otras drogas.  
Autorreconocimiento.

### **Debilidades, defectos o puntos en contra para lograr el cambio.**

Se han distinguido las siguientes:

Autorrecriminación.  
Mal manejo del enojo.  
Mucho estrés en la presentación de problemas.  
Asocia el cigarro con comportamientos virtuosos como el estudio.  
Tendencia a revelarse contra sentirse obligada a cambiar.

## **ASOCIACIÓN DE AMBOS CON EL CONSUMO**

El respeto a las normas sociales le permite estar en lugares donde no puede fumar sin ningún problema, es tan fuerte que no tiene ni deseos por hacerlo.

Su conciencia del deterioro de su condición física en cuanto a su resistencia aeróbica y su apariencia promueven su motivación para dejar de fumar haciendo que en ocasiones posponga el uso del cigarro.

Su sentido de espiritualidad le genera confianza para la superación de su hábito de consumo y le da un significado especial al dejar de fumar.

El compromiso que ha asumido para el cambio de su hábito y su forma comprometida de ser incrementa la probabilidad de alcanzar su meta de abstinencia total.

La manera en que reconoce sus logros incrementa la fuerza de los comportamientos de abstinencia y aumenta el valor de su propia autoeficacia misma que posibilita a la paciente a superar recaídas subsecuentes.

El rechazo al alcohol y a otras drogas permite la concentración de los esfuerzos en tan sólo la conducta de fumar y evita el desplazamiento de dicho comportamiento hacia alguna de estas opciones como sustitución del cigarro.

Por otra parte:

Tiende a recriminarse los errores y esto puede inhibir su propio sentido de logro afectando la autoeficacia.

Su mal manejo del enojo le produce deseos de fumar para alcanzar un estado de relajación.

Cuando se le presentan problemas que considera de importancia tiende a generar mucho estrés y esto es un factor desencadenante del deseo de fumar.

A lo largo de su vida ha asociado el estereotipo de intelectualidad y distinción con el fumar, ella está dentro de un mundo académico en su trabajo así que constantemente se ve motivada a fumar para sentirse importante y reconocida. Cuando la gente le hace referencia con deber de dejar de fumar ella reacciona de manera contrapuesta ya que fuma más debido a su creencia de que si deja de fumar lo hace por darle gusto a otros y lo considera como una especie de subordinación, sensación que es muy desagradable en ella.

## **DIAGNOSTICO**

Fumadora de tabaco con un nivel de dependencia media conforme al instrumento Fageström.

Con base en la información obtenida de la paciente se puede hacer las siguientes observaciones:

1. La principal preocupación de la paciente no es conseguir la abstinencia de la conducta de fumar.
2. El principal interés de la paciente es la solución de sus conflictos internos y los síntomas que éstos le ocasionan como son el estrés, la ira y la culpa.
3. El dejar de fumar tiene un valor secundario para ella.
4. Busca orientación profesional para recuperar relativamente el control de su vida.

## **TRATAMIENTO**

Objetivos terapéuticos establecidos:

Al terminar el tratamiento la paciente conseguirá la abstinencia de tabaco, también la paciente tendrá un buen manejo del enojo, mayor capacidad para relajarse, podrá establecer nuevas metas para su vida y podrá manejar técnicas de solución de problemas.

## **TÉCNICAS EMPLEADAS:**

1. Manejo de la terapia por medio de la Entrevista Motivacional.

Se usa como base el círculo del cambio de Prochaska y Diclemente ubicando a la paciente en los diversos estadios de cambio (contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída). Se busca incrementar la motivación para dejar de fumar. Una entrevista de tipo no confrontativa, con escucha empática,

ayuda activa, balance decisional, consejo breve, preciso y claro, dando retroalimentación, ofreciendo alternativas, disminuyendo la deseabilidad y ofreciendo alternativas.

2. Aplicación de tratamiento de técnicas de Prevención de Recaídas para alcanzar la abstinencia de tabaco.
3. Técnicas de relajación como relajación muscular progresiva y respiración diafragmática.
4. Solución de problemas.

Se le enseña a identificar pros y contras de una situación y en base a ello proponer alternativas y tomar la mejor opción.

5. Reestructuración cognitiva.

Se busca la resignificación de experiencias desagradables.

## **DESARROLLO POR SESIONES:**

El tratamiento se llevó a cabo en \_\_13\_\_ sesiones.

### **Primera sesión, 16 de Febrero de 2007.**

Se hace el report inicial, asisto a la Mtra. Guadalupe Vital, mi supervisora en esta sesión como coterapeuta. La principal función que realizo es la observación del manejo de la terapia por parte de mi supervisora y a la paciente.

La sesión continua con la presentación de la paciente y los terapeutas, sigue con la exploración de la paciente motivándole a hablar acerca del porqué solicitó la terapia a pesar de que la preconsulta dice que su motivo es el dejar de fumar. La paciente se muestra muy observadora de sus terapeutas. La Mtra. Guadalupe informa del tratamiento y del proceso que se va a llevar a lo largo del tiempo, Que el plan es realizar el tratamiento en 8 a 12 semanas, la paciente la cuestiona y prefiere abarcar otros temas que no se relacionan con su hábito de fumar. Se obtiene información necesaria para conocerla mejor como datos personales y aficiones a lo cual ella responde acerca de sus hijos, estado civil, preferencias como el escribir, salir con sus amigas, su trabajo actual y las labores que hace.

La paciente hace hincapié que ella optó por tomar terapia en la Fac. de Psicología ya que buscaba una terapia de tipo cognitivo conductual para avanzar rápido en su problemática sin tener que recurrir a rebuscar mucho en su pasado ni tardar años para la solución que busca la cual no parece tener clara.

## **Técnicas que se emplearon:**

Raport

Entrevista Motivacional

Cierre

Programa Estructurado de Recaídas. Se le da un formato para registrar sus actividades diarias previas a comenzar a fumar.

## **Segunda sesión, 23 de Febrero de 2007.**

La paciente no trae su registro conductual, pero nos dice que fuma una cajilla de cigarros diariamente, afirma que le dio mucha flojera la verdad pero que puso atención en los sucesos previos inmediatos a fumar. Nos dice que Al despertarse se siente hinchada y con mucho sueño y lo primero que hace es buscar sus cigarros y fuma 2 cigarros para despertarse. Después de tomar su desayuno quiere fumar y fuma 2 cigarros. En una reunión de consejo técnico antes de entrar se fuma 1 cigarro, salió muy enojada y lo primero que hizo al salir fue buscar un lugar abierto para fumar y fuma 1 cigarro, luego llegan compañeros y platican con ella y fuma 3 cigarros. Tiene que dar clase y antes de ir a darla se fuma 1 cigarro. Trabaja en un proyecto y fuma 6 cigarros. Antes de dormir lee y se fuma 2 cigarros.

Esto sólo lo hizo un día y explica que le da mucha flojera eso de estar pensando y preocupándose por registrar y acordarse de cada vez que fuma, que ella ya es una persona grande y siente que es una tarea para niños, que si no le podemos tratar de forma distinta. La Mtra. Guadalupe se da cuenta de que la tarea del autorregistro es contraproducente y cambia de estrategia, le pregunta por situaciones específicas que la llevan a fumar e identifica que sentimientos como el enojo, la ansiedad, el ocio y la flojera son previos a tal conducta. Se le pregunta por experiencias en las que ella no fume y dice no fumar en espacios prohibidos para fumar, cuando escribe fuma menos, casi el cigarro se quema solo en el cenicero. Al iniciar el cierre de la sesión la paciente se retira no muy satisfecha de la terapia y lo manifiesta diciéndonos si creemos que este tipo de terapia funcionará para ella ya que cree siente que no se siente mejor y que no hemos entendido su problema. Se le explica que inicialmente es así ya que necesitamos recabar la información necesaria para hacerle un tratamiento personalizado hecho a su medida.

## **Técnicas que se emplearon:**

Raport

Entrevista Motivacional

Cierre

Se le aplica la línea base retrospectiva y en promedio fuma 20 cigarros diarios.

Se le aplica el algoritmo de compromiso para el cambio (ACC-D) y se le ubicó en el estado de contemplación.

Se le aconseja aplicar demora en la acción de fumar.

## **Tercera sesión, 2 de Marzo de 2007.**

La paciente no hizo el registro conductual, se le pregunta sobre algunas situaciones en las que halla tratado de dejar de fumar, nos informa que hubo dos ocasiones en que dejó de fumar por periodos largos uno de 5 meses y otro de tres años. Esto sucedió por que quiso dejar de fumar la primera vez y la segunda por que hizo un trato con Dios de que si su hija entraba a la Preparatoria de la UNAM dejaría de fumar y así sucedió. Nos informa que en la mañana se peleó con su hija por que había dejado tiradero, esto la hizo enojarse mucho y fumó para calmarse, la Mtra. Guadalupe le hace notar que cuando se enoja tiende a fumar. La paciente también informa que fuma para calmarse, se le pregunta cómo hace para relajarse y dice que trata de pensar en otras cosas pero que no logra relajarse del todo y cuando fuma se siente mejor. A veces la paciente se preocupa demasiado de cosas que no tienen mucha importancia pero que no salen perfectas, dice, y esto la lleva a fumar para poder calmarse. Se ve que tiene problemas para tomar decisiones cuando dos elecciones son similares por lo que se le enseña a diferenciar los beneficios y contras de cada posible elección. La paciente trata de evadir el tema del cigarro y manifiesta su inquietud por hablar de otros temas, principalmente relacionados con su trabajo y sus hijos.

Muestra resistencia al cambio del hábito de fumar al no traer una vez más el registro conductual y con respuestas como esta "Si bien no desarrollé la tarea con precisión que debería, si tuve cuidado en fijarme cuales son las situaciones que me motivan mas a fumar..." Nos informa que anteriormente ha tomado terapia de tipo fromniana y jungniana que le tomaron mucho tiempo y mucho dinero y espera que este tipo de tratamiento sea mas efectivo.

### **Técnicas que se emplearon:**

Raport

Entrevista Motivacional.

Cierre.

Detención de pensamiento.

Formato para manejo del enojo.

Toma de decisiones.

Lista checable de destrezas de enfrentamiento.

## **Cuarta sesión, 9 de Marzo de 2007.**

Asisto sólo como terapeuta y procedo a hacer una entrevista exploratoria acerca de algunos antecedentes importantes para la paciente y poderlos relacionar de alguna manera con su costumbre de fumar. Se le pide que hable un poco de ella, lo que quiera decir, ella contesta que no quiere hablar de su pasado porque le duele, se le repite que cuente sólo lo que quiera y comienza a hablar. Es una hija mayor de cuatro, las dos primeras son mujeres y otros dos hnos. más chicos. Viene de una familia de clase media alta. Una vez como a los tres años tiró de las escaleras a su hermana. Ya que la odiaba por que cuando nació su mamá la hizo a un lado y se la avocó al cuidado de su hermana. Ya que estaba muy flaca y enfermiza, a ella entonces la cuidaba su abuela y sus dos tías pero cuando vio que casi la mata y su abuela corrió a ver a la hermana. Ella tuvo mucho miedo y le pidió a Dios que la salvara y que no le volvería a hacerle daño, desde entonces tiene cuidado de su hermana. Recuerda que su padre la consentía mucho y era su favorita, cuando éste iba a fumar ella olía el olor a tabaco y le gustaba mucho después mas grande como a los 9 ella le prendía la pipa. Su papá le compraba ropa en Sears debido a que era muy gorda y la ropa de niña no le quedaba pero a su mamá no le gustaba y ambas competían por la atención del padre y dice que ella ganaba. Sufre cuestionamientos históricos y se pregunta “¿Cuántos datos hacen falta para transmitir el dolor infinito del primer abandono?”

Habla de su papá, iba a la iglesia con él y era su ídolo, sus hnos. no existían sólo eran él y ella pero dejó de serlo al convertirse en alcoholico y siente el rencor de los demás y ya su papá no la hacía sentirse importante así que se siente sola y defraudada. En la secundaria y la preparatoria está más desarrollada que sus compañeras y se siente gorda, su primer novio es un sacerdote y al preguntarle ella que es lo que eran en su relación, el la deja atrás y ella sufre, lo quería mucho, luego tuvo un novio muy guapo y tras una fiesta él la lleva embriagada a un hotel y la viola. Ella comienza a fumar desde los 12 años, la sirvienta le daba un cigarro a cambio de que le escribiera las cartas a su novio ya que era analfabeta. En la preparatoria fuma mucho y ya a los 17 años trabaja de recepcionista. Su madre fumó después de que su papá murió. Siente que no está debidamente reconocida en la UNAM por sus colegas pues ocupa un grado mas bajo del que debería de tener y se la pasa luchando por ocupar el reconocimiento que se merece lo que le crea mucho conflicto pues no se lo dan pues la ven como competidora mas que como compañera, es consejera técnica también y siempre se preocupa por que las cosas se hagan ética y bien hechas por lo que muchos no la quieren. Ella teme que yo la vaya a dejar a medias y le aseguro que si ella toma el compromiso para cambiar, asistir a terapia, avisarme con una semana de anticipación si no puede asistir a la siguiente sesión, yo me comprometo a atenderla ética y profesionalmente hasta darla de alta.

### **Técnicas que se emplearon:**

Raport.

Entrevista Motivacional.

Cierre.

## **Quinta sesión, 16 de Marzo de 2007.**

Asisto solo como terapeuta. Se le pregunta cómo aplicó el formato del enojo y dice que tiene un problema que la hace enojar mucho pero que no pudo acoplar bien las formas de enfrentamiento sugeridas, se le deja hablar libremente para definir mejor su problemática. Ella acaba de comprar un departamento y comenta sobre un problema que tiene con un vecino que la demandó por 15 cm de terreno, parece que lo que más necesita es platicar del problema que le aqueja en ese momento, dice que puso una herrería sobre su jardín, la herrería está dentro del borde que marca sus escrituras sin embargo, el vecino le exige que la quite debido a que le invade su espacio. La reacción de ella es de defenderse, considera a sus vecinos como abusadores y que, como la ven rica, quieren explotarla y ella no lo va a permitir, dice que ahora los va a joder bien. Mide su terreno tres veces y aún no está segura, tiene miedo de haberse equivocado y quedar como tonta frente a las autoridades. Siente mucha injusticia sobre ella y va hasta la Procuraduría Social. El enfrentar la demanda le va a costar mucho dinero pero no va a aceptar que la atropellen y está por decidir entre dos. Hacemos pruebas viendo pros y contras de cada abogado para que pueda tomar una mejor elección. Tiene mucho conflicto entre el gasto de energía y de dinero y tiempo y su deber ser, usamos esto para practicar una vez más la toma de dediciones, finalmente el costo por esos 15 cm y la herrería que ya puso sería para ella de mayor satisfacción y tranquilidad ya que piensa que así la van a respetar más y vivirá mejor a largo plazo.

Se le pregunta si fumó en la semana, dice que se fumó 2 cajillas de cigarro, se le pregunta de qué manera cree que el cigarro le ayude en las situaciones de estrés, dice que para tranquilizarse pero se le pregunta si no estará sustituyendo algo beneficioso para ella con el cigarro, ella cree que lo que sustituye es la paz espiritual. En la fase de contemplación se le intenta incrementar la motivación para generar el cambio dándole más información acerca de los daños del cigarro. Ella ha oído que el cigarro hace daño pero dice que tiene la fantasía de que a ella no, y que si quiere dejar de fumar puede hacerlo por sí sola nada más que esté convencida de hacerlo. Se le explica que lo que pensamos muchas veces es en automático y no nos percatamos de ello, esto hace que tengamos determinadas emociones por lo que se le sugiera darse cuenta de lo que piensa que le está causando sentimientos en ese momento. Se le hace una demostración de cómo los pensamientos influyen en las emociones por medio de imaginación. Se le pide que escriba el ejercicio.

### **Técnicas que se emplearon:**

·  
Raport.

Entrevista Motivacional.

Cierre

Se le da la hoja de balance decisional para cambiar su ingesta de tabaco

Reestructuración cognitiva (imaginación).

## **Sexta sesión, 23 de Marzo de 2007.**

Se comienza la sesión hablando de lo acontecido en la semana. Otra vez volvió a fumar mucho, alrededor de una cajilla diaria. Sigue en el litigio con sus vecinos. Ha optado ya por un abogado. Habla de los valuadores del banco, siente abuso por parte de los vecinos y la procuraduría ya que sus vecinos ni siquiera tienen escrituras dónde respaldar su asunto pero el Ministerio público les da entrada sólo con sus palabras pero dice “no voy a permitir que me pisoteen” y se siente bien con su reacción. Pone en práctica lo de darse cuenta de los pensamientos que la agobian y, cito:

“...Los valuadores del banco y de la notaría conocían las dimensiones del departamento y tuvieron que checar las estructuras, que los datos estuvieran correctos además que yo pagué por ese espacio...Que yo no podía reparar un daño que no había hecho y que me comprobara con papeles la validez de su dicho”

Se lleva a la paciente a ver si además de decirse cosas negativas también hace cosas para hacerse algún tipo de daño como por ejemplo el fumar. Asiente con la cabeza y menciona ejemplos de cómo ha hecho cosas para hacerse mal como castigo como por ejemplo cuando sus hijos la hacían tiradero en su casa y ella en vez de hacer que lo recogieran, lo recogía y se decía que ella tenía la culpa de haberlos criado mal y que ahora tenía que aceptar su responsabilidad. Se le pregunta si quiere esa forma de vida para ella y se le motiva a cambiar, una de las cosas a cambiar es empezar a ver qué quiere para ella de ahora en adelante y si el dejar de fumar sería una de ellas. Se usa como ejemplo tal dependencia para mostrarle cómo considerar nuevas hábitos y metas y de paso motivar a la paciente a la abstinencia. Se habla sobre los perjuicios del cigarro como el envejecimiento acelerado de la piel, daño a la condición física, algunos tipos de cáncer. Comenta que su mamá antes de morir le dijo que dejara de fumar lo que le dio mucho coraje, ya que no tenía porqué decirle lo que tenía que hacer. Una vez dejó de fumar durante 5 meses hasta que escuchó a su esposo hablarle a su amigo y decirle que ella ya no fumaba y ni tomaba, dice que le dio tanto coraje que volvió a fumar. En otra ocasión le dijo a Dios que dejaría de fumar si aceptaban a su hija en la preparatoria y como así sucedió dejó de fumar por tres años hasta que en un viaje a Cuba hubo un problema con el hotel y no pasaban sus tarjetas de crédito, ella prácticamente tuvo que solucionarlo toda ya que llevaba a su hija y su amiga con la que viajaba le dejó caer toda la responsabilidad así que tomó el liderazgo. Su amiga fumaba en esa ocasión y le pidió un cigarro, su hija al verla le gritó trágicamente de cómo era posible que hiciera eso, ante tal hecho ella se enojó mucho y volvió a coger el hábito de fumar. Menciona que en el tiempo en el que dejó de fumar ella empezó a comer demás por lo que sufrió de mucho sobrepeso hasta volver a fumar. Se le da la hoja del (SRP), Balance Decisional. Se le da el contrato para que lo lea y lo firme pero se muestra molesta y prefiere no firmar nada, dice que si deja de fumar será porque así se le da la gana y no porque esté obligada a hacerlo.

### **Técnicas que se emplearon:**

Raport.

Entrevista Motivacional.

Cierre.

Programa de prevención estructurada de recaídas. (Balance decisional).

Reestructuración cognitivas.

## **Séptima sesión, 30 de Marzo de 2007.**

Comenta que ha vuelto a yoga y que curiosamente empezó a fumar menos, que fumó como 12 cigarros en promedio diario, que siente que es tiempo de darle un giro total a su vida, que tomó decisiones que no eran buenas para ella pensando en lo que piensan los demás. Se le cuestiona sobre su fuerte sentido del deber y se da cuenta de que se exige demás, es muy punitiva consigo misma si se equivoca en algo y cuando tiene logros personales no se reconoce, le da más importancia a lo negativo que a lo positivo. Se lleva a la paciente a concientizar su propia manera de afectarse. “No soy objetiva conmigo misma, me culpo de lo que mis hijos hacen mal...”

Relaciona el cigarro con su estado de bienestar, dice que el cigarro es como la compañía de su padre, se le pregunta qué es lo que siente en esa compañía y dice que tranquilidad y seguridad, se le dice que si no es triste que tenga que recurrir al cigarro para sentir eso y ella misma no pueda proveérselo, se le pregunta de qué otra manera podría sentir tranquilidad y seguridad sin el cigarro de por medio y dice que relajándose primero y que luego identifique el problema que le está ocasionando esos sentimientos desagradables y darles un sentido en la realidad. Cuenta que es cumpleaños de su hija el próximo 15 de Abril y que se propuso dejar de fumar a partir de esa fecha, se le explica sobre la autoeficacia y la importancia de ponerse metas obtenibles y las consecuencias del fracaso. Habla de que tiene facha de rica y vive en un departamento del INFONAVIT, de que es de izquierda pensante. Se le cuestiona sobre la importancia que le da a su propia vida y de que va a hacer ahora que sus hijos no estén, llega a la conclusión de que tiene que hacerse de metas propias y personales. Dice que el 15 de Abril es cumpleaños de su hija y que está pensando dejar de fumar a partir de esa fecha. Se le comienza a enseñar a relajarse iniciando con la respiración y tensión y distensión muscular haciendo tonos de voz relajada con la finalidad de que diferencie un estado tenso de uno relajado primero, comenzando desde los pies hasta la cara usando las frases repetitivas caliente y pesado. Se le dice que califique su estado de relajación antes y después del ejercicio, da un 4 antes de empezar la relajación y un 8 después. Se le aplica el cuestionario Fagestrom cuyo resultado la coloca en estado de dependencia media.

### **Técnicas que se emplearon:**

Raport.

Entrevista Motivacional.

Cierre.

Reestructuración Cognitiva.

Relajación muscular progresiva.

Fagestrom.

## **Octava sesión, 13 de Abril de 2007.**

Habla sobre el proceso que ha llevado durante la semana, frente al compromiso que se hizo sobre dejar de fumar para el cumpleaños de su hija ahora cree que tal vez no pueda dejarlo debido a que dice que el cigarro es el único afecto seguro que tiene y que la proporción de su deseo ha cambiado ya que debe matar a lo que ama aunque, en la semana fumó aproximadamente entre 8 y 5 cigarros, yo la felicito, dice que el yoga y el intentar relajarse cuando se siente preocupada le están ayudando mucho. Añade un tipo de masaje "espiritual" que empezó a tomar y que la hizo llorar mucho. Dice que ella está en proceso de reconstruir su identidad, siempre trató de agradar a los demás pero no logró del todo encajar y esto lo ha hecho a través de ideas falsas. Se le pregunta dónde cree encajar bien y dice que con sus hijos y sus nietos, ellos la aceptan y es su aceptación la que le debe importar no tanto la de otros grupos. "¿Dónde sí encajo? Con mis hijos, nietos, con 2 hermanos, con otro tampoco, en todo lo que es medicina alternativa, conmigo misma, escribiendo y leyendo, me caigo bien."

Platica acerca de su primer esposo, su segundo esposo y lo que le frustra el no haberse dado cuenta del mal camino que tenía con él pues es muy egoísta. Ella se siente mala madre debido a que su primer hijo empezó a tomar alcohol con sus amigos y para evitar más problemas lo envió con un tío, su otro hijo se quedó en provincia con su papá ya que compraron una casa muy grande y tenían previsto mudarse allá pero entre semana ella se la pasaba en la Ciudad de México trabajando en la UNAM y sólo estaba con sus hijos los fines de semana, de ambos hijos ha recibido reclamos de que ella los abandonó lo que la hace sentirse culpable. Procedo a la reestructuración cognitiva y se le pregunta el porqué de sus decisiones y si tenía otras opciones claras para resolver esa situación contesta que no y se da cuenta que bajo sus recursos de aquel tiempo hizo lo mejor que pudo y que si se equivocó no podía evitarlo ya que ahora acepta que nadie es perfecto incluida ella. Se analiza la situación de cuando recibía dichos reclamos y se da cuenta que eran siempre que le pedían algo y ella no accedía por lo que concluye que eran chantajes de sus hijos para manipularla, se le pregunta por algunas experiencias agradables con sus hijos y platica de ellas por lo que empieza a sentirse mejor, "...mis hijos tampoco son perfectos, y son mañosos pero sí me quieren como yo a ellos". Habla de que se ve en una playa escribiendo en su computadora por lo que esa es la cara de el futuro que quiere para ella, tranquilidad, salud, calidad de vida, independencia. Se procede al ejercicio de relajación de distensión-tensión muscular y se relaja da un puntaje pre 5 post 9. Se le dice que si quiere siga reduciendo el número de cigarros fumado pero que sólo si quiere pues podría ser contraproducente. La otra semana no puede venir por trabajo.

## **Técnicas que se emplearon:**

Raport.

Entrevista Motivacional.

Cierre.

Reestructuración cognitiva, resignificación de experiencias.

Entrenamiento en relajación.

## **Novena sesión, 27 de Abril 2007.**

En esta sesión habla de que se ha sentido mucho mejor, que no fumó la semana pasada mas que una cajilla de cigarros y no se los acabó, ha evitado los momentos en que depende según ella, del cigarro para estar bien y ha buscado la forma de sentirse mejor sin éste, el yoga le ha servido muchísimo pues está casi en paz, siente que lo que hace es para ella y que se lo merece, siente que está logrando su meta de tener un estilo de vida saludable, come mejor, camina mas, ha bajado 2 kilos, va al yoga, toma mas agua, aunque masca mas chicle, dice que le encanta, se compró un terreno cerca de Cancún. Habla de su hijo y de que está por ver si lo becan en China por 2 años, está nerviosa de eso y se relaja también piensa que es la vida de su hijo y es ya independiente de la suya, dice que ya cortó el cordón umbilical de sus 2 varones y lo empieza a hacer con la hija. Habla de su hija, está tomando terapia espiritual y a raíz de esta terapia le dijo que tiene un sentimiento de que ella la abandonó y sufre muy en el fondo por eso. Lo anterior produjo que se acordara de su madre y esto la hizo recordar que su mamá también la abandonó y esto la hizo sentirse sola. Dice que su abuela también había abandonado a su madre pero que lo hizo porque trabajaba y eso era más importante pues se sacrificó por sus hijos, dice que ella hizo lo mismo y que eran entonces sentimientos irracionales egoístas de sus hijos y que es ridículo entonces que se sienta mal por algo que nunca ocurrió, ella había hecho lo correcto y ahora que sus hijos tomen su propia terapia es su vida de todas formas sabe que se aman mutuamente y eso no cambiará. Dice que se siente abrumada por los cambios que está viendo y los que comienza a querer tener, no está segura de abstenerse totalmente del cigarro, dice que puede controlarlo, pasamos a ver pros y contras de fumar moderadamente y de ya no fumar, se convence de que cuando sus amigas la veían fumar menos la alababan y por lo tanto se ve mejor sin fumar además le tiene miedo al cáncer, su madre murió de cáncer. Habla de que siempre tiene una parte que siempre duda de las decisiones que toma y le hago ver si esto le genera algún tipo de conflicto, el riesgo o la incertidumbre, dice que si pero que ya casi no a diferencia de antes de la terapia, me agradece. Sigue el caso en la Procuraduría Social está ganando. Dice que tiene mucha fe en que la vida le sonrío ahora y que está orgullosa de ella, platica sobre su experiencia del masaje, comenta que le abrieron la garganta y lloró mucho, que se estaba purgando, dice que por eso fumaba pero que su hermosa garganta se siente mejor y no necesita de un falso consuelo como el cigarro. Procedo al entrenamiento en relajación y observo su distensión muscular, ahora solo menciono: “ de la cadera para abajo estás relajada, sientes caliente y pesado”, del vientre para arriba y los hombros.

## **Técnicas que se emplearon:**

Raport.

Entrevista Motivacional.

Cierre.

Reestructuración Cognitiva.

Relajación muscular progresiva.

## **Décima sesión, 4 de Mayo de 2007.**

Dice que su hijo finalmente sí se fue a China y que está muy agradecida y esto es un principio fuerte para tomar la decisión de dejar de fumar totalmente. Tomó la decisión después de enterarse y sólo fumó 4 cigarros durante la semana y es que se le antojaron mucho. Sigue yendo al yoga y el masajista le dijo que a partir de la sesión anterior le va a dar citas más esporádicas que ahora tenía que hablar su cuerpo y garganta. Recordó en la semana a sus tíos, dice que es parte del vacío en su garganta, su tío era estéril y aprovechaba eso para tener amoríos pero que a veces abusaba de las sobrinas tocándolas y ella aceptó eso pues vivió un tiempo en su casa y le daba dinero por eso lo aceptaba y como tenía dinero nadie decía nada, siente rencor con su tía que sabía lo que hacía y que su papá fue por ella a llevársela a su casa, solo vivió 15 días con ellos. Habla de cómo su madre prefería siempre a su hermana y siempre la comparaba con ella y eso la hacía sentir envidia y coraje contra su hermana. No le gustaba estar en su casa, se la pasaba aislada leyendo y escribiendo. Cree que se merece que le hagan daño. A esto comenzamos a practicar las habilidades que se le han dado y se da cuenta de que es irracional, dice que por eso siempre ha tratado de ser perfecta porque si comete errores se merece los peores castigos así vive la vida diaria como un pesar. Ella desplazó su temor hacia sus hijos y temía que murieran si ella se portaba mal pues es el peor castigo que Dios le pudiera dar. “ En los que mi pecado original se cobre con creces”. Teme en especial que le suceda algo siniestro a su hija que está empezando a manejar automóvil, esto la llena de angustia y es algo que no pudo resolver con relajación y no pudo descubrir los pensamientos que le hacían sentir así hasta el día siguiente. Se le hace una demostración de cómo los pensamientos producen emociones a través de un ejercicio de imaginación.

“Creo que hice algo mal, en algún momento y por eso la vida me castiga. Creo en una energía positiva que me permite acceder a todo lo bueno y que yo la atoro”. Esta cita muestra ya claramente la dicotomía de la paciente entre sus pensamientos anteriores negativos y los pensamientos positivos que están aumentando. “...o doy el salto ya o mejor me cambio de planeta” esto habla de la convicción que se genera en la paciente por cambiar. Dice que este conflicto de ser castigada por la vida desde la sesión pasada está haciéndose muy chiquito porque lo está comprendiendo. Procedemos a hacer un ejercicio de relajación pero usando imaginación y ella se vio en lirio blanco hermoso que la envolvía. Me dice que va a estar fuera del país un tiempo y tendremos que suspender las sesiones pero que aunque se siente fuerte para tomar las riendas completas de su vida pero dice que cree que todavía no está lista para ser dada de alta que aún le falta un poquito más.

## **Técnicas que se emplearon:**

Raport.

Entrevista Motivacional.

Cierre.

Relajación por imaginación.

Reestructuración cognitiva.

## **Onceava sesión, 11 de Mayo de 2007.**

Llega muy contenta a la sesión, dice que está muy feliz debido a que está en el IMPI como investigadora nacional y eso la hace sentirse muy contenta pues después de muchos años de esfuerzo ahora se siente reconocida además de que ese nombramiento le da más dinero y tiene mayor estatus frente a sus compañeros. Está convencida de que su fe en Dios o su concepción de él, dice, le está sonriendo al cambio que decidió darle a su vida. Su hijo está bien en China. Habla del director de su Facultad y una plaza que se abrió, él quiere dársela pero esto implicaría deberle favores por lo que le aclaró que quiere que abra la plaza a concurso y que de seguro la gana, dice que eso le hubiera dado mucho miedo anteriormente pero que ya no tiene más miedo. Me dice que no fumó, que la felicite, la felicito y le pregunto si ha pensado que hacer cuando yo ya no esté, me dice que aplicar todo lo que ha aprendido y a felicitar y a reconocerse ella misma, le pregunto qué entiende sobre el placer y la satisfacción, me dice que el placer es una sensación rica pero que dura poco y la satisfacción es un sentimiento duradero que a uno lo hace sentirse bien. Le pregunto que qué es lo que debiera buscar en la vida si placer o satisfacción, me dice que en realidad lo que se debe buscar es la satisfacción ya que el placer es como fumar, es corto y a veces trae culpa pero la satisfacción conlleva cierto placer y trae un sentimiento de orgullo y confianza en uno mismo. Le pregunto cual de las dos es más importante para ella, me dice que la satisfacción y que ahora va a buscar primero la satisfacción pues eso le traería paz. Me platica de su nuevo departamento, de sus nietos y datos cotidianos, del yoga y de sus amigas. Le digo que quiero verla relajarse sola y lo hace cerrando los ojos, poniéndose semiextendida sobre el sillón y en cosa de 10 segundos se ven sus hombros y cuello relajarse, yo la retroalimentando describiendo lo que vi y felicitándola por su desempeño, ella responde positivamente a la retroalimentación sonriendo y agradeciéndome por la terapia y dándome algunos elogios. Terminamos la sesión y le pido que piense sobre sus metas y si incluyen sólo placer o también satisfacción. Me regala una caja de chicles y se despide de mí pues se va fuera del país por un tiempo. Concertamos fecha para la siguiente sesión hasta el 24 de Agosto. Le digo que la veo ya muy bien y que pronto vamos a alcanzar nuestra meta de darse de alta bien. Le hago un ejercicio de imaginación, ella ve una niña de 5 años en un bosque, al lado hay piedras, un cinturón de cuero, un palo, al otro lado hay unas flores, peines, cepillos y agua, la niña es ella y lo que hace es aventar las piedras y eso lejos y se pone a cepillarle el cabello y a cuidarla, la niña es muy feliz. Por último le sugiero que puede poner en práctica todo lo aprendido aquí, cómo solucionar problemas, tomar decisiones, el manejo del enojo, relajarse y verbalizar los sentimientos para dar cuenta de ellos y poder cambiarlos y que no haga algo que decida que no le conviene pero que ella lo decida por que quiera.

## **Técnicas que se emplearon:**

Raport.

Entrevista Motivacional.

Cierre.

Reestructuración Cognitiva.

Relajación muscular progresiva.

Ejercicio de imaginería.

## **Doceava sesión, 24 de Agosto de 2007.**

En esta sesión habla mucho sobre su experiencia en el extranjero, con su compañera de trabajo, los museos. Entró a un museo que se llama del Holocausto, le pregunto si ha pensado en ella misma como una sobreviviente de su propia experiencia, en su experiencia cuenta que ella no se considera una superviviente, dice que al ver todo eso ella en realidad es una maxiviviente, que nunca ha tenido que vivir en condiciones mínimas. Reflexiona sobre los prisioneros judíos, sobre los niños en África, dice que un hombre enfermo mientras agoniza puede ser un sobreviviente. De aquí vemos cómo su experiencia la dimensiona en una situación menos trágica y comienza a aceptarla. Habla de que el director de su Facultad ya no le provoca miedo y de que lo enfrentó por lo que la paciente muestra que los estímulos que antes le provocaban angustia y temor los maneja de una mejor manera. Ella dice que pensó que éste no la iba a correr y que no perdía nada con enfrentarlo en una situación de trabajo y al atreverse a hacerlo sintió mucha satisfacción. Habla de que la angustia que sentía por el novio de su hija ya no lo siente, dice que aunque a ella no le gusta es problema de su hija, "no es mi galán". Que su hijo mayor mas temprano que tarde corrige su vida, "tiene los recursos para salir adelante". Que su hijo menor está muy bien en China, que inició un cambio positivo y sobre todo que no hay reversa. No fumó en todo el viaje, su amiga fumó y a ella ni se le antojó de hecho dice que sentía como asco en la garganta al oler el humo y por eso le dijo que fumara fuera del cuarto de hotel. Concluye que sus hijos tienen todos los recursos que les pudo dar y esos son muy buenos por los que ellos si quieren pueden salir adelante. Le pregunto por el miedo a ser castigada con algo malo a sus hijos y me dice que eso es muy irracional y lo comprende, ellos no son de ella me dice, ellos serán castigados por sus propias consecuencias y que Dios no es alguien que quiere castigar, que venimos aquí a aprender, a mejorar, no somos concebidos perfectos, dice que ahora cree que Dios es como una especie de energía positiva y no en el Dios católico que le enseñaron sus papás. Ya no vive con miedo, dice. Sigue yendo al yoga, al masaje, tal vez compre mas terrenos en Cancún y cuando se jubile se va a ir a vivir allá, se va a divorciar y con la mitad del dinero que le corresponde va a construir su casa. Le pregunto si este cambio cree que es temporal y que pudiera recaer, dice que siempre puede recaer en fumar o alguna otra cosa pero que como le expliqué va a evitar la recaída y que si recae aprender de la recaída y seguir adelante sobre todo que ella se merece hacer lo que se le de la gana, me dice que es una maxiviviente y que no se cree menos que los sobrevivientes, que ella puede vivir su fácil vida bien pero bien para darse gusto a ella. Le digo que la próxima sesión es la última que vamos a tener, la felicito pues está alcanzando sus propósitos y que en un mes le iba a llamar para ver cómo seguía, ella responde muy contenta a eso pues le era complicado estar viniendo a las terapias.

## **Técnicas que se emplearon:**

Raport.

Entrevista Motivacional.

Cierre.

Reestructuración Cognitiva.

## **Treceava sesión, 31 de Agosto de 2007.**

Al inicio de la sesión la paciente se ve tranquila, comenzamos a hablar de cómo le fue en la semana. Empezamos a tratar de reforzar sus nuevas habilidades como la solución de problemas, relajación, identificación de pensamientos automáticos, toma de decisiones. Repasamos con problemas hipotéticos el balance decisional. Le pregunto cómo se siente, dice que muy bien, que se conoce y sabe que es una persona muy capaz, si se propone algo lo alcanza, sólo es que se decida. Le pregunto sobre sus metas y dice que en eso se va a esforzar ahora que ya sus hijos salieron adelante que su hija tendrá que hacerlo también, ella ya cumplió, que siempre seguirá siendo su madre pero ya no son niños, ahora es responsable principalmente de ella misma y que lo merece, "antes sólo lo decía pero ya lo siento" dice. Me agradece por la atención que le brindé, me dice que soy bueno y que la ayudé mucho pero que cree que ella también me debió haber servido de mucho pues dice que no hay coincidencias. Me regala un bote de chicles y dice que están muy ricos por lo que parece que parte del impulso de fumar la ha sustituido con el chicle. Dice que ahora va mucho al cine, ve 2 películas a la semana, hace de comer en los fines de semana ya que es algo que le gusta mucho hacer, va a conciertos de música clásica, camina más, está mas delgada, va al yoga que es una actividad que hacía antes y que volvió a retomar y lee y escribe. Le recuerdo que le voy a llamar para ver cómo sigue y que estamos para servirle, me despido y se va contenta.

## **Técnicas que se emplearon:**

Raport.

Entrevista Motivacional.

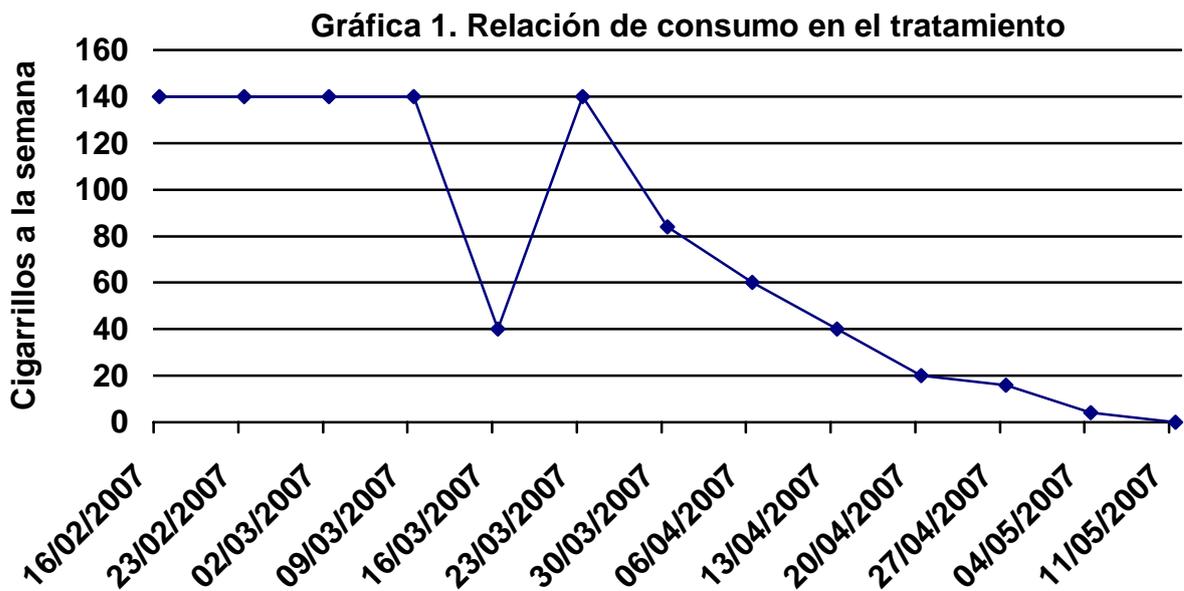
Cierre.

Reestructuración Cognitiva.

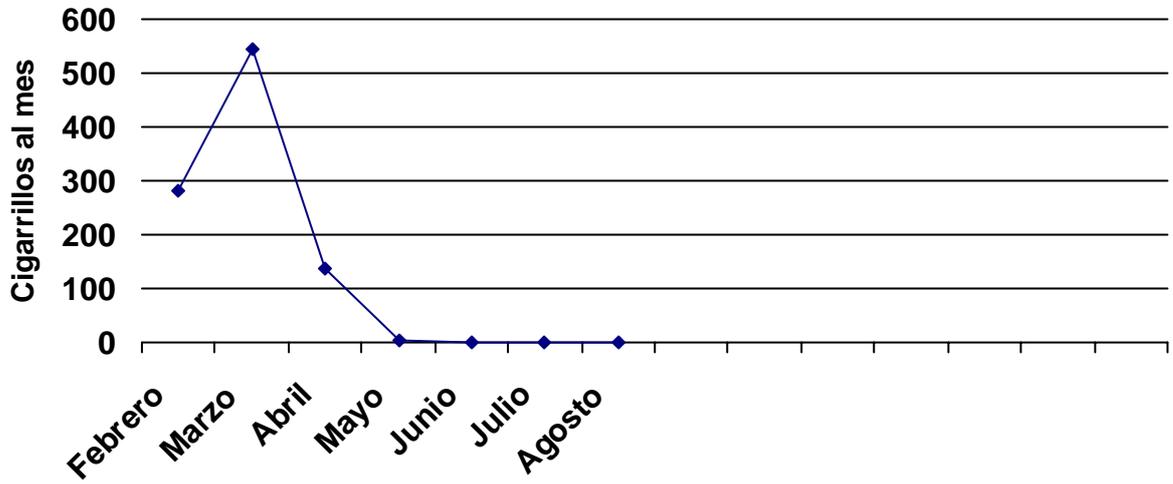
# RESULTADOS OBTENIDOS

Al término de la terapia se consiguieron los siguientes resultados en los objetivos previamente planteados:

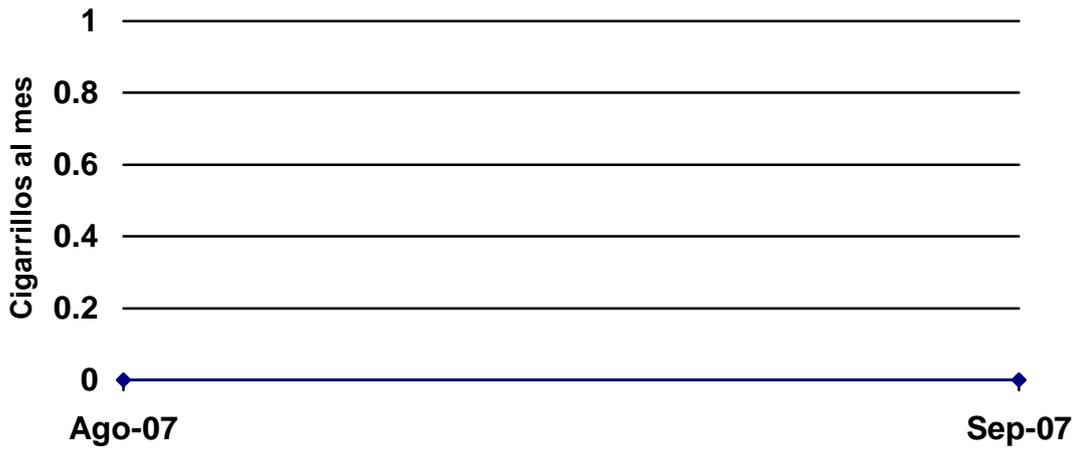
1. En lo concerniente a la conducta de fumar, la paciente inició tratamiento con un consumo de 18 a 20 cigarrillos diarios. Al término del tratamiento se consiguió la abstinencia total siendo un consumo de 0 cigarrillos diarios. Del 31 DE Agosto al 28 de Septiembre se le llama por teléfono haciendo las siguientes preguntas: “¿Has fumado desde el 31 de Agosto hasta hoy? ¿Has tenido deseos de fumar? Con un *no* como respuesta (ver gráfica 1,2y3).
2. La paciente adquirió nuevas habilidades para la solución eficaz de sus problemas a través del método de solución de problemas.
3. La paciente se da cuenta de las situaciones que la pueden hacer enojar previamente y modifica sus circunstancias como hablar de diferente manera además de autorrelajarse con respiración y modificación de pensamientos.
4. La paciente es capaz de autorrelajarse con mayor eficiencia e intensidad. De valores subjetivos que ella asignó a su capacidad de relajarse pasó de 6 a 10 en un valor numérico de 1 a 10 donde 1 es la ausencia total de relajación y 10 el máximo.
5. Se establece nuevas metas como la de respetar la independencia individual de sus hijos, tener una mejor salud integral, empezar un ahorro, vivir en su casa de Cancún cuando se jubile.



**Gráfica 2. Tratamiento con Seguimiento**



**Gráfica 3. Seguimiento**



# CONSIDERACIONES FINALES

La mayor parte de los objetivos planteados en el programa de mi servicio social se han cumplido. Durante el periodo de mi Servicio Social, se dieron eventos y circunstancias que no permitieron un óptimo desarrollo de los objetivos planteados en el cronograma, algunas de las dificultades fueron externas al programa de conductas adictivas ya que los pacientes que se atienden corresponden al Centro de Servicios Psicológicos y se depende que haya pacientes adecuados canalizados al programa de manera que desde el tercer mes en que se proyectaba trabajar terapia con paciente real se extendiera hasta el quinto mes. Finalmente un paciente no acudió a la cita concertada y un paciente sí, por lo que el trabajo en escenario real fue posible, sin embargo, no es posible dar de alta al paciente en el tiempo que resta del Servicio Social por lo que no hay un resultado concluyente de la terapia dentro de los tiempos programados y se tuvo que extender para mostrar los resultados de mi participación como terapeuta y mostrar el uso de las competencias que adquirí a lo largo de la carrera y las nuevas que obtuve por participar en el Programa de Conductas Adictivas..

A pesar de lo anterior, considero que los objetivos alcanzados son buenos ya que se consiguieron en su mayoría y dejan una mayor experiencia profesional en mí, desde investigación en la web, bibliográfica y literatura en inglés hasta en la práctica profesional como terapeuta y el conocimiento y aplicación de técnicas que maneja la Prevención de recaídas aunque he de aclarar que no fue posible implementar el Programa de Prevención de Recaídas por las condiciones del paciente y la dinámica terapéutica sin descartar la falta de experiencia que llevaba.

La relación de las actividades que desarrollé en el servicio con la carrera de psicología es total, todo lo que realicé en el programa está relacionado con la clínica, historia clínica, expedientes clínicos, Entrevista Motivacional, también la aprendí en la materia de medicina Conductual, enfoque cognoscitivo conductual, lo trabajé en la materia de Motivación y Emoción, Teoría del Aprendizaje Social, la tomé en la materia Desarrollo humano.

Mi contribución a la sociedad la concibo en dos formas, la primera en que tengo una mejor preparación profesional lo que me da mayor calidad en el ejercicio de mi profesión lo que finalmente es un factor social y es el motivo por el cual está el esfuerzo de la Universidad Nacional Autónoma de México y la segunda en estar beneficiando a una persona a mejorar su estilo de vida a través de la terapia.

# REFERENCIAS

Appignanesi, R. & Zárate, O. (2001). Freud para principiantes (pp. 10-17). Buenos Aires, Argentina.: Era Naciente, Documentales Ilustrados.

Brailowski, S. (1998). La Sustancia de los Sueños. Ciudad de México, México.: Fondo de Cultura Económica

Conyer-Tapia, R. (2001). Las Adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas. Ciudad de México, México.: Manual Moderno.

Leonard, K. & Blane, H. (2º. ed.).(1999). Psychological Theories of Drinking and Alcoholism (pp. 107-153). Nueva York, NY, EE. UU.: The Guilford Press

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). La Entrevista Motivacional, Preparar para el cambio de conductas adictivas (pp. 23-60). Barcelona, España.: Paidós

Rosenzweig, M.R. & Leiman, A. I. (2º. ed.). (1998). Psicología Psicológica (pp. 195-234). Madrid, España.: McGraw-Gill, Inc.

Word, L.D., Sobell, L.C., Sobell, M. B., Dornheim, L. Agrawal, S. (2003). *Nondaily drinkers score higher on the Alcohol Dependence Scale than daily drinkers.* (pp. 347-352). Addictive Behaviors.

Sitios web consultados.

[www.camporenacimiento.com/adiccion/opiáceos.htm](http://www.camporenacimiento.com/adiccion/opiáceos.htm) Campo Renacimiento, A.C. opiáceos, cocaína, metadona, naxolona, alcohol, barbitúricos, cannabis, depresores. Clasificación de las drogas.

[www.gobernación.gob.sv/observatorio/drogas](http://www.gobernación.gob.sv/observatorio/drogas)

[www.nlm.gov/medlineplus/spanish/heroin.htm](http://www.nlm.gov/medlineplus/spanish/heroin.htm) /smoking/cocaine

<http://es.wikipedia.org/wiki/droga>

[www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov) Nacional Institute on Drug Abuse Feb 2005

<http://db.doyma.es>, Miércoles 2003