



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA**

**REPORTE DE EXPERIENCIA EN TRATAMIENTOS BREVES PARA
USUARIOS DE SUSTANCIAS ADICTIVAS**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

GUSTAVO GARNICA JALIFFE

TUTOR: DR. BENITO ANTÓN PALMA

COMITÉ TUTORAL:

**DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ
DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA**

CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO D.F. AGOSTO 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.

AGRADECIMIENTOS

A los miembros de mi comité académico por sus aportaciones, su ayuda tanto dentro como fuera del contexto de la realización del reporte y sus excelentes consejos para llevar a buen término este trabajo:

Dr. Benito Antón Palma
Dra. Silvia Morales Chainé
Dra. Lydía Barragán Torres
Dra. Mariana Gutiérrez Lara
Mtro. Fernando Vázquez Pineda

Silvia: Has cambiado mi vida profesional y aunque sé que aún me queda mucho por trabajar, gracias a ti he logrado sentir pasión por mi profesión. ¡Muchas gracias!

A los docentes de la residencia en psicología de las adicciones en especial a:

Lic. Leticia Echeverría San Vicente
Dr. Agustín Vélez Barajas,

Muchas gracias por todo su apoyo.

Al Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS) por permitir el desarrollo de la residencia en psicología de las adicciones a través del Centro de Atención e Integración Social “Torres de Potrero” y su directora:

Lic. Rosaura de la Torre Gómez.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente” y en especial a:

Dr. Ricardo I. Nanni Alvarado

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo recibido para llevar a cabo el presente trabajo.

Dedicado a:

A mis padres por su apoyo y motivación para concluir una etapa más en mi vida.

A mis hermanos que a pesar de ya no convivir tan cercanamente sé que me apoyan en todos los proyectos que he emprendido y he de emprender.

A Lupita por su apoyo cuando lo he necesitado.

A mis amigos que compartieron conmigo esta etapa de mi vida:

Sandra. Gracias por seguir conmigo como siempre lo has sido: una excelente amiga pese a todas las dificultades;

Mariana. Gracias por todo el aprendizaje juntos y la confianza que en mi has depositado;

Marlene. Amigg, gracias por estar ahí cuando lo he necesitado y por tu amistad sincera;

Marco: Gracias por compartir experiencias, reflexiones y consejos que nos han hecho crecer;

A Jessica, María, Lizbeth, Vania, Viridiana, Carolina, Eiji, Blanca y Sarahí. Gracias por su amistad, sus consejos, la inspiración que he logrado con y por ustedes y por los malos y los buenos momentos compartidos.

A Claudia, Mario, Marisol (Pingu), Anel, Verónica, Edgar, Bety y Omar. Gracias por el apoyo, la confianza y ante todo su amistad incondicional.

A la vida por tantas lecciones aprendidas y por mostrarme su valor.

ÍNDICE

	Págs.
Resumen.	5
 PRIMERA PARTE: <i>Las adicciones al desnudo</i>	
1. Antecedentes	7
1.1 La búsqueda de bienestar	7
1.2 Los efectos de las drogas	12
1.3 Consecuencias negativas del consumo	15
1.3.1 Sistema de recompensa	16
1.3.2 Consecuencias negativas en la salud y en la sociedad	20
1.4. Prevención y tratamientos	27
1.4.1 Tratamientos breves	40
 SEGUNDA PARTE: <i>Formulación de programas</i>	
2. Formulación de Programas	49
2.1 El Centro de Atención e Integración Social (CAIS)	49
2.2. Intervenciones Breves	50
2.2.1 Intervención Breve para Fumadores	50
2.2.2 Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)	58
2.2.3 Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC)	75
 TERCERA PARTE: <i>Reporte de caso único</i>	
3. Reporte de caso	84
3.1 Introducción	84
3.2 Antecedentes Teóricos del Tratamiento e intervención breve para bebedores problema (TBP)	85
3.3 Características del TBP	86
3.4 Herramientas terapéuticas	88
3.5 Motivo de consulta y evaluación	90
3.6 Instrumentos	90
3.7 Información obtenida de los instrumentos	94
3.8 Recursos y Déficit Disponibles	96
3.9 Diagnóstico	96
3.10 Desarrollo por sesiones	96
3.11 Seguimientos	104
3.12 Evaluación Post Tratamiento	108
3.13 Discusión	112
3.14 Limitaciones y Cursos Alternativos e Acción	114
Referencias	116
Anexo 1. Entrevista de seguimiento a 6 meses	123
Anexo 2. Entrevista de seguimiento para el colateral	124
Anexo 3. Entrevista de seguimiento a 12 meses	126

RESUMEN

Este trabajo fue realizado para mostrar las competencias adquiridas por el alumno en el Programa de Maestría en Psicología de la UNAM, en la residencia de Psicología de las Adicciones, además para describir al lector un panorama muy general del fenómeno de las adicciones que va desde las posturas más generales para explicarlo, hasta los métodos más efectivos de prevención y tratamiento en México. El trabajo está dividido en tres partes: en la primera se aborda el problema de las adicciones desde la etiología básica, tratando de integrar diferentes posturas científicas y humanistas para poder brindar una explicación al consumo de sustancias adictivas. No se pretende ser exhaustivo en cada uno de los temas abordados dado que está fuera del alcance de los objetivos de este reporte; se pretende incorporar y armonizar de manera general diferentes puntos de vista en cuanto a lo que tienen en común en sus respectivos campos de estudio referidos a las adicciones y se enfatiza en dos variables importantes a considerar: el patrón de consumo y el concepto de bienestar. Posteriormente se muestran los principales modelos de prevención y tratamiento utilizados actualmente. Siguiendo la misma línea es que se aborda la segunda parte del reporte que pretende mostrar la efectividad de modelos de tratamiento necesarios para combatir el problema de la drogadicción en México. Esta parte contiene la aplicación de tres tratamientos breves de corte cognitivo conductual, mismos que fueron aplicados durante la residencia particularmente dentro del Centro de Atención e Integración Social "Torres de Potrero": La *Intervención Breve para Fumadores* (Lira, 2002), el *Programa de Satisfactores Cotidianos [PSC]* (Barragán, 2005) y el *Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína* (Oropeza, 2003). Cada programa es analizado dentro de sus fundamentos teóricos, instrumentos, participantes, y resultados de su aplicación. Finalmente, en la tercera parte se expone un reporte de caso único que se inserta dentro del *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997) para completar la revisión de competencias.

PRIMERA PARTE:

Las adicciones al desnudo

*Me habló de la marihuana, de la heroína
de los hongos, de la llaguasa. Por medio
de las drogas llegaba a Dios, se hacía
perfecto, desaparecía.*

*Pero prefiero mis viejos alucinantes:
La soledad, el amor y la muerte*

Jaime Sabines

1. ANTECEDENTES

1.1 La búsqueda del bienestar

Al hablar de adicciones se puede hablar de muchas perspectivas teóricas tanto para explicar sus causas, como los métodos para tratarlas (West, 2006); y dentro de todo este cúmulo de información se pueden perder algunas nociones básicas para entender las adicciones y la manera de manejarlas en tratamiento. Existe un punto que es clave y necesario para comprender la dinámica de las adicciones y hacia donde tienen que dirigirse los tratamientos. Este punto se refiere a dar una respuesta a la pregunta de por qué la gente consume sustancias adictivas.

A pesar de la diversidad de teorías y enfoques para abordar tanto las causas como los tratamientos que se deben de aplicar en las personas que las consumen, existe un común denominador. Si se observa con cuidado, todas estas teorías se pueden englobar en un solo propósito: la búsqueda de bienestar. El bienestar está definido según el Gran diccionario de la lengua española Larousse (1996) como una *situación en que se tiene lo necesario para pasarlo bien y con tranquilidad; estado del que está bien, sin padecimiento, con salud, energía, etc.* De manera más precisa, el concepto de bienestar se define como *el conjunto de factores que participan en la calidad de vida de la persona y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dé lugar a la tranquilidad y satisfacción humana* (Wikipedia, 2008) por lo que cualquier EVENTO que se perciba como agradable o placentero, generará bienestar. Al respecto West (2006) menciona que la teoría general de las adicciones debe basarse en una teoría de la motivación, y que la adicción debe ser considerada como un síntoma más que un desorden aislado, en el que el sistema motivacional del individuo está afectado y dañado y que el consumo de drogas existe debido a los efectos placenteros que se obtienen, o

como una manera de mitigar sentimientos displacenteros. Ambas condiciones de consumo reflejan una búsqueda del usuario para obtener bienestar.

Esta búsqueda de bienestar tiene injerencia en los campos de la filosofía y es un punto central considerando que, al intervenir en el campo de las adicciones este es el punto de partida y es ahí a donde se tiene que llegar; los usuarios que acuden a tratamiento acuden a restablecer su bienestar y el papel de cualquier tratamiento ya sea médico, psicológico o social busca el restablecimiento del bienestar en sus usuarios.

Para intentar clarificar este punto, hay que referirse a los aspectos motivacionales básicos de los seres humanos; la razón de su existencia en este mundo, que aunque muchas razones podrían ser expuestas, se analizará aquello que compete tanto a seres humanos como al resto de organismos vivos: su propia biología. Desde este punto de vista, a partir de la teoría de la evolución propuesta por Darwin (1871) y de las conclusiones de la selección natural, queda claro que las razones existenciales de los organismos consisten en preservar la especie, por lo que esto se convierte en el objetivo primordial inherente a todos los seres vivos. Para ello, el organismo tiene un desarrollo: nace, crece y finalmente muere, lo cual se traduce en un límite de tiempo de vida. La muerte es el último paso inevitable de la existencia de todas las especies, pero se espera que cuando ocurra, ya se haya cumplido la meta principal: la reproducción, lo cual hará que la especie se perpetúe (McFarland, 1993). En este aspecto, en cuanto mejor se encuentren los seres vivos (en cuanto a salud, edad reproductiva, etc.) más probabilidades hay que generen vida. Es indispensable entonces que los organismos procuren no enfermarse, por lo que desarrollan protecciones que van desde el sistema inmunológico, hasta generar conductas que conservan la salud (McFarland, 1993). El cuerpo humano, como el organismo de cualquier especie, tiene las funciones para mantener al organismo en un estado de homeostasis. Esta homeostasis hace que el organismo se sienta en equilibrio. Cuando surge alguna enfermedad, el organismo se encarga de recuperar su equilibrio hasta donde su capacidad se lo permita, siendo así que lo que se busca es mantener el cuerpo sano y eso se traduce en bienestar (Reeve, 1994).

El bienestar se hace más complejo en la medida que se involucran factores sociales, psicológicos, y culturales además de los biológicos. Cada una de estas esferas, incluye

la búsqueda de bienestar: todos los esquemas sociales se originaron con el fin de proteger al individuo y perpetuarlo al encontrar alianza mediante las agrupaciones que repelían más efectivamente las amenazas externas (McFarland, 1993). Las sociedades primitivas se construyeron a partir de un bien común: la supervivencia, que poco a poco a medida que la humanidad progresó, se crearon esquemas sociales como la democracia, el pacto social y las leyes para que grandes cantidades de personas pudieran vivir sin conflictos, lo cual se traduce en bienestar. De fondo, Los estados afectivos como la tristeza o la alegría nos indican que es lo que se siente bien y lo que no y marcan pautas para guiar el comportamiento. Los estados emocionales tienen una función adaptativa para mantener el estado de homeostasis y tiene que ver con la motivación del individuo (Reeve, 1994). Cualquier ruptura en este equilibrio genera descompensación y desmotivación. Por ejemplo, se ha observado que aquellos estados emocionales como la alegría producen sensaciones de confianza, de que la vida es significativa; hay una sensación de vigor y de que se puede superar cualquier obstáculo (Izard C, 1991), al contrario de la tristeza o el estrés que puede disminuir las defensas del organismo y lo hacen más susceptible a enfermedades (Reeve, 1994), o del enojo, que puede producir sustancias nocivas para el cuerpo.

Es así que durante el transcurso de la vida lo que se busca es vivir bien; en armonía, en paz, contentos, en una palabra, felices.

La felicidad es un concepto al que se le han dado diversas definiciones, pero de las cuales también hay muchas discrepancias. En una revisión respecto a la felicidad, Suárez Íñiguez (1999), en especial al pensamiento de Aristóteles, sostiene que todos los hombres están de acuerdo en llamar “felicidad” a la unidad presupuesta de los fines humanos, el bien supremo, el fin último y concluye que *la finalidad de la vida... es la felicidad y ésta se consigue con una vida virtuosa, que es siempre activa, y logrando bienestar y prosperidad*. Para evitar complicaciones, en adelante sólo se hará referencia al concepto de bienestar debido a la complejidad que encierra el término “felicidad”.

Existen teorías y/o corrientes humanistas que se han desprendido de la búsqueda de bienestar de las personas y las emplean con fines terapéuticos. Se mencionarán tres ejemplos.

Maslow (1954, 1971) cuando habló de su pirámide de las motivaciones mostró una secuencia de necesidades que necesitaban ser cumplidas y que iban desde necesidades básicas como respirar, comer y dormir hasta la autorrealización, consistente en niveles de satisfacción cognoscitivos, morales y creativos. Cada nivel que se asciende representa un logro que produce bienestar. Es así que en este modelo se puede ejemplificar la búsqueda continua de bienestar, que en sí misma, representa una serie de dificultades y que incluso, puede ser que no baste la vida de una persona para llegar a la cúspide.

Otro modelo que representa esta misma búsqueda se encuentra en el predecesor al modelo psicodinámico Freudiano de Erick Erickson, el modelo psicosocial (Erikson, 1950 en Papalia, Wendkos y Duskin, 2005) en donde se divide la vida de una persona en 8 etapas en las cuales hay que enfrentar eventos adversos para ganar madurez y poder avanzar a la siguiente etapa, hasta alcanzar la integridad antes de la muerte, lo cual se puede interpretar como el nivel de bienestar final.

Como lo muestran estos modelos, la búsqueda de bienestar es un proceso que para muchos llega a ser imposible de cumplir, pues durante la vida se experimentan sucesos o se presentan condiciones que disminuyen o nulifican este sentimiento. Estos modelos que no se contemplan dentro de los paradigmas clásicos para el estudio de las adicciones, podrían ayudar en la precisión de factores de riesgo y protección para su prevención, ya que muestran diferentes fuentes de satisfacción o de insatisfacción que traen a su vez fuentes de frustración que podrían propiciar la búsqueda de placer inmediato a través de sustancias adictivas. De manera adicional a estos ejemplos, existe un modelo que, además de contemplar la historia de vida del individuo, se centra en los factores que lo rodean.

La teoría bioecológica de Urie Bronfenbrenner (1979) describe el rango de influencias interactuantes que afectan a una persona. Se establece que cada organismo biológico se desarrolla dentro del contexto de los sistemas ecológicos (microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cromosistema) que apoyan o sofocan su crecimiento y que dicho desarrollo ocurre a través de procesos cada vez más complejos de interacción entre una persona y el ambiente inmediato cotidiano; estos procesos son afectados por contextos más remotos de los cuales el individuo puede no estar consciente

(Bronfenbrenner, 1979). Bajo esta óptica, se pueden apreciar gran cantidad de factores que interfieren con el estado de bienestar.

En las sociedades actuales son muchos los obstáculos que una persona tiene que lidiar: los problemas económicos, las crisis sociales, la discriminación, la contaminación, las guerras, los conflictos familiares, los sistemas políticos, etc. También a nivel individual hay otra gama de obstáculos: las enfermedades, las relaciones interpersonales, los accidentes, y los problemas psicológicos y emocionales. La búsqueda del bienestar ha obligado a muchos a encontrarla a través del consumo de sustancias que alteran las funciones del organismo y producen, aunque sea por corto tiempo, ese estado de bienestar anhelado (Peele ,1985).

Stimmel (1991) menciona que la razón básica para comenzar el consumo de drogas o alcohol es conseguir placer, experimentar la euforia de encontrarse colocado y compartir la excitación con la compañía de alguien que también lo esté utilizando y otros autores agregan que las personas con circunstancias vitales adversas tienen más probabilidad de llegar a ser adictos que aquellos con más fuentes de satisfacción, por lo que se hace evidente la búsqueda de bienestar en los usuarios de sustancias adictivas, ya sea para encontrar un estado placentero, así como para evitar estados emocionales negativos (Irons y Schneider, 1997; Bruisma y Taren, 1999; Holden, 2001; Potenza, 2001).

Las investigaciones empíricas también hablan al respecto: En un estudio realizado en centros de integración Juvenil (CIJ) se evaluó el afecto negativo y la presencia de indicadores de depresión acentuada en usuarios de droga, reportando que al menos la mitad presentó alteraciones de depresión clínicamente significativas (Balanzario, 2003).

A pesar de que el consumo de sustancias para alterar los estados mentales ha sido utilizado desde tiempos prehistóricos (Westermeyer 1991), es ahora donde el uso en gran número de seres humanos en todos los rincones del mundo se realiza de manera excesiva y de manera clandestina. Se podría decir que las drogas están haciendo el papel de “cura” ante la crisis de malestar que se presenta como característica en este capítulo de la historia de la humanidad.

Un ejemplo es el patrón de consumo de alcohol en México que se distingue por su baja frecuencia pero en grandes cantidades, debido principalmente a su uso en festividades (Cruz, 2007). Aquí la búsqueda de bienestar incluye el mantenimiento del equilibrio emocional. Los estados emocionales contenidos como la tristeza y el enojo, pueden ser expresados mediante el consumo de alguna sustancia. Octavio Paz en su obra *El Laberinto de la Soledad* (1981) explica algunas características psicológicas del mexicano relacionado con la historia misma del país. Dentro de estas características, se destaca la limitación expresiva y afectuosa presente en la población mexicana masculina, la cual se desata ante un contexto permitido socialmente: las fiestas y la ingesta de alcohol. Así al servir como catarsis, el alcohol adquiere un componente emocional importante y de aceptación social. Fuera del contexto del consumo excesivo de alcohol y de fiestas, la expresión afectiva y sentimental en el hombre suele ser mal visto socialmente. Las costumbres heredadas a través de los años, han producido el consumo irregular típico en México.

1.2 Los efectos de las drogas

Los efectos de las drogas son muy variados. Cada uno representa para el usuario una forma de llegar a ese estado de bienestar anhelado, aunque sea de forma efímera. En términos generales la clasificación en cuanto a los efectos farmacológicos que las drogas producen se divide en depresores, estimulantes, opioides y alucinógenos (NIDA, 1995). Todos actúan principalmente en el sistema nervioso central. Para efectos de este reporte, sólo se hablará de las principales drogas de consumo en México, según la Encuesta Nacional de Adicciones *ENA* (2002): el alcohol y el tabaco dentro de las legales y la marihuana y la cocaína dentro de las ilegales.

Las drogas que se encuentran dentro del grupo de los depresores se caracterizan por *deprimir* el sistema nervioso central, provocando en el individuo una relajación física y una desinhibición mental. Dentro de los depresores se encuentra el etanol, principio activo del alcohol, una sustancia adictiva legal muy popular en todos los estratos sociales y que se toma casi sin ninguna restricción. ¿Cuáles son los efectos que produce?

Para medir los efectos del alcohol en el organismo, se utiliza una medida estándar llamada *trago estándar* (TS). Un TS contiene aproximadamente la misma cantidad de

alcohol independientemente del tipo de bebida que se consuma (12g de alcohol puro, o etanol). Así, tomando en cuenta a una persona que no está habituada al consumo de alcohol, al ingerir un TS equivalente a producir una concentración promedio de un .02 % de alcohol en la sangre. Los efectos que produce esta concentración de etanol se traducen en *una ligera elevación del estado de ánimo*. Con dos TS (.05 a .06 % de alcohol en sangre) comienza una *sensación de relajación* y calor, una disminución del tiempo en que la persona reacciona ante eventos sorpresivos y una disminución de la coordinación motora fina. Ingeriendo 3 TS se altera el equilibrio, el habla, la visión y el oído; ocurre una *sensación de euforia* y se pierde la coordinación motora fina. A los 4 TS (.10 a .12 % de alcohol en sangre) comienza la alteración del equilibrio, las facultades mentales y del juicio crítico, que se acentúan a los 5 TS (.14 a .15 % de alcohol en sangre). La pérdida completa de control motor aparece al ingerir 7 TS, mientras que al llegar a los 10 TS ya se habla de una intoxicación severa y un control voluntario mínimo. Al nivel de .40 % de alcohol en sangre (14 TS) ocurre la inconsciencia y aparece el umbral del estado de coma, seguido de un coma profundo a las 17 TS y finalmente muerte por depresión respiratoria a los 20 TS cuando los niveles de alcohol en sangre son de .60% (Koob y Le Moal, 2006).

Como se puede apreciar, la elevación del estado de ánimo, la relajación, la desinhibición y la euforia son efectos que el consumidor de alcohol busca. En ocasiones, el consumo continúa a pesar de que la ingesta se vuelve cada vez más peligrosa. Esto se debe a la tolerancia, estado en el cual la administración repetida de una misma dosis de compuesto causa efectos cada vez menores, por lo que el sujeto necesita de mayores cantidades de alcohol para obtener los efectos esperados (Cruz, 2007).

En el caso del tabaco, la sustancia adictiva es la nicotina, la cual entra en el grupo de los estimulantes llamados *menores* (Cruz, 2007). La nicotina produce reforzamiento positivo incluyendo euforia moderada, incremento de la energía, sensación de alerta, reducción del estrés, de ansiedad y del apetito (Benowitz, 1996). Los fumadores de tabaco reportan que fumar les produce un “despertar” particularmente con el primer cigarrillo del día y relajación cuando están estresados (Benowitz, 1996). Fumar de uno a dos cigarrillos incrementa la tasa cardiaca de aproximadamente 5 a 40 latidos por minuto, incrementa la presión arterial de 5 a 20 mm Hg e incrementa los niveles plasmáticos de epinefrina y cortisol (Cruz, 2007). La nicotina produce paradójicamente

decrementos en la tensión emocional y un efecto de disminución de la ansiedad similar al inducido por un fármaco ansiolítico. Las causas de ésta reducción tensional son aún desconocidas, pero se ha relacionado a la relajación del tono muscular (Domino, 1973). Debido a estos efectos es que muchas personas utilizan al tabaco como un recurso para enfrentar y controlar al estrés (Domino, 1973).

Aunque los efectos del Tetrahidrocannabinol (THC), sustancia activa de la Marihuana, producen una sedación, los receptores neuronales y sus neurotransmisores (anandamida) son diferentes a los que tienen en común el grupo de los depresores (GABA) y además el consumo puede producir alteraciones mentales, por lo que se le ubica en el grupo de los alucinógenos (Cruz, 2007, Koob y Le Moal, 2006). De acuerdo con Julien, (1998) los efectos psicológicos de fumar un cigarro de marihuana son la euforia, autoconfianza, relajación y sensación general de bienestar. Frecuentemente existe una percepción alterada del tiempo la cual puede aparecer como si el tiempo pasara más lentamente de lo usual. También la percepción del oído, gusto, tacto y olfato parece mejorar. En dosis bajas, equivalente a un cigarro, el THC produce cambios en el estado de ánimo (usualmente euforia) y percepción alterada. Con dosis altas (200 – 250 mg/kg) hay una distorsión visual y auditiva importante y las alucinaciones se presentan en la mayoría de los sujetos junto con sensaciones de despersonalización y alteración de la realidad (Koob & Le Moal, 2006).

En cuanto a la cocaína, se refiere que es una droga psicoestimulante, capaz de inducir excitación eufórica y experiencias alucinatorias (Cruz, 2007). El sentimiento de aumento de fuerza muscular y la claridad mental hace que el usuario sobreestime sus propias capacidades. Los efectos dependen también de la vía de administración de preferencia. La cocaína administrada intranasalmente produce efectos estimulantes similares a los de las anfetaminas, pero con más corta duración (de 20 a 45 minutos) e incluyen sensaciones de tener mucha energía, reducción de la fatiga, sensación de bienestar, incremento en la confianza y en el habla (Cruz, 2007). La intoxicación incluye un efecto eufórico que ha sido descrito como exhilarante con una clase de “levantón” que va directo al cerebro, júbilo y una mejoría en la capacidad de concentrarse. Cuando se administra de forma pulmonar por inhalación del humo de cocaína base cristalizada combustionada (crack) o intravenosa (administración de la forma hidrociorada soluble de la cocaína base), la cocaína produce una euforia intensa,

seguida algunas veces por un “deseo compulsivo” (craving) de seguirla consumiendo (Julien, 1998).

1.3 Consecuencias negativas del consumo

Tal vez en este punto se pueda formular la pregunta: y si las drogas producen bienestar, ¿qué hay de malo con ellas? Desafortunadamente, por sus efectos y por la condición de provocar adicción, las drogas se convierten en sustancias potencialmente dañinas para el individuo como para la sociedad, dado que afectan la conducta del individuo y afectan su salud, ambos factores combinados devienen en problemas sociales como delincuencia, homicidios, suicidios, violaciones, accidentes y una amplia gama de problemas de salud que van desde irritación de los ojos, hasta problemas cardíacos de alta peligrosidad y la muerte.

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), la adicción se define como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro clínicamente significativo y que se caracteriza por la presentación de tres o más de los siguientes puntos, en algún momento, dentro de un periodo de doce meses: 1) tolerancia; 2) dependencia física que se manifiesta como abstinencia al suspender la droga; 3) consumo de la sustancia en cantidades mayores o durante tiempos más largos de lo que inicialmente se pretendía; 4) deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia; 5) empleo de tiempo cada vez mayor en actividades relacionadas con la obtención y el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos; 6) reducción importante de actividades sociales, laborales o recreativas, debida al consumo de la sustancia; y 7) continuación del consumo de la sustancia a pesar de tener conciencia del daño que ocasiona.

Este proceso de adicción se genera en el sistema nervioso central. Para comprender la conducta de una persona con adicción, hace falta conocer lo que ocurre a nivel neurológico. A continuación se explicará el sistema de recompensa involucrado en el proceso de adicción.

1.3.1 Sistema de Recompensa.

Para que una especie sobreviva, es necesaria la presencia de un sistema neuronal que le permita distinguir en el medio ambiente estímulos potencialmente nocivos, de aquellos que potencialmente le permitan asegurar su supervivencia (Koob & Le Moal, 2005). Mediante esta estrategia biológica, el cerebro es capaz de distinguir señales ambientales amenazantes como el fuego o la oscuridad, de otras no-amenazantes tales como la comida. Este sistema neuronal, una vez activado, induce a *sentir* una sensación *agradable* o *desagradable*, lo cual ayuda a decidir la acción que se debe realizar ante determinado estímulo (Koob & Le Moal, 2005). Aquellos estímulos potencialmente nocivos, *generalmente*¹ promueven la actividad de un sistema emocional neuronal de *emociones displacenteras*, lo cual permite al individuo llegar a la conclusión que dicho estímulo puede dañar y de este modo ejecutar un sistema conductual de huida, ataque o inmovilización ante dicho estímulo. Por el contrario, se propone que aquellos estímulos que potencialmente son útiles para la supervivencia, *generalmente* activan al sistema de emociones placenteras, lo cual nos permite concluir que dicho estímulo puede ser útil y agradable y adoptar conductas de acercamiento y/o búsqueda cada vez que estemos en presencia de dicho estímulo (Volcow, 2005).

De manera resumida, el sistema de recompensa esta compuesto por una red neuronal que: (a) es capaz de detectar aquellos estímulos útiles para la supervivencia, (b) genera un repertorio de sensaciones agradables, (c) por ende, genera la motivación necesaria para obtener dicho estímulo y (d) favorece la aparición de un repertorio de conductas destinadas a la obtención de dicho estímulo (Koob & Le Moal, 1997).

Ante la presencia de un objeto incentivo para la supervivencia, este sistema realiza estas cuatro acciones y quedan consolidadas en la memoria de modo tal, que se refuerzan cada vez que este sistema se activa. Ante la presencia del estímulo el cerebro del sujeto, asocia la sensación placentera, la motivación y el repertorio conductual; de modo tal,

¹ Cabe destacar la existencia de sujetos que perciben placer ante la presencia de determinados estímulos, claramente peligrosos, tales como realizar deportes de alto riesgo. A pesar de que se podría interpretar como una refutación a esta teoría emocional de la toma de decisiones, en realidad, afirma la existencia de dichos sistemas. Lo que se ha propuesto para aclarar esta paradoja, es que el sistema de emociones placenteras, se activa erróneamente ante la presencia de estímulos aversivos. Pero, *GENERALMENTE* el sistema debería funcionar congruentemente. De hecho, gran parte de las teorías neurobiológicas actuales describen a la adicción, como un *secuestro funcional* de los sistemas de recompensa (Ver adelante).

que quedan reforzados en la memoria. La corteza orbitofrontal, la amígdala y la corteza del cíngulo, son las estructuras que con mayor frecuencia han demostrado su participación en el procesamiento de la percepción emocional y la recompensa/reforzamiento en el cerebro humano. Otras estructuras importantes, son: el hipotálamo, la ínsula, el núcleo *accumbens* y diversos núcleos del tallo cerebral, predominantemente la sustancia gris periacueductual (Goldstein & Volcow, 2002).

El neurotransmisor que con mayor frecuencia se ha asociado al *sistema de recompensa* es la dopamina. Los cuerpos de las neuronas dopaminérgicas se encuentran preferentemente localizados en el tallo cerebral y en el hipotálamo. Conceptualmente se han agrupado en cuatro sistemas, de los cuales dos, son los que se han asociado al *sistema de recompensa*: el sistema mesolímbico y el sistema mesocortical. Las proyecciones de estos sistemas inervan difusamente las estructuras anatómicas anteriormente descritas, lo cual explica su implícita participación en la recompensa/reforzamiento (Volkow & Fowler, 2000).

Ante la presencia de un estímulo con potencial de recompensa, se produce una intensa activación dopaminérgica de los sistemas mesolímbico y mesocortical, que disminuye paulatinamente con cada repetición del mencionado estímulo, hasta que prácticamente ya no se presenta. Este cambio adaptativo neuronal, se le llama *habitación* y parece estar relacionado con el aprendizaje que realiza el cerebro sobre las conductas apropiadas que debe orquestar ante determinados estímulos. Se pensó que esta activación dopaminérgica (hacia el núcleo *accumbens*, la amígdala, la estria *terminalis*) era la responsable de la sensación placentera que se presentaba durante el reforzamiento, sin embargo se ha demostrado esta actividad ante la presencia en el ambiente de estímulos potencialmente nocivos, novedosos y relevantes (Hyman, 2007).

Estos hallazgos han llevado a formular la hipótesis de que la liberación de dopamina le notifica al sistema nervioso de la presencia de un evento importante que requiere generar y dirigir una estrategia conductual determinada y de colaborar en la fijación mnésica de dicho evento. La actividad dopaminérgica facilita la reacción conductual pertinente, mediante la inducción de cambios neuronales (neuroplasticidad) que permiten *almacenar biológicamente* (memorizar) las asociaciones entre el estímulo, las

sensaciones emotivas, las motivaciones y la conducta realizada (Hyman, 2007). En la siguiente ocasión en que se presente el estímulo que desencadenó esta respuesta, el organismo podrá responder de una manera más *efectiva* gracias a la actividad dopaminérgica.

¿Qué relación guarda el *proceso adictivo*, el *sistema de recompensa* y el sistema dopaminérgico? Las sustancias con potencial adictivo, independientemente de sus diferentes mecanismos de acción, convergen en producir una liberación masiva de dopamina en el sistema mesocorticolímbico. El Uso de estas sustancias involucra e intensifica anormalmente los sistemas biológicos que han evolucionado para guiar y dirigir el comportamiento hacia estímulos cruciales para la supervivencia; reforzando y tomando como recompensa, a una sustancia química que no es útil para la supervivencia (Bechara, 2005). Esto colabora en el ciclo de conductas que caracterizan a la adicción. El sujeto continúa repitiendo el consumo de la sustancia, se produce el efecto de *habitación* –arriba descrito-, es decir el sistema paulatinamente se acostumbra a la presencia de la sustancia y eleva el umbral de disparo de diferentes sistemas de neurotransmisores, entre ellos, dopamina (*espiga dopaminérgica*), ácido γ -amino butírico (GABA), endocannabinoides y opiodes (Bechara, 2005).

El resultado de este incremento en el umbral de disparo, desencadena que se requiera una mayor cantidad de neurotransmisores para activar a estos sistemas, lo cual tiene dos consecuencias clínicas evidentes en el padecimiento de la persona: (a) la presencia de tolerancia a los efectos de la sustancia² y (b) que el *sistema de recompensa* funcione “*a la baja*”. Éste último efecto, genera un sistema conductual caracterizado por la *invasión* del consumo de sustancia en la vida cotidiana del sujeto. Es decir, debido a que se requieren mayor liberación de neurotransmisores para que el *sistema de recompensa* funcione, los estímulos de recompensa naturales no generan la liberación mínima necesaria para alcanzar el umbral de disparo, por lo que el sujeto aprende mediante mecanismos de asociación, que únicamente con el uso de sustancias, puede percibir placenteras las situaciones de la vida cotidiana (Koob & Le Moal, 1997).

² La presencia del cuadro clínico de tolerancia, NO solamente se debe a este efecto neuroplástico cerebral. Hay que recordar el sistema de depuración para cada sustancia. Es decir, conforme el sujeto utiliza una mayor cantidad de sustancia, el hígado y el riñón metabolizan y excretan con mayor eficacia a dichas sustancias.

Estos sujetos, comienzan a experimentar un síndrome de abstinencia con estados emocionales de valencia negativa (displacenteros), caracterizados por irritabilidad crónica, dolor emocional, malestar general, disforia, alexitimia y pérdida de interés por los estímulos de recompensa naturales. Los sujetos que han iniciado las fases iniciales del proceso adictivo, experimentan un estado hipodopaminérgico propiciando una disregulación de los circuitos inervados por el sistema mesocorticolímbico (P ej. corteza prefrontal orbitomedial y el cíngulo anterior), relacionados con la recompensa, motivación, emoción, memoria y el autocontrol (Goldstein & Volcow, 2002). En otros términos: el uso repetido de la sustancia genera un estado funcional anómalo cerebral, generando los síntomas de la adicción. Este estado hipodopaminérgico, ha sido corroborado tanto en animales de experimentación y sujetos con adicción demostrada que se encuentran, en términos médicos, *en ausencia de enfermedad* (Volcow, 2005). Una vez desencadenada esta cascada de eventos, los sujetos con adicción quedan proclives a una alteración de los procesos cognitivos, emocionales y motivacionales, que favorecen una alteración en el juicio y precipitan la recaída mediante una toma de decisión incorrecta (Bechara, 2005).

En resumen, las alteraciones en diversos sistemas neuronales, dejan proclive a un sujeto que padece de un *proceso adictivo* para que vuelva a utilizar una determinada sustancia y se perpetúe un ciclo en el cual, con cada consumo, el sujeto tiene más alteraciones.

En términos simples, la acción de las drogas se puede dividir según el sitio de acción, el sistema de neurotransmisión que afecta o la etapa temporal de consumo. Respecto al primer punto, la acción de las drogas consiste en aumentar la acción de un neurotransmisor ya sea igualando su estructura (agonista) o bloqueando su efecto (antagonista) a nivel presináptico o post sináptico, incluso mediante la acción directa sobre la transmisión neural (Rothman , Elmer, , Shippenberg , Rea & Baumann , 1998).

Se ha propuesto que las sustancias adictivas actúan básicamente sobre tres sistemas de neurotransmisión:

Sistema dopaminérgico. La dopamina se encuentra dividida entre la sustancia negra que se conecta con el cuerpo estriado mediante la vía nigroestriatal, y el área tegmentaria ventral (AT), de la cual se originan las proyecciones mesocorticolímbicas que incluye al núcleo accumbens (NA), la amígdala extendida y a la corteza frontal, que son estructuras implicadas en la motivación. Las sustancias que facilitan la liberación y transmisión de dopamina pueden convertir a estímulos neutros en estímulos reforzados o incentivados lo que impulsa la búsqueda de más droga (Kandel , Schwartz y Jessel, (2001).

Péptidos opioides. La administración de opioides como la heroína, estimulan los sistemas de recompensa, induciendo un aumento en la liberación de dopamina en el núcleo accumbens.

Sistema gabaérgico. Es un sistema inhibitorio que disminuye las respuestas de castigo y por tanto provee un efecto ansiolítico.

1.3.2 Consecuencias negativas en la salud y en la sociedad.

A medida que el proceso de adicción avanza, aparecen las primeras consecuencias negativas, que suelen pasarse por alto: pequeños incidentes con la familia, pequeñas discusiones, una advertencia por manejar bajo los efectos del alcohol, etc. Sin embargo, al ir aumentando el proceso las consecuencias negativas que experimenta el sujeto también se van incrementando y afectan prácticamente todas las áreas de vida del sujeto. Es entonces, que la búsqueda de bienestar a través del consumo de drogas se vuelve dudosa si se toman en cuenta los testimonios de mucha gente que lejos de hallar el bienestar, han encontrado todo lo contrario: la infelicidad. Al verse el sujeto desprovisto de sus capacidades mentales normales y entrar en su proceso adictivo, hay una ruptura del equilibrio en todos los ámbitos de su vida. El caso del alcohol y el tabaco hablan por sí mismos al respecto: accidentes, riñas, asesinatos por consumo excesivo de alcohol, salud deteriorada específicamente en el hígado y en el caso de tabaco cáncer pulmonar y deterioro cardíaco.

En el caso del alcohol, estudios efectuados en salas de urgencia documentan un elevado nivel de ingresos por traumatismos, con niveles positivos de alcohol en sangre (21%) es decir, casi del doble de lo que se observa en Estados Unidos (11%) (Observatorio,

2003). En la información de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SISVEA, 2002) se encontró que el alcohol ocupó el primer lugar con 190 casos (79.5%) en los sujetos que estaban bajo la influencia de alguna sustancia psicoactiva, asociándose principalmente a contusiones (29.5%), caída (24.7%) o accidente automovilístico (15.3%). Las patologías más frecuentes fueron: afección osteo-muscular (14%), cirrosis o gastritis (7.3%).

El consumo crónico de alcohol produce alteraciones en el sistema nervioso como síndrome de Wernicke-Korsacoff y pérdida de visión; en el sistema gastrointestinal se presenta desnutrición, irritación de mucosas, úlceras, sangrados, várices esofágicas, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática y pancreatitis; en el sistema cardiovascular se presenta cardiopatía alcohólica, y ruptura de vasas sanguíneos y en el sistema reproductor se presenta disfunción eréctil, dismenorrea, disminución del deseo sexual y síndrome alcohólico fetal (Cruz, 2007).

También es necesario agregar que una proporción importante de la población reporta haber presentado problemas asociados con su forma de beber que tienen injerencia en factores sociales. 3.4% de la población de 12 a 65 años que viven en comunidades urbanas y rurales del país reportó haber tenido discusiones o peleas familiares, 2.2% problemas con las autoridades de tránsito y 0.8% reporta haber sido arrestado por haber conducido después de tomarse algunas copas (SISVEA, 2002).

El tabaco está compuesto de alrededor de 4000 diferentes sustancias 60 de las cuales pueden producir cáncer. También entre las sustancias presentes se encuentra la nicotina, causante de la adicción (Stolerman y Jarvis, 1995).

La nicotina, es una de las sustancias adictivas más consumidas en todo el mundo y a pesar de que es una droga legal y que su consumo es tolerado socialmente, los daños a la salud tanto del fumador activo (el que fuma) como del pasivo (el que aspira el humo por consecuencia de estar cerca de fumadores) son notables.

Es así que en el país, más de 53 mil personas fumadoras mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, lo que significa que al menos 147 personas fallecen diariamente. A pesar de que actualmente se conocen los daños a la salud

causados por fumar, el tabaquismo continúa en ascenso, especialmente en los países en vías de desarrollo, como el nuestro. A escala global, hay casi 1,100 millones de fumadores, de los cuales 300 millones son de países desarrollados (en una relación de dos hombres por cada mujer), comparado con los 800 millones de fumadores que se registran en países en vías de desarrollo (siete hombres por cada mujer).

Existen suficientes evidencias (OMS, 2002) en cuanto a la morbi-mortalidad que el tabaquismo ocasiona. Se puede señalar que en México el número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo por enfermedades asociadas, es de más de 53 mil (147 muertes diarias), en donde el 38.8% se debieron a enfermedad isquémica del corazón; el 24.7% por enfermedad cerebro-vascular; el 25.25% por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el 12.34% por cáncer.

Además según un informe del CONADIC (2000) el tabaco ocasiona diversas alteraciones orgánicas, por lo cual quien es adicto y deja de fumar por sí solo experimenta el llamado síndrome de abstinencia que consiste en depresión, insomnio, irritabilidad, desaliento, ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud y disminución de la frecuencia cardiaca, que sólo se regulan cuando la persona vuelve a fumar. Esta situación es la responsable de que haya un alto porcentaje de recaída que sólo se puede superar con atención integral.

Los costos económicos asociados a las enfermedades relacionadas al consumo de tabaco repercuten fuertemente en el gasto público. De acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública sobre los costos vinculados con los diversos padecimientos que el tabaquismo causa, así como los asociados al proceso de rehabilitación de estas enfermedades, la atención médica por esta causa representa entre el 6% y 15% del gasto total en salud. Se estima que los costos brutos asociados al tabaquismo se encuentran en el rango entre el 0.10% y el 1.1% del producto interno bruto (PIB) es decir, aproximadamente 29 mil millones de pesos.

Además de los costos del tratamiento, el tabaquismo reduce de 10 a 20 años de vida productiva por incapacidad o muerte anticipada, produce ruptura familiar por muerte prematura, genera pérdidas económicas al disminuir la fuerza laboral por enfermedad y ausentismo, afecta el rendimiento académico, produce ausentismo escolar por

enfermedad repetitiva de las vías respiratorias y disminuye la calidad de vida de fumadores activos e involuntarios. Es por ello que a pesar de ser una droga legal, sus repercusiones tanto en la salud de las personas como los costos que de las enfermedades causadas por el tabaquismo se generan, son muy importantes como para pasarlas por alto.

Las drogas ilegales tienen efectos a mediano y largo plazo muy dañinos para la salud:

Los efectos físicos comúnmente asociados con el uso de marihuana, incluyen sequedad de boca, hambre, enrojecimiento de los ojos y reducción de la presión del fluido ocular. Puede haber incremento de la presión sanguínea (junto con hipotensión muscular). En altas dosis los efectos del uso de cannabis incluye reducción de los niveles de testosterona y cantidad de espermatozoides así como reducción en la fertilidad en las mujeres y bajo peso del feto al nacer (Koob y Le Moal, 2006).

Algunas veces las experiencias alucinantes que produce no son agradables y el sujeto puede volverse ansioso, agitado y suspicaz, ocasionalmente se experimenta una reacción de pánico severa (Koob y Le Moal, 2006). Los pensamientos se vuelven confusos y desorganizados, seguido de sentimientos paranoides. A mayor dosis consumida, se desarrolla una mayor psicosis tóxica. El THC es una droga psicomimética; esto es, puede producir un estado similar a un estado de enfermedad psicótica y su efecto depende de la dosis que se administre (Le Moal, 2006).

El consumo de cocaína produce alteraciones en diversas partes del organismo: en el sistema cardiovascular se presenta hipertensión, arritmias, miocarditis, cardiomiopatías e infarto del miocardio; en el sistema nervioso el consumo produce dolor de cabeza, hemorragia cerebral, infarto cerebral, edema y atrofia cerebral, encefalopatía tóxica y coma; en el sistema gastrointestinal produce náusea, vómito, diarrea, anorexia, desnutrición, isquemia intestinal y perforación gastroduodenal; en el sistema endócrino, hiperprolactinemia y niveles elevados de tiroxina; en el sistema respiratorio, tos crónica, asma, edema pulmonar, hemorragia pulmonar y bronquiolitis; en cabeza y cuello, erosión de esmalte dental, keratitis, midriasis, olfacción alterada, rinitis crónica y perforación del tabique nasal, además de hipertermia, falla renal, muerte súbita y disfunciones sexuales. (Fischman y Schuster, 1982). Dentro de las alteraciones

psicológicas se encuentran el insomnio, labilidad emocional, conducta sexual aberrante, irritabilidad, ansiedad, depresión, conducta agresiva, paranoia, alucinaciones delirios, psicosis tóxica y suicidio. Finalmente dentro de las consecuencias negativas sociales se menciona la menor participación social, pérdida de juicio, pérdida de estructura familiar, abuso infantil, pérdida de productividad laboral, actividad criminal, prostitución, conducta violenta, alta incidencia de traumas, homicidios y muerte accidental (Fischman y Schuster, 1982; Tashkin, Fliegel, Wu, Gong, Barbers, Coulson, Simmons, y Beals. (1990).

El problema se agrava cuando se habla no de una sino de grandes cantidades de personas que se ven envueltas en el mismo proceso adictivo, y las conductas resultantes se convierten en verdaderos problemas sociales.

Uno de los problemas más conocidos a nivel social es el llamado narcotráfico, el cual aprovecha la condición de adicto en las personas para explotar el mercado de sustancias prohibidas o ilegales, y actualmente tiene consecuencias sociales principalmente, inseguridad (ver cuadro 1).

Cuadro 1. El narcotráfico en México

EL NARCOTRÁFICO EN MÉXICO

El consumo de sustancias adictivas en México, al igual que en muchas otras partes del mundo, tiene una historia de muchos años atrás; pero nunca antes se habían observado tan altos niveles de consumo que afectaran de manera importante la vida del país. En su historia, México ha pasado del consumo ceremonial prehispánico con el pulque y las sustancias alucinógenas de hongos y cactus, a la producción de plantíos de amapola para exportarlos. Al convertirse el país en un lugar de tráfico, producción y consumo de drogas, se ha propiciado la aparición de problemas importantes como la proliferación del narcotráfico y la violencia resultante que han llamado la atención.

En la ceremonia del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de drogas (2007), se puso de manifiesto que “la droga es un propiciador de la incidencia delictiva” (Medina – Mora, 2007 en Reforma, Nacional, p. 5). La criminalidad relacionada con el tráfico de drogas ha aumentado considerablemente a pesar de los esfuerzos que se han hecho para controlar y eliminar plantíos y desintegrar

organizaciones de narcotraficantes. Se reporta que en el 2006 hubo un saldo de entre 2 mil y 2 mil 500 ejecutados relacionados con el narcotráfico (REFORMA), y en lo que va del presente (Junio de 2007) ha cobrado casi 1.400 vidas, lo cual habla de la necesidad de generar estrategias tanto del control de la oferta como de la demanda, dados los problemas de tipo social, como éste. Al respecto Medina- Mora en dicha ceremonia exhortó al Congreso Mexicano a que complete la legislación antidrogas nacional para que tanto la policía estatal y municipal apoyen a la federal en la lucha contra el “narcomenudeo” (venta minorista de drogas), actividad creciente en el país como parte de los esfuerzos encaminados a la reducción de la oferta.

La cocaína se presenta como una droga cuyo consumo tiende a ir a la alza. Monte Alejandro Rubido, subsecretario de Política Criminal de la Secretaría de Seguridad Pública, explicó que el aumento en el consumo de matanfetaminas (otro psicoestimulante) en Estados Unidos ha provocado que grandes cantidades de cocaína se queden en México: "Esto es una cuestión de mercado; en Estados Unidos se consumen ya en mayor medida las metanfetaminas y los adictos a la cocaína son personas mayores de 30 años. En esa lógica, los países productores de cocaína tienen que buscarle nuevos mercados a sus productos y ese nuevo mercado se da de manera importante en nuestro país" (Reforma, 2007).

Dijo además que el principal reto de las autoridades es desmoronar el mercado de cocaína. Si el gobierno falla en esta lucha, alertó, dentro de cinco años el problema de adicciones entre los jóvenes estará dominado por el consumo de esta droga: "Si no hay un giro eficaz y a tiempo corremos el riesgo de que en el 2012 uno de cada cinco muchachos menores de 18 años tenga contacto con la cocaína". Por lo que representa una seria amenaza que es urgente detener.

El problema del consumo en la población mexicana ha crecido en los últimos años, es por ello que el problema del narcotráfico también se ha acentuado. ¿Qué cifras reportan los estudios?

Según El Observatorio (2002), en el país hay poco más de 32 millones de bebedores (32'315,760) que representan al 46% de la población entre 12 y 65 años de edad de ambos sexos. En 2002 siguen siendo los hombres quienes más beben, en una proporción

de 1.69 hombres por cada mujer cuando se considera a la población urbana y una diferencia considerablemente mayor, de 3.2 hombres por cada mujer en las comunidades rurales. Poco más de catorce millones de personas (14,261,752) beben alcohol bajo patrones que ponen en riesgo su salud y la de terceros al ingerir cinco copas o más por ocasión de consumo; de éstos 3'226,490 lo hacen por lo menos una vez por semana (Observatorio, 2002).

Con respecto al patrón de consumo, el 55% de los varones y el 90% de las mujeres beben con niveles de bajo riesgo o son abstemios. 652,603 hombres y 14 703 mujeres tienen dependencia severa y requieren de tratamiento especializado; 19'426,97 hombres y 231,300 mujeres tienen dependencia moderada o leve o problemas con el manejo del alcohol y pueden beneficiarse con programas de intervención breve; 15 millones requieren acceso a programas de prevención que incluyan desarrollo de habilidades que les permitan mantenerse con niveles de bajo riesgo de consumo, 51.8 millones requieren de programas de prevención universal que les permitan mantenerse en niveles de bajo riesgo de consumo o en abstinencia.

En el caso del consumo de tabaco los datos de la Organización Mundial de la Salud (2002) reportan que del total de la población mundial, 30% de los adultos son fumadores y de estos, 4 millones de personas fallecen al año, lo que equivale a la muerte de casi 11 000 personas diarias por causas relacionadas con el uso de este producto.

Los datos de la ENA 2002 indican que 26.4% de la población entre 12 y 65 años de edad de área urbana, son fumadores activos, lo que representa casi 14 millones de personas, 55.4% son no fumadores y 18.2% son ex-fumadores. Por lo que respecta al ámbito rural, se encuentra que sólo fuman 14.3% de la población entre 12 y 65 años de edad, lo que equivale a 2.5 millones de fumadores, 70.7% son no y 15% son ex fumadores.

En lo referente al consumo de drogas ilegales, según la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en 2002, unos 3,5 millones de personas, es decir el 5,03 por ciento de la población mexicana, ha usado drogas alguna vez. La droga más consumida en el país es todavía la marihuana, aunque se ha registrado un incremento en el caso de la cocaína y las drogas sintéticas. En cuanto a las características de los

usuarios, nueve de cada diez consumidores eran "poliusuarios", es decir, las combinan; uno de cada cuatro era mujer, mientras que 215.600 menores de 17 años ya habían usado drogas cuando se hizo el estudio. El mayor consumo de drogas se da entre los 18 y los 34 años, mientras que la edad más frecuente de inicio de uso de "inhalantes" son los 14 años, de la marihuana los 15 y de la cocaína los 16 años. El consumo de drogas es mayor en el norte de México, seguido del centro y finalmente el sur del país, la parte más pobre del mismo.

El 0.97% de la población entre 12 y 65 años ha consumido drogas por lo menos una vez en el último año. Las mujeres reportan las prevalencias más bajas de consumo en el último año (0.55%) en comparación con los hombres (1.48%). Asimismo, los hombres y las mujeres de la región rural muestran las prevalencias más bajas de consumo en el último año (1.55% y 0.46% respectivamente).

Al respecto, Nateras (2003) señala que las cifras expuestas anteriormente de la ENA aún tienen limitantes puesto que la metodología para realizar estos estudios requieren población cautiva (escuelas), hogares y población que asiste a centros de atención, por lo que personas que no cuenten con estas condiciones quedan fuera de los registros, por lo que se puede esperar que la cantidad de personas que realmente consumen drogas es mucho mayor.

Todos estos datos indican una urgencia de frenar el consumo en la población tanto en sustancias ilegales como legales, debido a que generan problemas a nivel social, como se señaló anteriormente, y también generan problemas a nivel individual que se aprecian en alteraciones graves a la salud, provocadas por enfermedades o accidentes.

1.4 Prevención y tratamientos

El resultado en cifras habla de que la búsqueda de bienestar a través de las drogas, ha devenido en todo lo contrario: ha sido causante de muertes, accidentes, desintegración familiar, problemas laborales, políticos y sociales. ¿Cómo se puede revertir el proceso en el que millones de personas son afectadas por el consumo de sustancias adictivas?

Existen dos caminos que no están peleados entre sí: la reducción de la oferta y la reducción de la demanda. La reducción de la oferta se refiere a la eliminación de las sustancias mismas, la procuración de que estas no lleguen a las manos de potenciales consumidores, por lo que incluyen regulación del consumo o su prohibición. La reducción de la demanda consiste en procurar que sea el individuo mismo que rechace o regule el consumo de estas sustancias.

Parte de las estrategias vinculadas en la reducción de la demanda corresponde atenderlas por especialistas de la salud como médicos, psicólogos y trabajadores sociales.

Estos especialistas se centran en estrategias de prevención enmarcadas en el modelo tradicional de salud pública ubicadas en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria, correspondientes a la anticipación de que alguna patología se presente, al tratamiento correspondiente cuando ésta se presenta, o a la rehabilitación que detiene en el mayor grado posible el daño generado por la patología (Campollo, 2002).

De manera complementaria a este modelo, Gordon (1987) dividió la prevención en Universal, Selectiva e Indicada. La universal es la que se dirige a toda la población (local, regional, nacional) con mensajes dirigidos a prevenir o retrasar el abuso de sustancias; las estrategias de prevención indicadas son aquellas que están dirigidas a prevenir el inicio de las adicciones en sujetos que muestran signos tempranos de peligro para las adicciones mientras que las estrategias de intervención preventiva selectiva son de las más utilizadas recientemente y van dirigidas a grupos de alto riesgo que deben ser identificados con base en la presencia de factores de alto riesgo de diversos tipos: demográfico, psicosociales, biológicos y medioambientales (Tarter, 1991).

Existen muchas maneras en que los psicólogos atienden la problemática de las adicciones. Cada tratamiento se basa en una teoría que lo sustenta y en ellas se observa nuevamente la noción de recuperar el estado de bienestar del paciente. A su vez, cada método representa una opción para el paciente que desea su recuperación, y aunque los modelos entre si sean diferentes, la estrategia terapéutica afín a todos los modelos está basada en dotar o aumentar al paciente o usuario de factores de protección y de disminuir y erradicar factores de riesgo.

Para entender estos conceptos, se puede formular la siguiente pregunta: ¿qué es lo que propicia que una persona consuma? ¿Cómo es que en ambientes y situaciones parecidas ciertos individuos se vuelven adictos y otros se mantienen sin consumir? Evidentemente los factores individuales tienen mucho que ver, sin embargo se debe resaltar qué tipo de factores influyen para que esto se dé. La investigación proporciona claves para tratar de comprender qué aspectos están implicados, pero sin determinar tajantemente el que una persona elija una conducta de consumo.

Los factores de riesgo son circunstancias bajo las cuales hay un peligro constante de que una persona decida consumir drogas. Entre mayor sea el número de factores de riesgo, el potencial de consumo es mayor. Gracias a la identificación de los factores de riesgo, se pueden realizar programas de prevención para los grupos más vulnerables; esto es, los que tienen mayor cantidad de factores de riesgo. La literatura proporciona cierta información al respecto: El National Institute on Drug Abuse (NIDA), menciona como factores de riesgo para el consumo de sustancias la aparición temprana de conducta agresiva, falta de supervisión parental, disponibilidad de drogas y pobreza (NIDA, 2005). En la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 realizado con adolescentes mexicanos, los factores de riesgo que resultaron ser relevantes fueron la disponibilidad, los amigos (muchos de los cuales sin haber experimentado consecuencias del abuso), el ser varón en el caso de drogas no médicas, mientras que ser mujer lo es para consumir drogas médicas (Medina – Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván – CastilloTapia – Conyer, 2001).

La familia juega un papel importante tanto en los factores de riesgo como en los de protección. Dentro de los primeros, Martínez, Gómez, y Ortega (2005) realizaron una investigación relacionada con las adicciones y los patrones familiares de conducta con una población de 83 participantes de 26 años de edad promedio en Centros de Integración Juvenil de la zona metropolitana. Los participantes reportaron que en 56% de los casos los familiares cercanos son consumidores excesivos de alcohol. En el caso de uso de drogas en la familia, 38% de los participantes indicaron que algún familiar consume drogas. Con relación a los patrones de conducta familiares concluyeron que en la etapa de juventud los que presentan conflictos de tipo familiar, tanto afectivos como de comunicación y respaldo, se encuentran en mayor riesgo de consumir alcohol y drogas, especialmente si hay percepción en los adolescentes de rechazo y/u hostilidad

por parte de los padres. Para Rosovsky, (2003), la familia es también importante para considerar los factores de riesgo. Ella, además de los ya mencionados, observa como factores de riesgo la involucración con las actividades del niño, estilos de vida duros e inconsistentes y baja capacidad de resolver conflictos.

Una vez ubicados los principales factores de riesgo, a continuación se analizarán los factores de protección. Estos se refieren a aquellas circunstancias que “nulifican” las posibilidades de que un individuo consuma drogas. Algunos factores de protección se deducen de los de riesgo: si la disponibilidad resulta ser un factor de riesgo, la no disponibilidad resulta en uno de protección, por ejemplo. Otros que reporta NIDA (2005) son autocontrol, supervisión de los padres, competencia académica, políticas anti drogas y fuerte lazos vecinales. Atendiendo a lo que reporta Rosovsky, (2003), los factores de protección en la familia son: involucramiento de la familia en el individuo, normas claras, comunicación abierta, distribución adecuada de responsabilidades, modelos de moderación en el consumo y capacidad de resolver conflictos. Y dentro de los factores individuales de protección incluye habilidades sociales, creencias y valores positivos, resiliencia, buen estilo de afrontamiento, capacidad para enfrentar el estrés y resolver problemas.

Los tratamientos están relacionados con estos factores porque, como se verá a continuación, la postura de cada tratamiento se acerca dentro de su concepción y su manera de abordar el problema de las adicciones a algunos de los factores de riesgo y protección que se han mencionado aquí. A continuación se presenta un panorama general acerca de los distintos tratamientos actualmente vigentes para aquellas personas que decidan a hacer cambios en su conducta de consumo de sustancias. Se comenzará a hablar de los modelos médicos de salud y enfermedad, los modelos de corte social, hasta llegar a los modelos motivacionales y cognitivo – conductuales.

El modelo conocido como de salud- enfermedad es uno de los modelos más practicados actualmente dado que además de difundirse a través del terreno de la ciencias de la salud, particularmente la medicina, ofrece diferentes tipos de tratamientos, los cuales son poseedores de una longeva tradición para la sociedad que acudía y sigue acudiendo a este tipo de tratamientos. El modelo aborda factores de protección al reducir, eliminar o revertir el sentimiento placentero y los efectos reforzantes de las drogas por uno

desagradable (Koob y Le Moal, 2006) e impiden que el individuo mismo vuelva a buscar la sustancia. Este modelo incluye innovaciones teóricas, observaciones y datos de investigación que enriquecen continuamente las estrategias de tratamiento e incluso llegan ya a combinarse con tratamientos de otras perspectivas como la cognitivo – conductual. Benjamin Rush, fundador de la psiquiatría moderna, describió al alcoholismo como una enfermedad que se asemeja a ciertos trastornos hereditarios, y enfermedades contagiosas (Keller, 1986). Así dentro de esta concepción establece que desde que las causas de la enfermedad son frecuentemente especulativas o desconocidas, una enfermedad puede ser comprendida en términos de sus bases biológicas y manifestaciones sintomáticas. Desde esta óptica, Lewis comparó el alcoholismo con otras enfermedades como la hipertensión, la cual tiene factores relacionados no solamente con la biología, sino con el medio ambiente. Ambas condiciones son afectadas por la personalidad y estilo de vida, y ambas tienen contribuciones hereditarias. El trabajo de Jellinek (1946) sirve como una referencia conceptual bajo la cual nuevos hallazgos científicos pueden ser añadidos para explicar la naturaleza multidimensional de la enfermedad. El describió la dependencia al alcohol como una enfermedad caracterizada por una reacción fisiológica atípica al alcohol que dispara una obsesión mental. Esta obsesión lleva a una demanda física por el consumo de alcohol a pesar de las consecuencias problemáticas o intenciones fuertes para dejar el consumo.

Las características principales de este modelo incluyen típicamente un énfasis en los apuntalamientos biológicos de la conducta adictiva; contribuciones genéticas a la etiología, pérdida de control involuntaria sobre la conducta, progresión de los síntomas de manera predecible, consecuencias negativas que incluyen las áreas social, vocacional, psicológica y ética o espiritual. Incluye mecanismos psicológicos de defensa muy rígidos por parte del paciente, además de continuos fracasos en los intentos de controlar la conducta de consumo.

La abstinencia es el principio por prescripción del modelo ante la recuperación. Consecuentemente las implicaciones del tratamiento incluyen metas difíciles de alcanzar y varían desde el entrenamiento de habilidades específicas para una mayor capacidad de toma de decisiones en la vida. Los procesos de tratamiento proveen las herramientas necesarias para desarrollar un estilo de vida que sea centrado en valores

para ayudar a formar y dar un significado a las ocurrencias de la vida diaria y para evitar, resistir o rechazar el alcohol en situaciones de alto riesgo. Dentro de este modelo, se encuentra la farmacoterapia que actualmente es muy difundida dentro de los tratamientos para las adicciones.

La farmacoterapia se basa en la búsqueda y posterior aplicación de fármacos cuyos efectos sean opuestos a la sustancia ingerida, resulten métodos de reemplazo menos dañinos para dejar a la larga el consumo que algún individuo tenga, o el consumo de la droga o alcohol resulten en un efecto aversivo después de administrado el fármaco. En teoría, se puede desarrollar un compuesto que bloquee el efecto de un agente adictivo si un sitio de un receptor específico es ubicado. Dicho receptor puede continuar con el proceso adictivo o puede ser eliminado.

De forma alternativa, los esfuerzos de la investigación se dirigen a la reducción del deseo, reconociendo la tensión imperiosa que lleva al usuario experimentado a recaer. Mediante el uso de una tomografía de emisión de positrones se puede observar los procesos dinámicos neurofisiológicos centrales de la experiencia del deseo, con esperanza de determinar un locus anatómico. Atendiendo a las interacciones bioquímicas que subyacen a este fenómeno se podrán desarrollar los compuestos que sean opuestos a él.

Ejemplos de la efectividad en terapia de reemplazo, se puede observar en un ensayo clínico aleatorizado donde se encontró que la farmacoterapia de sustitución para tabaco a través del uso de parche de nicotina es efectivo combinado con intervención de tipo cognitivo conductual en comparación con la utilización de placebo en una población de adolescentes fumadores (Moolchan, Rovison, Ernst, Cadet, Pickworth, Heishman, y Schroeder, 2005).

En cuanto a la búsqueda de sustancias opuestas para contrarrestar los efectos de las sustancias adictivas se puede mencionar la revisión de Kenna, Nielsen, Mello, Schiesl y Swift (2007) en donde encontraron que las sustancias para tratar las adicciones con fuerte sustento empírico son: el disulfiram y el baclofen para tratar la dependencia de alcohol y cocaína; la tiagabina junto con la metadona para tratar la adicción a la cocaína, y el topiramato para la dependencia al alcohol, a la cocaína y a la nicotina. Otros

hallazgos reportan a la reserpina como posible medio para tratar la dependencia a la cocaína (Berger, Winhusen, Somoza, Harrer, Menziskis, Leiderman, Montgomery, Goldsmith, Bloch, Singal y Elkashef, 2005).

Dentro de este modelo de salud enfermedad se hallan los tratamientos que si bien, manejan una perspectiva diferente, observando como punto de recuperación el crecimiento espiritual a través compartir experiencias en grupo, siguen concibiendo a las adicciones como una enfermedad. El modelo de los doce pasos o el modelo Minnesota son los ejemplos más sobresalientes de esta clase de tratamientos.

Partiendo dentro de la denominación de grupos de autoayuda, sin duda el de mayor trascendencia es Alcohólicos Anónimos (AA). Se desprende del modelo de salud enfermedad, al adoptar el modelo de 12 pasos, los cuales también se aplican en agrupaciones similares como Narcóticos Anónimos, Al Anon y otros programas. La meta principal dentro de estos doce pasos es un “despertar espiritual” que se espera ocurra llegado el paso doce. Esta concepción de la recuperación primariamente como un proceso de crecimiento espiritual es única. Para ellos, la recuperación no es meramente mantenerse sobrio. Por el contrario las comunidades de doce pasos tienen incluso un nombre para aquellos que haya alcanzado la sobriedad sin tener la renovación espiritual: El “alcohólico seco”.

En AA se considera la adicción como parte de una crisis espiritual mayor y se considera la recuperación como un proceso espiritual mayor, del cual, la sobriedad es sólo una parte. Tonigan (2007) menciona que la espiritualidad tiene un importante efecto indirecto en la predicción de reducción de consumo, por lo que, desde esta postura, el crecimiento espiritual representa un factor de protección, así como la carencia de ésta, un factor de riesgo.

Aunque no hay muchos datos acerca del número de pacientes que llegan a las metas planteadas por el modelo, en una revisión de la literatura, Fuller (1989) encontró que desde una amplia perspectiva, el modelo de tratamiento es efectivo. Mc Lellan (1993) publicó un estudio reportando los pacientes que concluían exitosamente el tratamiento en cuatro centros divididos en dos de internamiento y dos de consulta externa. Los pacientes fueron evaluados con base a los doce pasos de AA, además de medidas como

uroanálisis y analizador de aliento. Seis meses después de concluido el tratamiento, encontró que 59% de los pacientes continuaron abstemios.

Otras perspectivas se enfocan más en el aspecto social como una variable decisiva para el consumo de sustancias adictivas, así como para su reducción y eliminación. Dentro de estas aproximaciones se encuentran aquellas que fija la mirada en el llamado núcleo de la sociedad: la familia, de la que se desprenden varios factores de protección como la comunicación, la supervisión parental y los modelos de moderación en el consumo.

Las conceptualizaciones basadas en la familia y los modelos de tratamiento para problemas psicológicos y psiquiátricos como se conocen hoy fueron prefigurados por el trabajo de los primeros psicoanalistas quienes reconocieron la importancia de las relaciones familiares tempranas en la formación de la personalidad (ej. Jung, 1910) y teorizaron que el individuo psicopatológico podía ser el resultado de un conflicto familiar (Adler, 1917). Los datos empíricos muestran que el tratamiento familiar y/o marital produce mejores resultados en abuso de sustancias que en métodos no familiares (O Farrell, 1992; Stanton y Sadish, 1997). La investigación también sugiere que los miembros de la familia juegan un papel central en las vidas de alcohólicos y consumidores de drogas (Stanton y Heath, 1997). Esta evidencia nos muestra la manera en que la familia entra dentro de los factores de protección para el consumidor de sustancias adictivas y es precisamente la piedra angular de estos modelos, propiciar el factor de protección familia para la detención y prevención de conductas adictivas.

En las últimas cuatro décadas, tres perspectivas teóricas han venido a dominar las conceptualizaciones del abuso de sustancias basadas en la familia. El más conocido es el modelo familiar de salud enfermedad, el cuál ve al alcoholismo y al abuso de otras drogas como una enfermedad sufrida no sólo por el consumidor, sino por los demás miembros de la familia.

El modelo de sistemas familiares aplica los principios teóricos generales sistémicos a las familias con especial atención a la manera como éstas mantienen un equilibrio dinámico entre el uso de sustancias y el funcionamiento familiar y cómo su conducta de interacción y su funcionamiento es organizado alrededor del alcohol o uso de sustancias (Mc Crady y Epstein, 1999).

El modelo familiar conductual asume que las interacciones familiares sirven para reforzar la conducta de consumo de alcohol o drogas.

Hay modelos que abarcan el mismo factor de protección, la relación con personas cercanas y significativas para el consumidor, sólo que amplían su visión al contemplar no sólo a la familia, sino a la comunidad entera, atacando de esta manera el factor de riesgo de la disponibilidad de sustancias adictivas en una comunidad, a la vez que refuerza factores de protección como el propiciar modelos de moderación y los fuertes lazos vecinales. La comunidad terapéutica (CT) es una poderosa alternativa socio – psicológica a los tratamientos para abuso de sustancias y problemas asociados. Los conceptos, creencias y prácticas de la CT tienen diferentes influencias de la religión, filosofía, psiquiatría y las ciencias sociales y conductuales. El antecedente inmediato es AA, sin que haya predecesores importantes en su desarrollo (McCrary y Epstein, 1999).

La comunidad terapéutica está orientada a la recuperación, no a la simple abstinencia o reducción de síntomas. Se dirige y provee el lugar (medio) para cambiar el estilo de vida de los individuos. El terapeuta primario y maestro en la CT es la comunidad misma la cual consiste en el entorno social, compañeros, vecinos, etc, que como modelos de un papel de cambio exitoso, sirven como guías en el proceso de recuperación. Así la CT es tanto el contexto en el que el cambio ocurre, como el método para facilitar el cambio (De León, 1994).

Muestra del éxito de las CT se encuentra la revisión hecha por Broekaert, Vandeveld, Soyez, Yates y Slater (2006) en el cual se determina la expansión de las CT a lo largo de toda Europa. Resaltan que incluso ha habido una adaptación a la cultura propia europea donde existe un apego mayor al modelo del aprendizaje social más que en el conductismo puro norteamericano. Otro estudio muestra incluso el impacto del apoyo de una red social de otros significativos como complemento a los esfuerzos de la CT. Esto incrementa la retención en los tratamientos y subrayan los beneficios de la utilización de otros significativos en las CT (Soyez, De Leon, Broekaert, Rossel (2006).

Otros modelos centrados en el individuo, atienden a características intrínsecas del mismo y cuentan también con fuerte respaldo empírico. Dentro de éstos se encuentran los modelos motivacionales.

Frecuentemente las personas con problemas de abuso de sustancias terminan prematuramente el tratamiento, continúan consumiendo durante el tratamiento o no están de acuerdo con los requerimientos del tratamiento; de esta manera, esto se traduce en mayores factores de riesgo para el individuo. Los terapeutas tienen que enfrentar obstáculos como la resistencia, la negación y la desmotivación y fomentar en los pacientes creencias positivas y la motivación como formas de fortalecer los factores de protección de la persona.

El trabajo de James Prochaska, Carlo Diclemente y sus colegas durante tres décadas ha vislumbrado un fenómeno alguna vez descrito como “recuperación espontánea” que se refiere a que mucha gente que cambia sus conductas adictivas las realizan por sí mismas sin ningún tratamiento de por medio. La investigación sugiere que el cambio puede ser descrito un proceso dividido en etapas predecibles (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992) y que la terapia podría facilitar lo que es fundamentalmente un proceso natural de cambio.

Dentro de los tratamientos que se incluyen, están las intervenciones breves, las cuales han demostrado su efectividad en la reducción del consumo del alcohol comparado con un grupo control sin tratamiento (Bien, Miller y Tonigan, 1993). Dentro de los componentes principales de éstas intervenciones están los identificados por Miller y Rollnick (1991) llamados en conjunto FRAMES.

Dentro de esta perspectiva, el papel del terapeuta también resulta importante y se ha descubierto que el grado de empatía, definido por Carl Rogers como *la habilidad para reflejar de forma precisa lo que el cliente siente y piensa a través de la escucha activa* (en Gordon, 1970) es necesaria para llevar a buen término el tratamiento (Miller et al, 1993). Dentro de las componentes con las que cuenta este modelo se encuentra el *Balance Decisional* en el que el individuo basa sus decisiones en un análisis de pros y contras de continuar consumiendo y de cambiar su consumo a la abstinencia; Las *Etapas de cambio*. En donde se parte del supuesto que un individuo pasa por diferentes

etapas de motivación que determinan los esfuerzos del paciente a la modificación del consumo. Se dividen en seis etapas. En la precontemplación, el individuo no percibe tener un problema con su consumo; en la contemplación, se llega a la conciencia de tener un problema; en la preparación, el individuo se prepara mediante estrategias anticipatorias cómo afrontar al consumo; en la acción el sujeto pone en marcha sus planes y genera nuevos y finalmente en el mantenimiento, el sujeto es capaz de generar sus propias estrategias y de prepararse para las recaídas. Finalmente, la *Entrevista Motivacional* incluye una serie de habilidades motivacionales que se emplean a lo largo de todo el tratamiento, como la escucha activa, el parafraseo, el reforzamiento de conductas positivas y la evitación de la estigmatización.

Para terminar con esta revisión de tratamientos actuales, hace falta analizar los tratamientos conductuales y cognitivo – conductuales, lo cuales fortalecen factores de protección como la capacidad de resolver conflictos, desarrollan un buen estilo de afrontamiento, incrementan las habilidades sociales y el autocontrol.

En estos modelos se concibe al abuso de sustancias como una conducta compleja y multideterminada con un número de influencias etiológicas que juegan un papel en el desarrollo del abuso. Se incluyen historia familiar y factores genéticos (Cadoret, 1992); la presencia de psicopatología comórbida, rasgos de personalidad y un conjunto de factores ambientales como disponibilidad de la sustancia y carencia de influencias mediadoras y reforzadores (Brook, Cohen, Whitman y Gordon, 1992).

Tanto la terapia conductual como la cognitivo conductual enfatizan las propiedades reforzantes del abuso de sustancias y la dependencia. Los procesos cognitivos, particularmente las expectativas a los efectos de la sustancia son vistos también como importantes (Goldman, Brown y Christiansen, 1987) en el mantenimiento del abuso de sustancias y la dependencia. Además el individuo responde a una gran cantidad de contextos medioambientales interpersonales e intrapersonales que pueden llevar al uso de sustancias y agravarlo hasta el abuso y la dependencia. Dichas conductas se generalizan y se utilizan como una forma maladaptada de estrategias de enfrentamiento.

El terapeuta emplea el principio de *modelamiento* que se usa para ayudar al paciente a aprender y a aplicar nuevas conductas, que el terapeuta modela a través de un juego de

roles. Finalmente, los principios del cambio cognitivo son usados para reconocer, monitorear y cambiar creencias maladaptativas o disfuncionales que juegan un papel importante en el manejo del uso de sustancias.

Las metas de tratamiento son individualizadas y reflejan un proceso colaborativo entre el paciente y el terapeuta (Morgan, 1996). Los tratamientos conductuales incluyen dentro de sus metas tanto la reducción como la abstinencia (Morgan, 1996), sin embargo las metas de moderación han sido típicamente fijadas sólo para tratar problemas de consumo con el alcohol, debido a su condición legal; tanto como por los riesgos y las afecciones comórbidas asociadas con VIH, tuberculosis y otras complicaciones médicas inherentes a otro tipo de drogas (Morgan, 1996).

Dentro de las técnicas principales de tratamiento de ambos modelos se encuentra la *exposición a estímulos* en la que se comienza con una medición completa de los estímulos asociados con el deseo y su organización jerárquica, seguida por una exposición repetida a los estímulos generalmente en un laboratorio o en lugares controlados. Las respuestas fisiológicas del paciente y sus respuestas subjetivas son medidas antes y después de la exposición. La extinción del deseo asociado con un estímulo específico toma alrededor de 20 sesiones aproximadamente (Budney y Higgins, 1998).

En el *manejo de contingencias* se incorporan incentivos positivos para la abstinencia, consejería y el uso del disulfiram en un programa llamado Modelo de Reforzamiento Comunitario (CRA; Sisson y Azrin, 1989). En este programa se requieren muestras de orina para detectar un consumo reciente de droga. Cada resultado negativo es reforzado a través de un sistema de entrega de recibos, donde los pacientes reciben puntos reembolsables por ítems consistentes con un estilo de vida libre de drogas, como boletos para el cine, artículos deportivos, etc., aunque la condición es que nunca reciban dinero por la dificultad que presentan estas personas para darle un uso no relacionado con la adquisición de drogas. Al respecto, un estudio sugiere que el manejo de contingencias es un tratamiento eficaz para reducir el uso de cocaína y metanfetaminas y es ligeramente superior al tratamiento cognitivo – conductual durante el tratamiento. Se encontró que es efectivo para la retención de los pacientes al tratamiento y les ayuda a

continuar con la abstinencia. El tratamiento cognitivo – conductual también reduce el consumo de las drogas desde la línea base y se mantiene a lo largo del tratamiento.

Los modelos cognitivo – conductuales incluyen un rango de habilidades que fomentan o mantienen la abstinencia en el usuario, entre las que se incluyen:

- a) Reducir la disponibilidad y exposición a la sustancia y estímulos asociados
- b) Fomentar la resolución de detener el consumo de la sustancia a través de la exploración de consecuencias positivas y negativas del uso continuado;
- c) Automonitoreo para identificar situaciones de alto riesgo y para conducir el análisis funcional de la conducta de consumo;
- d) Reconocimiento del deseo condicionado y desarrollo de estrategias de enfrentamiento para el mismo.
- e) Identificación de decisiones aparentemente irrelevantes que pueden culminar en situaciones de alto riesgo;
- f) Preparación para emergencias y enfrentamiento a las recaídas;
- g) Habilidades de rehusarse al consumo, y
- h) Identificación y confrontación de pensamientos acerca de la sustancia.

Un espectro aún más amplio de técnicas cognitivo conductuales incluye intervenciones dirigidas a otros problemas de la vida del individuo que han sido observados como relacionados funcionalmente al uso de sustancias. Por ejemplo, habilidades de solución de problemas, entrenamiento en asertividad, estrategias para enfrentar emociones negativas, conocimiento y manejo del enojo, técnicas de manejo del estrés, enfrentamiento de la crítica, incremento de actividades placenteras, mejoramiento de redes sociales de apoyo y habilidades de búsqueda de empleo.

En cuanto a la modalidad de brindar tratamiento, ya sea de manera grupal o individual, en un estudio (Marqués y Formigiani, 2001) se demostró que ambas modalidades arrojan resultados similares, por lo que se puede intervenir de cualquier manera.

1.4.1 Tratamientos Breves

Debido a las consecuencias negativas a nivel social (manifestado por accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar, ausentismo laboral, agresividad y actos de homicidio y suicidio) producido por el consumo de alcohol, ha habido una creciente preocupación por fortalecer acciones de prevención secundaria que descansen en la identificación temprana de patrones de consumo que pongan en riesgo al individuo (Bennett, Tolman, Rogalski y Sirinivasaraghavan, 1994). A su vez, también es necesario desarrollar intervenciones terapéuticas costo – eficientes breves y capaces de instrumentarse en una variedad de escenarios, así como de aplicarse a una variedad de culturas (Babor, Ritson y Hodgson, 1986, Minucci, 1994).

Las intervenciones breves para tratar el abuso de sustancias han sido empleadas durante muchos años por consejeros, trabajadores sociales, médicos, psicólogos y enfermeras y en escenarios como agencias de servicio social, departamentos de emergencia hospitalarios, grupos de asistencia jurídica, etc. (Barry, 1999). Si bien su difusión se debió al hecho de que pueden ser igualmente efectivas que los tratamientos de larga duración (Heather, 1989, 1995; Sánchez-Craig y Wilkinson, 1989); su auge en los últimos años se debe a que se reconoció que los bebedores problema contribuyen de manera muy importante a los costos sociales derivados del consumo de alcohol, hecho que puso de manifiesto la necesidad de crear intervenciones menos intensivas para tratar a este tipo de población que aún no desarrolla una dependencia severa. La necesidad de abaratar los costos para el sistema de salud fue otra razón que impulsó la creación y desarrollo de este tipo de intervenciones que se caracterizan por ser de duración breve, altamente estructuradas y menos costosas (Heather, 1995).

Las intervenciones breves son procedimientos basados en investigación para trabajar con individuos que mantienen un consumo de sustancias de riesgo o un abuso de sustancias moderado, por lo que quedan excluidos consumidores con características de dependencia severa. Pueden incluir una gran variedad de modelos de aproximación que van desde el consejo informal, hasta una terapia formalmente estructurada (Chick, 1985; Fleming, 1997 en Barry, 1999).

Dentro de las características que definen a las intervenciones breves está el tiempo limitado, la estructura de la intervención y que se dirigen a un objetivo específico.

Los hallazgos de la investigación señalan que las características de los usuarios no son buenos predictores en cuanto a la respuesta del usuario a las intervenciones breves, por lo que las IB pueden ser aplicadas en un amplio rango de culturas (Babor, 1994).

En México los tratamientos disponibles para los usuarios son muy variados y existe poca información empírica acerca de la efectividad de los mismos. Es importante conocer cuál de las opciones disponibles de tratamiento arroja los mejores resultados con costos beneficio que determinen qué tratamiento es preciso difundir en políticas encaminadas a la reducción del consumo de drogas y las consecuencias asociadas. La carencia de un tratamiento estándar no permite observar con claridad hacia donde tienen que destinarse los recursos. Los modelos de tratamiento manejados durante la residencia de maestría en psicología de las adicciones se proponen como una alternativa viable para la reducción del problema de las adicciones en México. Dichos modelos se insertan dentro de la perspectiva cognitivo conductual. A continuación se presentan los sustentos teóricos de los tres programas de los que se reportan en el apartado de formulación de programas: La intervención Breve para Fumadores (Lira, 2002), El Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán, 2005) y el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2003).

Intervención breve para fumadores

Desarrollada en la Facultad de Psicología de la UNAM, sus antecedentes directos son los principios teóricos de las intervenciones breves para bebedores problema (Ayala y cols., 1997), para adolescentes que inician el consumo de drogas (Martínez, 2003) y con usuarios de cocaína (Oropeza, 2003). Esta intervención se basa en las mismas técnicas cognitivas y conductuales, como son: a) técnicas conductuales de auto control, b) Análisis Funcional de la conducta (antecedentes y consecuencias), c) Desarrollo de estrategias conductuales de afrontamiento, d) Reestructuración cognitiva y e) Análisis de ventajas y desventajas (Balance Decisional).

Está constituida por seis sesiones de tratamiento que pretenden que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo de tabaco, así como las consecuencias

relacionadas con éste, para que desarrolle estrategias de afrontamiento. Es decir, el objetivo general es ayudar al usuario a analizar su propio consumo y desarrollar e instrumentar sus propios planes para modificarlo.

Este programa de tratamiento presenta las siguientes características: 1) es un programa motivacional para fumadores, 2) se ofrece en una modalidad de consulta externa, y 3) tiene varias modalidades de aplicación, incluyendo la grupal, la individual y la biblioterapia (Lira, 2002).

En este programa los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento (con la asesoría del terapeuta de acuerdo con los límites razonables y contraindicaciones médicas de la ingesta) bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta.

En una investigación, los resultados de la aplicación del programa en 24 usuarios mostró una disminución significativa en el patrón de consumo comparando el promedio de cigarrillos consumidos durante la línea base con respecto a al consumo registrado al término del tratamiento y el seguimiento a seis meses (Echeverría, Carrascoza y Reidl, 2007).

Programa de Satisfactores Cotidianos

Derivado directamente del Community Reinforcement Approach (CRA) de Hunt y Azrin, 1973; Barragán, 2005), el PSC se ha destacado como uno de los tratamientos cognitivo conductuales más efectivos para el tratamiento de usuarios con dependencia a las drogas, pues sus metas de tratamiento estriban no sólo en la abstinencia del consumo, sino en la recuperación de la satisfacción de las áreas más importantes del individuo, e incluyen una gran variedad de estrategias terapéuticas para su realización.

El CRA es un modelo de tratamiento para el alcoholismo que se dirige hacia la abstinencia a través de eliminar reforzadores positivos por el consumo de alcohol e incrementando reforzadores positivos consecuentes con la sobriedad (Miller, Meyers, 1999). El CRA integra muchos componentes de tratamiento, incluyendo la construcción de la motivación del usuario para dejar de beber, ayudar al usuario comenzar la abstinencia a través del análisis de su patrón de consumo, incrementar el reforzamiento

positivo, aprender nuevas conductas de afrontamiento e involucrar al otro significativo en el proceso de cambio.

La adaptación del CRA a población mexicana se denominó “Programa de Satisfactores Cotidianos” debido a que se detectó, en un estudio realizado con usuarios dependientes a sustancias adictivas (Barragán, 2005) que la variable “satisfacción cotidiana” es próxima y predictora de la abstinencia y funciona como advertencia temprana de recaídas. Este dato fue útil para la retroalimentación al terapeuta para ejercitar en el usuario la aplicación de habilidades en diferentes escenarios para alcanzar el equilibrio, bienestar, avance, o logros; por lo que la intervención en estos usuarios, debe orientarse a construir un estilo de vida abstinentes y satisfactorio con accesos a reforzadores (Barragán, Flores, Medina Mora, Reidl, 2007, en Echeverría, Carrascoza, Reidl, 2007).

El PSC adiciona componentes como habilidades de comunicación y control de las emociones y se adapta para atender dependientes de alcohol, como para otras drogas incluyendo poliusuarios.

El número de sesiones varía en función de las necesidades del usuario, mismas que se establecen a partir de una evaluación en varias áreas de vida del usuario, aunque los componentes que maneja este programa son 15.

El PSC se sustenta en varios principios conceptuales psicológicos que incluyen principios básicos de modificación de la conducta. (Hunt y Azrin, 1973). El análisis conductual posibilita la modificación del patrón de consumo a partir de la identificación de los eventos o estímulos precipitadores de las características del consumo y de sus consecuencias asociadas (Meyers & Smith, 1995).

La teoría del aprendizaje social demuestra que adquirir y desarrollar habilidades de afrontamiento y de rehusarse al consumo, amplían el repertorio conductual del usuario y favorecen cambios en la conducta de consumo; de igual manera, se modifica mediante factores como el impacto ambiental y sus contingencias de reforzamiento y de castigo. Desde esta perspectiva, la recaída ocurre por el grado de control y capacidad que el individuo advierte tener frente a otros y frente a eventos ambientales, es decir, de su capacidad de hacer frente a la vida diaria.; de las habilidades alternativas de afrontamiento que se tiene ante situaciones asociadas al consumo; y de las expectativas que enfatice el consumidor frente a los efectos de alguna sustancia (Marlatt y Gordon,

1985). El PSC dota al usuario de las habilidades necesarias para controlar sus situaciones de riesgo, mejorar sus habilidades de afrontamiento y disminuir las expectativas positivas respecto al consumo.

El condicionamiento operante explica el abuso de sustancias adictivas debido al efecto reforzante de su consumo (Goldberg y Stolerman, 1986). La autoadministración de la droga disminuye al incrementar el número de respuestas requeridas para su consumo, al eliminar y bloquear el efecto reforzante de la droga, castigar las respuestas en las que es contingente el efecto reforzante de la droga y organizar y estructurar reforzadores alternativos para conductas incompatibles (Higgins, 1997). Los componentes principalmente involucrados son la aplicación de técnicas de comunicación y habilidades sociales y recreativas.

Dentro del condicionamiento operante de Skinner, se establece que entre los efectos reforzantes del consumo de alcohol, están los efectos subjetivos de relajamiento, la preferencia de cierto tipo de sustancia, la aceptación de amigos y familiares consumidores y al evitar los malestares físicos causados por la abstinencia (Hunt y Azrin, 1973). La aplicación de esta teoría al fenómeno de la dependencia al alcohol describe cómo el sujeto va perdiendo otras fuentes de satisfacción como amistades, familia, trabajo, recreación, etc. Es necesario, por tanto, el restablecimiento de los reforzadores vocacionales, sociales, recreativos y familiares del individuo (Hunt y Azrin, 1973).

Dentro de las técnicas motivacionales, el PSC se apoya en el modelo transteórico de las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente (1986) para conducir al usuario de las etapas de precontemplación y contemplación a las de acción y mantenimiento.

La teoría de la economía conductual hace referencia al “precio” como un factor influyente en el consumo excesivo. El precio incluye todos los gastos de recursos invertidos como los eventos negativos tanto físicos, sociales y psicológicos, y los referentes a la compra, el consumo y la recuperación del uso de la droga. Otro factor estudiado desde esta perspectiva es el costo de oportunidad, que conceptualiza las pérdidas de oportunidades para realizar conductas alternativas al elegir la conducta de consumo (Bickel y cols., 1993). Existe evidencia de que se puede modificar la

frecuencia de consumo al modificar el costo de oportunidad (Higgins, 1997). Desde esta perspectiva teórica es importante restringir el acceso a la conducta de consumo y ofrecer actividades alternativas reforzantes y disponibles que puedan competir con el consumo.

Las actividades alternativas reforzantes para enfrentar situaciones de riesgo al consumo, son eventos conductuales que implican reforzamiento comportamental inmediato. La miopía temporal impide percibir los efectos nocivos de un consumo excesivo a largo plazo. Los individuos con un consumo excesivo son quienes mayormente descuentan el valor reforzante retardado de otros incentivos (Vouchinich y Simpson, 1998). En el programa se aplican los fundamentos de estas teorías referidas al incrementar la oportunidad de costo de la droga incrementando en el usuario el valor o importancia de lo que tiene que renunciar o perder si consume; presupone que las contingencias ambientales son reforzadores tan potentes como la conducta de consumo, por lo que al insertarse y planearse apropiada y eficientemente, resultan poderosos reforzadores de conductas de no consumo (Meyers y Smith, 1995). De esta manera el enfoque motivacional del PSC, permite al usuario contrastar la conducta de consumo y la forma como interfiere con sus metas: salud física, éxito, satisfacción familiar, autoimagen positiva, etc. (Miller, 1995).

Dentro de la evidencia empírica que respalda este programa, se encuentra un estudio con 20 usuarios dependientes a sustancias adictivas y las variables a analizar fueron los precipitadores, la autoeficacia, la satisfacción cotidiana, la depresión, la ansiedad y el consumo, mostrando que en todas estas variables hubo modificaciones en pro de la recuperación del usuario después de aplicado el tratamiento (Barragán, Flores, Medina Mora, Reidl, 2007, en Echeverría, Carrascoza, Reidl, 2007).

Tratamiento breve para usuarios de cocaína

Este tratamiento surge de la necesidad de proporcionar una intervención dirigida exclusivamente a usuarios de cocaína, puesto que los tratamientos que abarcan el consumo de diversas drogas resultan muy generales y no resultan adecuados para cubrir las necesidades de los usuarios de cocaína (Ortiz y cols., 1997).

Este tratamiento se maneja bajo el enfoque cognitivo conductual, siendo sus antecedentes directos el Modelo de Autocambio Dirigido para bebedores problema

(Ayala y cols., 1995) y el Cognitive Behavioral Approach (Carroll, 1998), bajo el sustento empírico de las intervenciones cognitivo conductuales (Carroll, 1998; Carroll, Rounsaville y Gawin, 1991; Flynn, Kristiansen, Porto y Hubbard, 1999).

Está constituido por ocho sesiones de tratamiento más una de admisión y otra de evaluación. Su objetivo es ayudar al usuario a que alcance la abstinencia del consumo de cocaína. Este objetivo se logra a partir de las estrategias cognitivas y conductuales que permiten identificar situaciones de riesgo de consumo para enfrentarlas de manera efectiva. El TBUC es un tratamiento flexible, de bajo costo y de corta duración que también busca el cambio en el estilo de vida de los usuarios para aumentar su autocontrol y disminuir los daños asociados al consumo como conflictos familiares, laborales, económicos, entre otros.

En un estudio realizado con el TBUC en 19 usuarios de cocaína, se buscó impactar en las variables frecuencia de consumo, indicadores de dependencia, nivel de consumo, situaciones de consumo y recaídas, resultando en una reducción en cada variable en relación con una medición pre – post Tx (Oropeza, Reidl, 2007, en Echeverría, Carrascoza y Reidl, 2007).

Es necesario mencionar que dentro del tratamiento a usuarios de cocaína y debido a su potencial adictivo (Koob y Le Moal, 2006) se recomienda que exista una intervención psiquiátrica junto a una intervención psicológica, pues de esta manera las expectativas de éxito terapéutico son mayores (Julien, 1998).

Además, se ha observado la presencia de enfermedades psiquiátricas comorbidas al uso de sustancias, lo que se conoce como Diagnóstico Dual. El diagnóstico Dual se refiere a la ocurrencia de dos diagnósticos separados en una persona. En el área de abuso de sustancias, significa que un caso de abuso de sustancias ocurre junto con un trastorno psiquiátrico (Gold, 1991).

Dentro de los desórdenes psiquiátricos más prevalentes en consumidores de cocaína están los desórdenes afectivos. La depresión se halla en cantidades significativamente mayores en estos usuarios, que en aquellos consumidores de opiáceos o depresores como el alcohol (Gold, 1991). Otros trastornos frecuentes son la esquizofrenia, los

estados psicóticos, los trastornos alimenticios, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad y el trastorno bipolar (López-Ibor, 2002).

A continuación se muestran los resultados obtenidos de estas tres intervenciones aplicadas dentro del Centro de Atención e Integración Social “Torres de Potrero”, que formó parte de la residencia de la maestría en psicología de las adicciones.

SEGUNDA PARTE:

Formulación de Programas

2. FORMULACIÓN DE PROGRAMAS

2.1 El Centro de Atención e Integración Social (CAIS)

Como parte de la residencia de la maestría en psicología de las adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM, se planteó la intervención terapéutica dentro del Centro de Atención e Integración Social (CAIS) “Torres de Potrero”.

En los CAIS se brinda cuidado y atención a niños, niñas, jóvenes, adultos y adultos mayores en situación de calle, indigencia o alta vulnerabilidad, proporcionándoles techo, vestido, alimentación acorde con sus necesidades físicas y condición de salud, asistencia médica de primer nivel y medicamentos, derivación a servicios médicos de segundo y tercer nivel, atención psicológica y psiquiátrica, actividades culturales, deportivas y de recreación, así como talleres de capacitación para el trabajo y terapia ocupacional.

El Centro de Asistencia e Integración Social “Torres de Potrero”, ofrece a las personas con problemas de adicción, un tratamiento profesional especializado, de calidad, accesible y eficaz, que permite favorecer su recuperación y reintegración social.

El tratamiento se brinda bajo un modelo mixto, que incluye intervención profesional y grupos de ayuda mutua, durante una estancia de 40 días. Durante este tiempo los pacientes se integran a psicoterapias individuales, grupales y familiares, así como en actividades ocupacionales y deportivas.

Al finalizar el tratamiento, se les motiva para que continúen su tratamiento en consulta externa durante un año y permanezcan integrados a un grupo de ayuda mutua.

Desde su apertura en noviembre de 2000 a diciembre de 2003, se han atendido en los servicios de consulta externa y área residencial más de 2600 personas en forma directa las cuales en su mayoría son adolescentes y adultos jóvenes y sus familiares se ha beneficiado de los servicios de orientación familiar, terapia, grupo de co-dependientes. La gran mayoría de los pacientes manejados en el área residencial, han logrado integrarse a actividades familiares y laborales habituales y productivas.

Dentro de este centro se realizó la aplicación de programas de intervención breve a población que inicia el consumo o incluso que ya desarrolló una dependencia al alcohol y otras drogas, lo cual permitió que se desarrollaran habilidades clínicas para la evaluación y el tratamiento de poblaciones que presentan consumo de sustancias.

Los programas aplicados dentro del CAIS, fueron la Intervención Breve para Fumadores (Lira, 2002), el Programa de Satisfactores Cotidianos PSC (Barragán, 2005) y el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína TBUC (Oropeza, 2003).

Es necesario recalcar que estos tratamientos actúan como la parte correspondiente a la terapia individual que ofrece el CAIS y que dentro de este modelo de atención, también se les proporcionó a los usuarios los demás beneficios terapéuticos: la terapia grupal y la familiar, así como la terapia ocupacional, la atención médica, psiquiátrica, de enfermería y trabajo social.

2.2 INTERVENCIONES BREVES

2.2.1 INTERVENCIÓN BREVE PARA FUMADORES

A) Participantes

Participaron 6 sujetos varones que recibieron la intervención breve para fumadores como tratamiento complementario durante el internamiento de 6 semanas en el Centro de Asistencia e Integración Social [CAIS] Torres de Potrero. Desde la primera semana de ingreso en el centro, además de la intervención, los participantes recibieron tratamiento psiquiátrico y psicológico. Es importante señalar que aunque el centro prohíbe fumar durante la estancia dentro del mismo, existe “tráfico” de cigarros y su consumo es clandestino, por lo que los usuarios si así lo desean, pueden acceder a fumar.

Los criterios de inclusión al programa fueron: a) saber leer y escribir, b) presentar un nivel de dependencia bajo o medio a la nicotina, y c) que el usuario reportara estar de acuerdo en participar en la intervención así como estar de acuerdo con lo planteado en el consentimiento informado.

El único criterio de exclusión fue presentar a) un trastorno psicótico y/o b) daño cognitivo severo.

B) Instrumentos

1. **Cuestionario de Pre-Selección (Lira, 2002):** El objetivo es conocer si el usuario cubre los criterios de inclusión para participar en el programa.
2. **Entrevista Inicial (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998):** El objetivo es obtener datos sociodemográficos del usuario, historia familiar, social, laboral y lugar de residencia, así como la historia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
3. **Cuestionario de Tolerancia para Fumadores de Fagerström (INER, 2000 en Lira, 2002):** El objetivo es identificar si la persona que fuma presenta una dependencia a la nicotina por medio de indicadores como: frecuencia de consumo (número de cigarrillos por día), periodicidad y cantidad de droga utilizada en las primeras horas después de despertarse, etc.
4. **Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Lira 2002):** Su objetivo es conocer el patrón de consumo en función de número total de días de consumo, número total de cigarrillos consumidos, promedio y porcentaje de días de consumo y en abstinencia en los últimos 60 días. Se aplica por un entrevistador con una serie de apoyos para ayudar a las personas a recordar su consumo como: calendario y días festivos.
5. **Cuestionario Breve de Confianza Situacional [CBCS] (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998):** El objetivo es obtener una medida que sea sensible para medir el grado de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo relacionadas con el consumo o con el consumo en exceso. El usuario debe señalar en un rango de 0% (inseguro) a 100% (seguro) qué tan confiado se siente para poder resistir la necesidad de fumar.

6. Auto- Monitoreo para fumadores (Lira, 2002): El objetivo es que el usuario registre su consumo diario de cigarrillos, señalar situaciones de consumo y hora de consumo. Esta tarea se realiza durante el tratamiento y después de éste.

7. Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer, Garbin, 1988; versión adaptada en español por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998). Fue elaborado por A. Beck en 1988. Este instrumento consta de 21 reactivos y su objetivo es conocer el nivel de depresión que presenta la persona, que puede ser mínima (0 a 9 puntos), leve (10 a 16 puntos), moderada (17 a 29 puntos) o severa (30 a 63 puntos).

8. Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, 1988; versión adaptada en español por Robles, Varela, Jurado y Pérez, 2001). El instrumento permite evaluar los síntomas de ansiedad. Consta de 21 reactivos que se contestan en una escala de 4 puntos, que pueden ser: “poco o nada”, “mas o menos”, “moderadamente” y “severamente”. El puntaje total indica el nivel psicométrico de ansiedad del sujeto que puede ser: mínima, leve, moderada o severa.

C) Procedimiento

Los usuarios fueron elegidos en base a un consumo de tabaco adicional al consumo de drogas. Se les comentaba si estaban interesados en participar en el programa, de ser así se comenzaba con el proceso de admisión y evaluación. A continuación se describen las seis sesiones de tratamiento.

a) Admisión: Se explicó al usuario las características de la intervención y se preguntó por los motivos por los cuales quiere dejar de fumar.

b) Evaluación: Se aplicaron varios instrumentos para determinar el patrón de consumo de tabaco (LIBARE), situaciones de consumo (CCS), nivel de ansiedad y depresión (Beck).

c) 1ª Sesión: Se presentaron los resultados de los instrumentos aplicados en la sesión anterior. El objetivo de esta sesión es que el usuario realice un balance decisional sobre las ventajas y desventajas de continuar o dejar de fumar a partir de los resultados de la evaluación.

- d) 2ª Sesión: Se identificaron las situaciones que precipitan el consumo de tabaco y se realiza el análisis funcional de la conducta (antecedentes y consecuencias).
- e) 3ª Sesión: El usuario aprende un modelo general de solución de problemas en donde planteará opciones para cada situación de riesgo señalando sus probables consecuencias y planes de acción para enfrentarlas.
- f) 4ª Sesión: Se realizó un resumen de las sesiones anteriores y planes de acción para el siguiente mes, con el objetivo de mantener el cambio en la conducta de consumo.
- g) Seguimiento al mes: Se realizó una revisión de los planes de acción planteados durante el tratamiento.

D) Resultados

A continuación se describen los resultados obtenidos del programa y se presentarán en el siguiente orden: características socio demográficas, resultados de las sesiones de admisión y evaluación (tabla 3), resultados de las sesiones de tratamiento (tabla 4) y discusión de los datos.

Las características socio demográficas de los 6 usuarios muestran a personas en su totalidad varones, de edad correspondiente a las etapas de la adolescencia hasta la edad adulta intermedia (Papalia, Wendkos, 1998) y de escolaridad media y media superior con una media de 30 años.

Dentro de los datos de las sesiones de admisión y evaluación se encontró que el nivel de dependencia a la nicotina es alta, pese a que los usuarios ingresaron al CAIS por abuso y dependencia a otras drogas, principalmente, la cocaína crack (tabla 1).

En la siguiente tabla se presentan los resultados generales obtenidos de las sesiones de admisión y evaluación:

Tabla 1. Resultados de las sesiones de admisión y evaluación.

VARIABLE	RESULTADO
Sustancia principal de consumo:	Poliusuarios que incluyen en su consumo cocaína, alcohol, marihuana, inhalables y anfetaminas.
Nivel de dependencia a la nicotina:	X = Alta
Promedio de cigarros consumidos por ocasión:	X = 17 (rango de 8 a 37)
Frecuencia:	Diario: 83.3% De 3 a 4 veces por semana: 16.6%
Nivel de depresión	Moderada (21 puntos)
Nivel de ansiedad:	Moderada (22.1 puntos)
Principal Situación de consumo:	Al consumir piedra: 100%
Principales razones de cambio:	Por salud, para dejar las drogas y para dar un buen ejemplo
Unidad residencial terminada:	4
Tratamiento terminado:	2
Seguimientos:	0

Los datos mostrados en la tabla 1 fueron tomados de los promedios cuantificables de los usuarios. En el caso de la principal situación de consumo, todos los usuarios mencionaron que fumaban tabaco al consumir cocaína crack (piedra) en la entrevista inicial. Las razones de cambio que se detectaron repetidas en los ejercicios de los usuarios fueron las reportadas en la tabla; y finalmente, 4 usuarios terminaron la unidad residencial; esto es, completaron su internamiento en el CAIS; 2 de ellos continuaron asistiendo en consulta externa hasta completar el tratamiento.

La intervención tanto en este programa como en los demás, se vio interrumpida por variables que escapan a las capacidades de la institución y al terapeuta, como el nivel de deterioro cognitivo en algunos usuarios, sanciones del CAIS por las que los usuarios tuvieron que abandonar la institución, abandono por cuenta del usuario, recaídas que incluyeron ingreso a algún penal o dificultades en el seguimiento debido a saturación de horarios en el CAIS o a variables relacionadas con los usuarios (lejanía, inserción a la vida laboral o escolar, etc.).

Sin embargo, existieron elementos terapéuticos que el usuario, pese a no concluir el tratamiento, le fueron enseñados y que contribuyen de manera importante en el bagaje de estrategias de afrontamiento que el usuario puede usar, ya sea para continuar con la abstinencia, para prevenir recaídas o para continuar el tratamiento en alguna otra institución. La tabla 2 muestra datos de los usuarios del balance decisional realizado durante la primera sesión de tratamiento del programa para fumadores:

Tabla 2. Resultados generales de la aplicación del balance decisional.

	Continuar fumando	Dejar de fumar
Principales ventajas:	Calmar el nerviosismo, socializar, reducir el estrés.	Dar un buen ejemplo a la familia, incrementar la salud, reducir la tentación del consumo de drogas.
Principales desventajas	Deterioro en la salud, gastos en exceso.	Aislamiento social, sentimiento de nerviosismo al no contar con el cigarro.
Principales razones de cambio:	Dar un buen ejemplo a los hijos, por salud, plenitud personal: física, emocional y mental.	

Los resultados de las sesiones 2 y 3 se presentan a continuación en la tabla 3.

Tabla 3. Principales situaciones de riesgo y planes de acción.

Principales situaciones de riesgo	Plan de acción
Un problema familiar	Salir a caminar y pensar una solución
Al estar esperando	Leer un libro, comer
En una fiesta	Bailar y tomar refresco

Finalmente, los resultados de la cuarta sesión se presentan en la siguiente tabla:

Situación de tentación	Técnica
Presión social	Romper cadena conductual de consumo con pensamientos que recuerden consecuencias negativas; alejarse.

Al estar esperando	Romper cadena de consumo y conducirse a conductas de no consumo de tabaco como mascar chicle o escuchar música.
Necesidad y tentación de consumo	Romper cadena de consumo a través de pensamientos que recuerden consecuencias negativas y alejarse de la situación de tentación.

E) Discusión

Los usuarios atendidos en su totalidad, acudieron al CAIS por tener problemas con drogas diversas, por lo que el consumo del cigarro, no fue contemplado por los usuarios como un consumo problemático, hasta que fueron invitados al tratamiento y esto se observa en el balance decisional (tabla 5). Esto debido probablemente a la percepción de la condición legal del tabaco y a un posible recurso para eliminar los efectos estresores del consumo de otras drogas y obtener relajación a través del consumo de tabaco (Benowitz, 1996). La importancia del consumo de cigarro como precipitador de consumo de cocaína, fue pieza clave para que los usuarios reflexionaran sobre la importancia de dejar el tabaco, además de las reflexiones acerca de los daños a su salud y el gasto excesivo por la compra de cajetillas.

Es difícil reportar la efectividad de este programa dentro del centro debido al confinamiento de los usuarios y su privación con situaciones de riesgo cotidianas; la única variable a considerar es la negativa a fumar de parte de los usuarios cuando se les ofreció clandestinamente fumar, aunque no hay manera de comprobarlo, sin embargo es necesario mencionar que aunque no haya existido parámetros de comparación a falta de seguimiento, los usuarios demuestran en sus ejercicios la reflexión y la decisión de no consumir tabaco y esta decisión a su vez se ve reflejada en la identificación de situaciones de consumo para realizar planes de acción e incluso en adelantarse en situaciones potenciales de tentación, por lo que se puede decir que las estrategias motivacionales funcionaron en todos los usuarios de acuerdo a lo propuesto por Lira (2002) en cuanto a la adquisición de herramientas para reflexionar acerca del consumo y realizar planes de acción acordes con su decisión de no fumar.

Los usuarios en su totalidad se encontraron, según las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente (1986) en etapa de precontemplación, debido a que al inicio de la intervención ni siquiera habían contemplado algún problema relacionado con el consumo de tabaco, ya que la prioridad era, para ellos, el consumo de cocaína crack. A juzgar por la elaboración de ejercicios y por las reflexiones puestas en ellos que los usuarios llegaron a la etapa de preparación y posiblemente, a la de acción y mantenimiento, ya que en ellos manifiestan confianza en lograr el cambio, identificaron los riesgos de consumir tabaco, manifestaron un compromiso para cambiar, desarrollaron planes de acción, mencionaron en algún momento sentirse mejor sin fumar y mostraron preocupación por alguna recaída.

El consumo de tabaco en usuarios de otras drogas es frecuente, por lo que es necesario darle más énfasis al tratamiento del tabaquismo debido a los problemas de salud que produce y como disparador adicional para el consumo de otras drogas.

Debido a la dependencia alta a la nicotina que manifiestan estos usuarios, a su consumo de diferentes drogas y a la comorbilidad psiquiátrica que se presenta con frecuencia (Medina–Mora, 2003), es necesaria la intervención multidisciplinaria, en donde los tratamientos y la vigilancia psiquiátrica como psicológica se coordinen en beneficio del usuario.

La propuesta para evaluar las habilidades enseñadas a los usuarios dentro del CAIS podrían contemplar situaciones de ansiedad generada por el deseo de fumar en un lugar donde les está vedado el hacerlo; realizar planes de acción para controlar la ansiedad y mediante formatos de autorregistro, permitirle al usuario y al terapeuta la ejecución de las estrategias y la evaluación de las mismas para su mejoramiento y posterior ejecución en la vida cotidiana una vez terminado el internamiento.

También es necesario realizar esfuerzos encaminados a la vigilancia posterior al internamiento (seguimientos) para poder confirmar el resultado tanto del internamiento, como de los diversos tratamientos de los que se benefició el usuario y de ser necesario, el perfil de los usuarios reincidentes en su consumo para desarrollar estrategias que permitan que los resultados de los tratamientos en conjunto, perduren en el usuario y

esto se traduzca en un mejoramiento del costo efectividad del modelo residencial que ofrece el CAIS.

2.2.2 PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS (PSC)

Como parte del programa de tratamiento del CAIS, se contó con el tratamiento psiquiátrico, la terapia grupal, familiar y ocupacional adicionales al terapia individual con el PSC, y se buscó que los usuarios aprendieran estrategias de afrontamiento para que, una vez terminada su residencia, pudieran estar seguros de su decisión de no consumir y de la manera más adecuada para hacer frente a situaciones de riesgo y recuperar aquellas áreas de vida afectadas por el consumo, restableciendo en los usuarios su bienestar.

A) Participantes:

Participaron 18 usuarios varones de drogas legales e ilegales en su mayoría consumidores de crack.

Los criterios de inclusión para participar en el programa fueron los siguientes: 1) un nivel de dependencia media o severa para el alcohol, que implica un puntaje en la Escala de Dependencia al Alcohol [EDA] de 22 a 47 puntos y/o un nivel de dependencia sustancial o severa en el caso de drogas ilegales, o un puntaje en el Cuestionario de Abuso de Drogas [CAD] de 11 a 20 puntos; 2) consumir por ocasión de consumo 14 o más tragos estándar en el caso de los hombres y 10 o más en el caso de las mujeres, así como un consumo semanal de 20 o más copas y 15 o más copas respectivamente; 3) haber presentado recaídas e internamientos previos sin lograr un tiempo de abstinencia considerable; 4) presentar pérdidas en diferentes áreas de la vida cotidiana y presentar pérdidas y/o alternaciones en por lo menos 3 áreas: física, laboral/académico, familiar, social, legal, psicológico, económico y/o personal; 5) tener 18 años o más; 6) saber leer y escribir 7) un funcionamiento cognitivo de 6 o superior (Promedio estandarizado) y 8) una escolaridad de preparatoria en adelante.

El único criterio de exclusión del programa fue: 1) tener un cuadro psicótico.

B) Instrumentos

1. Entrevista Conductual (Smith y Meyers, 1995). La entrevista tiene como objetivo principal evaluar la motivación al cambio que presenta el usuario, abordando los problemas que le ha causado el consumo en cada área: física, personal, emocional, social, familiar, laboral y económica. Así mismo pretende identificar el perfil del usuario, recabando información sobre datos personales, estatus socioeconómico, historia de consumo y consecuencias asociadas. El terapeuta deberá prestar especial atención a aquellos indicadores relacionados con la necesidad del usuario de atención psiquiátrica paralela al tratamiento, como son: ideas e intentos suicidas en el último año, alucinaciones auditivas y visuales, depresión y ansiedad severa.

2. Subescalas de repetición de dígitos y símbolos y dígitos (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006). Estas subescalas forman parte de la “Escala de Inteligencia para adultos de Weschler” [WAIS], la cual evalúa el coeficiente intelectual de adultos entre 16 y 74 años de edad, y se conforma por 11 subescalas, la escala de repetición de dígitos forma parte de las 6 subescalas verbales, y símbolos y dígitos forma parte de las 5 subescalas de ejecución. Las subescalas de repetición de dígitos y símbolos y dígitos tienen la finalidad de evaluar la memoria del usuario, específicamente la capacidad de retención inmediata de contenidos semánticos y simbólicos a nivel oral y visual. Cada una de las escalas se aplica por separado, la puntuación natural de cada escala se transforma para obtener la puntuación normalizada, sumando los dos puntajes para dividirlos entre dos y sacar un promedio. El puntaje mínimo para poder ser candidato para el Programa es mayor o igual a 6 puntos en ambas escalas (puntuación normalizada).

3. Escala de Dependencia al alcohol [EDA] (Skinner y Allen, 1982). Mide la dependencia al alcohol, que puede ir de baja hasta severa. Está conformada por 25 reactivos y las opciones de respuesta se clasifican en una escala de 3 puntos, incluyendo reactivos dicotómicos y algunos de cuatro puntos. La versión revisada del EDA correlacionó muy alto con la versión original ($r=0.96$). En cuanto a los datos de validez, Skinner y Allen (1982) y Ross et al (1990) demostraron que este instrumento se asocia positivamente con medidas similares asociadas con el consumo excesivo y no con dependencia ($r=0.69$). Los datos de confiabilidad test-retest fue de 0.92, y se aplicó a 76

personas a las que se les aplicó nuevamente dicho instrumento después de una semana de terapia (Skinner y Horn, 1984).

4. Cuestionario de Dependencia a las drogas [CAD] (Skinner, 1982, adaptado por Fuentes y Villalpando, 2001). El objetivo del instrumento, elaborado por Skinner en 1982, es medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando el consumo de drogas, y permite discriminar entre los que están clínicamente más involucrados y los menos involucrados en el consumo. Una calificación de cero indica que no se encontraron evidencias de problemas de abuso de drogas, mientras que puntuaciones más altas corresponden a un grado mayor de problemas relacionados con el abuso de drogas. Los índices reportados de confiabilidad han variado de .95 a .86 para usuarios de alcohol y drogas (Barragán et al, 2006).

5. Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell y Sobell, 1992; versión adaptada al español Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). La LIBARE fue diseñada por Sobell y Sobell en 1992, es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario un año antes de haber iniciado el tratamiento, puede también ser utilizado durante y después de la intervención. Evalúa cambios específicos en el patrón de consumo, y permite identificar datos como: días y meses de mayor consumo, así como cantidad y frecuencia. Presenta una validez concurrente con la Escala de Dependencia al Alcohol [EDA] y con el cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST), con correlaciones de .53. Presenta una confiabilidad test-retest de .91 (Barragán et al, 2006).

6. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol [ISCA] (Annis 1982; versión adaptada al español por Echeverría, Oviedo, y Ayala, 1998). Elaborado por Annis en 1982, su objetivo es medir las situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden considerarse de alto riesgo para una recaída. Es de utilidad para apoyar el tratamiento y proporcionar un perfil de las áreas de mayor riesgo en el individuo. Consta de 100 reactivos, los cuales se agrupan en ocho subescalas: a) emociones desagradables, b) malestar físico, c) emociones agradables, d) probando autocontrol, e) necesidad o tentación de consumo, f) conflicto con otros, g) presión social y h) momentos agradables con otros. Cada uno de los reactivos se contesta en una escala de 4 puntos, que van desde “nunca” hasta “casi siempre”. Las subescalas presentan una

distribución normal y una validez de contenido y confiabilidad adecuadas (Barragán et al, 2006).

7. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas [ISCD] (Annis, Graham y Martín 1988; versión adaptada al español por De León y Pérez, 2001). Identifica las situaciones de riesgo asociadas al consumo de drogas en las que el usuario es más propenso a presentar una recaída. El individuo tiene que indicar la frecuencia con la que consumió drogas ante cada una de las situaciones. Consta de 60 reactivos y cada uno se contesta en una escala de 4 puntos: “nunca”, “rara vez”, “frecuentemente” y “casi siempre”. Está compuesto por 8 subescalas: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad o tentación de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. Posee un validez adecuada y una confiabilidad test-retest de .98 (DeLeón y Pérez, 2001).

8. Cuestionario de Confianza Situacional [CCS] (Annis, Graham y Davis 1987; versión adaptada al español por Echeverría y Ayala, 1977). Evalúa el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol ante diez categorías situacionales, las cuales se agrupan en ocho subescalas: a) emociones desagradables, b) malestar físico, c) emociones agradables, d) probando autocontrol, e) necesidad o tentación de consumo, f) conflicto con otros, g) presión social y h) momentos agradables con otros. El individuo indica en un porcentaje del 0% al 100% el nivel de autoconfianza para resistirse al consumo de alcohol en cada situación, donde el 0% sería nula confianza de resistirse al consumo y 100% confianza total de resistirse. Presenta una validez de constructo y confiabilidad adecuadas (Barragán et al, 2006).

9. Cuestionario de Auto confianza en el Consumo de Drogas [CACD] (Annis y Martin, 1985; versión adaptada al español por De León y Pérez, 2001). El instrumento fue diseñado para evaluar la confianza que tiene el usuario para poder resistir la urgencia de consumir drogas ante diversas situaciones. Está compuesto por 60 reactivos y el sujeto debe indicar qué tan confiado se siente de resistir a consumir cualquier droga en esa situación, del 0% de confianza al 100% de confianza de resistirse. Los reactivos se agrupan en ocho subescalas, las cuales son las mismas que se presentan en el ISCA, ISCD, y CCS. Posee una validez y confiabilidad adecuadas (DeLeón y Pérez, 2001).

10. Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer y Garbin, 1988; versión adaptada en español por Jurado, et al., 1998). Fue elaborado por A. Beck et al. en 1988. Este instrumento consta de 21 reactivos y su objetivo es conocer el nivel de depresión que presenta la persona, que puede ser mínima (0 a 9 puntos), leve (10 a 16 puntos), moderada (17 a 29 puntos) o severa (30 a 63 puntos). El individuo selecciona entre cuatro aseveraciones la oración que más se adecue a la forma en que se sintió la semana pasada o inclusive el día en que se aplica la prueba. A cada aseveración le corresponde un puntaje, que va de 0 a 3. El puntaje total indica el nivel de depresión del sujeto. El instrumento posee validez concurrente con otros instrumentos y un alfa de cronbach de .87 (Barragán et al, 2006; Jurado et al, 1998).

11. Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Steer y Garbin 1988; versión adaptada en español por Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001). También fue elaborado por Beck et al. en 1988. El instrumento permite evaluar los síntomas de ansiedad. Consta de 21 reactivos que se contestan en una escala de 4 puntos, que pueden ser: “poco o nada”, “mas o menos”, “moderadamente” y “severamente”. El puntaje total indica el nivel de ansiedad del sujeto que puede ser: mínima, leve, moderada o severa. Posee una validez de constructo adecuada y un alfa de cronbach de .83 (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

12. Escala de Satisfacción (Azrin, Naster y Jones, 1973). Elaborado por Azrin et al. (1973), este instrumento detecta el nivel de satisfacción general del individuo en las principales áreas de su vida. Las áreas que evalúa son: 1) consumo/Sobriedad; 2) progreso en el trabajo o en la escuela; 3) manejo del dinero; 4) vida Social y recreativa; 5) hábitos personales; 6) relaciones familiares o matrimoniales; 7) situación Legal; 8) vida emocional; 9) comunicación y 10) satisfacción general. Al usuario se le pide que establezca en una escala del 1 al 10 cómo se siente en esa área de su vida. Los puntajes cercanos a uno reflejan insatisfacción y aquellos que se acerca a 10 reflejan satisfacción. Su confiabilidad es de .76 mostrando una consistencia interna adecuada, así como validez de criterio (Barragán et al, 2006).

13. Instrumento de Calidad de Vida (Palomar, 1995). Este instrumento tiene por objetivo medir la percepción que tiene el individuo sobre su calidad de vida, y fue elaborado por Palomar en 1995. Consta de 80 reactivos y se divide en cuatro áreas: 1)

área general, b) área laboral, c) de pareja e e) hijos. Se le pide al sujeto que evalúe cada uno de los reactivos en una escala del 1 al 3, en donde 3 es “muy satisfecho”, 2 es “regularmente satisfecho” y 1 es “nada satisfecho”. En general este instrumento presenta una validez y confiabilidad adecuadas, con un alfa de .9337 (Barragán et al, 2006).

Todos los instrumentos mencionados en este apartado se encuentran publicados en el Manual de Terapeuta Tomo II del Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán et al, 2006); UNAM, CONACYT y CONADIC.

C) Procedimiento

Tomando en cuenta las necesidades de los usuarios y los criterios de inclusión del programa, se decidió incluirlos en la intervención, trabajando en sesiones semanales con duración de una hora. Si alguno de los usuarios desertaba en el transcurso del internamiento (6 semanas) se reasignaba otro usuario.

Los componentes que conforman el programa son los siguientes:

Admisión: Se determinó si el usuario es un candidato al Programa de Satisfactores Cotidianos aplicando los criterios filtro y los instrumentos necesarios para conocer el nivel de dependencia a la sustancia, su funcionamiento cognitivo y el nivel de satisfacción en cada área de vida cotidiana.

Evaluación I y II: Se motivó al usuario a la abstinencia explorando el patrón de consumo, las principales situaciones de riesgo y nivel de auto eficacia, así como el nivel de depresión, ansiedad y calidad de vida.

Análisis funcional: Se identificaron los precipitadores de la conducta de consumo, especificando los estímulos condicionados internos y externos, sus consecuencias tanto inmediatas y positivas, como mediatas y negativas. Este análisis favorece precisar situaciones de riesgo, anticipar su ocurrencia y planear conductas eficaces de enfrentamiento para lograr mantenerse sin consumir; posteriormente, analiza una conducta agradable de no consumo y sus consecuencias, que le permiten alcanzar los efectos positivos que se buscan en la conducta de consumo.

Muestra de abstinencia: Se estableció un compromiso de abstinencia negociable por un periodo recomendable de 90 días, para experimentar los beneficios de la abstinencia. Se le motivó, al considerar el máximo periodo previo de abstinencia, los recursos y apoyos a utilizar, los beneficios a obtener y el prepararse a elaborar planes de acción. Como parte del apoyo que se otorga para este componente, se incluye el del *Uso del disulfiram* (componente no aplicado en CAIS). En este componente el objetivo es motivar al usuario en el uso del disulfiram e involucrar al otro significativo. Si el usuario no alcanza la abstinencia en el consumo de alcohol, puede utilizar como apoyo farmacológico el uso del disulfiram. El otro significativo es una persona importante y cercana, no consumidora y con disposición de apoyarlo, que puede aprender estrategias para recordar y motivar al usuario a ingerir el medicamento para apoyar su periodo de sobriedad. Este apoyo farmacológico requiere de la supervisión de un psiquiatra especializado en el campo de las adicciones. El usuario firma la carta compromiso del consumo de disulfiram, aceptando estar informado de las secuelas que pudieran ocurrir al tomar el fármaco si persiste en el consumo de alcohol, lo cual puede poner en riesgo su vida.

Metas de vida cotidiana: Se identificaron las metas que pretende alcanzar en diferentes áreas de su vida; se establecieron metas y elaboraron planes de acción para realizarlas.

Habilidades para rehusarse al consumo: Se enseñó a rechazar ofrecimientos al utilizar comunicación asertiva, proponer alternativas, cambiar el tema de conversación, ofrecer justificación, confrontar al otro e interrumpir interacción. El rehusar el consumo ante precipitadores internos requirió aplicar la estrategia de reestructuración cognitiva.

Solución de problemas: Se resolvieron problemas al precisar la situación, generar alternativas de solución, analizar las ventajas y desventajas de cada opción, decidir la que aplicará para enfrentar la situación, ponerla en práctica y evaluarla.

Habilidades de búsqueda de empleo (no aplicada en este caso): Identifica sus intereses y capacidades laborales, llena la solicitud de empleo, elabora su curriculum, realiza llamadas telefónicas para solicitar ayuda de familiares y amigos en esa búsqueda, realiza contactos telefónicos para solicitar citas para entrevistas, y practica ensayos de entrevista laboral.

Habilidades sociales y recreativas (no aplicada en este caso): Reemplaza las diversiones asociadas al consumo con otros satisfactores que le requieren buscar diferentes pasatiempos y círculos sociales para evitar que la abstinencia sea un periodo de aislamiento y apatía que precipite la recaída.

Consejo marital (No aplicado en CAIS): Se involucra a la pareja como parte importante de la rehabilitación entrenando a ambos cónyuges en habilidades de intercambio de peticiones, comunicación y reforzamiento recíproco.

Habilidades de comunicación: Se mejoró la comunicación entre el usuario y las personas con las que convive para lograr una comunicación positiva y efectiva. Entre las habilidades que se le enseñaron están: escuchar, iniciar conversaciones, ofrecer entendimiento, asumir responsabilidad, ofrecer ayuda, hacer y recibir críticas, etc.

Control de las emociones (ansiedad): Se enseñaron las estrategias necesarias que le permitan controlar la ansiedad, mediante las técnicas de relajación profunda, relajación muscular progresiva de tensión –distensión y la relajación mental o por imaginación.

Control de las emociones (enojo): Se enseñaron las estrategias necesarias que le permitan controlar el enojo mediante las técnicas de auto instrucciones positivas, distracción del pensamiento y tiempo fuera.

Control de las emociones (tristeza): Se enseñaron las estrategias necesarias que le permitan controlar la tristeza mediante las técnicas de cambio de pensamientos equivocados, realización de actividades agradables y búsqueda de lo positivo.

Control de las emociones (celos): Se enseñaron las estrategias necesarias que le permitan controlar los celos mediante las técnicas de cambio de pensamientos, control de los celos y cambio de conductas.

Prevención de recaídas (no aplicada en este caso): Utiliza la advertencia temprana para reconocer oportunamente los signos de una posible recaída y las estrategias de afrontamiento para prevenirla. Se realizan análisis funcionales de las situaciones de

riesgo y se utiliza la reestructuración cognitiva. Se maneja la recaída como parte natural del proceso de recuperación.

Entrenamiento al otro significativo (no aplicada en este caso): Que el otro significativo aprenda a utilizar conductas eficientes para reforzar la abstinencia y prevenir recaídas, así como favorecer un ambiente familiar de apoyo y propiciar momentos agradables con el usuario.

Los componentes de Uso del disulfiram y consejo marital por disposición del CAIS no fueron aplicados. En los casos en los que no se aplicó el componente se debió a que los usuarios terminaron su internamiento o lo suspendieron antes de tomar estos componentes

D) Resultados

Se presentarán primero las características socio demográficas de los sujetos seguido de los resultados de las sesiones de admisión y evaluación y finalmente los datos arrojados de las sesiones de tratamiento.

En el Programa de Satisfactores Cotidianos participaron 18 usuarios, de los cuales, el 66.6% terminaron su tratamiento en Unidad Residencial lo que equivale a 6 sesiones de tratamiento. La media de edad fue de 28 años con un rango de 16 a 54 años y de los cuales el 94% fueron hombres y el restante mujeres; su escolaridad fue de secundaria (66.7%), primaria (16.7%), bachillerato (11.1%) y licenciatura (4.8%). Su motivo de consulta fue el consumo a múltiples sustancias (50%), dependencia a la cocaína crack (27%) y al alcohol (23%); la droga de abuso principal de abuso fue la cocaína crack (28%) seguido de el alcohol (22%), alcohol y crack (16%), alcohol y marihuana (5.6%) y alcohol, crack, marihuana y otras sustancias (11%); con antecedentes penales 22%

En la siguiente tabla se presentan los resultados generales obtenidos de las sesiones de admisión y evaluación:

Tabla 4. Resultados de la sesión de admisión y evaluación.

VARIABLE	RESULTADO
Dependencia al Alcohol	Baja: 54.5% Moderada: 36.4% Severa: 9.1% Bajo: 6.7%
Abuso de Drogas	Moderado: 13.3% Sustancial: 33.3% Severo: 46.7%
Funcionamiento cognitivo	X = 8.1
Satisfacción general	X= 6.5
Principales precipitadores (alcohol)	Emociones agradables: 37.5% Momentos agradables con otros: 25% Emociones desagradables : 12.5% Necesidad y tentación de consumo: 12.5% Probando autocontrol: 12.5%
Principales precipitadores (drogas)	Emociones desagradables: 30% Emociones agradables: 20% Necesidad y tentación de consumo: 20% Probando autocontrol: 20% Necesidad física: 10%
Áreas con autoeficacia más baja (alcohol)	Emociones desagradables: 10% Emociones agradables: 12.5% Necesidad y tentación de consumo: 12.5% Probando autocontrol: 12.5% Momentos agradables con otros: 12.5%
Áreas con autoeficacia más baja (drogas)	Probando autocontrol: 10% Emociones desagradables: 25% Presión social: 25% Necesidad y tentación de consumo: 40%
LIBARE Promedio de consumo anual (alcohol)	Menor: 44 tragos estándar Mayor: 4577 tragos estándar Mediana: 374 tragos estándar
LIBARE Promedio de consumo anual (cocaína)	Menor: 9 grs. Mayor: 533 grs. Mediana: 107 grs.
LIBARE Promedio de consumo anual (marihuana)	Menor: 179 cigarros Mayor: 3018 cigarros Mediana: 423 cigarros
LIBARE Frecuencia de consumo (alcohol)	Diario: 37.5% 1 a 2 por semana: 37.5% 3 a 5 veces por mes: 12.5% Menos de 1 vez por mes: 12.5%
LIBARE Frecuencia de consumo (cocaína)	Diario: 55.6% 3 a 5 veces por semana: 33.3% De 1 a 2 por semana: 11.1%

LIBARE Frecuencia de consumo (marihuana)	Diario: 75% De 3 a 5 veces por semana: 25%
Nivel de depresión	Mínima: 53.8% Leve: 23.1% Moderada: 23.1% Severa: 0%
Nivel de ansiedad:	Mínima: 30.8% Leve: 42.6% Moderada: 15.4% Severa: 7.7%
Calidad de vida	General: 1.8 (media) Trabajo: 2.3 (media) Pareja: 1.6 (media) Hijos: 2.1 (media)

En las siguientes tablas se presentan los resultados generales obtenidos de las sesiones de tratamiento:

Tabla 5 Componentes del tratamiento aplicados a los usuarios

VARIABLE	RESULTADO
Análisis Funcional	13 usuarios
Muestra de Abstinencia	9 usuarios
Metas de Vida	5 usuarios
Solución de problemas	3 usuarios
Control de las emociones	3 usuarios
Habilidades de rehusarse al consumo	3 usuarios
Habilidades de comunicación:	1 usuario
Consejo Marital (en consulta externa)	1 usuario

Se puede observar en la tabla 5 que la mayoría de los usuarios completaron el componente básico del PSC, el análisis funcional de la conducta de consumo.

En la tabla 6 se presentan los resultados de los cuestionarios de satisfacción general aplicados con cada componente. Se califica según la percepción del usuario en una escala de 0 a 10 donde 0 es completamente insatisfecho y 10 completamente satisfecho.

Tabla 6. Resultados del instrumento de satisfacción general.

Área de vida	Pretest (18 usuarios)	A análisis funcional (13)	A muestra de abstinencia	A metas de vida (5)	A habilidades de comunicación

		usuarios)	(9 usuarios)	usuarios)	(1 usuario)
Consumo	8.6	8.6	9.6	9.5	10
Trabajo/Escuela	7.1	6.3	9.6	9.5	10
Dinero	5.7	5.6	7.6	7	10
Vida social	6.8	7.6	9.6	10	10
Hábitos personales	6.7	7.3	9.6	10	10
Relaciones familiares	6.4	8	9	8.5	9
Situación legal	9	9.6	9.6	9.5	10
Vida emocional	5.7	7	8.6	9.5	9
Comunicación	6.5	6.6	8.3	9.5	10
Satisfacción general	6.3	7.6	9	9.5	10

En la tabla 6 se observa que la satisfacción en cada área en promedio de los usuarios fue incrementando; los usuarios que se quedaron más sesiones al tratamiento, aumentaron considerablemente sus niveles de satisfacción.

Análisis funcional.

A continuación se presentan los resultados generales de la sesión de análisis funcional (tabla 7):

Tabla 7. Resultados del componente Análisis Funcional.

Principales precipitadores	Planes de acción
Amigos	Romper cadena conductual de consumo al retirarse de la situación; decir asertivamente que no.
Pensamientos de autoconfianza	Romper cadena de pensamientos precipitadores al reconocer pensamientos de autoconfianza y recordar consecuencias negativas.
Fiestas	Romper cadena de consumo al no asistir a las fiestas, consumir bebidas sin alcohol o asistir con un amigo no consumidor.

Los resultados de la tabla 7 fueron tomados de los ejercicios escritos de los usuarios. Se consideraron los tres principales precipitadores reportados y los tres principales planes de acción ante esos precipitadores, tomando en cuenta la repetición de la misma idea en su análisis funcional, en cuanto a planes de acción.

Metas de vida cotidiana.

A continuación se presentan los resultados generales de la sesión de metas de vida cotidiana (tabla 8):

Tabla 8. Resultados generales del componente de metas de vida cotidiana.

Área de vida	Metas de vida	Planes
Consumo	Mantener la abstinencia	Tener pensamientos positivos, no frecuentar lugares de consumo ni amigos.
Trabajo/Escuela	Ascender en el trabajo	Ser puntual y cumplido; trabajar más
Dinero	Ahorrar	Guardarlo en una cuenta; darlo a guardar
Vida Social	Cambiar de amistades	Rescatar amistades de no consumo; alejarse de amistades nocivas.
Hábitos	Ser más ordenado	Llevar un itinerario, platicarlo con la familia
Relaciones familiares	Mejorar la convivencia	Platicar más con la familia
Situación legal	Mantenerse sin problemas	Respetar las leyes
Vida emocional	Ser más expresivo	Ser asertivo
Comunicación	Saber expresar	Seguir en el tratamiento para aprender habilidades
Satisfacción general	Cumplir las metas	Ser disciplinado

Nuevamente, los resultados de ésta tabla se tomaron de las ideas que reportaron con mayor frecuencia los usuarios.

Los demás componentes no pudieron ser analizados debido a diversos factores: el usuario no entregó sus registros o los componentes estaban contemplados a ser reaplicados para mejorar las estrategias tanto del terapeuta como del usuario.

E) Discusión

Los usuarios atendidos presentaron un consumo principalmente de alcohol, cocaína y marihuana, aunque los niveles de dependencia en promedio reflejan direcciones opuestas, pues mientras que para el consumo de alcohol más de la mitad de los usuarios tienen una dependencia baja (54%), y la minoría de estos consumidores tienen una dependencia severa (9.1%), los consumidores de drogas (principalmente cocaína y marihuana) obtuvieron puntajes de dependencia severa cerca de la mitad de los usuarios

(46%) y la minoría alcanzó niveles bajos (6.7%). Esto se puede explicar debido a que los usuarios reportan un patrón de consumo mayor para el consumo de drogas que para el de alcohol.

En cuanto a los precipitadores se puede observar que en cuanto a consumo de alcohol las emociones agradables y los momentos agradables con otros fueron los que registraron mayor cantidad de usuarios con más altos puntajes en ellos, por lo que en este caso, el alcohol se está utilizando como un componente adicional para poder divertirse más, lo cual habla de las expectativas positivas respecto al consumo del alcohol bajo un contexto de diversión y a la aprobación social que tiene su consumo (Stimmel, 1991, Irons y Scheneider, 1997, Bruisman y Taren, 1999, Holden, 2001, Potenza, 2001).

Los otros precipitadores pueden jugar un papel complementario a estas necesidades de incrementar el placer, como la presión social y la necesidad y tentación de consumo, mientras que el precipitador de emociones desagradables hace que el alcohol sea utilizado como una estrategia de evitación, o como lo mencionado anteriormente, como una método para desahogar emociones reprimidas que sólo bajo un contexto social en el que se incluya alcohol, pueden aflorar (Paz, 1981; Peele, 1985; Balanzario, 2003; Irons y Schneider, 1997; Bruisma y Taren, 1999; Holden, 2001; Potenza, 2001).

En cuanto a las drogas, que en este caso la mayoría del consumo es de cocaína y marihuana, el precipitador más alto corresponde a emociones desagradables. Los efectos psicológicos de la cocaína pueden levantar el ánimo de los consumidores al incrementarse la irrigación sanguínea de los músculos, el individuo se percibe como más fuerte y “poderoso” (Koob y Le Moal, 2006). También la claridad mental aumentada, puede provocar que el sujeto se sienta mejor con respecto a su estado natural, en donde vive agobiado por estas emociones desagradables, aunque es claro que al pasar el efecto de la droga, la sensación de malestar aumente considerablemente, lo cual crea un círculo vicioso en el usuario (Bechara, 2005). En el caso de la marihuana, los efectos psicológicos que produce en el usuario son de minimización de los problemas que le aquejan o incluso a un olvido de estos. Los efectos sedantes de la marihuana producen en el sujeto la relajación (Jullien, 1998) que no pude obtener por otro medio.

Los siguientes precipitadores de importancia, las emociones agradables, pueden orillar a que el individuo pretenda sentirse aún mejor a través de los efectos de estas drogas (Stimmel, 1991). La necesidad y tentación de consumo, por la dependencia que han generado los usuarios y la prueba de autocontrol como parte de los pensamientos que se derivan de otros precipitadores: “una nada más para sentirme más chido” o “Ya no puedo soportar, necesito aunque sea una para alivianarme”.

Es notable que la autoeficacia es menor en cuanto a consumo de alcohol ante emociones desagradables, lo cual confirma la necesidad del usuario para consumirlo: el alcohol es un depresor y lo que busca el usuario es liberar sus emociones bajo el contexto antes explicado, lo cual habla de la necesidad de reforzar en estos usuarios el control de las emociones, la asertividad y todas aquellas habilidades que estén implicadas en la generación de emociones desagradables que el usuario no ha aprendido a manejar, como solución de problemas, habilidades de comunicación, consejo marital, etc (Barragán, 2005; Hunt y Azrin, 1973).

En el caso de las drogas, la prueba de autocontrol percibida como el área de menos autoeficacia refiere la necesidad de intensificar en el tratamiento de estos usuarios la reestructuración cognitiva, la cual se puede apoyar en un buen análisis funcional, en la búsqueda de metas de vida, haciendo énfasis en los beneficios del cambio del costo de oportunidad y alertando acerca del precio de la conducta de consumo (Bickel y cols, 1993; Higgins, 1997; Vouchinich y Simpson, 1998).

Las cantidades registradas en la LIBARE tanto de alcohol como de drogas se pueden interpretar como que en muchos casos existe un consumo severo y que la dependencia también lo es; datos que respaldan los cuestionarios EDA y CAD. Para tratar éstos usuarios es necesaria la colaboración de un tratamiento psiquiátrico alternativo que incremente las probabilidades de éxito terapéutico (Gold, 1991).

Los datos arrojados de los niveles de depresión y ansiedad en este caso no pudieran reflejar el estado de “crisis” que aquejaban a los usuarios antes de entrar al CAIS por dos razones: 1) los medicamentos administrados por el psiquiatra tratante para controlar ambos estados, y 2) de acuerdo al modelo de las etapas de cambio, los usuarios que entran al CAIS, lo hacen por voluntad propia (la mayoría de ellos) y por ello, se

encuentran en la etapa de acción: ya están realizando algo para cambiar su consumo, aunque se pongan en las manos de los especialistas y esperen que ellos realicen el cambio. Esta etapa resulta más motivadora, porque de alguna forma se puede esperar que al terminar el internamiento, la vida del usuario pueda tener cambios trascendentales, lo cual puede reducir la depresión y la ansiedad.

El tratamiento conjunto con otros especialistas puede resultar muy efectivo (Jullien, 1998), sin embargo, de la muestra tratada, ninguno de los usuarios pudo terminar el tratamiento y por ende los seguimientos que son fundamentales para insertar completamente la conducta de no consumo en el usuario. Los datos empíricos muestran que el PSC es efectivo cuando se logra terminar (Barragán, Flores, Medina Mora, Reidl, 2007, en Echeverría, Carrascoza, Reidl, 2007), el problema que surge es la incapacidad de los usuarios de mantenerse en consulta externa, que incluye el mal uso de los fármacos recetados por el psiquiatra, o la suspensión de los mismos, lo cual puede traer desajustes en el sujeto que lo lleven a una recaída; también pueden perder información valiosa para su reinserción social, labor que se obtiene a través del departamento de trabajo social dentro del CAIS.

El internamiento tampoco ofrece la oportunidad de ejecutar las conductas de no consumo en la vida cotidiana del usuario (sin que por ello se quiera decir que no pueden en definitiva poner en práctica sus habilidades mediante ensayo conductual), por lo que resulta muy importante observar a los usuarios en consulta externa y a través de los seguimientos.

Se propone que las estrategias del tratamiento vayan encaminadas a situaciones de ansiedad y de control del craving resultado de la dependencia a las diferentes drogas, mismo que se presenta en los usuarios independientemente de su condición de internos o no y que pueden llevar a un éxito conductual al terminar su internamiento. Las conductas de manejo de situaciones de deseo intenso mediante la reestructuración cognitiva y los planes de acción mediante la ruptura de la cadena conductual de consumo, se pueden registrar mediante el autorregistro para evaluar su efectividad tanto por el usuario como por el terapeuta en conjunto, además de utilizar las demás técnicas en situaciones aplicables teniendo como escenario las instalaciones del CAIS.

Además, existen indicadores que muestran el aprendizaje de los usuarios de los componentes impartidos, lo cual deja al usuario con las herramientas básicas para enfrentar situaciones de consumo, aunque no haya completado el tratamiento. Además de lo reportado en los ejercicios del programa que reflejan este aprendizaje de diversas técnicas, también se puede observar un cambio en la variable de satisfacción en diversas áreas de vida del usuario, importante para la prevención de recaídas (Barragan, 2005).

La tabla 8 muestra una tendencia de que a mayor número de componentes completados, mayor la satisfacción en cada una de las áreas de vida del usuario, por lo que se esperaría un incremento en la autoeficacia de los usuarios. El cual es una de las variables importantes a mejorar por parte del PSC (Barragán, Flores, Medina Mora, Reidl, 2007, en Echeverría, Carrascoza, Reidl, 2007).

La motivación reflejada en la satisfacción en diversas áreas de vida del usuario no sólo incrementa su autoeficacia, sino que de acuerdo a las etapas de cambio, los usuarios que sufrieron una modificación en cuanto a como percibían su problema de adicción pasando de etapas como la precontemplación y la contemplación a las de preparación, acción y algunos casos, de mantenimiento (Prochaska y Diclemente, 1986).

Los principales planes de acción realizados por los usuarios reflejan un aprendizaje de cómo romper cadenas conductuales de consumo y a realizar efectivos planes de acción, los cuales les serán de utilidad en la búsqueda o mantenimiento de la abstinencia (Meyers & Smith, 1995).

La muestra de abstinencia les enseñó el compromiso que adquieren consigo mismos y la oportunidad de aplicar los planes de acción realizados y de esta manera, modificar conductas de consumo y habituarse a otras de no consumo.

El componente de metas de vida cotidiana, les amplió la visión de las áreas de oportunidad que habían quedado sin explotar en la vida del usuario y que, a través de planes concretos que especifiquen incluso fechas, el usuario podrá dedicarse a ellas con lo que el componente motivacional sigue latente y se dirigen las conductas a la realización de estas metas para dejar de lado aquellas de consumo (Vouchinich y Simpson, 1998).

Para aquellos usuarios que abarcaron componentes como solución de problemas, manejo de las emociones y habilidades de rehusarse al consumo, la riqueza de herramientas útiles en el afrontamiento de situaciones de consumo se amplía considerablemente, por lo que complementado con la intervención psiquiátrica, las oportunidades de recuperación se magnifican.

Es necesario dirigir los esfuerzos para que los usuarios no abandonen su tratamiento en ninguna de las áreas de especialización que se les otorgan. A pesar de que en el reglamento que se les otorga a los usuarios especifica las dos partes en que consiste la intervención (internamiento y consulta externa) la deserción de los usuarios terminada la unidad residencial es alta, por lo que es necesario precisar cuáles son los factores por lo que esto ocurre y en su medida controlar esta variable para que los esfuerzos de una intervención multidisciplinaria no sean desperdiciados e incluso resulte perjudicial para la evidencia empírica y para su disseminación.

2.2.3 TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAÍNA (TBUC)

A) Participantes

Participaron 5 sujetos varones que acudieron al CAIS solicitando tratamiento por consumo de cocaína. Estos usuarios fueron atendidos exclusivamente en consulta externa a petición de ellos mismos, pero también recibieron su tratamiento psiquiátrico, aunque ellos no fueron beneficiados con la terapia de grupo, la familiar ni la ocupacional.

Los criterios de inclusión para participar en el tratamiento fueron: solicitar servicio de consulta externa debido a problemas por el consumo de cocaína; ser hombre o mujer mayor de 18 años; si consume cualquier otra sustancia (alcohol, tabaco, marihuana u otra), se la cocaína la sustancia de preferencia; saber leer y escribir y firmar un consentimiento en que se pide permiso al usuario de usar sus datos en investigación.

Los criterios de exclusión fueron no cumplir los criterios de inclusión, tener complicaciones médicas graves, y tener alteraciones cognoscitivas severas que impidan su participación adecuada.

B) Instrumentos

- 1. Ficha de admisión:** Pide datos sociodemográficos (nombre, edad estado civil, nivel educativo, situación laboral) del consumidor. Ayuda a identificar si el motivo por el cual acude el usuario es por consumo de cocaína.

- 2. Entrevista Inicial (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998):** El objetivo es obtener datos sociodemográficos del usuario, historia familiar, social, laboral y lugar de residencia, así como la historia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

- 3. Línea base retrospectiva (LIBARE; Sobell y Sobell, 1992):** Es un registro del consumo de cocaína del usuario, de los seis meses previos a la entrevista donde se identifica la frecuencia (en días) y cantidad (en gramos) consumida. El registro inicia con el día de la entrevista y se llenan 184 días en forma retrospectiva.

- 4. Autorregistro (Sobell y Sobell, 1992) de consumo de cocaína:** Este instrumento es autoaplicado. En él se registra la frecuencia y cantidad (en gramos) consumida durante el día. Este registro debe hacerse durante el tiempo que el usuario permanece en tratamiento.

- 5. Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD; De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez y Ayala, 2001):** Este instrumento arroja un índice del nivel de consumo que tiene el usuario con una droga específica (sin incluir alcohol o tabaco), experimentado en un periodo de 12 meses. Son 20 reactivos con respuestas dicotómicas. La equivalencia es la siguiente: de uno a cinco reactivos contestados afirmativamente se considera que el nivel de consumo es leve; de seis a diez, el nivel es moderado; de 11 a 15 es sustancial y de 16 a 20 se considera severo. Este instrumento se adaptó a México y ha mostrado gran validez y confiabilidad.

- 6. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD, De León, Pérez, Oropeza y Ayala, 2001):** Es un perfil del uso de sustancias en diferentes situaciones de consumo de drogas de los últimos 12 meses. Su objetivo es detectar las principales situaciones de consumo de drogas de los participantes. Tiene 60 reactivos, divididos en ocho subescalas. Respecto al puntaje que arroja, indica el número de ocasiones que el

participante consumió la sustancia en esa situación determinada. A mayor número de ocasiones, mayor puntaje.

7. Cuestionario de Autoconfianza de Abuso de Drogas (CACD, Annis y Martin, 1985): Se conforma por 60 afirmaciones sobre situaciones de consumo de drogas. Su objetivo es conocer la confianza que tiene el usuario para rehusarse al consumo (De León, Oropeza y Ayala, 2001).

C) Procedimiento

Los usuarios fueron entrevistados por primera vez en consulta externa y aquellos que refirieran tener consumo de cocaína como principal droga de consumo, fueron invitados a participar en el TBUC. Una vez de acuerdo el usuario, se procedió a comenzar en la siguiente sesión con el componente de admisión y evaluación y terminadas éstas, las ocho sesiones de tratamiento.

a) Admisión: sus objetivos son obtener datos generales de la persona, una breve historia de su consumo de cocaína y otras drogas, de su relación con la familia y personas cercanas, describir y establecer un acuerdo a través de firmar un consentimiento de participación en el programa.

b) Evaluación: Se conoció a mayor profundidad aquellos aspectos relacionados específicamente con su consumo como sus situaciones de consumo, su autoconfianza, su patrón de consumo, los problemas que ha tenido con la droga y su historia de consumo mediante una serie de instrumentos.

c) Tópico I. Balance decisional y establecimiento de metas: Se motivó al usuario a que abandone su consumo de cocaína, ya sea reduciéndolo gradualmente, o buscando la abstinencia desde ésta sesión.

d) Tópico II. Manejo del consumo de cocaína: Se le enseñó al usuario a identificar y manejar los disparadores del consumo de cocaína.

e) Tópico III. Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína: Se le enseñó al usuario a identificar y manejar, por medio de las técnicas de evitación y enfrentamiento, sus pensamientos relacionados con el consumo de cocaína.

f) Tópico IV. Identificación y manejo del deseo de consumo de cocaína: Se le enseñó al usuario a identificar y a manejar el deseo de consumir cocaína.

g) Tópico V. Habilidades asertivas de rechazo. Se le enseñó al usuario habilidades asertivas de rechazo al ofrecimiento de cocaína, que le servirán para controlar posibles situaciones de riesgo.

h) Tópico VI. Decisiones aparentemente irrelevantes. Se le enseñó al usuario a tomar decisiones que prevengan la ocurrencia de situaciones de riesgo de consumo.

i) Tópico VII. Solución de problemas. Se le enseñó al usuario a que desarrolle y aprenda una estrategia de solución de problemas.

j) Tópico VIII. Restablecimiento de metas y planes de acción (no aplicado). Los objetivos de este tópico son: la evaluación del cumplimiento de la meta de tratamiento y la creación de planes de acción, que incluyan las habilidades adquiridas en el TBUC para alcanzar o mantener la abstinencia.

g) Sesiones de seguimiento: En los seguimientos se hace una evaluación para analizar la trayectoria del patrón de consumo desde la admisión y la perspectiva de la abstinencia. También se puede detectar la utilidad de las estrategias y la necesidad de fortalecerlas con sesiones adicionales.

D) Resultados

a) Características sociodemográficas

La edad de los cinco participantes osciló entre los 19 y los 35 años con una media de 24 años. Todos los participantes fueron varones y solteros; su escolaridad fue de secundaria

(80%) y primaria (20%). Para todos, el motivo de consulta fue los problemas relacionados con el consumo de cocaína. El 40% de ellos presentó antecedentes penales.

b) Resultados de las sesiones de admisión y evaluación

En la siguiente tabla se presentan los resultados generales obtenidos de las sesiones de admisión y evaluación:

Tabla 9. Resultados de las sesiones de admisión y evaluación

VARIABLE	RESULTADO
Modalidad de consumo:	Cocaína en crack: 100%
Diagnóstico CDCS:	Dependencia= 100%
Nivel de dependencia:	Sustancial= 60% Moderado= 20% Severo= 20%
Cantidad de consumo por ocasión	X= 4.35 grs.
Frecuencia:	Variable en cada usuario
Principales precipitadores	1. Emociones Desagradables 2. Prueba de Autocontrol 3. Emociones Agradables 4. Conflicto con otros 5. Momentos agradables con otros
Áreas con autoeficacia más baja	1. Malestar Físico 2. Emociones desagradables 3. Necesidad y tentación de consumo 4. Presión social 5. Probando autocontrol
Etapas de cambio percibida	Usuario 1: Contemplación Usuario 2: Contemplación Usuario 3: Contemplación Usuario 4: Acción Usuario 5: Acción

En la tabla anterior se puede observar que el consumo de cocaína en su totalidad es el de cocaína crack (piedra) y que los usuarios alcanzan niveles de dependencia considerables, que permiten ubicarlos como usuarios no principiantes en el consumo. Pese a eso, tres usuarios se hallaron en etapa de contemplación detectada por la duda entre consumir o dejarlo (ambivalencia) y dos en acción, reflejada su etapa en sus

periodos de abstinencia y en la puesta en práctica de estrategias para no consumir ante situaciones de riesgo.

C) Resultados

En la siguiente tabla se presentan los resultados generales obtenidos de las sesiones de tratamiento:

Tabla 10. Componentes del tratamiento aplicados a los usuarios

VARIABLE	RESULTADO
Balance decisional y establecimiento de metas	5 usuarios
Manejo del consumo de cocaína	5 usuarios
Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína	4 usuarios
Identificación y manejo del deseo de consumir cocaína	3 usuarios
Habilidades asertivas de rechazo	2 usuarios
Decisiones aparentemente irrelevantes	2 usuarios
Solución de problemas	1 usuario
Restablecimiento de metas y planes de acción	0 usuarios

La tabla 10 muestra la adherencia terapéutica de los usuarios con el programa. Los cinco usuarios lograron completar la admisión, evaluación y dos sesiones de tratamiento. Uno de ellos llegó a la penúltima sesión. Se analizan a continuación estos resultados.

D) Discusión

Los usuarios atendidos en este programa presentaron diferentes niveles de motivación, diferente ubicación en las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente (1986) y diferente patrón de consumo, por lo que en conjunto, es difícil establecer un diagnóstico que permita visualizar algunas características que compartan los usuarios de cocaína, salvo las referentes a las situaciones de consumo, en las que las emociones desagradables fue el común denominador para todos los usuarios, seguida de la prueba de autocontrol, lo cual permite establecer que las intervenciones de estos usuarios estarían enfocadas en manejo de las emociones (enojo, tristeza y ansiedad) y reestructuración cognitiva principalmente.

La autoeficacia reportada como baja en los usuarios en cuanto al malestar físico, producido éste por la abstinencia, habla de un nivel de dependencia que amerita la intervención psiquiátrica que ayude a complementar el tratamiento de los usuarios (Gold, 1991); también se observa que las emociones desagradables son las situaciones en donde los usuarios se perciben más vulnerables, por lo que se reitera el manejo emocional que incluya planes de acción dentro de las estrategias terapéuticas a seguir, aunque estos componentes no se encuentran dentro de los componentes del programa, es importante que si se identifican dentro de la evaluación y se corroboran durante las sesiones mediante la manifestación del usuario, es necesario trabajarlas para elevar la satisfacción general de los usuarios y disminuir el efecto consolador de la cocaína (Higgins, 1997). Es necesario discutir si las técnicas usadas exclusivamente en el TBUC son suficientes para tratar esta clase de disparadores.

Las etapas de cambio son importantes también valorarlas adecuadamente. En este caso, dos de los usuarios que fueron considerados estar en la etapa de acción, fueron los mismos que no pasaron de la segunda sesión de tratamiento. La recomendación es enfocarse a mantener la abstinencia mediante planes de acción. Los usuarios que se percibieron en etapa de contemplación, fueron los que más sesiones completaron, pero que, a estar a pocas sesiones de terminar abandonaron por recaída, y no pudieron terminar debido al arresto y puesta en prisión de uno de los usuarios, y a la falta de motivación y a la protección de un familiar codependiente en el caso del otro usuario.

El otro usuario presentó una depresión severa que bloqueaba su motivación para cambiar, a pesar de estar recibiendo atención psiquiátrica, el usuario no reportaba adherencia terapéutica en el tratamiento psiquiátrico, pues mencionaba que no se tomaba sus medicinas por dudas que tenía al respecto de ellas. En este caso es necesaria una intervención de diagnóstico dual que sea vigilada y aplicada correctamente por todos los especialistas involucrados.

Los componentes aplicados en algunos casos no fueron suficientes para motivarlos al cambio: el balance decisional que determinó en todos los usuarios detener totalmente el consumo, no propició que se mantuvieran en una etapa de preparación o acción. Los factores relacionados con el craving y precipitadores emocionales fueron lo suficientemente fuertes para bloquear los deseos de no consumo de los usuarios.

Las estrategias enseñadas al usuario que incluyeron los planes de acción realizados en la segunda sesión, la identificación y manejo de pensamientos y deseo de consumo de cocaína, las habilidades asertivas de rechazo e incluso las decisiones aparentemente irrelevantes fueron realizados por el usuario por algún tiempo, pero al sobrevenir la recaída, la motivación del usuario bajaba y aunque los esfuerzos terapéuticos se encaminaron al restablecimiento de la motivación, las condiciones de alta dependencia o depresión severa, escaparon de los alcances de este programa.

En resumen, es necesario una intervención de diagnóstico dual, entendido éste como la comorbilidad, concurrencia o concomitancia de un diagnóstico psiquiátrico mayor (en el Eje I y/o Eje II, según el DSM-IV TR), con un trastorno adictológico, generalmente en el orden del consumo patológico y la dependencia, para esta clase de pacientes, ya que se establece que de la población en ambientes clínicos 58% de los pacientes con alguna psicopatología y 80% de los pacientes con problemas adictológicos tiene una comorbilidad psiquiátrica (López-Ibor, 2002).

También es necesaria una valoración de las técnicas de control emocional para quienes lo presenten y acciones terapéuticas aplicadas que se ajusten a la etapa de cambio que estos usuarios presenten.

A continuación se presenta el reporte de caso único, que pretende detallar una intervención breve, bajo el modelo de autocambio dirigido, sin bajar la guardia en las variables de interés: La reducción en el patrón de consumo y la recuperación del bienestar del usuario.

T E R C E R A P A R T E :

Reporte de caso único

3. REPORTE DE CASO.

3.1 Introducción

Anteriormente se ha hablado de la necesidad de restablecer el bienestar que los usuarios de sustancias adictivas pierden en su vida por consumir en exceso. También se ha hablado de la necesidad de establecer modelos de tratamiento con respaldo empírico de su efectividad para poder difundirlos en el país, al que urgen modelos de tratamiento para controlar la demanda del consumo de sustancias adictivas.

Parte del objetivo del presente reporte consiste en aportar un caso clínico que manifieste la efectividad de los modelos aprendidos como parte de la Residencia en Adicciones del programa de Maestría en Psicología de la UNAM y se pretende mostrar la efectividad bajo estas mismas premisas: la reducción en el consumo de alcohol a un consumo moderado y una restauración del bienestar perdido del usuario.

El caso clínico que a continuación se presenta, pertenece al Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (PBP), derivado del programa de autocambio dirigido desarrollado por los doctores Sobell de la *Addiction Research Foundation* en Toronto, Canadá y fue adaptado para su uso en México (Ayala, Echeverría y cols, 1998), el cual se dirige a una población sólo recientemente estudiada: los bebedores problema. Este tipo de consumidor ocupa la mayor cantidad de bebedores, por encima de los bebedores crónicos y en la población mexicana, resulta ser el bebedor típico debido a su patrón de consumo (episódico explosivo) y por ello, requiere otro tipo de intervención muy diferente a la tradicionalmente socorrida para los bebedores en general (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

Se espera que el presente caso represente una opción de tratamiento eficaz y que pueda difundirse en las instituciones de salud para reducir las consecuencias de beber en exceso aunque la frecuencia de consumo sea poca: accidentes automovilísticos, riñas, asesinatos, suicidios y demás problemáticas que están asociadas con este tipo de consumo. Queda en el lector el juicio para analizar el presente caso y en su medida, difundirlo y así ser partícipe de la búsqueda de un tratamiento efectivo que sirva para detener parte de la problemática que por el consumo de sustancias padece nuestro país.

3.2 Antecedentes teóricos del Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.

El aprendizaje social

Desarrollada por Bandura (1985) esta teoría sostiene que la conducta está determinada por diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que actúan de manera indefinida sobre el individuo y se minimiza la concepción de una personalidad propensa a la adicción o a factores puramente genéticos. Se subraya la importancia del aprendizaje social por imitación (vicario), por lo que desde edades tempranas el individuo aprende las conductas que ha percibido y asimilado. Estas conductas contienen un reforzador por el cual el sujeto continúa realizando, cambiando a extinguiendo sus conductas.

En el caso del consumo de alcohol existen reforzadores sociales como la aceptación, la interacción y el vínculo con los demás, aunado a reforzadores intrínsecos del individuo como las creencias y las expectativas.

Una vez que el alcohol produce sus efectos en el cerebro, particularmente en el circuito de recompensa, el individuo comienza a beber para obtener el reforzador negativo: evitar los efectos de la resaca por un lado, y disminuir la ansiedad producida por las consecuencias negativas del consumo en las áreas laboral, familiar, social y económico, por lo que se genera una dinámica de consumo llamada círculo vicioso.

Sin embargo, esta teoría maneja que el individuo posee la capacidad de decidir en cuanto a las conductas que realiza, dependiendo de los reforzadores que se le presenten, por lo que el sujeto en su momento elige seguir consumiendo o no, dado que así como existió un proceso de aprendizaje para beber en exceso, también es posible un proceso de aprendizaje para conductas que le ayuden a reducir o eliminar el consumo como habilidades de afrontamiento, realizar planes de acción y utilizar todos los recursos disponibles inherentes en el sujeto para llevar a cabo sus metas.

Las intervenciones breves

La Organización Mundial de la Salud (1996) describe este tipo de tratamientos como una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una

conducta de consumo de alcohol o drogas, de riesgo o destructiva y la oferta de un tratamiento dirigido a población de consumidores aún no dependientes o con dependencia media.

Se maneja que una intervención breve debe de ser de corta duración, aunque la duración de las mismas no está claramente especificado, se habla de un rango aproximado de dos a ocho sesiones de tratamiento. Entre sus ventajas está el ser de bajo costo, de rápida aplicación, y mostrar efectos inmediatos. Al respecto se cuenta la recopilación de 32 estudios con seis mil bebedores problema. Al comparar la conducta de consumo antes y después del tratamiento, se encontró que la intervención breve tenía una efectividad 27% superior en comparación con tratamientos más intensivos (Bien, Miller y Toningan, 1993)

3.3 Características de la Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema

Este modelo es una intervención motivacional que ayuda a personas con problemas en su forma de beber a comprometerse para modificar su conducta, así como reconocer y utilizar sus recursos para resolver los problemas relacionados con su consumo excesivo de alcohol. El tratamiento busca que el usuario identifique los problemas relacionados con su consumo excesivo, fije su propia meta (abstinencia o reducción), identifique situaciones de riesgo y desarrolle planes de acción para enfrentar situaciones de consumo excesivo.

Esta forma de intervención es similar al consejo que dan los médicos familiares en la que se ayuda al usuario a enfrentar sus problemas de salud al proporcionar información básica y brindar consejo, asesorar, motivar, monitorear la conducta y proporcionar retroalimentación.

Ensayos aleatorios han demostrado que las intervenciones breves aplicadas por el personal médico (desde una sesión de consejo de 15 minutos hasta varias sesiones de asesoría, como el Modelo que aquí se describe) producen reducciones modestas pero significativas en el consumo de alcohol entre bebedores problemas (Echeverría, y cols. 2004).

Los resultados del piloteo inicial del modelo en México con 76 usuarios mostraron que el 85% eligió como meta la moderación y en cuanto a al patrón de consumo medido antes y después del tratamiento, muestra un incremento en el número de días de abstinencia (de 62% a 74%) y una reducción de la cantidad de tragos estándar por ocasión (de 10.2 a 2.7 tragos estándar) (Ayala y cols., 1995).

En una segunda aplicación (Ayala y cols., 1998), la muestra aumentó a 177 sujetos de los cuales 78.5% optaron por la meta de moderación. Con respecto a los días de consumo, se observó un cambio excesivo a moderado como resultado del tratamiento, y se reporta que este patrón de consumo se mantuvo a través del seguimiento, siendo estos cambios estadísticamente significativos. En cuanto a la cantidad de consumo se encontró que durante la fase de pre – tratamiento fue de 9.2 tragos estándar; en la fase de tratamiento disminuyó a 4.4 y en los seguimientos aumentó ligeramente a 6.5. Estos datos son estadísticamente significativos.

Otra variable importante fue la medición de la calidad de vida de los usuarios en cuanto a reducción de problemas asociados en varias áreas de vida del individuo (laboral, de salud, afectiva, cognoscitiva, interpersonal, de agresión, legal y financiera). Se observó una reducción en el porcentaje de usuarios que señalaron estar experimentando problemas en 6 de las 8 áreas evaluadas.

La población objetivo del programa son los bebedores, pero ¿qué es un bebedor problema?

El bebedor problema no presenta una historia de dependencia severa ni reporta síntomas de retiro. Su consumo problemático data de alrededor de 10 años atrás y no ha buscado tratamiento. Sus redes sociales están intactas y aún conserva estabilidad económica y laboral, además de que no se perciben como alcohólicos. En México, los bebedores problema permanecen sin consumir cinco de cada siete días, pero la media por ocasión de consumo es de 10 tragos estándar, lo cual los hace proclives a problemas cuando pierden el control y son frecuentes los accidentes, las riñas, los problemas maritales y familiares (Sobell y Sobell, 1993). A continuación se hará una revisión de los instrumentos empleados en este programa.

3.4 Herramientas terapéuticas

Técnicas Motivacionales

La Entrevista Motivacional (Miller, 2003)

Se basa en el supuesto de que la motivación es un estado de compromiso hacia una acción. Busca minimizar la resistencia del usuario y hacer que tome la responsabilidad de evaluar su propio problema y hacer un compromiso de cambio a través de proporcionar consejo, eliminar las barreras para cambiar, permitir que los usuarios elijan durante el proceso de tratamiento, disminuir la atracción por beber, identificar las posibles contingencias externas para alentar y respaldar el cambio, dar retroalimentación personalizada sobre los efectos del uso de alcohol y usar la retroalimentación para reforzar el proceso de tratamiento, planeando metas claras y factibles y expresar una actitud activa de ayuda por parte del terapeuta. Estas estrategias se utilizan también para propiciar el movimiento de las etapas de cambio.

Las Etapas de Cambio (Prochaska y Diclemente, 1986)

El trabajo del terapeuta consiste en determinar en qué etapa se encuentra el usuario y por medio de esta detección, dirigir la intervención hacia el cambio de la etapa inicial, hasta la etapa de mantenimiento.

Técnicas Conductuales

a) Técnicas de autocontrol: como el auto registro del consumo en el que el usuario registra día a día la cantidad de consumo, permitiéndole llevar una cuenta de la cantidad de sustancia que está consumiendo, así como identificar los precipitadores internos y externos asociados a la conducta de consumo y sus consecuencias. Y la programación de actividades diarias no relacionadas con el consumo mediante los planes de acción, para evitar que el usuario se involucre en actividades que favorezcan el consumo, porque se ha encontrado que pacientes que abusan de las drogas tienden a involucrarse en actividades y conductas que favorecen el consumo (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

b) Análisis funcional del consumo y desarrollo de estrategias de enfrentamiento para manejar situaciones de riesgo: Enmarcados bajo el modelo de prevención de recaídas de Marlatt (1985), el terapeuta entrena al usuario en la identificación de los antecedentes y consecuencias de situaciones de consumo de alto y bajo riesgo (Echeverría, Ruíz, Salazar y Tiburcio, 2004), para poder desarrollar estrategias que le permitan enfrentarlas sin consumo.

Las recaídas se ven como experiencias de aprendizaje más que como fracasos personales. Que ocurran problemas iniciales y cómo se manejan, son vistos como determinantes importantes de un resultado a largo plazo. Se espera que las experiencias exitosas lleven a un cambio de conducta a largo plazo, y que ésta se mantenga (Echeverría, Carrascoza, Reidl, 2007).

Técnicas Cognitivas

a) Reestructuración cognitiva: El objetivo es que el paciente identifique las creencias irracionales asociadas con el alcohol, para enfrentarlas y cuestionar su sentido o utilidad, modificándolas por otros pensamientos que favorezcan el autocontrol.

b) Análisis de Ventajas y Desventajas (Balance Decisional): La persona que utiliza drogas suele mantener creencias que minimizan las desventajas y maximizan las ventajas de consumir (Beck et al, 1999), esta situación muchas veces no es perceptible para el usuario, por lo que mostrarle esa incongruencia suele ser muy útil. Esta técnica pretende que el usuario analice las ventajas y las desventajas de consumir y de dejar de hacerlo, de tal manera que se elicitte una disonancia cognitiva o ambivalencia, que favorezca la reducción o la abstinencia.

Una vez revisados, las características del programa, los antecedentes teóricos, y sus instrumentos, se presenta un caso tratado con el programa para bebedores problema..

3.5. Motivo de consulta y evaluación

El usuario tiene 29 años de edad, de sexo masculino, casado (aunque vive solo), con escolaridad de bachillerato terminado. Su ocupación es trabajador administrativo de la UNAM.

Se mostró nervioso, reflejado en su falta de contacto visual y movimientos rítmicos de las piernas, pero con el transcurso de la sesión de admisión se fue relajando, hasta mostrarse cómodo.

“Busco terapia de pareja a causa de un problema en mi matrimonio” (sic. Usuario). Aunque su motivo de consulta fue terapia de pareja, fue canalizado al Centro Acasulco por problemas asociados al consumo de alcohol (consumo que el usuario refiere estaba estrechamente relacionado con sus problemas maritales).

3.6 Instrumentos

1. Escala Breve sobre Dependencia al Alcohol [BEDA] (Raistrick, Dunbar y Davison, 1983 en Echeverría et al, 2004). Escala desarrollada para medir la dependencia al alcohol en población adulta. Consta de 15 reactivos relacionados con el consumo de alcohol, que el usuario debe responder en una escala de cuatro puntos: “nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” y “casi siempre”. Los resultados se interpretan dependiendo del puntaje obtenido, arrojando un diagnóstico de dependencia baja, media o severa.

2. Subescala de pistas. Con la aplicación de la subescala de pistas en su parte A y B retomada de la batería Halsted – Reitan, es posible revisar el daño cognitivo resultado del consumo excesivo de alcohol. En la parte A se muestra una serie de números en orden ascendente del 1 al 15; en la parte B se presenta una serie de números combinada con las letras del abecedario que el usuario deberá unir con una línea sin despegar el lápiz y sin cruzar líneas en un tiempo máximo de 90 segundos (Echeverría, et al, 2004).

3. Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell y Sobell, 1992; versión adaptada al español Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Es un instrumento que se utiliza para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un

tratamiento. Esta técnica requiere que las personas estimen retroactivamente el consumo diario de alcohol durante el año previo al tratamiento. A los usuarios se les proporciona un calendario que abarca los 12 meses previos y se les solicita que reporten el número de copas estándar consumidas cada día.

4. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol [ISCA] (Annis 1982; versión adaptada al español por Echeverría, Oviedo, y Ayala, 1998). Es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones de consumo excesivo durante el año pasado. Los reactivos están diseñados para medir ocho categorías divididas en dos grupos: a) situaciones personales y b) situaciones que involucran a terceras personas. Los estados personales incluyen cinco subcategorías (emociones placenteras, incomodidad física, emociones displacenteras, probando autocontrol sobre el alcohol y tentación por consumir); y las situaciones que involucran a otras personas incluyen tres subcategorías (conflicto con otros, presión para beber, y momentos placenteros) (Marlatt y Gordon, 1980, 1985). Cada uno de los reactivos se contesta en una escala de 4 puntos: “nunca”, “ocasionalmente”, “frecuentemente” o “casi siempre”.

5. Cuestionario de Confianza Situacional [CCS] (Annis, Graham y Davis 1987; versión adaptada al español por Echeverría y Ayala, 1977). Fue diseñado para evaluar el concepto de autoeficacia, en relación con la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo. Comparte las mismas categorías y subcategorías del ISCA. Consta de 8 reactivos en los que el usuario reporta el porcentaje de confianza percibido de abstenerse de consumir alcohol ante las ocho diferentes situaciones.

6. Formato de Auto- Registro del consumo: El objetivo es que el usuario registre su consumo diario de alcohol, señalando qué sucedió antes y después, así como los sentimientos o pensamientos relacionados. El consumo se registra durante el tratamiento y en los seguimientos.

Todos los instrumentos citados en este apartado se encuentran publicados en el Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema desarrollado por Echeverría, Ruíz, Salazar y Tiburcio (2004).

De manera general las sesiones del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio y Ayala, 2005) consisten en:

Admisión. Se trabaja en la identificación de la disposición para el cambio, y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento.

Evaluación. Se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo, y la autoeficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo.

Primera sesión. Decisión de cambio y establecimiento de metas.

Segunda sesión. Identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol.

Tercera sesión. Enfrentando los problemas originados por el consumo de alcohol.

Cuarta sesión. Nuevo establecimiento de metas.

En la siguiente tabla, se describen los objetivos y técnicas de cada componente:

Tabla 10. Componentes del PBP

Componente	Objetivos	Técnica
Admisión	Identificar en qué etapa de cambio se encuentra el usuario. Aplicar instrumentos de tamizaje para la detección del grado de dependencia del usuario. Determinar si el usuario es candidato o no para	Entrevista Motivacional

Evaluación	<p>ingresar al modelo.</p> <p>Aplicar instrumentos de medición relacionados con el consumo excesivo de alcohol para medir situaciones de riesgo, conducta de consumo y consecuencias relacionadas con el consumo excesivo de alcohol, para seleccionar estrategias a seguir durante el tratamiento.</p>	Entrevista Motivacional
Paso 1. Decidir cambiar y establecimiento de metas	<p>Ayudar al usuario a reflexionar sobre su consumo de alcohol, y a encontrar las razones para moderar o suspender su consumo.</p> <p>Establecer la primera meta de consumo.</p>	Entrevista Motivacional, Análisis Funcional, Balance decisional.
Paso 2. Identificar situaciones de riesgo que me ponen en riesgo de beber en exceso.	<p>Guiar al usuario en la identificación de la relación entre su estilo de vida, su problema con el consumo de alcohol, las situaciones de riesgo que lo llevan a beber en exceso y las consecuencias de esa forma de consumo.</p>	Entrevista Motivacional, Análisis Funcional
Paso 3. Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol.	<p>Que el usuario desarrolle estrategias para enfrentarse con las situaciones de alto</p>	Entrevista Motivacional, Análisis Funcional, Entrenamiento en

		riesgo, a fin de evitar en el futuro consumo excesivo.	habilidades sociales, de Prevención de Recaídas.
Paso 4.	Nuevo establecimiento de metas	Analizar el progreso del usuario durante su participación en el modelo, con el propósito de decidir la conclusión del tratamiento o de considerar sesiones adicionales. Definir la segunda meta de consumo	Entrevista Motivacional, Análisis Funcional.

3.7 Información obtenida de los instrumentos.

Historia de consumo: El usuario ha consumido alcohol por 12 años; él considera que 9 de ellos ha sido un bebedor excesivo, por la cantidad de alcohol que ha tomado. Estos años, son los mismos que considera haber tenido problemas con su forma de beber. Ha intentado dejar de consumir en 2 ocasiones y lo hizo para darse cuenta si el consumo de alcohol era el problema, encontrando que el consumo sí estaba relacionado con la mayoría de sus problemas actuales y los de mayor gravedad.

Problemas asociados al consumo: Reportó discusiones y peleas con amigos, problemas de memoria, cambios de humor repentino, la amenaza de ruptura de su relación conyugal, agresión de su parte tanto física como verbal a su pareja y a otras personas y una detención por parte de las autoridades.

Identificación de motivación para el cambio. El usuario mostró gran preocupación por los problemas relacionados con su consumo excesivo de alcohol. Identificó que los principales problemas con su pareja, eran debidos al consumo de alcohol, por lo que a pesar de solicitar terapia de pareja, se mostró interesado en el programa y preocupado por su comportamiento al beber en exceso. Se le consideró estar en etapa de preparación, debido a que el usuario se ha percatado de su problema, se encuentra motivado para realizar cambios en su conducta, aunque aún no sabe cómo.

BEDA. Al aplicarle este instrumento al usuario, la puntuación obtenida fue de 8, es decir, dependencia baja. Debido a que el consumo del usuario es esporádico, pero excesivo (en ocasiones ha sido de 15 a 30 tragos estándar por ocasión), el cuestionario no reporta un grado alto de dependencia, aunque el consumo al determinarse de esta forma, se considera altamente peligroso. Por ello, el usuario ha reportado temblor en las manos a la mañana siguiente de beber en exceso de manera frecuente.

Subescala de pistas. La ejecución del usuario en la primera parte fue de 30 segundos. La segunda parte se extravió y no se le aplicó al usuario, pero debido a la rápida ejecución de la parte A se consideró suficiente para determinar que no existía ningún daño cognitivo de consideración.

LIBARE (fig. 1). El usuario tuvo dificultades para recordar todos los consumos y sus cantidades, pero logró completar los doce meses dando un total de tragos estándar de 200 al año. Promedio semanal: 4. Promedio por consumo ocasional: 6.8. Número máximo por ocasión: 30. Máximo periodo de abstinencia: 27 días. Se observaron tres ocasiones de consumo excesivo: 12, 30 y 15 tragos estándar respectivamente. No hay un consumo específico por días de asueto, celebraciones personales o vacaciones. Su consumo se presenta en días viernes, sábado y domingo principalmente. En la figura 1 se presenta el consumo del usuario de manera mensual, en la que el mes de mayor consumo fue Marzo.

ISCA (fig. 2). La figura 2 muestra que la situación más frecuente de consumo es la presión social (53.3), seguida de las emociones agradables (50) y los momentos agradables con otros (43.3). En menor medida se encuentra probando autocontrol (30). Esto coincide con lo reportado verbalmente por el usuario; que él consume generalmente cuando lo invitan sus amigos, que consume cuando quiere pasar un buen rato o cuando se va de vacaciones con sus amigos.

CCS (fig. 3). Las áreas con menos confianza para resistir la necesidad de beber en exceso fueron: Emociones agradables (20%) y presión social (10%); las que le siguieron fueron, conflicto con otros (50%) y momentos agradables con otros (40%). Se reiteran las emociones agradables como situaciones en que el usuario está en mayor riesgo de consumir en exceso.

3.8 Recursos disponibles y déficits

Fortalezas, cualidades, características a favor: El apoyo de su esposa y la magnitud del problema que tuvo con ella que lo ha llevado a la decisión de tomar el tratamiento, además de percatarse que los problemas que considera más graves están derivados del consumo excesivo de alcohol; ser una persona lo suficientemente disciplinada para llevar a cabo todas actividades que el tratamiento demanda: lecturas, ejercicios, autorreportes, etc., y fuerza de voluntad para llevar a cabo un cambio.

Debilidades y puntos en contra: Toda su familia consume alcohol. La manera de socializar en su trabajo es a través de la bebida, la disponibilidad de alcohol que resulta de ambos factores, tener dinero suficiente para gastar en alcohol y gusto por tomar solo de vez en cuando.

3.9 Diagnóstico

El usuario tiene un patrón de consumo que sobrepasa el consumo moderado, llegando a ser hasta de 30 tragos estándar por ocasión de consumo, de 1 a 2 veces por semana, con un espacio de quince días (últimos 90 días). Dado que el consumo se da en muy pocas ocasiones, pero cuando este ocurre se da en cantidades superiores al del consumo recomendado (para hombres: no más de 4 tragos estándar por ocasión), el patrón de consumo del usuario corresponde al típico en México, llamado explosivo episódico, además que el tipo de bebida consumida es la de mayor consumo a nivel nacional: la cerveza.

3.10 Desarrollo por sesiones

Primera sesión

El tratamiento se llevó a cabo en cuatro sesiones.

Primera sesión: *Decisión para cambiar y establecimiento de metas*

Se recibió al usuario y se le preguntó lo que se realizó la sesión anterior (evaluación), aclarando dudas, específicamente del ISCA y el CCS que el usuario tenía dudas acerca de su utilidad. Se revisó el autorregistro. No consumió nada y reportó no haber tenido siquiera deseos de consumir. Se discutió la primera lectura, estuvo de acuerdo con el

contenido de la lectura. En su balance decisional es clara la postura acerca del cambio que quiere realizar. Decidió fijarse la meta de la abstinencia, pero no de forma inmediata, sino paulatinamente. Se analizaron los resultados de la LIBARE (fig. 1), lo cual reforzó su decisión. Se explicó la segunda lectura y los ejercicios. Se le explicó cómo llenar el autorregistro y los tips para un consumo moderado (Tabla 12).

Tabla 11. Balance Decisional.

	Cambiar mi forma de beber	Continuar con mi forma de beber
BENEFICIOS	Tener más control sobre mí. No tener conflictos Cuidar mi salud Ahorrar dinero No sentirme mal físicamente ni moralmente Mejorar mi imagen Cuidar mi integridad Evitar problemas laborales Aprender a decir “NO” o “hasta aquí”	Distracción Diversión Convivencia Aceptación Relajarme
COSTOS	Reducción de mi círculo de amistades Las fiestas se me harán más pesadas y aburridas Aislamiento de la gente que me rodea (a quienes les gusta tomar).	Problemas familiares (pareja) Deterioro de mi salud Gastos innecesarios Problemas en mi trabajo Conflicto conmigo mismo y con los demás Rechazo

Razones para cambiar.

1. Evitar conflictos familiares. Con mi pareja y personas que me rodean, ya que por lo regular terminamos discutiendo cosas absurdas y a veces hay malos entendidos. Esto me ha traído consecuencias graves al grado de estar a punto de divorciarme y dejar de hablarme con mi familia.
2. Sentirme bien conmigo mismo así como cuidar mi salud ya que sé que esto es malo para mí y no quiero esperar a ver consecuencias, además que experimento algunos malestares físicos como emocionales (depresiones que vienen con las crudas).
3. Que los demás vean en mí cosas positivas y no me cataloguen como una persona que cambia con unas copas encima o la cual se vuelve muy necia y pesada cada vez que toma.

El usuario se planteó beber no más de 4 tragos estándar por ocasión, beber sólo un día por semana y no beber cuando se sienta triste o enojado y beber cuando se sienta tranquilo, contento y relajado.

Tabla 12. Tips de consumo moderado

Tips de consumo moderado

Estos son algunos tips por si has elegido como meta la moderación. El objetivo de estos tips es que si en alguna ocasión decides consumir, lo hagas en cantidades moderadas, sin riesgos, lo disfrutes y las consecuencias negativas se minimicen.

- Estar bien descansado, relajado y sin presiones
 - Sacar mi sed antes de empezar a consumir
 - Haber comido antes de consumir
 - Botanear mientras consumo
 - Tomar como máximo 4 tragos estándar
 - Tomar un trago por hora
 - Dejar pasar 20 minutos antes de consumir la siguiente copa, pensando si realmente quiero la siguiente
-

-
- Poner el vaso lejos de mi alcance
 - Estar en un lugar seguro
 - Aceptar la invitación a beber solamente cuando se desee
 - Conocer la concentración de alcohol en las distintas bebidas
-

Segunda sesión: Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso

Se recordó la sesión anterior y se reforzó la información. Se revisó el autorregistro. Consumió 4 tragos estándar que se había fijado como límite. “Todo el tiempo pensé en que lograría controlarme y no sobrepasar mi límite. Me sentí muy bien, contento y satisfecho”.

Se discutió la segunda lectura y se le explicó la montaña del cambio como una manera de avistar posibles caídas. Se discutieron las situaciones de riesgo, los disparadores y los precipitadores. Esta información se corroboró con los resultados del ISCA y del CCS donde se pueden identificar las situaciones de riesgo: emociones agradables y momentos agradables con otros, presión social y probando autocontrol (en luz amarilla). Se entregó y explicó la lectura y ejercicios de la siguiente sesión.

Situaciones en las que haya tomado alcohol en exceso.

La más frecuente: “cuando los compañeros del trabajo están tomando y al verlos ellos me invitan a tomarme una copa y ésta se convierte en más de 10”.

Disparadores: 1) Me invitan aunque no traiga dinero; 2) sentimiento de merecer divertirme; 3) disponibilidad de un lugar donde pasar la noche

Consecuencias: Malestar físico y moral. “En la “borrachera” experimentaba sentimientos de alegría y tristeza, nostalgia. Terminaba sin dinero, lo que causaba molestia a mi familia. Sacaba mis problemas y conocía a más gente; sentía que me desahogaba”.

La situación se presentó 10 veces o más durante el año pasado.

2ª situación. “Fui a una fiesta en casa de alguien que considero mi mejor cuate del trabajo. Me sentía muy contento y en completa confianza”.

Disparadores. “había mucho ambiente, mucha bebida, música y conocí a mucha gente a la cual le interesaba lo que contaba. Me gustaba que ellos tomaran al parejo. Yo llevaba bastante dinero y me sentía muy desinhibido”.

Consecuencias. “En el transcurso de la noche llegaron otras personas que no conocía, al calor de las copas empezamos a discutir y me peleé con uno de ellos. Después en la madrugada, me puse necio de que me quería ir y mi cuate no me dejaba. En el forcejeo nos caímos y yo me enterré un vidrio en la espalda, lo cual hizo que sangrara. Yo me espanté y me fui como pude a mi casa. Me quedé dormido en el pesero y al otro día no quería ver a nadie; se me caía la cara de vergüenza, hay cosas que no recuerdo”.

La situación se presentó de manera similar (riñas por el consumo) 2 veces durante el año anterior.

3º situación. “Durante el transcurso del viaje que hice a Acapulco en una excursión me puse a tomar como loco. Me sentía feliz y eufórico por ir a Acapulco con mi esposa y con mis cuates, los cuales toman mucho y los cuales considero una presión para que yo tome”.

Disparadores. Al escuchar la música que a mí me gusta me sentía muy contento, yo llevaba mucho dinero y quería hacer más ameno el viaje para que no se me hiciera tan pesado. Sentía que al llegar a Acapulco me iba a divertir como loco ya que había bebido y dinero no iba a faltar”.

Consecuencias. “Al llegar seguí tomando. No había dormido, me sentía cansado y mal. Mi esposa estaba muy enojada, discutimos, me pidió su dinero y yo sentí que no quería estar conmigo y me enojé. Nos dijimos cosas y nos agredimos física y verbalmente. Se hizo un escándalo y tuve problemas con la seguridad del hotel. Mis ‘cuates’ me tranquilizaron y lo que restó del viaje no tuve contacto con mi esposa. Seguí tomando ya menos. Al llegar aquí, mis papás ya sabían todo. Ella el día 28 levantó un acta y a partir de ahí nos separamos; ella no me hablaba y su familia está enojada conmigo, al igual que la mía. Yo me sentí muy mal; no quería ver ni hablar con nadie”.

La situación se presentó una vez en el año anterior.

Tercera sesión: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol

Se revisó lo que se realizó la sesión anterior. Se revisó el autorregistro. Tomó dos tragos estándar estando triste, pero aún así se contuvo, por lo que se sintió satisfecho. Consumió estando solo en su casa. Se considera que al momento el usuario realmente está cambiando su conducta de consumo, aunque se le mencionó que los logros se

verían a largo plazo dadas las características de su consumo (esporádico – explosivo). Se discutió la tercera lectura y los ejercicios, donde se tuvo que emplear más tiempo del establecido para la confrontación realista de sus planes de acción. Se realizó una lluvia de ideas y surgieron nuevas opciones que el usuario podría emplear. Se entregó y explicó el ejercicio cuatro.

Opciones y consecuencias para la situación de consumo principal.

1. “Decirles que por el momento tengo un asunto pendiente y que tengo que resolverlo inmediatamente y por eso no puedo acompañarlos. Consecuencias: Disminuiría mi relación con los demás, me aislaría, dirían que soy un cortado”.
2. “Decir que en ese momento estoy en tratamiento médico y con ello me es imposible beber. (decir una mentira). Consecuencias: Tal vez ya no me tomarían en cuenta para tomar con ellos, ya no me invitarían a fiestas”.
3. “Platicarles todo lo que ha pasado conmigo y en la situación en la que estoy que cuando bebo mucho, puedo perder el control (decir la verdad)”.

Opción seleccionada: 3.

Plan de acción:

“Platicar con mis cuates y decirles que aunque no bebo frecuentemente las veces que lo hago he perdido el control y con esto he tenido problemas familiares, de salud, económicos, los cuales me han traído consecuencias graves en mi vida y que he decidido mejorar mi situación actual y que yo creo que esta es la mejor forma de mejorar las cosas (no bebiendo). También les diría que no porque no beba con ellos voy a dejar de hablarles ni dejaré de ser su amigo y que yo estoy dispuesto a seguir conviviendo con ellos pero no de esa manera, Tendrán que respetar mi decisión y aceptarme tal y como creo que quiero ser”

Se desecharon las demás opciones al “ponerlas a prueba” por considerarlas inadecuadas y se pensaron en muchas otras alternativas que podrían funcionar. Se le encargó pensar en otras alternativas y desafiarlas como en la sesión.

Opciones y consecuencias para la situación de consumo # 2.

1. “Decir que estoy muy cansado y desvelado y que no me siento bien por lo cual desearía irme a mi casa, o que mañana tengo que trabajar. Consecuencias: Dirían que soy un payaso. Me costaría mucho trabajo sostener mi argumento”.
2. “Decir que a tal hora tengo otro compromiso al cual no puedo faltar y que por eso tengo que irme temprano. Consecuencias: No me gusta mentir y al hacerlo, me sentiría mal y extraño”.
3. “Decir que esta vez no voy a tomar debido a cuestiones de salud, pero que con todo gusto si voy a asistir un rato. Consecuencias: Me sentiría mal por no tomar con mis cuates como siempre lo hago; me aburriría mucho”.
4. “Decir que para mí las fiestas se me hacen aburridas ya que siempre es lo mismo. Consecuencias: ya no me invitarían a fiestas y me sentiría marginado y hasta rechazado”.

Opción seleccionada: 4

Plan de acción:

“Rechazaría invitaciones a fiestas, argumentando que simplemente ya me aburrí de hacer lo mismo y que ya no me gusta ir a fiestas debido a que ya no me interesan y que a mí me gustaría otro tipo de cosas fuera del ambiente del alcohol, cigarros, música y baile. En fin, que me gustaría hacer cosas al aire libre y no estar encerrado en una casa o en un salón”.

En el momento, se le cuestionó si era verdad que ya no le interesaban las fiestas. El respondió que sí, que prefería ir a practicar algún deporte, ir al cine, a museos, etc. Más adelante se comprobó que esto no era así.

También dentro de su segundo plan de acción incluía mentir a sus amigos, lo cual, no le convenció y optó por la opción seleccionada de la situación principal: decir que no y explicar el porqué.

Opciones y consecuencias para la situación de consumo # 3.

1. “No ir a viajes con los compañeros del trabajo, mejor hacerlo por mi cuenta (solo con mi familia). Consecuencias: Sentiría que pierdo una oportunidad de divertirme, me sentiría molesto por mi situación”.

2. “Decir que por ahora tengo otros gastos y que no puedo gastar ahorita en viajes. Consecuencias: No creo que haya consecuencias. Sería un buen pretexto aunque me sentiría frustrado por no ir teniendo dinero”.
3. “Decir que estoy enfermo y prefiero dejarlo para otra ocasión. Decir que tengo un dolor o diarrea. Consecuencias: Tal vez me sienta triste por no poder convivir con ellos en otras condiciones”.

Opción seleccionada: 1 y 2.

1. “No mezclar a mi familia con el despapaye; pretextos puedo inventar muchos. Lo único que tengo claro es no volver a inmiscuir a mi familia con los cuates y definir con quién estoy y en qué condiciones”.
2. “Decir que me pidieron dinero y lo presté, o que me surgió algún imprevisto, o que quiero ahorrar para comprar algo que me hace falta, o simplemente que no tengo dinero y no me gusta pedir prestado”.

Nuevamente el decir mentiras no es lo que el usuario realmente quiere. El plan de acción de la situación principal fue lo que más le convenció.

Cuarta sesión: Nuevo establecimiento de metas

Retomando el tratamiento del periodo vacacional. Se recordó no sólo lo que se hizo la sesión anterior, sino en todas las anteriores. Se revisaron los autorregistros de tres semanas en donde el consumo alcanzó los 10 tragos estándar y aunque sobrepasó sus propios límites, se mostró contento por no emborracharse y seguir tips de consumo moderado como espaciar el consumo, comer y bailar en el tiempo que durara el consumo. Se enfatizó en tener cuidado con la confianza excesiva. Se realizó la grafica por semana, lo cual lo alertó un poco al ver que su consumo se había disparado en las últimas semanas. Se revisó el ejercicio de la lectura 4 y se fijaron sus nuevas metas: por ocasión no más de cuatro en situaciones que él no pueda controlar. Reporta seguridad para alcanzar su meta.

Respecto a la semana en que más consumió reporta: “Los días que bebí fueron estando en Acapulco **quise probarme** muchas cosas. Los resultados fueron satisfactorios para mi...”

Esta situación se presentó en compañía de su familia. Se hizo reflexionar al usuario en cuanto a sus problemas de pareja derivados del consumo de alcohol, motivándolo para continuar con un consumo moderado.

3.11 Seguimientos

1 mes.

Hasta este punto se observó un consumo errático con altibajos en dirección ascendente, tomando en cuenta las cuatro sesiones de tratamiento y el periodo hasta el primer seguimiento (fig. 4). El consumo aumentó sobretodo en las semanas previas al seguimiento. El usuario se percató de esto, pero no ha referido tener ningún problema, porque reportó lo siguiente: “Me sentí mal por exceder mi límite, pero me sentí satisfecho por no haber tenido problemas con nadie. Ni siquiera hubo discusiones”. Además refiere que ha consumido con familiares, personas que no lo presionan a seguir tomando, por lo que se siente más seguro de tener el control. Se le hizo hincapié en la necesidad de identificar indicadores tanto físicos como emocionales que refieran que su consumo debe detenerse. El mencionó como indicadores mareos y sueño. El está muy contento porque siente tener el control, aunque se habló acerca del problema del exceso de confianza y se le motivó a continuar como antes lo había estado haciendo, a través de recordar estos logros y los problemas que tuvo anteriormente.

Las estrategias que ha usado son, basándose en el plan de acción, simplemente ser firme y no ceder ante los ofrecimientos de sus amigos, quienes menciona que ya se han acostumbrado a que su amigo no tome, más que las que él quiera. Refiere una disminución de problemas asociados como riñas, riesgo de accidentes, peleas con su pareja, malestares físicos, etc.

Se ha reconciliado con su pareja y ahora van juntos a terapia de pareja. Su meta se ha reorientado hacia el consumo moderado y le es muy importante seguirla.

3 meses.

Se recibió al usuario, quien llegó puntual. Se revisó su autorregistro. Presentó solamente dos formatos, dado que sólo en esas dos semanas hubo consumo. En la semana del 11 al 17 de septiembre ocurrió una ocasión de consumo con cinco tragos estándar (cerveza), y la otra ocasión de consumo ocurrió en la semana del 30 de Octubre al 5 de Noviembre con cuatro tragos estándar (cerveza). Ha reportado éxito en sus metas de consumo, sus

indicadores físicos y su decisión de cambiar de vida. Su relación de pareja se ha recuperado del todo y ahora es el área social la que reporta que ha sido afectada, puesto que ya no sale con amigos, ni va a fiestas, salvo con su familia. Se reforzaron todos estos logros y se le alentó a continuar así, reflexionando en las ganancias que ha obtenido en su vida al no consumir en exceso y lo bien que se ha sentido sin consumir.

Se le mostraron gráficas de su consumo (fig. 4) correspondientes a su LIBARE, a las sesiones de tratamiento y una general. Se mostró contento con los resultados y se le reforzó la reducción considerable que obtuvo en un periodo tan largo. Lo que menciona que le ha funcionado del tratamiento ha sido el análisis funcional a través de los autorregistros. Las estrategias utilizadas han sido ser firme en su decisión de no tomar de acuerdo al plan de acción. Se le mencionó que hay que cubrir el lado que ha sido afectado: sus relaciones interpersonales, que aunque el usuario reporta como de menor importancia, le pueden traer una depresión debido al aislamiento que ha reportado. Se le ofreció una sesión extra para prevenir el mes de Diciembre y trabajar sobre sus relaciones interpersonales. Finalmente el usuario prefirió seguir sin tomar la sesión extra.

Pronóstico al segundo seguimiento

Se han reportado mejorías en cuanto a la cantidad consumida por ocasión. Desde que el usuario entró al tratamiento, su consumo más alto por ocasión ha sido de 10 tragos estándar en comparación del máximo al medio año anterior, que fue de 30. Las estrategias como comer, mantenerse activo y espaciar los tragos (1 hora por trago), además de seguir su plan de acción, han resultado efectivas de modo que aunque el consumo excede el recomendado, no se han presentado consecuencias adversas inmediatas ni posteriores. La autoeficacia del usuario parece fortalecida al ubicar las personas con las que puede rebasar los tragos auto establecidos, la asertividad que ha utilizado para negarse a beber cuando lo invitan, la ubicación de estados de ánimo potencialmente peligrosos y los indicadores físicos para controlarse.

Sin embargo, las tendencias de la gráfica (fig. 4) aún no son contundentes y en la que se observe un control total del consumo de alcohol, por lo que es probable un aumento en el consumo, que podría llegar un consumo peligroso. El patrón de consumo se había estado caracterizando como elevado y después nulo, como antecedente a una sesión de

tratamiento o seguimiento, por lo que se dudaba del control propio del usuario y se podía argumentar que el acudir a las sesiones le estaba funcionando como un control de consumo, lo cual no garantizaba que al término del tratamiento este control siguiera vigente. Sin embargo, hasta el seguimiento a tres meses, el usuario ha reportado un control que se ha mantenido por un tiempo ya de consideración, lo que lleva a predecir un éxito en su meta de consumo, pero aún no con las bases suficientes para calificarlo de contundente. El exceso de confianza es una variable importante que puede influir para que el usuario en algún momento pierda el control. El aislamiento social puede traer consecuencias negativas como malestar, insatisfacción en esa área de su vida, hasta depresión que pudiera desencadenar un nuevo episodio de consumo. Hay que atender además a las situaciones que se consideran riesgosas (como manejar) aún cuando el consumo es bajo.

6 meses.

En tres meses después del último seguimiento, el usuario reportó cuatro consumos de la siguiente manera: el 24 de Diciembre, 4; el 31, 5, el primero de Febrero, 16 y el 3, 8 (fig. 4). En las primeras dos ocasiones, el usuario no reportó deseos ni necesidad de tomar más. Se le recordaron las situaciones en las que no se debe de consumir ni siquiera una copa, dado que una situación de consumo incluyó tener que manejar.

Los consumos de febrero fueron los más fuertes que el usuario ha tenido desde Marzo del año pasado. Las debilidades reportadas fueron no trazarse ninguna meta. Se le realizó un análisis funcional de la conducta y como precipitadores mencionó principalmente a un amigo de la escuela, que hacía calor, estar contento y pensar que iba a poder controlar el consumo. Se tomó los 16 tragos en un periodo de 9 horas y el espacio entre trago y trago, fue variado. En el siguiente consumo, probando autocontrol fue el disparador principal.

En ambos casos las consecuencias positivas aparecieron en mayor cantidad que las negativas (relajación, pasar un buen rato vs. desveladas y ligeros problemas en casa). Se le recordaron sus situaciones de riesgo, las consecuencias negativas que había tenido ante consumos semejantes y los logros que había obtenido al mantenerse con consumo moderado, principalmente la reconciliación con su esposa. En este seguimiento, se contó con la participación del otro significativo, que en este caso se trató de su esposa.

Ella refirió su descontento por su consumo en estas dos ocasiones, pero también reconoció los logros que ha tenido el usuario, que corresponden a varios meses de abstinencia o de consumos moderados.

Se le preguntó sobre su meta de consumo, sus principales razones para continuar con ésta y qué tan seguro se sentía de cumplir su meta. El usuario decidió continuar con la meta de moderación, comprometiéndose ante su esposa.

Pronóstico al tercer seguimiento

La recaída ya se esperaba en el usuario, sin embargo, ha mantenido el control en la mayoría de los consumos que ha tenido; tiene periodos de meses enteros sin consumo, ha aprendido a identificar situaciones de riesgo, indicadores físicos y a recordar tanto sus meta de moderación, como las consecuencias negativas que tuvo anteriormente. Con el apoyo de su esposa, se espera que, dentro de seis meses más, el usuario tenga máximo dos recaídas más, con consecuencias negativas leves, pero también se espera que mantenga los últimos dos meses con un consumo moderado, lo cual indicaría que el usuario finalmente ha aprendido a moderar su consumo.

12 meses.

Este seguimiento se realizó dos meses y medio después de la fecha correspondiente por distintos motivos, por lo que el periodo de observación fue más amplio (ocho meses a partir del seguimiento previo). En este periodo el usuario reportó 4 consumos, el más alto, de 7 ts para un total 18 en este periodo. Este consumo se dio estando de vacaciones en la playa. El consumo menor fue de 2 ts y los días de abstinencia 246. Se exploraron las situaciones de consumo y el usuario notificó que se dieron en fiestas, pero que en ninguna ocasión manejó algún vehículo, por lo que el usuario ha adoptado medidas de precaución de las que se le había hecho notar en los seguimientos anteriores.

Lo que le ayudó al usuario fue el mantenerse ocupado, debido a que en Marzo obtuvo un ascenso laboral, también refirió no tener ganas de tomar mucho y al momento de que le ofrecen beber más, él simplemente se mantiene firme en su decisión de no tomar. Se reforzaron sus conductas haciendo que el usuario las asociara con los logros en su calidad de vida. Se preguntó por dudas que pudiera tener el usuario y se procedió a la última evaluación.

Pronóstico al cuarto seguimiento

El usuario presentó un patrón de consumo de muy baja frecuencia y baja cantidad por ocasión de consumo, en un periodo registrado de más de 8 meses, por lo que se puede afirmar que el usuario ha aprendido a controlar su consumo. Se espera que el usuario continúe con su consumo controlado y cuando sea así, el usuario podrá tomar las medidas de precaución necesarias para no ponerse en riesgo (como manejar habiendo tomado).

3.12 Evaluación Post Tratamiento

Evaluación post tratamiento (6 meses)

Registro de consumo (fig. 1): Total de tragos estándar: 59 a medio año. Promedio por consumo ocasional: 6.5. Número máximo por ocasión: 16. Días de abstinencia: 186. Se observaron dos ocasiones de consumo excesivo: 10 y 16 tragos estándar respectivamente. No hay un consumo específico por días de asueto, celebraciones personales o vacaciones.

Número de ocasiones de consumo: 9

Porcentaje reducido en comparación de la LIBARE: 42%

CCS. (fig. 3) El área con menos confianza para resistir la necesidad de beber en exceso fue: Momentos agradables con otros (40%); de manera preventiva, emociones agradables (50%) y probando autocontrol (50%). Se reiteran las emociones agradables como situaciones en que el usuario está en mayor riesgo de consumir en exceso.

Termómetro del consumo problemático de alcohol: 30°. MINIMO. Mi consumo de alcohol muy pocas veces afecta mi vida.

Medida de estado emocional: 30°. BIEN. En general, me están ocurriendo cambios positivos.

Entrevista de seguimiento: Problemas asociados al consumo: ninguno.

Evaluación post tratamiento (12 meses)

Registro de consumo (fig. 1): Total de tragos estándar: 68 a un año de finalizado el tratamiento. Promedio por consumo ocasional: 5.2 ts. Número máximo por ocasión: 16. Días de no consumo: 352 Se observaron dos ocasiones de consumo excesivo: 10 y 16 tragos estándar respectivamente. No hay un consumo específico por días de asueto, celebraciones personales o vacaciones.

Número de ocasiones de consumo: 13

Porcentaje de consumo reducido en comparación de la LIBARE: 66%.

Precipitadores. (fig. 2) La figura 2 muestra que en general, hubo una reducción significativa en todas las áreas. Las más altas, todas con la misma puntuación (13.3) fueron: emociones agradables, presión social y momentos agradables con otros, siendo estos tres precipitadores los más altos en el ISCA pre tx. Es importante mencionar que hubo una reducción considerable, pero el usuario aún percibe estas situaciones como de riesgo, y dado que su consumo ha sido en este seguimiento moderado, se puede decir que es difícil que el usuario subestime estos precipitadores una vez que ya las ha identificado. En menor medida se encuentra probando autocontrol y necesidad física (3). Las demás áreas no son presentadas como de riesgo (0).

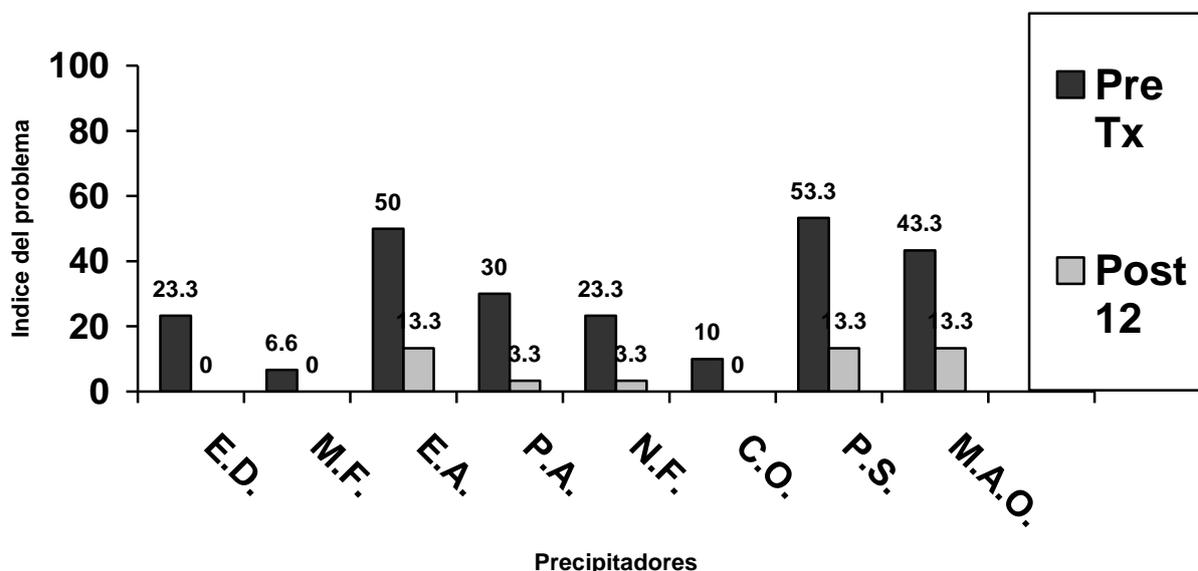
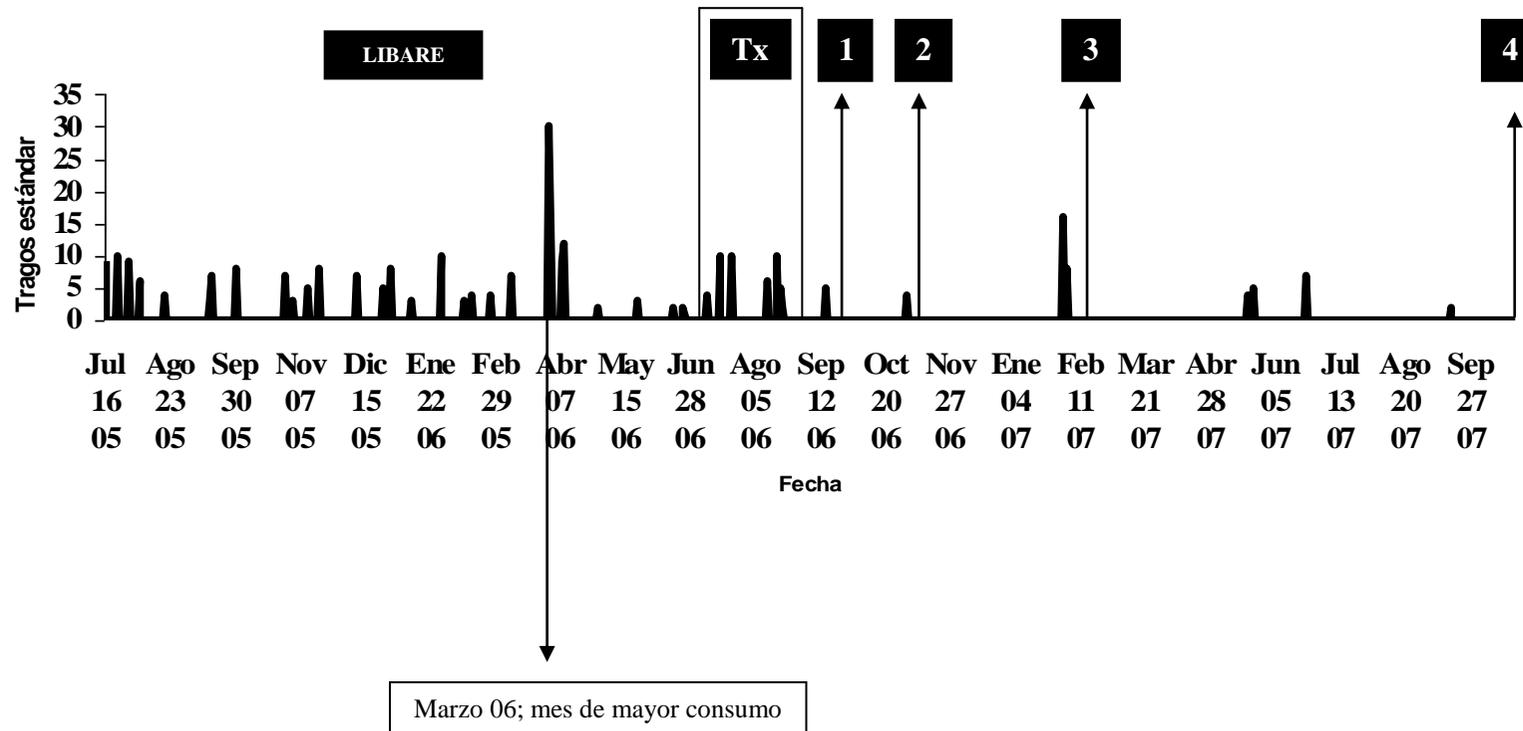


Figura 2. Comparación del ISCA entre pre tx, y post tx.

Figura 1. Consumo del usuario: LIBARE, Tx y Seguimientos



Autoeficacia. (fig. 3) El área con menos confianza para resistir la necesidad de beber en exceso fue: Momentos agradables con otros (70%); seguida de presión social (80%) y áreas con 90% de confianza fueron emociones agradables y probando autocontrol. El resto se calificó con 100% Estas percepciones del sujeto muestran en general un restablecimiento de su autoconfianza, pero también demuestran no caer en el exceso como para recaer en el consumo por el precipitador probando autocontrol, el cual se refiere precisamente a un exceso de confianza.

Termómetro del consumo problemático de alcohol: 30°. MINIMO. Mi consumo de alcohol muy pocas veces afecta mi vida.

Medida de estado emocional: 30°. BIEN. En general, me están ocurriendo cambios positivos.

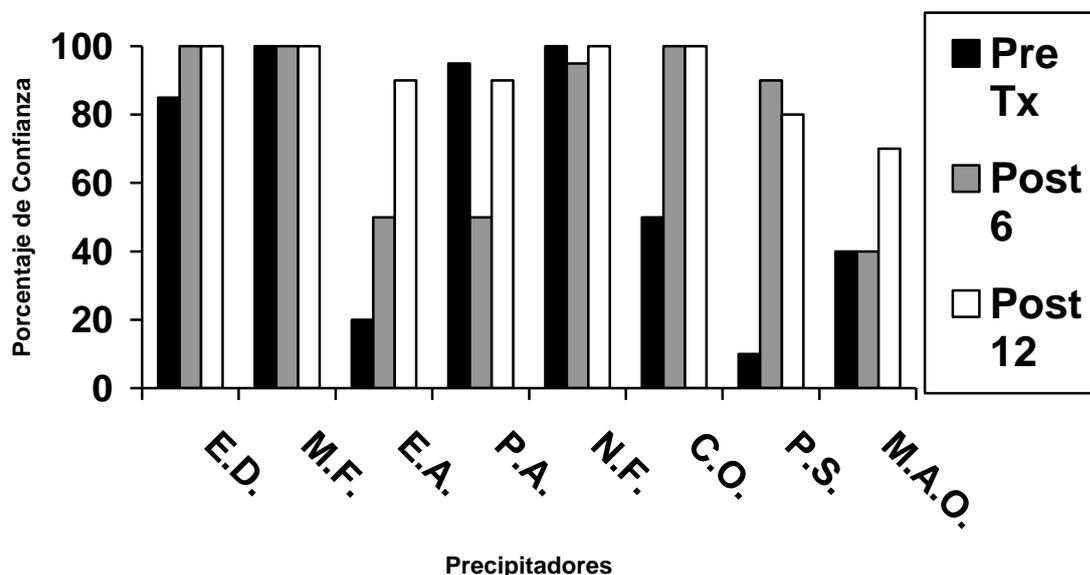


Figura 3. Comparación del CCS entre pre tx, y post tx a los 6 y 12 meses

Entrevista de seguimiento: Problemas asociados al consumo: ninguno (figura 4).

Figura 4. Consecuencias adversas por el consumo de alcohol experimentadas por el usuario (pre tratamiento, al seguimiento de 6 y 12 meses)

	A L C O H O L P r e T x	A L C O H O L S e g. 6 m e s e s	A L C O H O L S e g. 1 2 m e s e s
18. DAÑO FÍSICO 0 = Ninguno 1 = Aviso preventivo del médico 2 = Tratamiento médico por enfermedad o accidente	0	0	0
19. DAÑO COGNITIVO (incluyendo lagunas mentales, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento) 0 = Ninguno 1 = 5 o menos ocasiones. 2 = Más de 5 ocasiones	1	0	0
20. DAÑO AFECTIVO (incluyendo cambios de humor, cambios de personalidad) 0 = NINGUNO 1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2 = Mayor (con consecuencias en el comportamiento diario)	1	0	0
54. DAÑO INTERPERSONAL 0 = NINGUNO 1 = Menor (solamente discusiones o relaciones tirantes con otros) 2 = Mayor (Pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)	2	0	0
55. AGRESIÓN 0 = NINGUNO 1 = Agresión verbal 2 = Violencia física	2	0	0
56. PROBLEMAS LEGALES 0 = NINGUNO 1 = Agresión verbal 2 = Violencia física	1	0	0
58. PROBLEMAS FINANCIEROS 0 = NINGUNO 1 = Menor (gastos en exceso) 2 = Mayor (reducción de ingresos por mantener en consumo)	0	0	0

3.13 Discusión.

El usuario un año antes del tratamiento manifestó un consumo típico de bebedor problema: esporádico explosivo (Sobell y Sobell, 1993), con una frecuencia de consumo de una a dos veces por semana y con cantidades que rebasaban los 10 tragos estándar por ocasión,

llegando hasta 30. Este consumo le trajo problemas principalmente con su pareja, llegando al borde de la ruptura, accidentes, riñas, problemas legales y problemas familiares que habían disminuido considerablemente su bienestar. Al entrar a tratamiento hay una reducción menor en la cantidad y casi no se observan cambios en la frecuencia, pero al terminar el tratamiento, se observó una disminución tanto en la frecuencia como en la cantidad y la recuperación de sus satisfactores, como su pareja, la reducción de problemas familiares, las riñas y los accidentes. Tuvo una recaída de 15 tragos estándar a los seis meses del tratamiento, pero a los 14 meses del tratamiento, mostró un patrón de consumo muy aproximado al moderado, habiendo periodos de no consumo de meses enteros y el consumo mayor fue de 7 tragos, lo cual manifiesta el aprendizaje del usuario de su propia recaída (Bandura, 1986, Marlatt, 1985) y que actualmente sea capaz de manejar un consumo moderado perdurable.

La etapa de cambio del usuario inicialmente se ubicó en preparación (debido a que el usuario se percató de sus problemas derivados del consumo excesivo de alcohol y se encontró motivado para hacer un cambio) y con el transcurso del tratamiento, hubo fluctuaciones en su motivación: durante los pasos tres y cuatro, se observó un consumo elevado posterior a la sesión terapéutica, lo que indica en el usuario una regresión a una etapa de contemplación, debido a que el usuario reportó el deseo de realizar un cambio, pero conductualmente no hubo una reducción de consumo significativo; el usuario no se comprometió con su meta de moderación y observó más consecuencias positivas que negativas de su consumo, lo cual refleja una ambivalencia (Miller, 2003). En los seguimientos el usuario avanza a la etapa de acción; muestra un compromiso para hacer un cambio a través de poner en práctica estrategias de reducción de consumo enseñadas durante el tratamiento. Sin embargo, en un momento de confianza excesiva, regresa a precontemplación; el usuario menciona ya no tener problemas con el consumo que, a pesar de mantenerse fuera del consumo moderado, refiere tener control sobre él. El cambio de pensamientos derivado del análisis funcional aplicado en el tercer seguimiento, produce en el usuario su restablecimiento a la etapa de acción y de mantenimiento en donde al finalizar el seguimiento permanece. En la variable *patrón de consumo* se habla de un éxito terapéutico debido a su reducción tanto en frecuencia como en cantidad según lo establecido en la entrevista motivacional (Miller, 2003; Prochaska y Diclemente, 1986).

El autocontrol mediante el autorregistro resultó según el usuario, la estrategia que más le ayudó en el control de su consumo. Esto se explica retomando el análisis funcional que parte de la identificación de situaciones de consumo y consecuencias asociadas, para anticiparse mediante planes de acción (Marlatt, 1985; Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

La recaída apareció como se anticipaba y le fue benéfica al usuario ya que de ésta experiencia el usuario comprendió la necesidad de cuidar el exceso de confianza, por lo que se establece lo dicho por Echeverría y cols. (2007) en cuanto a la apreciación de las recaídas como experiencias de aprendizaje.

La modificación de pensamientos realizada con el balance decisional sirvió para determinar la meta del usuario y reafirmar en el usuario su motivación para el cambio (Beck et al, 1999); sin embargo fueron escasas las estrategias enseñadas en cuanto a reestructuración cognitiva que pudieron darle un mejor manejo sobre todo en situaciones donde fueron evidentes pensamientos precipitadores de exceso de confianza, donde el usuario consumió sin tener ningún tipo de presión social.

En cuanto a su bienestar, principalmente, recuperó su estabilidad conyugal, los problemas familiares no se manifestaron; y los legales, los accidentes y riñas son nulos (fig.7) y el usuario reporta en el termómetro emocional un estado de confort e incluso, el usuario ha tomado cursos de superación personal y ha obtenido un ascenso en su trabajo.

Esto indica que el tratamiento ha sido exitoso en las variables aquí resaltadas: la reducción en el patrón de consumo y la recuperación del bienestar del usuario.

3.14. Limitaciones y cursos de acción.

Debido a que este usuario fue el primer caso atendido durante la residencia, la falta de experiencia en técnicas de motivación fue algo que se pudo haber incrementado.

El modelo motivacional quizá hubiera podido enriquecerse con otros componentes cognitivo conductuales, como un análisis funcional más detallado; el componente de habilidades de comunicación y consejo marital del Programa de Satisfactores Cotidianos también hubiera resultado útil para fortalecer estas áreas afectadas del usuario. La reestructuración cognitiva

es una herramienta que también pudiera funcionar para casos como éste, en que el usuario por ocasiones sentía exceso de confianza en el manejo de su consumo de alcohol. Otro componente apropiado es el de habilidades sociales y recreativas, diseñado para fortalecer las relaciones sociales del usuario, que en este caso, y hasta donde se tuvo conocimiento, no restableció redes sociales importantes y en cambio, el usuario mostró cierto aislamiento.

Brindar información acerca de las consecuencias del consumo de alcohol en las áreas familiar, social, económica, laboral y de salud principalmente podría ayudar a la sensibilización del usuario a ser más contundente en su deseo de cambio y en el mantenimiento de sus metas.

Todas estas sugerencias deben discutirse debido a que el modelo de autocambio dirigido está diseñado para llegar a la abstinencia o un consumo moderado, mediante estrategias motivacionales principalmente y no contempla estas variables, por lo que para fines de investigación, este modelo debe permanecer inalterable. En el caso de la práctica clínica, debe ser el terapeuta junto con el usuario quien juzgue y decida el mejor modo en que puede utilizar sus conocimientos en aras del bienestar del usuario.

Referencias

- Agudiza en México narcocrimen.-ONU. (2007, 27 de Junio). Reforma, Nacional, 5.
- American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Text Revision) Washington, DC, EE. UU.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.) Washington, DC, EE. UU.
- Annis, H.M. (1982). Inventory of drinking situations (IDS-100). Toronto, Canada: Addiction Research Foundation of Ontario
- Annis, H. M., Graham, J.M., & Davis, C.S. (1987). Inventory of Drinking Situations (ids): User's Guide. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H., Graham, J., & Martin, J. (1988). *Situational confidence questionnaire (SCQ): User's guide*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. M., & Martin, G. (1985), *The Drug-Taking Confidence Questionnaire*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Ayala, H.E., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1997). Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebdores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 113-127.
- Ayala, V.H., Cárdenas, L.G., Echeverría, L., & Gutiérrez, L.M. (1998). Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México: Porrúa. UNAM.
- Ayala, V.H., & Echeverría, L. (1998). Detección temprana e intervención breve. En: M.E Medina-Mora (comp). *Beber de Tierra Generosa: Ciencias de las bebidas alcohólicas en México*. México, D.F: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Ayala, V.H., Cárdenas, Echeverría, L., Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*. 18 (4): 5 – 17.
- Azrin, N., Naster, B., & Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid-learning based procedure for marital counseling. *Behavior Research and Therapy*, 11, 365-382.
- Babor, T. F., Ritson, E. B., & Hodgson, R. J. (1986). Alcohol related problems in the primary health care settings: A review of early intervention strategies. *British Journal of Addictions*, 81, 4, 18 – 24.
- Balanzario M C (2003). *Depresión y consume de drogas*. En: Anuario de Investigación en Adicciones. México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud y Centro de estudios de Alcoholismo y Drogadicción.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barragán, L. (2005). *Modelo de intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes al alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. México D.F. Facultad de Psicología. UNAM.
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J., & Martínez, M. (2006). Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta. UNAM. CONADIC.
- Barry, K. L. (1999). Brief Interventions in Substance Abuse Treatment. In Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34*. CSAT 13 -36.
- Bechara A (2005). *Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective*. *Nat Neurosci*; 8(11):1458-63.

- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C, & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Benett, L. W., Tolman, R. M. Roglaski, C. J. & Sirinvasaraghavan, J. (1994) Domestic abuse by many alcoholics and drug addicts. *Violence & victims*, 9 (4) 359- 368.
- Benowitz NL, (1996) *Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics*. Annual review of pharmacology and toxicology 36.
- Bien, T., Miller, W., & Tonigan, J. (1993). *Brief interventions for alcohol problems: A review*. *Addictions*, 88, 315-336.
- Bickel, W., DeGrandpre, R., & Higgins, S. (1993). Behavioral economics: A novel experimental approach to the study of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 33, 173-192.
- Broekaert E, Vandavelde S, Soyez V, Yates R, Slater A. (2006) *The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe*. European addiction research; Vol. 12 issue 1.
- Bronfenbrenner (1979). *La ecología del desarrollo humano*. México: Paidós.
- Brook J S, Cohen P, Whitman M, & Gordon A S. (1992). *Psycho social risk factors in the transition from moderate to heavy use or abuse of drugs*. En Glant M. y Pickens R (eds) Washington D.C. American psychological association.
- Budney A J & Higgings S T (1998). *A community Reinforcement plus vouchers approach; trating cocaine addiction*. Rockville, MD: National Institute of Drug Addiction.
- Cadoret R (1992). *Genetic and environmental factors in initiation of drug use and the trasition to abuse*. En M. Glantzy R. Pickens (eds) Vulnerability to drug abuse. Washington D. C. American Psychological Association.
- Campollo C (2002). *Análisis comparative de programas de prevención de adicciones en México*. México: Centro de Estudios de alcoholismo y adicciones.
- Consejo Nacional contra las Adicciones [CONADIC] (2000). *Construye tu vida sin adicciones. Modelo de Prevención*. Secretaría de Salud/CONADIC. México.
- Carroll, K.M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: treating cocaine addiction*. Therapy manuals for drug addiction. Rockville, MD: NIDA.
- Carroll, K.M., Rounsaville, B. J., & Gawin, F.H. (1991). *A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal therapy*. *American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, 17 3), 229 – 247.
- Cruz, S. L. (2007). *Los efectos de las drogas. De sueños y pesadillas*. México: Trillas.
- Darwin, C. (1871). *The descent of man and selection in relation to sex*. London: John Murray.
- De León, B., & Pérez, F. (2001). *Adaptación, Validación y Confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. Tesis de Licenciatura, UNAM.
- De León, B., Pérez, F., Oropeza, R. & Ayala, H. (2001). *Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas*. Adapatación, validación y confiabilización del Inventory of drug taking situation (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ). Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología.
- De Leon G (1994). *Therapeutic communities*. En: Galanter M & Kleber H D (eds) *The American psychiatric textbook of substance abuse treatment*. Chicago: American Psyquiatric Press.

- De las Fuentes, M. E., Villalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F., & Ayala, H. (2001). *Cuestionario de abuso de drogas. Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Domino E G (1973) *Neuropsychofarmacology*. In smoking behavior: motives and incentives, Washington, DC: VH Winston.
- Echeverría, L. & Ayala, H. (1977). Cuestionario de Confianza Situacional: traducción y adaptación. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echeverría, L., Carrascoza, C., Reidl, L. (2007) *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, Facultad de Psicología, Conacyt.
- Echeverría, L., Oviedo, P., & Ayala (1998). Inventario situacional de Consumo de Alcohol. En Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L., Gutiérrez, M. (1998). *Manual de Autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa y Facultad de Psicología
- Echeverría, L., Ruíz, G.M., Salazar, L., & Tiburcio, M.A. (2004). *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. México. D.F: UNAM, Facultad de Psicología.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- Flynn, P.M., Kristiansen, P.L., Porto, J. Y., & Hubbard, R. L. (1999). *Cost and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS*. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 167-174..
- Fuentes, M.E., & Villalpando, J. (2001). *Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Fuller, R (1989). Current status of alcoholism treatment outcome research. In L. S. Harris (ed.), *Problems of drug dependence 1989: Proceedings of the 51st annual scientific meeting*. (NIDA research monograph 95, pp 85-91). Rockville, MD: Natinal Institute on Drug Abuse.
- Gold M. (1991). *Dual Diagnosis in substance abuse*. New York: Marcel Dekker inc.
- Goldberg, S.R., & Stolerman, I.P. (1996). *Behavioral analysis of drug dependence*. Orlando, FL: Academic Press.
- Goldman M S, Brown S A & Christiansen B A (1987). *Expectansy Theory: thinking about drinking*. En Blane H.T. Y Leonard K.E. (eds). *Psychologicacl theories of drinking and alcoholismo*. NewYork: Guilford Press.
- Goldstein RZ, Volkow ND (2002). *Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex*. *Am J Psychiatry*; 159(10):1642-52.
- Gordon, D.A. (1987). An operational classification of disease prevention. En: J.A, Steinberg; & M.M, Silverman (Eds). *Preventing mental disorders*. Rockville, MD: U.S Department of Health and Human Services.
- Gordon T. (1970) *Parent effectiveness training*. New York: Wyden.
- Gran diccionario de la lengua española Larousse (1996). *Diccionario enciclopédico*. Barcelona: Larousse Planeta, S.A.
- Heather, N. (1989). Psychology and brief interventions. *British Journal of Addictions*, 4 (4), 357-370.
- Heather, N. (1995). Brief interventions strategies. En R.K. Hester & W.R. Miller (Eds). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. (2^{da} edición). Needham Heights MS: Allyn & Bacon.

- Higgins, S. (1997). The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse: A brief review. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 57, 419-427.
- Holden, C. (2001) "Behavioral" addictions: Do they exist? *Science* 294 (5544).
- Hunt, G., & Azrin, N. (1973). *A Community Reinforcement Approach to Alcoholism. Behavioral, Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Hyman SE (2007). *The neurobiology of addiction: implications for voluntary control of behavior*. *Am J Bioeth*; 7(1):8-11.
- Informe de Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones SISVEA (2002) en: www.conadic.gob.mx
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (2000). En Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. México:SSA.
- Izard C. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Julien, R., (1998). *A Primer of Drug Action*. (8th. ed.). New York: Freeman and Company.
- Jung, C. (1910). The association method. *The american journal of psychology* 21, 219-269.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31.
- Kandel E, Schwartz J H, Jessell T M (2001). *Principios de Neurociencia*. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana.
- Kenna GA, Nielsen DM, Mello P, Schiesl A, Swift RM (2007) *Pharmacotherapy of dual substance abuse and dependence*. *CNS Drugs*; 2007, vol. 21 issue 3.
- Koob GF, Le Moal M (1997). *Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation*. *Science*; 278(5335):52-8.
- Koob GF, Le Moal M (2005) *Plasticity of reward neurocircuitry and the 'dark side' of drug addiction*. *Nat Neurosci*; 8(11):1442-4
- Koob GF, Le Moal M (2006) *Neurobiology of addiction*. New York: Oxford University Press.
- Lira, J. (2002). *Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina*. Tesis de Maestría. ENEP IZTACALA. UNAM.
- López-Ibor J (2002). *Trastornos psiquiátricos y uso de sustancias*. España: Editorial Iberoamericana.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guildford Press.
- Martínez, K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.
- Martínez P, Gómez A, y Ortega S. (2005). *Adicciones y patrones familiares de conducta*. *Psicología Iberoamericana*, 13 (1), 5 – 11.
- Maslow, A. (1971). *La amplitud potencial de la naturaleza humana*. México: Trillas.
- Maslow, A. (1954). *Motivación y personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- McCrary B. & Epstein E. (1999). *Addictions. A comprehensive guidebook*. Oxford: Oxford University Press.
- Mc Farland, D. (1993). *Animal Behaviour*. New York: Longman Scientific and Technical.
- Mc Lellan, A T, Grissom G R, Brill P, Durrel J, Metzger D S, & O' Brien C P. (1993). Private substance abuse treatments: Are some programs more effective than others? *Journal of substance abuse treatment*, 10. 242-254.
- Medina Mora, (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, *Salud Mental*, Vol. 26, No. 4.

- Medina Mora M E, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván F y Tapia R (2003). *Consumo de drogas entre adolescentes. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998*. México: Salud Pública de México, 45 (suplemento 1).
- Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98. 84-107.
- Miller, W.R., Meyers, R.J., & Tonigan, J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (5), 688-697.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2003). *La Entrevista Motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Morgan T, (1996). *Behavioral treatment techniques for psychoactive substance use disorders*. En Rotgers F., Keller D, y Morgenstern J (eds). *Treating substance abusers: theory and technique*. New York: Guilford Press.
- Nateras, A. (2003). Las políticas públicas de juventud en drogas o lo que las instituciones dejaron. *Revista Trabajo Social*, 7, 25-33.
- National Institute of Drug Addiction (2005). *What are risk factors and protective factors?* En: www.drugabuse.gov/infofacts/
- O'Farrel T J (1992). Families and alcohol problems: An overview of treatment research. *Journal of family psychology*. 5, 339-359.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1996). A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86, 948-955.
- Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras Drogas. (2003) en: www.conadic.gob.mx
- Ortiz, A., Soriano, M.A. & Galvan, J. (1997). *Sistema de Información en Drogas*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Palomar, J. (1995). Diseño de un instrumento de medición sobre calidad de vida. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNAM.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, D. (2005). *El Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.
- Paz O (1981) *El Laberinto de la Soledad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Prochaska, J.O., & Diclemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W.R. Miller, & N. Heather. *Treating addictive behaviors. Processes of change*, 3-27. New York: Plenum press.
- Prochaska J O, Diclemente C C & Norcross J C (1992). *Search of how people change : applications to addictive behaviors*. *American Psychologist*.
- Reeve J. (1994). *Motivación y emoción*. México: Mc Graw Hill.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, (2), 211-218.
- Rosovsky H (2003). *El papel de la familia en la prevención y manejo del abuso del alcohol: una revisión de evidencias*. México: cuadernos FISAC, 1 (17), 9 – 19.
- Sánchez-Craig, M., & Wilkinson, D.A. (1989). Brief treatments for alcohol and drug problems: Practical and methodological issues. En T. Loberg, W.R Miller, P.E. Nathan, & G.A. Marlatt (Eds). *Addictive behaviors: Prevention and early intervention*, 233-252. Lisse, Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Skinner, H., & Allen, B. (1982). Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 199-209.
- Skinner, H., & Horn, J. (1984). *Alcohol Dependence Scale [ADS]: User's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.

- Smith, J., & Meyers, R. (1995). The community reinforcement approach. En R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment strategies* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon, 251-266.
- Sobell, L., & Sobell, M. (1992). Timeline follow-back: a technique for assessing self-reported ethanol consumption. En Allen, J., & Litten, R. (Eds.). *Measuring alcohol consumption psychosocial and biological methods*. New Jersey: Human Press.
- Sobell, M. B., & Sobell, L.C. (1993). *Problem drinkers: guided self change treatment*. New York: Guilford.
- Soyez V, De Leon G, Broekaert E, Rosseel, Y. (2006). *The impact of a social network intervention on retention in Belgian therapeutic communities: A cuasi experimental study*. *Addiction*; Jul, 2006, Vol 101, issue 7.
- Suárez-Íñiguez, E. (1999). *La Felicidad. Una vision a través de los grandes filósofos*. México: Editorial Patria.
- Stanton M D & Heath W (1997) *Family and marital treatment* en Lowinson J H, Ruiz P, Millman R B & Langrod J G (eds) *Substance abuse: a comprehensive textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Stanton M D & Shadish W R (1997). Outcome, attrition, and family couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and a review of controlled, comparative studies. *Psychological bulletin*, 122, 190-191.
- Stolerman, I P & Jarvis, M J. (1985). The Scientific case that nicotine is addictive. *Psychopharmacology*. 117, 2-10.
- Stimmel, B (1991). *The facts about about drug use: copying with drugs and alcohol in your family, at work, in your community*. New York: Consumer Report Books.
- Tarter R E (1991). *Prevention of drug abuse: theory and application*. *American Journal Adiccions*; 1.
- Tashkin D P, Fligiel S, Wu T, Gong H, Barbers R G, Coulson A H, Simmons M S & Beals T F (1990). *Effects of habitual use of marijuana and /or cocaine in the lung*. En: Chiang C N & Hawks R L (eds) *Research findings on smoking abused substances* (National Institute on Drug Abuse research monograph N. 99) Washington D.C.: Government Printing office.
- Tonigan JS, (2007) *Spiritually and Alcoholics Anonymous*. *Southern Medical Journal*; April, Vol 100 issue 4.
- Volkow N, Li TK (2005). *The neuroscience of addiction*. *Nat Neurosci*; 8(11):1429-30.
- Volkow ND, Fowler JS (2000): *Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex*. *Cereb Cortex*; 10(3):318-25.
- Vuchinich, R. E. & Simpson, C. A. (1998). Hyperbolic temporal discounting in social drinkers and problem drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 97, 181-195.
- West, R. (2006) *Theory of addiction*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Westermeyer J (1991) *historical and social context of psychoactive substance use disorders*. En: Frances R J & Miller S I (comps). *Clinical textbook of addictive disorders*. New York: Guilford.
- Wikipedia (2008). Recuperado el 15 de Agosto de 2008 de http://es.wikipedia.org/wiki/bienestar_social.
- World Health Organization (2002). *The world health report*. Ginebra.

A N E X O S

Anexo 1. Entrevista de Seguimiento a 6 meses (calificación del usuario acerca del programa)

PREGUNTAS SOBRE EL TRATAMIENTO

47. ¿En los últimos 6 meses, utilizó satisfactoriamente alguna de las estrategias o técnicas que aprendió durante su terapia?

- (0) No utilizó ninguna estrategia o técnica.
 (1) Auto-monitoreo (de consumo de alcohol o drogas).
 (2) Solución de problemas.
 (3) Identificación de los factores de incitación al consumo de alcohol o drogas.
 (4) Establecimiento de metas.
 (5) Estrategias de cambio en el estilo de vida.
 (6) Proceso que consiste en detenerse y pensar.
 (7) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de pros y contras).
 (8) Tips o ayudas para controlar el consumo de alcohol. (ej: beber más despacio, no tener la copa en las manos, hacer otras actividades, etc.)
 (9) Cambio de amigos o de lugares donde se consume alcohol o drogas.
 (10) Otras: Describa Habilidades de rehusos _____
 (11) Otras: Describa _____
 (12) Otras: Describa _____

LAS PREGUNTAS 48 Y 49 SON SOLO PARA USUARIOS CON LOS QUE SE HA
TENIDO UN CONTACTO UNICO DE 6 MESES.

48. Qué tan útil ha sido la comunicación telefónica con su terapeuta después de terminar las 4 sesiones de tratamiento:

- (1)____ (2)____ (3)____ (4)____
(5)____

No fue útil Ayudó poco Ayudó en algo Ayudó considerablemente Ayudó mucho
No hubo

49. Le recomendaría a los terapeutas que siguieran manteniendo el contacto con sus usuarios por medio del teléfono:

- (1) Si (2) No

(3) Si, pero solo con algunos pacientes o usuarios. Por favor, escriba el tipo de usuario que usted considera el adecuado para mantener esta forma de comunicación:

Anexo 2. Entrevista de seguimiento para el colateral**ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARA EL COLATERAL**FECHA DE LA ENTREVISTA: 16 02 2008

DIA / MES / AÑO

1. Nombre del entrevistador que hace el seguimiento: Lic. Gustavo Garnica
2. Nombre del entrevistado o colateral: Maricruz
3. Parentesco del colateral con el usuario:

<input checked="" type="checkbox"/> (1) Pareja	<input type="checkbox"/> (2) Padres
<input type="checkbox"/> (3) Hijo(a)	<input type="checkbox"/> (4) Hermano(a)
<input type="checkbox"/> (5) Abuelo(a)	<input type="checkbox"/> (6) Otro pariente
<input type="checkbox"/> (7) Compañero de cuarto	<input type="checkbox"/> (8) Jefe o superior en el trabajo
<input type="checkbox"/> (9) Amigo(a),	<input type="checkbox"/> (10) Otro
4. Tipo de contacto con el entrevistador (marque sólo una):
 - (1) telefónico
 - (2) en la comunidad
 - (3) en el Centro de Servicios Psicológicos o en el IMSS
 - (4) por correo
5. Frecuencia de reunión del usuario y del colateral, (marque sólo una):
 - (1) - Diariamente
 - (2) - No diario, pero más de una vez por semana
 - (3) - Semanalmente
 - (4) - No semanalmente, pero más de una vez al mes
 - (5) - Mensualmente
 - (6) - Menos de una vez al mes, especifique: _____.
6. La mayoría de los contactos entre el colateral y el usuario se realizan (marque sólo una):

<input checked="" type="checkbox"/> (1) En persona	<input type="checkbox"/> (4) En persona y por teléfono
<input type="checkbox"/> (2) Por teléfono	<input type="checkbox"/> (5) Otro, especifique: _____.
<input type="checkbox"/> (3) Por carta	

DATOS SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL

Instrucciones para el entrevistador:

Utilizando un calendario, determinar el inicio y el fin de un intervalo de 30 días, este intervalo terminará el día anterior a la entrevista. Estas fechas deben ser incluidas en la siguiente instrucción que será leída al colateral:

"Las siguientes preguntas que le voy a hacer sobre David están relacionadas con su consumo de alcohol, durante el periodo que va del 16 de Diciembre de 2006 al 16 de Febrero de 2007 .

- ▶ Primero, diga al colateral, que se le pedirá dividir estos 30 días en varias categorías, por ejemplo número de días que no consumió alcohol, número de días en que consumió alcohol en distintas cantidades, y días en los que pudo haber estado en un ambiente institucionalizado donde no podía consumir (ej: hospital o la cárcel).
- ▶ Después, es importante decirle al colateral que se le leerá una lista de categorías posibles. Un día sólo puede ser utilizado para una categoría, y el número total de días siempre debe ser igual a 30.
- ▶ Finalmente, lea nuevamente cada una de las posibles categorías, preguntándole esta vez al colateral el número de días que el usuario estuvo involucrado, en esta conducta. El entrevistador encontrará útil preguntar primero sobre el número de días que el usuario estuvo en un ambiente institucionalizado (cárcel, hospital, etc.) ya que estas son situaciones en donde generalmente no se puede beber. Solamente se debe utilizar "NO SABE", si el colateral desconoce el consumo de alcohol del usuario durante esos días.

E) CATEGORIA	NUMERO DE DIAS
7. No aplicable (utilizar sólo cuando el colateral desconoce lo que sucedió con el usuario durante esos días)	! 0 !
8. Abstinencia (no consumió alcohol)	!2_!6_!
9. Bebió de 1 a 4 tragos ³ *	!0_!2_!
10. Bebió de 5 a 9 tragos	!0_!1_!
11. Bebió 10 tragos o más	!0_!1_!
12. Estuvo en la cárcel por delitos relacionados con el abuso de alcohol o drogas	!0_!0_!
13. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor que tan seguro está usted de que la INFORMACION que nos acaba de proporcionar es la correcta (marque sólo una):	
___ (1) Todo o casi toda la información es muy probable que sea correcta.	
X___ (2) Estoy seguro que algo de la información que reportó es correcta, pero hay algunas cosas de las que no estoy seguro.	
___ (3) No tengo idea que tan correcta es la información.	
14.. Desde su punto de vista, cuál de las siguientes alternativas piensa usted que describe mejor el consumo de alcohol de (nombre del usuario) durante el año pasado antes de que entrará al tratamiento en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM o en la Clínica del IMSS. (marque solo una alternativa).	
___ (0) No aplicable, nunca ha tenido problemas de consumo de alcohol.	
___ (1) Sin problema	
___ (2) Un pequeño problema	
___ (3) Un problema menor	
X___ (4) Un problema mayor	
___ (5) Un gran problema	

DATOS SOBRE CONSUMO DE DROGAS

No hubo consumo de drogas

•

- ³ SE DEFINE 1 "TRAGO ESTANDAR" COMO UNA LATA O BOTELLA DE CERVEZA DE 341 ML., UNA COPA QUE CONTIENE EL EQUIVALENTE DE 42 ML., DE WHISKY, RON, VODKA. UNA COPA DE 142 ML. DE VINO DE MESA, 85 ML. DE JEREZ O MANZANILLA O UN CABALLITO DE TEQUILA.

Anexo 3. Entrevista de seguimiento a doce meses.

LAS PREGUNTAS RESTANTES SOLO SE HACEN EN EL SEGUIMIENTO DE 12 MESES

Estas preguntas se relacionan con el tratamiento en el que usted participó hace 12 meses. Estamos interesados en saber lo que usted piensa o sus experiencias durante el año después de su tratamiento. Para completar sus respuestas le agradecemos de antemano algún otro comentario que tenga acerca del programa y de la manera en que éste fue conducido.

19. El tiempo que duró el tratamiento fue:

- (1) Escaso
 (2) Suficiente
 (3) Abundante

20. Si la terapia fue escasa o abundante ¿cuántas sesiones hubieran sido suficientes?

21. En comparación con las condiciones en las que usted se encontraba antes de estar en tratamiento de autocambio dirigido, actualmente su manera de beber es:

- (1) Ya no es un problema
 (2) El problema es menor que antes
 (3) No ha cambiado
 (4) El problema es más grave que antes

22. En general, como considera que fue su elección de su meta de consumo de alcohol?

- (1) Una buena meta ¿por qué? *Porque aprendí a usar técnicas para moderar mi consumo de alcohol*
 (2) Sin comentarios
 (3) Una mala meta ¿por qué?

23. Si estuviera al inicio de su tratamiento preferiría elegir usted mismo su meta de consumo de alcohol o preferiría que el terapeuta seleccionara dicha meta por usted?

- (1) Seleccionar la meta por mí mismo
 (2) Seleccione el terapeuta
 (3) Indiferente

En la siguiente sección estamos interesados en saber qué características específicas del tratamiento pudieran haber tenido algún efecto en la modificación de su consumo de alcohol.

24. Enumere que tan útiles le fueron cada una de las siguientes características del tratamiento, por medio de la siguiente escala que consta de cinco niveles diferentes:

(1) No recuerdo (2) No recuerdo (3) Sin opinión (4) útiles (5) Muy útiles

5__ (1) Entrevista inicial (su primer visita al Centro de Servicios Psicológicos antes de recibir tratamiento.

__ (2) El nombre de su terapeuta es: Gustavo Garnica

5__ (3) Las lecturas y tareas que fueron asignadas.

- 5__ (4) Auto – monitoreo de su consumo de alcohol en su cuadernillo, con los registros de su progreso.
- 4__ (5) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de los pros y contras).
- 5__ (6) La aproximación hacia la resolución de problemas (identificación de los factores de incitación de consumo de alcohol y sus consecuencias, opciones de desarrollo y planes de acción).
- 4__ (7) Énfasis en hacer las cosas por uno mismo (utilizando sus propias fuerzas y recursos).
- 4__ (8) La autoselección de las metas para el consumo de alcohol
- 5__ (9) Los dos contactos telefónicos que mantuvo con su terapeuta para la terapia de seguimiento.
- 5__ (10) Las 4 sesiones estructuradas de la terapia.

25. ¿Considera usted que el programa de auto cambio dirigido para bebedores problema en México, en el cuál usted participó, debería seguir estando a la disposición de nuestra población?

X__ (1) Si

____ (2) No

____ (3) Si. Sólo en determinados pacientes. Favor de escribir el tipo de pacientes que usted considere el apropiado para esta clase de tratamiento:

26. Con esto concluimos la entrevista. ¿Tiene algún comentario o alguna sugerencia que desee agregar?

El programa fue muy bueno, me enseñó muchas cosas y sobre todo me hizo recapacitar (para ello fueron muy útiles los registros y aprender a detectar las situaciones de consumo disparador de alcohol).