



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

**Maestría en Psicología con
Residencia en Adicciones**

**Reducción del consumo de alcohol y marihuana
a través de la aplicación de satisfactores cotidianos
no relacionados con el consumo**

Reporte de Experiencia Profesional

**Que para obtener el grado de:
Maestra en Psicología**

Presenta:

Lizbeth Roberta García Quevedo

Tutora: Dra. Silvia Morales Chainé

Revisor: Mtra. María José Martínez Ruíz

Comité Tutorial:

Dr. Roberto Oropeza Tena

Dra. Sara Cruz Morales

Dr. Juan José Sánchez Sosa

**La elaboración del presente reporte fue apoyada por el proyecto
CONACYT G36266-H**

México, D. F.

Junio 2010



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.

Índice

	Página
Resumen	3
Introducción	4
I. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	6
1. Antecedentes del fenómeno de las Adicciones	7
1.1. Situación actual de consumo de drogas en México	7
1.1.1. Tabaco	8
1.1.2. Alcohol	9
1.1.3. Otras Drogas	10
1.2. Características de las drogas	12
1.2.1. Definición de droga.	13
1.2.2. Proceso adictivo: uso, abuso y dependencia	13
1.2.3. Clasificación y efecto de las drogas	16
1.3. Las adicciones: un fenómeno multifactorial	21
1.4. Prevención y tratamiento de las adicciones en México	24
1.4.1. Modelos Teóricos en adicciones	24
1.4.1.1. Modelo de enfermedad	24
1.4.1.2. Modelo psicodinámico	24
1.4.1.3. Modelo familiar	25
1.4.1.4. Modelo psicosocial	26
1.4.1.5. Modelo de aprendizaje	26
1.4.2. Prevención del consumo de drogas	32
1.4.3. Tratamientos para las adicciones en México	35
1.4.3.1 Sector Público	36
1.4.3.2 Sector Privado	37
1.4.3.3 Asociaciones Civiles	38
1.4.3.4 Sector Educativo. Intervenciones Cognitivo Conductuales	39
2. Formulación de programas	45
2.1 Prevención del consumo de drogas	45
2.1.1 Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida.	45
2.1.1.1 Desarrollo de Materiales	46
2.1.1.2 Cursos de capacitación en Habilidades para la Vida	49
2.1.2 Actividades de prevención y atención de las adicciones del	55

CONADIC	
2.2 Tratamiento de las conductas adictivas	57
2.2.1 Método	57
2.2.2 Resultados	71
2.3 Desarrollo y evaluación de una lista de chequeo para evaluar etapa de cambio en usuarios de sustancias adictivas	76
2.3.1 Método	76
2.3.2 Resultados	78
3. Conclusión y discusiones generales	80
II. SESIÓN TÍPICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL: Reducción del consumo de alcohol y mariguana a través de la aplicación de satisfactores cotidianos no relacionados con el consumo	88
1. Introducción	89
2. Método	94
3. Resultados	108
4. Discusión y Conclusiones	115
Referencias	121
Anexo A. Lista de chequeo para identificar etapa de cambio (LIEC)	133
Anexo B. Expediente de Sesión Típica del Ejercicio Profesional	127

Resumen

El uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas es un problema de salud pública a nivel mundial y que en México se ha incrementado en los últimos años. La Quinta Encuesta Nacional de Adicciones describe por un lado, que el consumo de drogas se presenta a edades cada vez más tempranas y, por otro lado, el incremento del consumo de drogas en general, sobre todo entre las mujeres.

El objetivo del presente trabajo es describir las acciones de prevención, tratamiento e investigación realizadas durante la Residencia de la Maestría en Psicología de las Adicciones de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). El trabajo está organizado en dos secciones: I. Reporte de Experiencia Profesional y II. Sesión Típica del Ejercicio Profesional: *Reducción del consumo de alcohol y marihuana a través de la aplicación de satisfactores cotidianos no relacionado con el consumo.*

En la primera sección se describen los antecedentes del fenómeno de las adicciones y experiencias sobre la formulación de programas. En la segunda sección se explican detalladamente los antecedentes, el procedimiento y los resultados de la aplicación del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) para el abordaje de un caso clínico de consumo de alcohol y marihuana.

En general, los resultados de la primera sección muestran que se contribuyó sustancialmente en el desarrollo de materiales de apoyo y a la transmisión de conocimientos a través de cursos de capacitación, como aportaciones para una estrategia de prevención universal de las adicciones. Asimismo, se describe cómo se logró la disminución del consumo de drogas mediante la aplicación de programas cognitivo conductuales en seis usuarios, y cómo se diseñó y se utilizó una Lista de Indicadores de Etapa de Cambio como parte de las acciones de investigación de la Residencia.

Los resultados de la segunda sección, donde se describe a detalle una sesión modelo para la reducción del consumo de alcohol y marihuana a través de una metodología probada en el tratamiento de otras adicciones en población mexicana, mostraron que la intervención fue efectiva y que puede servir como base para dar seguimiento a nuevas líneas de investigación.

Introducción

El uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública que ha crecido en los últimos veinte años de manera exponencial y que se perfila como un reto de gran importancia por superar, sobre todo en cuanto a recursos e infraestructura de atención se refiere. Es por ello que actualmente el Gobierno Mexicano ha dado especial atención al problema de las adicciones tanto en la vertiente de combate a la oferta de sustancias psicoactivas como en el de reducción de la demanda, a través de acciones informativas de promoción de la salud y de prevención (Secretaría de Salud, 2008).

En el ámbito nacional, la Quinta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), describe que entre la población de 12 a 65 años cerca de 14 millones de mexicanos han fumado en el último año y poco más de cuatro millones cumplen con los criterios de dependencia. Con relación al consumo de drogas ilegales, se ha incrementado en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años, pasando de un 5% a un 5.7%, de 2002 a 2008. Las drogas ilegales (marihuana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas), aumentaron de 4.6 a 5.2%, en este mismo periodo. En general la encuesta describe por un lado, un aumento general en el consumo de drogas, especialmente en mujeres, y por otro lado, el inicio en el consumo de drogas a edades cada vez más tempranas.

Se sabe que el consumo de drogas no solo afecta a quien las consume sino a la sociedad en general, por tal motivo es necesario poner en marcha acciones de prevención, tratamiento e investigación que permitan combatir el problema de una manera científica y efectiva. En este sentido y como parte del compromiso educativo y social que la Universidad Nacional Autónoma de México tiene con nuestro país, imparte la Maestría en Psicología de las Adicciones. El objetivo de este trabajo es describir las acciones de prevención, tratamiento e investigación realizadas como parte de la Residencia de la Maestría mencionada.

El presente trabajo está organizado en dos secciones: I. Reporte de Experiencia Profesional y II. Sesión Típica del Ejercicio Profesional: *Reducción del consumo de alcohol y marihuana a través de la aplicación de satisfactores cotidianos no relacionado con el consumo.*

En la primera sección, **I. Reporte de Experiencia Profesional**, se describen los Antecedentes del fenómeno de las adicciones que contiene información sobre la situación actual de consumo de drogas en México, las características y consecuencias del consumo de drogas. Además, se describe a las adicciones como un fenómeno multifactorial, se habla de la prevención y tratamiento de las adicciones en México, enfatizando en la aplicación y efectividad de las

intervenciones cognitivo conductuales a nivel nacional e internacional. Asimismo, se considera la revisión de la formulación de programas, en donde se describe detalladamente las actividades realizadas en materia de prevención, tratamiento e investigación en adicciones durante la residencia, para finalmente presentar la discusión y conclusiones generales de la primera parte.

En la segunda sección, **II. Sesión Típica del Ejercicio Profesional:** *Reducción del consumo de alcohol y marihuana a través de la aplicación de satisfactores cotidianos no relacionados con el consumo*, se explican detalladamente los antecedentes, el procedimiento y los resultados de la aplicación del Programa de Satisfactores Cotidianos, para el abordaje de un caso clínico de consumo de alcohol y marihuana.

En la parte final del reporte se consideran las Referencias, el Anexo A: Lista de chequeo para identificar la etapa de cambio (LIEC) y el Anexo B. Expediente de Sesión Típica del Ejercicio Profesional.

I. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

1. Antecedentes del fenómeno de las adicciones

El abuso y dependencia a las drogas es un problema de salud pública que ha crecido en los últimos veinte años de manera exponencial y que se perfila como un reto de gran importancia por superar, sobre todo en cuanto a recursos e infraestructura de atención se refiere. Es por ello que actualmente el Gobierno Mexicano ha dado especial atención al problema de las adicciones tanto en la vertiente de combate a la oferta de sustancias psicoactivas como en el de reducción de la demanda, a través de acciones informativas de promoción de la salud y de prevención (Secretaría de Salud [SS], 2008).

La identificación de los factores que concurren en el complejo fenómeno de las adicciones, desde la disponibilidad y el acceso a las sustancias, hasta las opciones de tratamiento y rehabilitación para quienes las padecen, pasando por la identificación de aquellos factores que las favorecen su consumo o lo dificultan, han requerido siempre de la utilización de varios instrumentos y herramientas que sirven para conocer la magnitud del problema, a la vez que son de gran utilidad también para la planificación de los servicios y las acciones necesarias para reducirlo, así como para evaluar el impacto de estas mismas (SS, 2008).

Las encuestas sobre el uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas constituyen un valioso instrumento para la toma de decisiones y definición de referentes base, además de ser una ventana a través de la cual la sociedad puede observar y vigilar, así como evaluar el impacto de las acciones que se ponen en marcha para controlar este importante problema de salud pública. Por tal motivo, en este capítulo se presenta un panorama general sobre la epidemiología del consumo de las principales sustancias psicoactivas consumidas en México esta información permitirá a los lectores conocer el estado actual y desarrollo del problema. Se definen conceptos básicos relacionados con el consumo de sustancias, las características psicofarmacológicas de las sustancias así como los efectos que provocan a corto y largo plazo entre quienes las utilizan. También se describen los motivos por los que se inicia el consumo de drogas y finalmente las acciones de prevención y tratamiento que actualmente se ofrece para la atención de las adicciones.

1.1 Situación actual de consumo de drogas en México

En México, el consumo de drogas ha mostrado variaciones importantes a partir de la década de los 70, en los primeros estudios de epidemiología prevalecía el consumo de inhalables entre menores y marihuana entre los jóvenes; ahora se suma un consumo cada vez mayor de cocaína que ha llegado a los niños y a sectores con bajos recursos económicos de la población. En los adultos se

incrementa su uso por vía intravenosa, se detecta un brote epidémico de heroína en algunas regiones de la frontera norte y aparecen nuevas drogas como son las metanfetaminas (Medina- Mora, 2002).

A continuación se presentan los datos de consumo por sustancia, siguiendo el orden más utilizado en la literatura, iniciando con tabaco, seguido por alcohol y finalmente por otras drogas ilegales.

1.1.1 Tabaco

La Quinta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008) describe que, en el ámbito nacional en la población de entre 12 y 65 años, el 35.6%, cerca de 27 millones de mexicanos (48.8% de los hombres y 23.4% de las mujeres), han probado el cigarro alguna vez en su vida. Cuando se compara por grupo de edad, 14.9% de los adolescentes y 40.2% de los adultos han probado el cigarro alguna vez en su vida. Al comparar el consumo de tabaco por localidad (urbano-rural), se observan diferencias en las áreas rurales, donde 23.6% de la población, 38.5% de los hombres y 9.7% de las mujeres refirieron haber probado el cigarro alguna vez en la vida.

En el ámbito nacional entre la población general de 12 a 65 años, la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez fue de 17.1 años. En la población adolescente, fue de 13.7 años y en la adulta, de 17.4 años. Las edades promedio de consumo de tabaco por primera vez en la población de adolescentes y adultos en el ámbito rural fueron muy similares a las de la población nacional. También se reporta que en la población de entre 12 y 65 años, en el ámbito nacional, 17.2%, cerca de 13 millones de mexicanos, han fumado más de 100 cigarros en su vida. Por grupo de edad, se observa que, 2.5% de los adolescentes y 20.4% de los adultos han fumado más de 100 cigarros a lo largo de su vida (ENA, 2008).

En el ámbito nacional entre la población de 12 a 65 años se observa que 18.5%, cerca de 14 millones de mexicanos, son fumadores activos (personas que han fumado en el último año). El consumo de tabaco en los hombres fue de 27.8% y de 9.9% en las mujeres. Al comparar por grupos de edad, 8.8% de los adolescentes y 20.6% de los adultos respondieron haber fumado durante el último año. Los fumadores activos de entre 12 y 65 años, en promedio, inician el consumo diario de cigarrillos a los 16.7 años; los hombres, a los 16 años y las mujeres, a los 18. La edad promedio de inicio de consumo diario de cigarrillos fue de 13.7 años y de 16.8 años en adolescentes y adultos, respectivamente (ENA, 2008).

1.1.2 Alcohol

El patrón de consumo típico de alcohol en la población mexicana es de grandes cantidades por ocasión de consumo. En total, casi 27 millones de mexicanos (26, 828 893) de entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Casi 4 millones de personas (3, 986 461) beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios) (ENA, 2008).

El consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por una mujer. Entre ellas, sin embargo, esta manera de beber está aumentando, especialmente entre las adolescentes. La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (1 mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (1 adolescente entre 12 y 17 años por cada 5 mayores de 18 años). Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años. Los niveles descienden después conforme aumenta la edad (ENA, 2008).

La proporción de la población que presenta abuso o dependencia al alcohol es muy elevada. Poco más de cuatro millones de mexicanos (4, 168, 063) cumple con los criterios para este trastorno; de éstos, tres y medio millones (3, 497, 946) son hombres y poco más de medio millón (670, 117) son mujeres. Esta forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas. Las dificultades más frecuentes ocurren con la familia (10.8%), a continuación aparecen las peleas (6%). Los problemas con la policía son menos frecuentes (3.7%), pero en una proporción importante (41.3%) se encontraron personas que fueron detenidas bajo los efectos del alcohol. También se presentan problemas laborales (3.7%) y en una proporción menor los problemas derivados de la pérdida del empleo o en la posibilidad de perderlo (1.4%) (ENA, 2008).

La cerveza es la bebida de preferencia de la población mexicana. Le siguen los destilados y, en una proporción significativamente menor, el vino de mesa y las bebidas preparadas. El pulque es consumido por una proporción menor de la población, pero su consumo prevalece. El consumo de alcohol de 96° y de aguardiente es bajo. El orden de preferencia por tipo de bebida es similar entre hombres y mujeres. La mayor diferencia se observa en el consumo de aguardiente y de alcohol de 96° (8.5 hombres los consumen por cada mujer). En los adolescentes, el orden de preferencia cambia, ya que prefieren bebidas preparadas. El mayor consumo de cerveza, destilados, vino y bebidas preparadas ocurre entre los 18 y 29 años. El gusto por las bebidas preparadas disminuye en

forma importante después de los 29 años. El mayor consumo de pulque ocurre entre los 30 y 39 años (ENA, 2008)

1.1.3 Otras drogas

Los resultados de la Quinta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008) indican que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en este periodo. Las drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6 a 5.2%; y el consumo de drogas médicas con potencial adictivo, usadas fuera de prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002.

Por grupos de población, se observa que, si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por una mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres se incrementó de 8 a 8.8% (ENA, 2008).

La mariguana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población. El consumo de la primera aumentó de 3.5 en 2002 a 4.2% en 2008; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor, pasando de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, se duplicó entre ambas mediciones. La incidencia acumulada de la mariguana alcanzó 4.2%, seguida en orden por la cocaína con 2.4% (una cuarta parte de los usuarios de cocaína consumen crack). En tercer lugar, se sitúan los inhalables (0.7%), seguidos de cerca por las metanfetaminas (0.5%), los alucinógenos (0.4%) y la heroína (0.1%). Sin tomar en cuenta las drogas médicas, hombres y mujeres tienen el mismo orden de preferencia. Hay 1.8 hombres que usan mariguana por cada uno que usa cocaína; en el caso de las mujeres, la razón es de 2 a 1. En relación con las drogas médicas, los hombres presentan un mayor consumo que las mujeres. Ambos grupos prefieren los tranquilizantes y a continuación, las anfetaminas (ENA, 2008).

De acuerdo con los registros del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) en los centros de tratamiento no gubernamentales del Distrito Federal indican que la mayoría de las personas que acuden a tratamiento son hombres (87.4%), destaca la población adulta de 35 años o más (23.9%). Entre 2006 y 2007, las drogas ilegales más consumidas entre la población que acudió a estos centros fueron la cocaína (63.1%), la mariguana (51.5%) y el crack (37.3%) (SS, Dirección General de Epidemiología, SISVEA, 2007). Así mismo los Centros de Integración Juvenil (CIJ) reportan que entre sus pacientes en el

Distrito Federal, la droga de impacto, en los hombres fue la cocaína (32.6%) y en las mujeres el alcohol (21%) (SS, DGE, SISVEA & CIJ, 2007).

Con base en la edad de inicio, se identificaron dos grupos de drogas: aquéllas con un inicio temprano (antes de los 18 años) y aquéllas con un inicio en la edad adulta. En el primer grupo se encuentran los sedantes (50.9% de quienes usaron estos medicamentos fuera de prescripción médica lo hicieron por primera vez en la adolescencia), la marihuana (55.7%), los inhalables (63.3%), y las metanfetaminas (46.5%). En el segundo grupo se encuentran los estimulantes usados fuera de prescripción cuyo uso inicia más frecuentemente entre los 18 y los 25 años (35.9%). A esta edad también suele iniciar el uso de cocaína (48.5%), alucinógenos (53.1%), y heroína (45.7%). Cabe mencionar que las personas que notificaron sobre el uso de crack, habían iniciado antes de los 18 años (42.2%) y después de esta edad, entre los 18 y 25 años (41.9%). Solamente 6.9% de los usuarios informó haber iniciado en el uso de drogas entre los 26 y los 34 años, y 3.3% después de esta edad (ENA, 2008).

Con relación a la prevalencia anual del consumo de drogas la Encuesta indica que casi una tercera parte de quienes notificaron haber usado drogas alguna vez lo había hecho durante el último año. El índice de casos activos durante el último año en la población de entre 12 y 65 años, fue de 1.6%. Esta cifra aumenta a 2.5% cuando sólo se considera a los hombres y a 3.4% cuando sólo se considera a los hombres jóvenes (18 a 34 años). Entre los hombres, el consumo más alto se presentó entre aquéllos de 18 a 34 años (3.4%), seguidos por los adolescentes (2.1%) y finalmente por aquéllos de más de 35 años (1.7%). Entre las mujeres, el mayor índice se presentó entre las adolescentes (1.3%) y disminuye conforme aumenta la edad (1% entre aquéllas de 18 a 34 años y sólo 0.4% entre aquellas mayores de 35). Además se observó que 62 de cada 100 casos activos en el último año también lo fueron durante el último mes. El consumo en el último mes muestra un patrón similar y las diferencias entre hombres y mujeres son menores entre los adolescentes, la relación de 1.8 hombres por cada mujer aumenta en el siguiente grupo de edad a 5.8 hombres por cada mujer y a 6 en el grupo de mayores de 35 años (ENA, 2008).

Los resultados confirman que un inicio del consumo de tabaco y de alcohol anterior de los 18 años incrementa la probabilidad de usar otras drogas. Por ejemplo, 14.2% de las personas que empezaron a fumar antes de los 18 años experimentaron con marihuana, en comparación con sólo 5.4% de quienes fumaron por primera vez entre los 18 y 25 años. La proporción para cocaína fue de 7.6% contra 3.8%; esta misma tendencia se observa para todas las drogas. En conjunto, 17% de quienes fumaron antes de llegar a la mayoría de edad experimentó también con otras drogas; esto ocurrió solamente en 6.9% de

quienes empezaron a fumar entre los 18 y 25 años, y en 1.4% de quienes fumaron después de los 26 años (ENA, 2008).

Esta misma situación se observa para el alcohol, 15.8% de quienes lo bebieron antes de llegar a la mayoría de edad experimentó también con otras drogas. Esto ocurrió solamente en 4.7% de quienes empezaron a beber entre los 18 y 25 años y en 1.2% de quienes lo hicieron después de los 26 años (ENA, 2008). Esto mismo es reportado por los centros de tratamiento no gubernamentales, quienes indican que en el 2007, las personas atendidas registraron que el alcohol (57.7% hombres y 56% mujeres) y el tabaco (18% hombres y 16.9% mujeres) fueron las principales drogas de inicio en ambos sexos (SS, DGE & SISVEA, 2007). En Centros de Integración Juvenil también el tabaco (53.5% hombres y 63.2% mujeres) y el alcohol (31.3% hombres y 27% mujeres) también fueron las principales drogas de inicio en ambos sexos (SS, DGE, SISVEA & CIJ, 2007).

1.2 Características de las drogas

Las sustancias adictivas han sido utilizadas por la mayoría de las culturas desde tiempos prehistóricos. Durante siglos, estas sustancias han tenido muchas funciones individuales y sociales. A nivel individual, han proporcionado estimulación, liberación tanto de estados emocionales adversos como de síntomas físicos indeseables y estados alterados de conciencia. A nivel social las sustancias adictivas han facilitado los rituales religiosos, ceremonias y han tenido finalidades médicas (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

Sin embargo, el abuso y dependencia de sustancias ha alcanzado, en las últimas décadas, gran importancia por su difusión, consecuencias sociales y sanitarias (Martín del Moral & Lorenzo, 2003). El problema del abuso de drogas tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo y la estabilidad social. Este problema se ha convertido en un fenómeno global que afecta a todos los países, aumentando la demanda por estas sustancias, generando un incremento en su producción y con esto el aumento en el consumo.

1.2.1 Definición de droga

El término droga es amplio y ambiguo. En 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS), manteniendo un criterio clínico, la definió como "toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones" (Martín del Moral & Lorenzo, 2003, p. 4). Desde la perspectiva médica

y científica, se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

1. Son sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste.
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su administración, por el placer que generan.
3. El cese de su consumo puede dar lugar a un gran malestar físico y/o psíquico.
4. No tienen ninguna aplicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

En el contexto que nos ocupa el término droga se aplica a “sustancias con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psico-orgánico y de conducta social” (Martín del Moral & Lorenzo, 2003, p. 4).

Las convenciones de las Naciones Unidas para el control de sustancias no establecen una definición entre drogas legales o ilegales; sólo señalan el uso como lícito o ilícito. Pero en general se emplea el término “droga ilegal” o “ilícita” al hablar de aquellas que no están bajo un control internacional, que pueden o no tener un uso médico legítimo, pero que son producidas, traficadas y/o consumidas fuera del marco legal (ENA, 1998). Por otra parte, en algunas poblaciones las drogas médicas usadas fuera de un adecuado control terapéutico son la principal causa de abuso y adicción; los solventes volátiles, aunque no están dentro del mencionado control internacional, son frecuentemente usados con fines de intoxicación en México (ENA, 1998).

1.2.2 Proceso adictivo: uso, abuso y dependencia

La dependencia a drogas se instaura a través de un proceso que inicia con un uso, pasando por un abuso hasta llegar a la dependencia. El **uso** de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social; es decir, el término uso significa sencillamente consumo, utilización de la sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales o familiares negativos. En ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin que produzca tolerancia o dependencia. Por otro lado, el **abuso** se refiere a cualquier consumo de sustancia que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo. Se trata de un uso inadecuado por su cantidad, frecuencia o finalidad (Martín del Moral & Lorenzo, 2003). Con excepción de alcohol, el consumo de cualquier otra droga se considera abuso.

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) (1994), la característica más importante del abuso de sustancias es la presentación de consecuencias adversas para la persona, relacionadas con el consumo repetido de la sustancia. Estas consecuencias incluyen:

1. Incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa.
2. Consumo de la sustancia en situaciones físicamente peligrosas para él y las personas que le rodean.
3. Presencia de problemas legales relacionados con el consumo.
4. Presencia de problemas sociales o interpersonales continuos o frecuentes por el consumo de la sustancia.

Además el abuso puede implicar un riesgo para el siguiente paso del proceso adictivo, que es la dependencia. La OMS define **dependencia** como un "síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad por el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes" (Martín del Moral & Lorenzo, 2003, p. 7).

La APA (1994) define a la dependencia como un patrón desadaptativo en el consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los síntomas siguientes, en algún momento, dentro de un periodo continuado de 12 meses:

1. *Tolerancia*: necesidad de consumir cantidades mayores de la sustancia para conseguir el efecto deseado. O que el efecto de las mismas cantidades disminuya con su consumo repetido.
2. *Abstinencia*: se presenta un cuadro denominado síndrome de abstinencia agudo o de retirada, caracterizado por una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variable, cuando se suspende bruscamente el consumo de la droga.
3. La sustancia es administrada en cantidades o periodos mayores de lo que se pretendía.
4. Hay esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, el consumo o la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Hay reducción de actividades sociales, laborales o recreativas.
7. Se continúa usando la sustancia a pesar de consecuencias negativas causadas o exacerbadas por el consumo.

Después de un consumo continuo, en la persona puede instaurarse la dependencia física, que también recibe el nombre de neuroadaptación, este es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos

componentes principales son: la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo (Martín del Moral & Lorenzo, 2003).

Martín del Moral y Lorenzo (2003) describen dos tipos de dependencia, además de la física, que se pueden presentar en consumidores de sustancias adictivas: la dependencia psicológica y la dependencia social. La dependencia psicológica viene determinada por el deseo irresistible de repetir la administración de una sustancia para sentir los efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o evitar el malestar que se tiene con la ausencia de ésta. Los efectos reforzadores positivos y negativos provocan cambios conductuales en la persona, es decir, manifiestan una acción irresistible de búsqueda, obtención y consumo de droga. Estos efectos constituyen la mayor parte de la dependencia psicológica, también denominada dependencia conductual.

La dependencia social, está determinada por la necesidad de consumir la sustancia como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal. El abandono del consumo puede generar en el consumidor problemas en la relación con otras personas capaces de provocar la reanudación de su consumo con el objeto de restablecer el equilibrio social en el que se encontraba comfortable (Martín del Moral & Lorenzo, 2003).

Es importante mencionar que el tiempo de consumo que se requiere para desarrollar dependencia física y psicológica a una droga es variable, depende de las características personales de quién la consuma, el tipo de sustancia, la cantidad y la frecuencia de consumo. Las sustancias que son capaces de producir adicción no lo hacen desde la primera vez que se consumen. Esto nos da una oportunidad de prevenir. Por eso es importante saber distinguir entre los conceptos de abuso y dependencia. Sin embargo en casi todos los casos existe la posibilidad de generar dependencia, sobre todo con algunas drogas como el alcohol, la nicotina, la cocaína y las metanfetaminas.

A continuación se presenta un panorama general de las características de las drogas más utilizadas en México según la última encuesta de adicciones (ENA, 2008), alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y sus derivados, inhalables, alucinógenos, heroína y metanfetaminas.

1.2.3 Clasificación y efectos de las drogas

Existen varias formas de clasificar a las drogas. Hay diferencias en los criterios para enmarcar los tipos de sustancias atendiendo a su capacidad adictiva, a la acción que ejercen en el organismo, a las respuestas que provocan en el psiquismo, etc. La clasificación farmacológica es la más recomendada (Cruz, 2007). Esta

clasificación tiene como base la separación de las drogas en cuatro grandes grupos claramente diferenciados por sus efectos sobre el sistema nervioso central: estimulantes, depresores, opioides y alucinógenos (Tabla 1). Dentro de ellos a veces se establecen subgrupos para abarcar a la mayoría de las drogas conocidas.

Tabla 1. Clasificación farmacológica de las drogas.

Grupo	Drogas	Efectos sobre el organismo
1. Estimulantes	<p>Estimulantes mayores: Cocaína (clorhidrato de cocaína) y base libre (crack), anfetaminas, metanfetaminas y MDMA (éxtasis).</p> <p>Estimulantes menores: nicotina y cafeína.</p>	<p>Activan el sistema nervioso central. Provocan aumentan en el estado de alerta y la energía, mejoran el estado de ánimo, provocan disminución del sueño y del apetito y adicción.</p>
2. Depresoras	<p>Alcohol, tranquilizantes o sedantes, hipnóticos (drogas que inducen el sueño), éxtasis líquido o GHB y disolventes inhalables.</p>	<p>Disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central. Provocan estimulación inicial seguida de una depresión de mayor duración, falta de coordinación motora, lenguaje desarticulado, deterioro del equilibrio, sueño, desinhibición social, disminución de funciones mentales superiores (atención, juicio, razonamiento, memoria, coordinación e inteligencia), deprimen el estado de ánimo y adicción.</p>
3. Opioides	<p>Derivados del opio, compuestos naturales, sintéticos o semisintéticos con acciones similares a las de la morfina, como la heroína.</p>	<p>Los efectos generales de este grupo de drogas son: analgesia, constricción pupilar extrema, disminución del reflejo de la tos, estreñimiento, sensación de relajación sin falta de coordinación locomotriz, euforia dependencia física, elevada capacidad de inducir dependencia.</p>
4. Alucinógenos	<p>LSD, psilocibina (presente en hongos alucinógenos), mescalina (peyote), anestésicos disociativos (fenciclidina o polvo de ángel), ketamina y</p>	<p>Pueden disminuir o activar el sistema nervioso central, su característica principal es que provocan una percepción distorsionada del tiempo y del espacio, mezcla de percepciones sensoriales (oír colores), percepción esporádica de episodios en los que se reviven los efectos que se tuvieron por la droga sin que ésta se</p>

cannabinoides. encuentre presente en el organismo (flashbacks) y cambios bruscos en el estado de ánimo.

Fuente: Cruz, 2007

Los efectos de las drogas son variados, en la Tabla 2 se describe a grandes rasgos algunos de los principales efectos a corto plazo (efecto agudo del consumo inmediato), y a largo plazo (periodos de consumo prolongados y/o con grandes cantidades de las sustancias) reportadas con mayor índice de consumo en México, según la Quinta Encuesta Nacional de las Adicciones (ENA, 2008).

Es importante mencionar que los efectos de las sustancias varían dependiendo de las características de la droga (pureza), vía de administración, cantidad, frecuencia de uso y de las características de quién las consume (físicas, psicológicas y afectivas).

Tabla 2. Efectos a corto y a largo plazo de las sustancias adictivas.

Sustancia	Efectos a corto plazo	Efectos a largo plazo
Alcohol	Deprime centros nerviosos que controlan la conducta. Dificulta la coordinación muscular y equilibrio. Entorpece funciones mentales superiores.	Produce daño en corazón, hígado, aparato digestivo, y sistema nervioso. Periodos de amnesia, con alteración de la conciencia. Síndrome de Wernicke-Korsakoff, desnutrición, cirrosis hepática, pancreatitis y hepatitis alcohólica.
Tabaco	Provoca hipertensión arterial, aumento en la frecuencia cardiaca, acidez gástrica, pérdida de apetito y disminución de agudeza olfatoria y degustadora.	Produce infarto miocárdico, deterioro de circulación sanguínea en cerebro y extremidades, problemas infecciosos del aparato respiratorio y enfisema pulmonar. Cáncer en cavidad bucal, laringe, pulmones, vejiga, riñones, esófago, osteoporosis.

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Marihuana</p>	<p>Provoca distorsión tiempo-espacio, euforia, falta de coordinación motora, risa incontrolable, labilidad emocional, incremento del apetito, enrojecimiento de la conjuntiva (ojos rojos), relajación e inhibición de los reflejos. La memoria y atención se obstaculizan.</p>	<p>Pérdida de memoria, síndrome amotivacional caracterizado por pasividad, conformismo y apatía, deficiencia inmunológica. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis y cáncer pulmonar. Sentimientos de pánico, despersonalización y angustia.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Inhalables</p>	<p>Provoca desinhibición, sensación de ligereza, euforia y agitación. Disminuye reflejos, dificulta la concentración y desorientación. Hay mareo, náusea e irritación de las vías respiratorias.</p>	<p>Produce ansiedad, depresión, pérdida de memoria y problemas de aprendizaje, alucinaciones con conductas alteradas, bronquitis crónica, muerte neuronal, atrofia en tallo cerebral y cerebelo debilidad muscular, alteraciones del lenguaje, delirio, arritmias cardíacas y anemia. Daños en sistema nervioso, irreversibles.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Alucinógenos</p>	<p>Afectan percepción visual, imagen corporal. Labilidad emocional. Disminuye memoria reciente y capacidad de atención y concentración, dificultad para expresar pensamientos.</p>	<p>Problemas gastrointestinales respiratorios, neurológicos, cardiovasculares y psiquiátricos como psicosis esquizoafectivas. Cambios intensos en el estado de ánimo, alucinaciones y flashbacks. Síndrome amotivacional similar al de marihuana.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Cocaína y sus derivados</p>	<p>Euforia, energía, alerta, disminución del apetito, incremento de la presión arterial y la presión cardíaca. Se agudizan particularmente las sensaciones de la vista, el oído y el tacto.</p>	<p>Comportamiento extravagante, errático y violento. Problemas de concentración y deterioro de la memoria. Paranoia, irritabilidad y ansiedad. Problemas cardiovasculares, respiratorios, neurológicos, alteración del sueño y disminución crónica del apetito.</p>

Heroína	Suprime dolor y produce euforia, sensación intensa de bienestar, relajación y somnolencia. Disminuye la función intestinal, la función cardíaca y la respiración.	Provoca tolerancia marcada a los efectos deseables lo cual aumenta el riesgo de sobredosis, dependencia física intensa, riesgo de contraer hepatitis, sida y hepatitis B y C, disminución de la función inmunológica, venas colapsadas, infecciones bacterianas, infección del endocardio y las válvulas del corazón, artritis.
Metanfetaminas	Euforia, hiperactividad, aumento de la actividad motora, mejoría de la atención concentración y del estado de ánimo, aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial, disminución de fatiga, sueño y hambre.	Provocan confusión, agresividad, ansiedad, delirio, estados de pánico e intentos de suicidio u homicidios y depresión. Alteraciones cardiovasculares y en el aparato digestivo, anorexia, daño hepático, pérdida de peso y debilidad muscular.

Fuente: Brailowsky, 2002; Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2003; Cruz, 2007.

Algunas enfermedades asociadas al consumo de drogas pueden ser, en su fase más avanzada y en algunos casos, de carácter crónico, irreversible, incapacitante y letal. El consumo de sustancias puede dar lugar al deterioro en la calidad de vida de los usuarios y a la pérdida de años potenciales de vida saludable; también puede incidir en la disminución de la productividad, el incremento del ausentismo laboral, la sobre utilización de los servicios de salud, y el aumento de las tasas de mortalidad por padecimientos asociados, lo que se traduce en un elevado costo social: problemas familiares, sociales, emocionales, laborales y educativos, entre otros (Oropeza, 2003).

Según la OMS (2010), en la actualidad la atención al consumo de tabaco es una prioridad de salud pública. El tabaco es la segunda causa principal de mortalidad en el mundo. Actualmente provoca una de cada 10 defunciones de adultos en todo el mundo (5 millones de defunciones por año). De mantenerse las pautas actuales de tabaquismo, el consumo de tabaco provocará unos 10 millones de defunciones por año para el 2020. La mitad de las personas que en la actualidad fuman (650 millones de personas), morirán a causa del tabaco.

El costo económico del consumo de tabaco es igualmente devastador. Además de los elevados gastos de salud pública relacionados con el tratamiento de enfermedades causadas por el tabaco, el tabaco mata a las personas principalmente, estando en edad productiva, privando a las familias de su sustento y a las naciones de una fuerza de trabajo sana. Además, los

consumidores de tabaco son menos productivos durante su vida debido a su mayor vulnerabilidad a las enfermedades (OMS, 2010). En México, más de 53 mil personas fumadoras mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, lo que significa al menos 147 defunciones diarias, una cada 10 minutos (SS & CONADIC, 2006).

El alcohol es una de las primeras conductas de riesgo en lo que respecta a enfermedad y muerte prematura, siendo tan importante que otros factores como el tabaquismo, la hipercolesterolemia, el sobrepeso, la desnutrición y los problemas de saneamiento. Aparte de ser una droga que provoca dependencia y es el origen de más de 60 tipos de enfermedades y lesiones, el alcohol es responsable de causar serios problemas y daños sociales, mentales y emocionales, como criminalidad y violencia familiar, con elevados costos para la sociedad. El alcohol no sólo perjudica al consumidor, sino también a quienes lo rodean, al feto en mujeres embarazadas, a niños y niñas, a otros miembros de la familia y a víctimas de delitos, violencia y accidentes por conducir en estado de ebriedad (Monteiro, 2008).

El consumo de alcohol es la principal causa de los accidentes automovilísticos en México y está detrás del 70 por ciento de las muertes que ocurren en las carreteras de este país. Los accidentes automovilísticos ocupan el primer lugar en las causas de muerte entre jóvenes de 15 a 30 años y el tercero entre personas de 30 a 45 años.

Casi uno de cada cuatro decesos de jóvenes mexicanos de 15 a 24 años está provocado por la acción de conductores ebrios (SS, 2008). La Secretaría de Salud (2009) reporta que semanalmente se atienden en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) alrededor de mil casos por intoxicación etílica diagnosticados como deshidratación o desequilibrio hidroelectrolítico.

El abuso de alcohol en los trabajadores mexicanos se ha convertido en una preocupación por los costos asociados a la atención del problema, cuando ya se presenta en accidentes, discapacidad y mortalidad. Incluso se estima que casi la quinta parte de los accidentes laborales se relaciona con la ingesta de bebidas alcohólicas y se encuentra entre las 10 principales causas de discapacidad entre los trabajadores, causas que afectan directamente la productividad del empleado con altos impactos indirectos a la empresa. Anualmente las autoridades de salud gastan alrededor de 12 mil millones de pesos en la atención de casos de alcoholismo.

Además 9% del total de enfermedades en México las genera el consumo de alcohol. Además en el 2007 murieron 20 mil 922 personas a causa del consumo de alcohol, siendo esta la tercer causa de decesos en los hombres.

Por otro lado, además de las consecuencias negativas que conlleva el consumo de drogas a la salud de los individuos, el consumo de drogas acarrea de manera indirecta problemas sociales de violencia como el narcotráfico. Según informes de la Procuraduría General de la República (2008), se sabe que el número de personas asesinadas por asuntos relacionados con el narcotráfico en México llegó a los 5.400 en 2008, duplicando la cifra de fallecidos registrados durante 2007, cuando murieron 2.447 personas. Aspecto que demuestra el crecimiento del problema y el poco control que tienen las autoridades al respecto.

1.3. Las adicciones: un fenómeno multifactorial

Las personas comienzan a consumir drogas por diferentes razones, el Instituto Nacional del Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) y el Instituto Nacional de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos (2008) describen las siguientes: 1) para sentirse bien, la mayoría de las drogas producen sensaciones placenteras intensas; 2) para sentirse mejor, algunas personas que sufren de ansiedad o fobia social, trastornos relacionados al estrés o depresión, comienzan a abusar las drogas en un intento de disminuir los sentimientos de angustia; 3) para rendir mejor, algunas personas sienten que mejoran su rendimiento atlético o cognitivo al consumir drogas; 4) por curiosidad o "porque los demás lo hacen". En este respecto, los adolescentes son particularmente vulnerables debido a la fuerte influencia que tiene sobre ellos la presión de sus amigos y compañeros (NIDA & NIH, 2008).

Según la Quinta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), las dos razones más importantes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores. El 60% de los fumadores hombres y mujeres inició el consumo de tabaco por curiosidad; 29.8% de los hombres y 26.9% de las mujeres iniciaron el consumo por convivencia con familiares, amigos o compañeros fumadores. El 68.6% de los adolescentes inició el consumo por curiosidad y 24.1%, por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores. Esta misma encuesta indica que es 4.5 veces más probable que una persona se involucre en el consumo de las drogas si su papá o hermanos usan drogas; sin embargo, la probabilidad se incrementa hasta 10.4 veces si quien las usa es el mejor amigo. El consumo en el entorno es el factor de riesgo más importante para el inicio en el consumo de drogas (SS, 2009; NIDA, 2008).

En las últimas décadas se han realizado diversos estudios para identificar los factores relacionados con el inicio y el abuso del consumo de drogas en jóvenes. El enfoque riesgo-protección es una perspectiva que permite identificar y actuar

sobre las múltiples causas que dan lugar a los problemas de salud; en este caso, las que propician el inicio en el consumo de drogas. Desde este punto de vista, se entiende como factor de riesgo aquella característica individual, condición situacional o del entorno que incrementa la probabilidad de que una persona se inicie y se mantenga en el uso o abuso de drogas (NIDA, 2004).

En contraparte, por factor de protección se entiende aquella condición individual, sociocultural y/o ambiental que reduce la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que dicho consumo llegue a causarle problemas importantes. Debe tenerse en cuenta que los factores de protección no son opuestos a los de riesgo, sino que se trata de elementos cuya presencia amortigua el impacto de los agentes causales de las adicciones. De este modo, los factores de protección hacen menos probable el consumo de drogas en los adolescentes (NIDA, 2004).

Las condiciones personales de cada adolescente o joven como, autoconcepto, autoestima, seguridad y confianza en sí mismo, juegan un papel trascendental en la posibilidad de que ciertos aspectos del ambiente social puedan fungir como factores de protección o de riesgo. Por ello, es importante notar que, aun cuando la mayoría de los individuos pueden estar expuestos a los factores de riesgo para el consumo de drogas, no todos comienzan a usarlas ni se hacen dependientes. Además, lo que puede ser un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra (NIDA, 2004). Entre algunos factores de protección, el NIDA (2008) describe el autocontrol, relaciones positivas con otras personas, vigilancia y apoyo de los padres, suficiencia académica, políticas contra el uso de drogas y apego fuerte al vecindario.

Los factores de riesgo son clasificados en individuales, familiares y sociales. Entre los factores de riesgo individuales, pueden contarse cierta predisposición física, una baja autoestima, una percepción empobrecida de sí mismo, mínima tolerancia personal a la frustración, sentimientos de soledad profundos y constantes, así como depresión en cualquier grado, sin la debida atención. En los adolescentes y jóvenes influye la curiosidad, la presión del grupo de amigos, la necesidad de aceptación y el deseo de experimentar sensaciones novedosas (SEP & CONADIC, 2008).

En cuanto a los factores de riesgo familiares, pueden describirse disfuncionalidad, ausencia de un sentido de pertenencia, falta de límites adecuados, inexistencia del sentido de responsabilidad y respeto, incapacidad para resolver las necesidades emocionales básicas de sus miembros, abandono o muerte de uno o ambos padres, carencia absoluta de supervisión parental, o bien sobreprotección, así como antecedentes de consumo en la familia (Cervantes-Leyzaola; 2007).

Entre los factores sociales, existen la disponibilidad y fácil acceso a las diferentes sustancias psicoactivas, particularmente a las bebidas con alcohol, la venta ilegal de cigarrillos sueltos a menores, el narcomenudeo, los movimientos migratorios, la transculturación, el hacinamiento y la escasez de oportunidades para obtener un empleo digno. Es importante subrayar que ninguno de los factores referidos es suficiente por sí mismo para originar una adicción; más bien, lo que favorece es que una persona se inicie y/o se mantenga en el consumo de alguna droga es la relación que pueda presentarse entre diversos elementos. Así, es factible que las adicciones puedan desarrollarse en personas pertenecientes a cualquier contexto familiar o nivel socioeconómico (SEP & CONADIC, 2008).

Mientras más son los riesgos, mayor es la probabilidad de que un joven inicie y abuse del consumo de drogas. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, por ejemplo, la presión de los compañeros para consumir drogas es más riesgosa durante los años de la adolescencia; al igual que algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez.

Un aspecto notable para que alguno de los factores descritos o la combinación de varios de ellos favorezcan el progreso de una adicción tiene que ver con la percepción de la persona sobre sus capacidades y su confianza en las mismas para emprender proyectos y enfrentar dificultades. Esta percepción de la autoeficiencia, que se inscribe dentro de los factores de tipo individual, hace que la decisión de consumir o no consumir alguna sustancia psicoactiva dependa, en buena medida, de la persona misma. Por ello, la escuela juega un papel importante en la formación y consolidación de tal autoeficacia en los niños y los adolescentes, desde la educación básica, a fin de que sean capaces de desarrollar plenamente sus habilidades para afrontar los factores de riesgo que se les presenten (SEP & CONADIC, 2008).

Los factores de riesgo y de protección pueden estar presentes durante diferentes etapas del desarrollo; sin embargo, si los riesgos son identificados con oportunidad, pueden atenuarse o cancelarse, a través de intervenciones preventivas, pero si no son tratados a tiempo, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el bajo rendimiento académico, la deserción escolar y/o dificultades sociales, lo que aumenta aún más la propensión al abuso de drogas en el futuro. Diversas investigaciones coinciden en subrayar la importancia de desarrollar intervenciones tempranas para fortalecer los factores de protección y anticiparse así al avance de otros problemas de conducta (NIDA, 2004).

1.4. Prevención y tratamiento de las adicciones en México

El consumo de drogas, representa una preocupación creciente en México, tanto para las entidades federativas como para la sociedad en general. Esta problemática exige contar con una variedad de recursos humanos y técnicos, así como con la coordinación de las instituciones y programas disponibles en el país, de tal modo que permita implantar estrategias y acciones de investigación, prevención, tratamiento, normatividad y legislación, así como de sensibilización y capacitación, para garantizar que las acciones beneficien a la población (SS, 2000).

1.4.1 Modelos Teóricos en Adicciones

Dentro de los modelos explicativos de las conductas adictivas, los más representativos son: el modelo de enfermedad, el modelo psicoanalítico, el modelo familiar, el modelo psicosocial y el modelo de aprendizaje. A continuación se describe brevemente cada uno.

1.4.1.1 Modelo de enfermedad

Este modelo, al basarse en aspectos orgánicos, también ha sido denominado modelo médico. Fue aplicado por Jellinek en 1952 al alcohol y propuesto para otras drogas por Dole y Nyswander en 1965. Los autores postulan que existe una predisposición genética que, junto con las dificultades en el proceso madurativo personal, provocan una susceptibilidad a la dependencia, todo ello asociado a la intervención de factores facilitadores como pueden ser el estrés ambiental y la exposición a las drogas. Las características de la adicción, de acuerdo a este modelo, son la pérdida de control en el consumo y uso continuado a pesar de consecuencias negativas, como problemas familiares, sociales y patrones constantes de recaída (Martín del Moral & Lorenzo, 1998).

Para este modelo la adicción es considerada como una enfermedad que se caracteriza por cronicidad y dependencia fisiológica; además es progresiva y degenerativa. En la terapia se considera al individuo como una víctima donde la abstinencia es la única meta y el tratamiento en muchos casos se apoya en la confrontación y conversación de apoyo grupal (De León & Pérez, 2001).

1.4.1.2 Modelo Psicodinámico

La terapia psicodinámica se sustenta en la suposición de que los problemas con las sustancias están arraigados en el inconsciente y en los conflictos pasados no resueltos, especialmente en las relaciones familiares tempranas. Su meta es ayudar al paciente a lograr la comprensión en las causas subyacentes de los problemas manifiestos, entender qué función tiene el abuso de sustancias y fortalecer las

defensas presentes para trabajar en el problema. En estos modelos, la alianza terapéutica fuerte con el terapeuta ayuda al cliente a hacer cambios positivos (Oropeza, 2003).

Las terapias psicodinámicas se enfocan en los procesos inconscientes. Las metas de estos modelos son fortalecer la conciencia del paciente así como entender la influencia del pasado en la conducta actual. En su forma breve, la aproximación psicodinámica capacita al paciente a analizar los conflictos no resueltos y los síntomas que surgen de relaciones disfuncionales pasadas, que se manifiestan en la necesidad o deseo de consumir sustancias (Oropeza, 2003).

La terapia psicodinámica breve es recomendada para usuarios: con psicopatología coexistente con el abuso de sustancias; internos que han tenido una hospitalización o desintoxicación; cuya recuperación es estable; y aquellos que no tienen daño cerebral orgánico o limitaciones en su capacidad mental.

1.4.1.3 Modelo familiar

Para este modelo la familia es la mejor unidad de análisis, ésta es vista como una unidad gobernada por reglas. Normalmente estas reglas mantienen un balance u homeostasis dentro de la familia. La homeostasis se refiere a que la familia intenta siempre mantener un balance dentro del sistema. Cualquier acción o conducta de un miembro de ésta puede afectar el sistema entero. Para evitar que estas conductas desestabilicen a la familia, esa última se ajusta al cambio con la finalidad de recuperar la homeostasis. En familias donde algún miembro es alcohólico o adicto, tradicionalmente los límites o patrones de relación se encuentran seriamente dañados (Margolis & Zwebwn, 1998).

La terapia familiar es una modalidad que trata al cliente como parte de un sistema familiar o considera a toda la familia como un cliente, ya que las interacciones entre los miembros de la familia con el consumidor pueden agravar el problema o ayudar de manera sustancial para resolverlo. El apoyo familiar puede ser crítico para el éxito en el tratamiento de los trastornos de abuso de sustancias especialmente en los casos donde la familia es parte del problema.

La terapia familiar se sugiere cuando el cliente muestra signos de que su abuso de sustancias está fuertemente influenciado por las conductas o la comunicación con los miembros de la familia. Al contrario, esta terapia está contraindicada cuando otros miembros de la familia son consumidores activos de la sustancia, son violentos, niegan que el consumo de sustancias del cliente sea problemático o permanecen muy enojados. El papel del terapeuta es ayudar a estos miembros a descubrir como operan sus propios sistemas, a mejorar su comunicación y sus

habilidades de solución de problemas y aumentar el intercambio de reforzamientos positivos entre los miembros (Margolis & Zwebwn, 1998).

1.4.1.4 Modelo Psicosocial

Los modelos sociológicos puros son pocos, y la mayoría comparten elementos de los modelos psicológicos. Los modelos psicosociales se construyen en el supuesto de que los procesos psicológicos en relación con los sociales, son los principales responsables del desarrollo de problemas de consumo de sustancias. Las intervenciones psicosociales han sido diseñadas para ayudar al cliente a confrontar y cambiar sentimientos, pensamientos e interacciones con otros significativos (familiares, amigos, compañeros de trabajo, conocidos), que disparan el uso de drogas (Martín del Moral & Lorenzo, 1998).

Los cambios en la esfera psicosocial se conceptualizan en función de tres dominios: bienestar emocional, funcionamiento cognoscitivo y recursos sociales. El bienestar emocional se enfoca en los sentimientos y emociones de los sujetos. El funcionamiento cognoscitivo describe la habilidad del consumidor para hacer una evaluación racional de las probables alternativas y se enfoca en la manera de pensar de la gente. El más importante dominio de progreso del cliente son los recursos sociales, que enfatizan la importancia de “estar al pendiente”, la confianza, las emociones y la forma en cómo se relaciona el consumidor con su medio ambiente externo (Oropeza, 2003).

1.4.1.5 Modelos de aprendizaje

Debido a que los programas de tratamiento y de prevención descritos en este trabajo están fundamentados en modelos de aprendizaje, se explicará a mayor detalle éste apartado. Los modelos de aprendizaje se fundamentan en el análisis conductual, el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante, las teorías cognitivo conductuales, la teoría de economía conductual y la teoría del aprendizaje social. 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).

El condicionamiento clásico, es un paradigma de aprendizaje, este sustenta que al aparearse un estímulo incondicionado con ante ciertos estímulos ambientales como personas, lugares u objetos específicos, se establece un aprendizaje estímulo-respuesta; constituyéndose estos últimos en estímulos condicionados o

precipitadores de la conducta de consumo motivando al usuario a obtener y consumir la droga (Schindler, Panlilio & Golberg, 2002).

El condicionamiento operante, o condicionamiento instrumental, es otro principio de aprendizaje que establece la adquisición de asociaciones entre conductas particulares y sus consecuencias. Las conductas que se aprenden por este medio, cambian en función de sus consecuencias, como puede ser, obtener una consecuencia agradable (reforzamiento positivo) o evitar una consecuencia aversiva (reforzamiento negativo) (Skinner, 1938). Este condicionamiento explica el abuso de sustancias adictivas debido al efecto reforzante de su consumo. Por tanto, la auto administración de la droga puede decrementar si se incrementa el número de respuestas requeridas para el consumo de la droga, si se elimina y bloquea el efecto reforzante de la droga, si se castigan las respuestas en las que es contingente el efecto reforzante de la droga, o si se organizan y estructuran reforzadores alternativos para conductas incompatibles (Higgins, 1997).

La teoría cognitiva señala que los desórdenes de abuso de sustancias reflejan pensamientos habituales, automáticos y negativos, así como creencias que deben identificarse y modificarse para cambiar tanto formas erróneas de pensar como conductas asociadas. El deseo de usar sustancias normalmente se activa en situaciones específicas, tales como presenciar la parafernalia de consumo de drogas, sentir aburrimiento, depresión o ansiedad. Uno de los elementos esenciales de la teoría cognitiva es la reestructuración cognitiva, ésta se enfoca en la modificación del papel que tiene la droga para la persona. El cambio de conducta implica que el usuario identifique los pensamientos relacionados con su consumo y con el deseo por la sustancia. Esta aproximación ayuda al usuario a analizar sus pensamientos negativos y reemplazarlos con creencias y acciones más positivas. Muchas estrategias de prevención de recaídas usan procesos cognoscitivos para identificar los eventos disparadores o los estados emocionales que reactivan el uso de sustancias y los reemplazan con respuestas más saludables (Beck, et al., 1999).

La teoría conductual (Skinner, 1938, 1953; Staddon, 2001) supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene, en buena parte, por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y el operante. Para este enfoque, la conducta resulta de la adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible modificar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos principios que explican su adquisición (Cooper, Heron & Heward, 1987).

Una estrategia conductual del estudio de las adicciones se enfoca en la identificación de conductas observables y cuantificables en relación con eventos del entorno, lo que se denomina un análisis funcional de la conducta. Por otro

lado en la teoría conductual el terapeuta enseña al cliente habilidades específicas para mejorar la identificación de deficiencias en el funcionamiento social, autocontrol, y otras conductas que contribuyen a los desórdenes del uso de sustancias. Algunas de las técnicas que se utilizan incluyen el entrenamiento en la asertividad, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de contingencias, contratos conductuales, reforzamiento comunitario y entrenamiento familiar, entrenamiento en habilidades de autocontrol, habilidades de enfrentamiento y manejo del estrés (Azrin, 1975) .

La teoría del aprendizaje social o cognitivo conductual (TAS) retoma principios del aprendizaje como el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el modelamiento, así como la teoría cognitiva. La Teoría Cognitivo Social (Bandura, 1977), señala que un factor importante para que las personas inicien el consumo y el abuso de sustancias es que aprenden a hacerlo. El modelo indica que la conducta humana es aprendida y determinada en menor medida por factores genéticos. Además considera que las relaciones entre los aprendizajes no son autónomas al organismo y están fuertemente reguladas por procesos interpretativos de naturaleza cognitiva (Bandura, 1986).

La TAS se fundamenta en el principio de determinismo recíproco donde el ambiente, la conducta y la cognición se afectan de manera recíproca esta interrelación de factores es la que favorece el aprendizaje de determinadas conductas, asimismo permite el reaprendizaje de aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo o que son poco adaptativas (Abrams & Niaura, 1987). Postula al modelamiento como factor crítico y determinante próximo al consumo esta teoría propone como factores asociados con recaídas en los consumidores crónicos, el grado de control y capacidad que se percibe frente a otros (autoeficacia); las situaciones o sucesos cotidianos asociados con el consumo (precipitadotes); la accesibilidad a la sustancia y las restricciones situacionales específicas; y los déficits en la capacidad de rehusarse al consumo ante la presión social, en las actitudes de solución de problemas, las expectativas frente a los efectos de las sustancia de consumo (Abrams & Niaura, 1987)

Por otro lado, la teoría cognitivo conductual integra principios derivados de la teoría conductual, teoría del aprendizaje social y de la terapia cognoscitiva, conformando la base para aproximaciones más completas para tratar los desórdenes de abuso de sustancias (Abrams & Niaura, 1987). El modelo cognitivo conductual asume que los abusadores de sustancias tienen habilidades de enfrentamiento deficientes, prefieren no usar las que tienen o no pueden usarlas. También asume que durante su vida, estos consumidores han desarrollado una serie de expectativas sobre los efectos de la sustancia, basadas en las observaciones de otras personas que abusan de ellas para enfrentar situaciones difíciles, así como a través de su propia experiencia sobre sus efectos positivos.

La teoría cognitivo conductual ayuda al usuario a reconocer las situaciones donde es probable que use sustancias, encontrando formas de evitarlas y enfrentándose más efectivamente a una gran variedad de situaciones, sentimientos y conductas relacionadas a su abuso (Carroll, 1998). Para lograr estas metas terapéuticas, incorpora tres elementos centrales, que son el análisis funcional, el entrenamiento en habilidades y la prevención de recaídas.

El análisis funcional identifica los antecedentes y las consecuencias de las conductas de abuso de sustancias, que sirven como factores disparadores y mantenedores. El análisis funcional también sirve para analizar el número, rango y efectividad de las habilidades de enfrentamiento individuales. Pero el mayor énfasis en la terapia cognoscitivo conductual está en identificar y remediar el déficit en las habilidades de enfrentamiento, así como evaluar las fortalezas y habilidades adaptativas del usuario (DeNelsky & Boat, 1986).

El entrenamiento en habilidades de enfrentamiento es un componente mayor en la teoría cognitivo conductual es el desarrollo de habilidades de enfrentamiento. El déficit en las habilidades de enfrentamiento entre los consumidores de sustancias puede ser el resultado de diferentes factores (Carroll, 1998). Ellos pueden no haber desarrollado nunca estas habilidades, posiblemente debido al consumo temprano se puede deteriorar el desarrollo de habilidades de enfrentamiento sensibles a la edad. Las habilidades de enfrentamiento previamente desarrolladas pueden estar comprometidas por el incremento de la confianza en el uso de sustancias como forma primaria de abuso. Pero cualquiera que fuera el origen del déficit, una meta primaria es ayudar a los individuos a desarrollar y emplear habilidades de enfrentamiento que efectivamente trabajen con las demandas de las situaciones de alto riesgo en tener que saltar a las sustancias como una respuesta alternativa.

La prevención de recaídas descansa fuertemente en el análisis funcional, identificación de situaciones de alto riesgo de recaídas y entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, pero también intenta tratar directamente con las cogniciones involucradas en el proceso de recaídas y se enfocan en ayudar al sujeto a ganar mayor autoeficacia (Marlatt & Gordon, 1985).

Además los modelos cognitivo conductuales se han apoyado de otras aproximaciones como la teoría de economía conductual, la entrevista motivacional y el modelo trasteórico de etapas de cambio. Los principios de la economía conductual han sido extensamente aplicada en el ámbito del abuso de sustancias (Bickel & Vuchinich, 2000). La economía conductual dirige su atención al entendimiento del contexto de preferencia por el uso y abuso de sustancias, el contexto es definido en términos de las relaciones temporales entre la

disponibilidad de la sustancia y las restricciones de la obtención de la sustancia, los reforzadores relacionados y no relacionados con la droga. Esta perspectiva sugiere que las intervenciones deben producir cambios benéficos en la reducción del acceso a las sustancias de abuso, incrementar el acceso a actividades valiosas alternas que son incompatibles con el uso y abuso de sustancias y reducir el descuento temporal y ampliar el horizonte temporal a través del cual los consumidores organizan sus patrones de consumo.

La entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1991) es un método no directivo centrado en la persona, para promover la motivación intrínseca hacia el proceso de cambio terapéutico. El concepto de motivación, es un estado de disposición al cambio, el cual puede variar de un momento a otro, o de una situación a otra, a lo largo del tratamiento. Los principios básicos de la entrevista motivacional son: 1) expresar empatía, 2) crear la discrepancia, 3) evita la discusión, 4) manejar la resistencia y 5) fomentar la autoeficacia. Además cuenta con cinco principios fundamentales: escuchar de manera reflexiva, motivar la discrepancia entre el consumo y no consumo de drogas, evitar confrontaciones, manejar la resistencia y el último se refiere a incrementar la autoeficacia.

En este contexto, para entender el proceso de cambio terapéutico, Prochaska y DiClemente (1982) proponen un modelo de Etapas de Cambio. La etapa de cambio representa el estado actual de un individuo con respecto al cambio de una conducta o conjunto de conductas. La estancia en cada una de las etapas puede consistir en un largo periodo o puede cambiar en un corto tiempo (DiClemente, Chludt & Gemmell, 2004). La modificación de las conductas adictivas involucra la progresión a través de cinco etapas: precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento.

La precontemplación, es la etapa en la cual no hay ninguna intención de cambiar la conducta de consumo de sustancias en un futuro previsible. Muchos individuos en esta etapa ignoran o no están totalmente conscientes de sus problemas ya que los aspectos gratificantes que obtienen con la sustancia son superiores a los aversivos. (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). La contemplación es la etapa en la cual la persona está conciente de que existe un problema y está pensando seriamente en vencerlo pero todavía no ha hecho un compromiso de emprender la acción. Durante esta etapa el individuo toma conciencia progresivamente de la existencia de una problemática ocasionada por su consumo de sustancias, y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarlo, ya que los aspectos gratificantes que obtiene del consumo empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van aumentando de forma paulatina (Trujols, Tejero & Bañuls, 2003).

La determinación es la etapa que combina intención y criterios conductuales. Los individuos que están preparados para la acción empiezan a reportar algunos cambios conductuales pequeños, como pequeñas reducciones en su consumo. No obstante, los individuos en la etapa de determinación todavía no han alcanzado un criterio para la acción efectiva, tal como la abstinencia o moderación del consumo. Sin embargo quieren emprender dicha acción en el futuro cercano (Prochaska et al., 1992).

La acción es la etapa en la cual los individuos modifican su conducta, sus experiencias o su entorno con el fin de vencer su consumo. La acción involucra los cambios conductuales más manifiestos y requiere una dedicación considerable de tiempo y energía. Las modificaciones de la conducta adictiva hechas en la etapa de acción tienden a ser las más visibles. La modificación de la conducta objetivo y los esfuerzos para cambiar son las marcas distintivas de la acción (Prochaska et al., 1992).

Finalmente el mantenimiento es la etapa en la cual la persona trabaja para impedir la recaída y consolidar las ganancias conseguidas durante la acción. El mantenimiento es una continuación, no una ausencia, del cambio. Para las conductas adictivas esta etapa se extiende desde los seis meses hasta un periodo indeterminado después de la acción inicial. Permanecer libre de la conducta adictiva e involucrarse consistentemente en una nueva conducta incompatible por más de seis meses son los criterios de esta etapa (Prochaska et al., 1992).

En el proceso de cambio se observa que las personas que emprenden acciones para modificar las conductas adictivas usualmente no mantienen exitosamente las ganancias en su primer intento. Con el tabaquismo, por ejemplo, las personas hacen un promedio de tres a cuatro intentos antes de llegar a la etapa de mantenimiento. La recaída y la repetición del ciclo a través de las etapas ocurren muy frecuentemente mientras los individuos intentan modificar o cesar las conductas adictivas. En la mayoría de los casos la recaída es la regla y no la excepción (Marlatt & Gordon, 1985). El fenómeno de la recaída afecta a consumidores de cualquier sustancia, mostrando altos índices después de tratamientos en alcohol, cocaína y opioides (Quesada, Carreras & Sánchez, 2002). Entre los principales factores de recaída se encuentran afectos displacenteros como: depresión, soledad y frustración (García, 2006). Por tal motivo es necesario implementar programas de prevención de recaídas que complementen los tratamientos.

Actualmente en el ámbito clínico se sabe que en algunos casos se necesita más de una aproximación para lograr éxito en el tratamiento. En este sentido se toman en cuenta factores orgánicos, desórdenes de la personalidad, factores

condicionados o de aprendizaje, y factores familiares o sociales que contribuyen a la iniciación y el mantenimiento de conductas adictivas (Margolis, 1998).

Con base en los modelos teóricos descritos, se han podido desarrollar diversas modalidades de tratamientos para enfrentar las conductas adictivas. Sin embargo, es importante mencionar que en México algunos tratamientos desarrollados e implementados, como se verá a continuación, no necesariamente siguen los principios de los modelos anteriormente descritos. A continuación, se presentan algunos ejemplos de atención al consumo de sustancias a nivel del gobierno federal, sector social y privado.

1.4.2 Prevención del consumo de drogas

Las intervenciones preventivas se agrupan en dos vertientes, el de la reducción de la demanda y la reducción de la oferta. Al primer aspecto, es al que habitualmente se conoce a través de acciones que se implantan en la escuela, los medios de comunicación, la familia, el trabajo, etc. La reducción de la oferta, está asociado a medidas policiales, jurídicas, persecución de los narcotraficantes, entre otros (Becoña, 2002). En este apartado, sólo se describirán estrategias de reducción de la demanda.

Prevención, es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales (SS, 2009). Calafat (1995) afirma que la prevención debe ser fundamentalmente específica, evaluable y claramente dirigida al objetivo que se pretende y a una población diana claramente definida. Son varios los objetivos que se pretende cumplir con la prevención como, retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, disminuir las consecuencias del consumo entre quienes consumen o que tienen problemas de abuso o dependencia, así como, potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas (Becoña, 2002).

Gordon (1987) describe tres tipos de prevención: universal, selectiva e indicada. La prevención universal, es la que está dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención. En nuestro país se realizan diversas acciones de prevención universal, por ejemplo la celebración del Día Mundial contra el Tabaquismo, la Semana Nacional Compartiendo Esfuerzos de Alcohólicos anónimos, y el Día Internacional de la lucha contra el uso indebido y tráfico de drogas ilícitas. Promoción de lugares y escuelas libres del humo de tabaco, aplicación de

programas preventivos en escuelas y comunidades, campañas en medios masivos de comunicación entre otros (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud [SPPS], 2008).

Otra de las actividades de prevención universal que se realizan en México es la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS, 2010). La experiencia ha señalado que existen numerosas medidas costo-eficaces para el control del tabaco que pueden aplicarse en diferentes contextos y lograr efectos significativos en el consumo de tabaco. Las estrategias más eficaces en relación con los costos son las políticas públicas dirigidas a la población en general, por ejemplo prohibiciones de la publicidad directa e indirecta del tabaco; aumentos de impuestos y precios de productos de tabaco; creación de espacios sin humo en todos los lugares públicos y lugares de trabajo; y mensajes sanitarios bien visibles y claros en los paquetes de tabaco. Todas estas medidas se abordan en las disposiciones del Convenio Marco.

La prevención selectiva, es la que se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específico, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. Estos grupos se asocian al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo coadyuva a la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, entre otras (SS, 2009). Como ejemplos de prevención selectiva, el gobierno realiza acciones para vigilar la no venta a menores de edad de drogas, detección de niños y adolescentes en riesgo de desarrollar adicciones, promoción de la responsabilidad del consumo de alcohol, aplicación de programas especiales para grupos vulnerables (indígenas, niños en situación de calle), uso de alcoholímetro, detección oportuna e intervención breve para adolescentes que inician el consumo de drogas y consejería y orientación a personas adultas en riesgo (SPPS, 2008).

Por último la prevención indicada, es la intervención que se dirige a grupos de población con sospecha de consumo y/o usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar consumo perjudicial o la adicción (SS, 2009). Como ejemplos de prevención indicada que realiza México se encuentran: actividades de orientación telefónica, leyendas precautorias y pictogramas en cajetillas de cigarros, consejería para dejar de fumar, intervenciones breves para personas que consumen alcohol, tabaco u otras drogas, tratamientos médicos, vinculación con grupos de AA, programas de reducción del daño en usuarios de drogas, entre otros (SPPS, 2008).

Los ámbitos en los que se realiza la prevención pueden ser múltiples. Sin embargo, en la práctica, el que ha cobrado más relevancia en los últimos años ha sido el escolar. La prevención escolar permite llegar a los jóvenes escolarizados, en la edad de máximo riesgo para el consumo de las distintas drogas, facilitándose así de modo importante realizar la prevención. Es lo que se denomina en otra terminología "muestras cautivas", dado que teóricamente se tiene acceso a todo el grupo de interés. Por ello la prevención se realiza fundamentalmente en la escuela, pero no es suficiente.

En los últimos años, junto con la prevención escolar, ha cobrado gran relevancia la prevención en el ámbito familiar, en el ámbito laboral y a través de los medios de comunicación. Igualmente, aunque más compleja y difícil, la prevención comunitaria, que es la que debe agrupar a todas las anteriores (Becoña, 2002).

Actualmente, como parte de una estrategia de prevención del consumo de drogas, se puso en marcha la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida (CONADIC, 2010), esta estrategia es una respuesta del gobierno federal en materia de reducción de la demanda para hacer frente al problema de las adicciones, a fin de brindar a la población servicios de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno.

La campaña busca coadyuvar a la creación de redes de apoyo sociales de diversos sectores que tienen contacto con la población que requiere orientación, apoyo y derivación por consumo de drogas; a través de la capacitación en estrategias para la promoción de la salud y la prevención de las adicciones, en dos intervenciones: detección temprana y consejería breve y habilidades para la vida.

Debido a la complejidad de las conductas adictivas, el abuso y dependencia de sustancias, además de programas de prevención, requiere de tratamientos especializados y multidisciplinarios, enfocados a además de las características y necesidades de los usuarios. En México, las adicciones son explicadas y abordadas desde diferentes modelos teóricos, a continuación se muestra un panorama general de los más representativos.

1.4.3 Tratamientos para las adicciones en México

De acuerdo con los registros del SISVEA en los centros de tratamiento no gubernamentales del Distrito Federal la búsqueda de tratamiento ha ido en aumento de 1994 al 2007. En 1994 se registraron 1,122 personas, mientras que en 2007, la demanda de tratamiento ascendió a 1,884 casos. En total en el periodo comprendido se registraron 13,341 personas (SS, DGE & SISVEA, 2007). Estos registros indican que la mayoría de las personas que acuden a tratamiento son

hombres (87.4%). Por grupos de edad, destaca la población adulta de 35 años o más (23.9%). Por otro lado la información obtenida en los Centros de Integración Juvenil sobre las personas que buscan tratamiento indican que en el periodo de 2001 a 2007, acudieron un total de 6, 867 personas (4,347 varones y 1,520 mujeres) (SS, DGE, SISVEA & CIJ, 2007).

La Norma Oficial Mexicana *NOM-028-SSA2-2009*, para la Prevención y Tratamiento de las adicciones (SSA, 2009) define y establece los principios y criterios de operación en materia de prevención, detección temprana, referencia de casos, tratamiento, investigación, vigilancia epidemiológica, seguimiento y evaluación, capacitación y enseñanza, así como de los derechos de los usuarios. Según la NOM-028 (SSA, 2009) el tratamiento para adicciones es el conjunto de estrategias, programas y acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

Esta norma específica que la atención de las adicciones debe darse en establecimientos especializados en adicciones, es decir, establecimientos de carácter público, privado o social, fijos o móviles, cualquiera que sea su denominación, que proporcionan servicios para la atención específica de personas con consumo perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas, y que, en cualquier caso, operan bajo un modelo de atención profesional, de ayuda mutua o mixto. El modelo de ayuda mutua, es el servicio que se ofrece en las agrupaciones de adictos en recuperación, utilizando los programas de ayuda mutua. El modelo mixto, es el tratamiento ofrecido por ayuda mutua y el modelo profesional. El modelo profesional, es el servicio de atención que brindan los profesionales de la salud, a través de consulta externa, consulta de urgencias (servicio de urgencias) y hospitalización, entre otros y los modelos alternativos, son aquéllos que brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica del usuario y que son diferentes a los de la medicina alopática (SSA, 2009).

Hasta el momento, el gobierno mexicano ha cedido amplio margen para la intervención de instituciones no gubernamentales, organismos privados, asociaciones, etc., en el tratamiento de las adicciones. En algunos servicios predomina el modelo médico psiquiátrico y se da especial atención a la comorbilidad; en otros, se utiliza el enfoque psicosocial y muchos basan su programa en el modelo de Doce Pasos; por otro lado, se han desarrollado programas cognitivo conductuales diseñados para trabajar las adicciones. En algunos centros se desarrollan actividades de desintoxicación y acciones

encaminadas a la reinserción social de los adictos. Entre los principales tratamientos se encuentran:

1.4.3.1 Sector Público

- Secretaria de salud. A partir del 2007, la Secretaría de Salud cuenta con una red de atención a las adicciones en todo el país de más de 300 Unidades Médicas especializadas, Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEMES-CAPA), también llamados Centros Nueva Vida. El objetivo general de estos centros es ofrecer a la comunidad un modelo de intervención temprana contra las adicciones, que contemple desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve; ambulatorio, accesible y de calidad. Dicho modelo otorga prioridad a la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad y consumidores experimentales, a efecto de intervenir con ellos y sus familias en forma oportuna y evitar el desarrollo de trastornos por abuso o dependencia a sustancias (SS, 2009).
- La Secretaría de Salud tiene el hospital psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro, para niños y adolescentes, donde se lleva a cabo el programa PAIDEIA para la atención de menores inhaladores. Por otro lado cuenta con Centros de Atención Toxicológica Jóvenes por la Salud de las delegaciones Xochimilco y Venustiano Carranza, en el Distrito Federal que brindan servicios de internamiento de corta estancia, desintoxicación y apoyo psicológico. En estos centros se da atención con diferentes tipos de psicoterapias; se cuenta con servicios ambulatorios y de internamiento.
- Centros de Integración Juvenil A.C (CIJ). Es una institución de asistencia social especializada en la atención integral de la farmacodependencia, es un organismo de participación estatal mayoritaria, que desde septiembre de 1982 tiene como cabeza de sector a la Secretaría de Salud, y está sujeto a la normatividad que emite el gobierno federal para las entidades paraestatales. CIJ, cuenta con 40 años de experiencia en la prevención, el tratamiento, la investigación y la enseñanza en materia de adicciones, posee una red de 110 centros de prevención y tratamiento en México (CIJ, 2010).

El modelo de atención es operado por psiquiatras, médicos generales, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y enfermeros. La consulta externa es la forma de servicio más frecuente. En esta variante de atención es posible proporcionar servicios de bajo costo. En hospitalización se atiende a pacientes que presentan cuadros de intoxicación por uso de sustancias

adictivas, pacientes que requieren manejo de síndromes de abstinencia y por la gravedad del cuadro o por el tipo de sustancias utilizadas (CIJ, 2010).

- Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente Muñiz”. Este instituto cuenta con la clínica en adicciones que brinda un modelo de atención profesional impartido por psicólogos y psiquiatras. La población que atiende principalmente son consumidores de drogas con problemas de comorbilidad, especialmente trastornos de depresión y ansiedad. Adicional a ello cuenta con el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF). El CAAF, brinda un modelo de atención integral para la ayuda del alcoholismo con atención médica, psiquiátrica, trabajo social y psicológico (INPRFM, 2010).

1.4.3.2 Sector privado

- Fundación Oceánica. El programa de tratamiento en Oceánica consiste en un internamiento generalmente de 5 semanas que inicia con un programa de desintoxicación, estabilización y posteriormente una valoración multidisciplinaria que permite tener un tratamiento individualizado y confidencial a través de terapia grupal, sesiones individuales, talleres, conferencias, terapia racional emotiva, grupo de autoayuda, seguimiento psicológico y psiquiátrico y actividades recreativas. Además este programa recomienda la atención especializada para la familia del consumidor (Oceánica, 2010).
- Monte Fénix. Nace en 1980 cuando sus fundadores, conscientes de la enorme problemática del alcoholismo deciden fundar una institución para rehabilitar personas que padecen esta enfermedad. Además de la rehabilitación, brindan servicios de prevención y educación en materia de adicciones. El tratamiento que ofrece Monte Fénix a través de su “Modelo Las Flores” es un tratamiento holístico (cuerpo, mente y espíritu) para la enfermedad de la adicción al alcohol y otras drogas tanto para pacientes como para su familia (Monte Fénix, 2010).

1.4.3.3 Asociaciones Civiles

- Alcohólicos Anónimos (AA). Es una agrupación mundial de alcohólicos recuperados que se ayudan unos a otros a mantener su sobriedad y comparten libremente las experiencias de su recuperación con otros hombres y mujeres que también tienen problemas con la bebida. Los

miembros de Alcohólicos Anónimos han aceptado todo o parte de un programa de recuperación de Doce Pasos, creados especialmente para la recuperación del alcoholismo.

La Comunidad está integrada por más de 14,000 grupos los cuales se encuentran distribuidos en 81 áreas a nivel nacional, y en ellos cientos de miles de alcohólicos han obtenido su sobriedad. AA está orientada exclusivamente hacia la recuperación personal y la sobriedad continua de cada alcohólico que llegué a la agrupación. No realiza investigación, educación o propaganda con respecto al alcoholismo, ni ofrecen tratamientos médicos o psiquiátricos (A.A., 2010).

- Narcóticos anónimos (NA). Es una asociación comunitaria de usuarios de sustancias que están en recuperación. El movimiento se derivó de AA al final de los años 40. Se formaron grupos en varios países (Brasil, Colombia, Alemania, India, Japón). Su primer folleto, "El Librito Blanco", describe a NA como una "confraternidad de hombres y mujeres, sin fines lucrativos, para quien las drogas se habían convertido en un problema grave", "adictos en recuperación que se reúnen para ayudarse los unos a los otros a mantenerse limpios". La afiliación a Narcóticos Anónimos es abierta a cualquier persona, independientemente del tipo de drogas consumidas. La base del programa de recuperación es una serie de actividades personales conocida como Doce Pasos, adaptados de AA (N.A., s/f).
- Comunidad Terapéutica. Ha contribuido de manera importante al desarrollo de la terapia social y al uso del medio ambiente como un recurso que promueve el cambio deseado en los pacientes. El modelo implica un programa de trabajo en el cual los pacientes participan activamente para satisfacer las necesidades de la comunidad donde viven. El trabajo desempeñado en el modelo es necesario e importante para la integridad del grupo, donde la satisfacción personal es equiparable con los objetivos grupales.

En la Comunidad Terapéutica se realizan laboraterapia, terapia recreativa, ocupacional, de grupo, entre otras actividades, que permiten mantener ocupado productivamente al paciente, haciéndolo sentir útil y dándole la oportunidad de utilizar sus partes sanas. Se concibe a la psicoterapia como un proceso de aprendizaje emocional diseñado para facilitar e incrementar la capacidad de adaptación del individuo. Este enfoque no es una forma adjunta de psicoterapia sino un complemento de tratamiento que se combina con la psicoterapia individual y la psicoterapia grupal (Comunidad Terapéutica, 2005).

1.4.3.4 Sector educativo. Intervenciones Cognitivo Conductuales

A nivel internacional, y en las últimas dos décadas en México, se ha demostrado que las intervenciones breves (IB) basadas en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) y que utilizan componentes de la entrevista motivacional (Miller, 1985; Miller & Rollnick, 1991), del modelo transteórico de etapas de cambio (Prochaska & DiClemente, 1982), prevención de recaídas (Marlatt & Gordon, 1985) y técnicas de autocontrol, son apropiadas para personas que presentan un patrón de consumo de drogas problemático (Ayala, 2001; Marlatt, 1999; Sobell & Sobell, 1993).

Las intervenciones breves cognitivo conductuales buscan identificar problemas actuales o potenciales con el abuso de sustancias psicoactivas y tratan de motivar a los usuarios que están en riesgo a cambiar su conducta de consumo (Babor & Higgins-Biddle, 2001). El objetivo de estas intervenciones es tanto ayudar al consumidor a entender que su uso de sustancias lo pone en riesgo, como motivarlo a reducir o abandonar su uso de drogas. Comúnmente la duración de estas intervenciones es de una a seis sesiones (Henry-Edwards, Humeniuk, Ali, Monteiro & Poznyak, 2003).

Las IB son ampliamente recomendadas por la organización mundial de la salud para la reducción del daño y la prevención de problemas de salud de mayor complejidad. La OMS describe este tipo de intervención como una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo riesgosa con la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por ellos mismos. Ya que estas intervenciones proporcionan la oportunidad de ayudar al usuario en una etapa temprana del problema, antes de que se desarrolle un daño permanente e irreversible. En un estudio donde participaron 90 hombres de entre 20 y 45 años se observó que los sujetos que recibieron una intervención breve, mostraron al mes y a los tres meses después del tratamiento, un decremento en la severidad de la dependencia a alcohol en los últimos 30 días del estudio, tuvieron mejoras en la calidad de vida y mejoras físicas y psicológicas en comparación con aquellos que solo recibieron un aviso de salud. Estas variables concluyendo que las IB tienen ventajas sobre el aviso de salud para usuarios excesivos de alcohol (Pal, Yadav, Mehta & Mohan, 2007).

Las IB pretenden motivar al individuo a empezar a hacer algo con respecto a su comportamiento problemático y de esta manera reducir el daño que pudiera ocurrir de no hacer algo al respecto (Carrascoza, 2007).

Las IB se han convertido de manera creciente en modalidades importantes de tratamiento. Debido a que estas intervenciones son poco costosas y se ha

demostrado que son efectivas en el tratamiento de problemas psicológicos, frecuentemente se han elegido para llenar el vacío entre los esfuerzos de prevención primaria y tratamientos más intensivos para las personas con problemas más agudos (Babor & Higgins-Biddle, 2001).

Las técnicas de IB para el tratamiento del consumo excesivo de sustancias han mostrado generalidad en su aplicación, así como un alto grado de eficacia debido, sobre todo, a que se encuentran sólidamente sustentadas en los principios psicológicos derivados de la teoría cognitivo social, la teoría cognitiva, la teoría conductual y la investigación experimental (Carrascoza, 2007). En la literatura se describe que la aproximación cognitivo conductual tiene fuerte evidencia empírica para el tratamiento de los desórdenes del consumo de alcohol (Miller, Brown, Simpson, Handmaker, Bein, Luckie, Montgomery, Hester, & Tonigan, 1995), en el tratamiento para la dependencia a cocaína (Rosenblum, Magura, Palij, Foote, Handlesman & Stimmel, 1999).

La investigación empírica sugiere que las intervenciones breves pueden ser efectivas en escenarios de prevención primaria para sustancias como alcohol (Bien, Miller & Tonigan, 1993; Dimeff, Baer, Kivlahan & Marlatt, 1999), cannabis (Copeland, Swift, Roffman & Stephens, 2001), benzodiazepinas (Bashir, King & Ashworth, 1994), anfetaminas (Baker, Boggs & Lewin, 2001), opiáceos (Saunders, Wilkinson & Phillips, 1995), y cocaína (Stotts, Schmitz, Rhoades & Grabowski, 2001). En un estudio realizado por la OMS en 11 naciones (Babor & Grant, 1991) se comparó dos intervenciones breves contra un grupo control, los resultados de éste estudio indicaron que no se observaron diferencias entre los dos grupos de intervención breve, ambas intervenciones fueron efectivas al reducir la cantidad promedio de consumo de alcohol comparadas con el grupo control.

En uno de los primeros meta-análisis de esta aproximación, Bien, Miller y Tonigan (1993) revisaron 32 estudios controlados que involucraba casi 6 000 pacientes, encontrando que las intervenciones breves pueden ser tan efectivas como los tratamientos más largos. Wilk, Jensen, y Havighurst (1997) revisaron 12 estudios controlados y concluyeron que los bebedores que reciben una intervención breve tuvieron el doble de probabilidad de reducir su consumo en un periodo de 6 a 12 meses, comparados con aquellos que no recibieron intervención.

Como parte de distintas investigaciones que se desarrollan en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), han surgido programas especializados para trabajar la dependencia a sustancias específicas. En estos programas predomina el enfoque cognitivo conductual, bajo la modalidad de intervención breve. Estos tratamientos son brindados en el Centro de Prevención y Atención

de las Adicciones (CEPREAA) que depende de la Facultad de Psicología de la UNAM. Estos programas son:

- Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema (Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 2001). Este modelo de intervención está basado en el Modelo de Auto-cambio dirigido para bebedores problema; tiene como objetivo incidir en el patrón de consumo y en el funcionamiento psicosocial del usuario.
- Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA) (Martínez, 2003). Este modelo está dirigido a los adolescentes de comunidades urbanas y rurales que inician el consumo de sustancias como alcohol y/o drogas, buscando incidir en la disminución del patrón de consumo y de los problemas relacionados con el.
- Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) (Oropeza, 2003). Este programa está dirigido a usuarios con uso y abuso de cocaína. Busca disminuir o eliminar el patrón de consumo de cocaína, así como los problemas relacionados con el mismo.
- Modelo de detección temprana e intervención breve para fumadores (Lira & Ayala, 2002). Este modelo de tratamiento está basado en el Modelo de Auto-cambio dirigido para fumadores, el cual consisten en identificar situaciones de alto riesgo, desarrollar conductas alternativas para incrementar la autoeficacia y de esta manera promover un cambio en la conducta de fumar.
- Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) (Barragán, Morales & Ayala, 2002). Es un programa intensivo cuyo objetivo es ofrecer tratamiento a aquellos usuarios o poliusuarios con dependencia a drogas que presentan varios años de consumo y/o el uso de grandes cantidades de droga, así como serios problemas derivados del mismo consumo.

Es importante mencionar que éstos modelos de intervención y tratamiento para abuso y dependencia a sustancias psicoactivas han mostrado eficacia en disminuir patrones de consumo y problemas asociados, además de incrementar la calidad de vida de los consumidores.

En un estudio inicial del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema donde participaron 76 consumidores (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1995), se identificó que hubo un incremento en el

número de días de abstinencia (62% a 74%) así como un decremento en el número de tragos estándar (de 10.2 a 2.7) antes y después del tratamiento. Los resultados de la aplicación del PIBA a 25 adolescentes de 14 a 18 años, mostraron disminución en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia de consumo), al comparar las mediciones de los datos recabados en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. Así mismo se dieron cambios en el nivel de autoeficacia, es decir, al finalizar el tratamiento los adolescentes reportaron mayor capacidad para controlar la cantidad de consumo en situaciones de riesgo y una reducción del número de problemas relacionados con su consumo (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008).

En otro estudio donde participaron 24 fumadores con un historial de consumo de 20 años en promedio, se observó que el patrón de consumo disminuyó de la línea base (13.45 cigarros) al tratamiento (5.17 cigarros) y se mantuvo en el seguimiento a los seis meses (4.21 cigarros) (Lira, Cuevas & Reidl, 2007). El tratamiento breve para usuarios de cocaína también ha mostrado efectividad al disminuir el patrón de consumo, el índice y la severidad de las recaídas, así como las situaciones de riesgo asociadas al consumo en usuarios de cocaína (Oropeza & Reidl, 2007).

En un estudio reciente realizado por Barragán, Flores, Medina-Mora y Ayala (2007) se aplicó el PSC a 20 usuarios con dependencia a sustancias adictivas. Los resultados del estudio mostraron que los usuarios incrementaron su seguridad para resistirse al consumo, su satisfacción respecto a su funcionamiento cotidiano y su habilidad para rehusar el consumo, y disminuyeron su consumo, las situaciones de riesgo de consumo, así como sus niveles de ansiedad y depresión.

En general, una desventaja que tienen los tratamientos en México, con excepción de los desarrollados en la UNAM, de corte cognitivo conductual, es que no tienen datos disponibles y objetivos sobre los lineamientos bajo los que trabajan, por ejemplo, criterios de inclusión y exclusión para la aceptación de los pacientes o información sobre la eficacia del tratamiento e índices de recaída. Esta desventaja impide la comparación entre los tratamientos así como el análisis de sus resultados.

El análisis de estudios epidemiológicos que indican un incremento en el consumo de drogas en población mexicana, especialmente en mujeres así como la disminución del inicio en el consumo; aunado a la carencia de programas de prevención y tratamiento científicos para el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, hace evidente la demanda de programas de tratamiento efectivos que permitan hacer frente a este grave problema de salud pública.

Recientemente, en el Diario Oficial de la Federación se publicaron las reformas que se realizaron a la Ley General de Salud, al Código Penal Federal y al Código Federal de Procedimientos Penales (SS, 2009), de acuerdo con estas reformas la Secretaría de Salud es la responsable de elaborar un programa nacional para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia, y lo ejecutará en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas. Este programa deberá establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y será de observancia obligatoria para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional y en los establecimientos de los sectores público, privado y social que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones y la farmacodependencia.

Debido a lo anterior, actualmente en nuestro país, es prioritario realizar acciones sistemáticas en el ámbito de las adicciones que incluyan: el diseño, implementación y diseminación de programas de prevención sustentados en modelos evaluados empíricamente y que han mostrado efectividad; la aplicación y evaluación científica de los programas de tratamiento actuales en adicciones y finalmente el desarrollo de investigación que enriquezca el conocimiento en el tema de las conductas adictivas. En este trabajo se reportan los resultados de la aplicación de los programas desarrollados en la UNAM, así como la participación en la implementación de una estrategia de prevención y el desarrollo de un instrumento de evaluación.

2. Formulación de programas

En esta segunda parte del reporte de experiencia profesional se describen las actividades de residencia de la Maestría en Psicología de las Adicciones, relacionadas con prevención y tratamiento del consumo de drogas, así como el desarrollo de un instrumento para identificar la etapa de cambio en usuarios de sustancias psicoactivas que asisten a tratamiento, como parte de actividades de investigación. Las actividades de prevención se desarrollaron en el Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones (ST-CONADIC) y las actividades de tratamiento y desarrollo de instrumento en el CEPREAA de la UNAM.

2.1 Prevención del consumo de drogas

El CONADIC, que tiene como misión promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional en materia de investigación, prevención, tratamiento, formación y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social. Los objetivos de las actividades de residencia en materia de prevención que se realizaron en esta institución fueron:

1. Participar en el desarrollo de materiales del curso de Habilidades para la Vida y capacitar a Promotores Nueva Vida como parte de las acciones de prevención que se realizan dentro de la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida, descrita en la primera parte de este reporte.
2. Participar en la implementación y seguimiento de un Módulo de Consejería en Adicciones en el Centro de Operación Estratégica (COE) de la Delegación Gustavo A. Madero, en la organización de cursos de Inducción para el Puesto de Secretario Técnico de los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA), en la organización del 4to y 5to Encuentros Nacionales de CECAS, en análisis técnicos de documentos en prevención de adicciones y en cursos de capacitación como asistente, todas las actividades anteriores como parte de la labor en la prevención y atención de las adicciones que el Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones (ST-CONADIC) realiza en el país.

2.1.1 Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida.

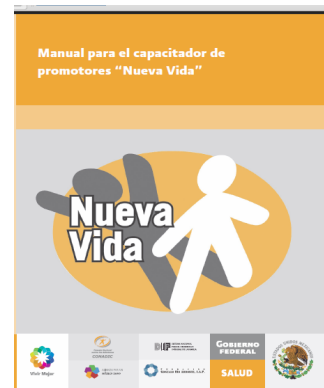
Esta campaña está organizada en dos etapas, la primera etapa consiste en un curso de Detección, Orientación y Consejería en Adicciones y la segunda etapa en un curso de Habilidades para la Vida. En ambas etapas se colaboró en el desarrollo de materiales (ver punto 2.1.1.1) y sólo en la segunda etapa se participó en cursos de capacitación (ver punto 2.1.1.2). A continuación se describen las acciones realizadas.

2.1.1.1 Desarrollo de Materiales

Como parte de la campaña se colaboró en el desarrollo de diversos materiales. Estos se describen a continuación.

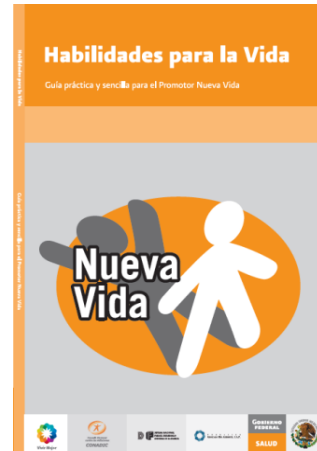
1ra Etapa: Detección, Orientación y Consejería en Adicciones.

- **Folleto sobre consecuencias a corto y largo plazo asociadas al consumo de sustancias adictivas** (SS & CONADIC, 2008). Está diseñado para los promotores que brindan el Consejo Breve IDEAS. El folleto describe algunas consecuencias negativas del consumo de drogas en diferentes áreas de vida, social, familiar, salud, legal, escolar y laboral, es de gran utilidad porque facilita al Promotor la descripción de las consecuencias negativas asociadas al consumo en el paso Dialoga del Consejo.
- **Manual para el capacitador de Promotores “Nueva Vida”** (SS & CONADIC, 2008). Describe los objetivos, los pasos para la capacitación en el Consejo IDEAS, las actividades a realizar, los tiempos y algunas sugerencias prácticas que pueden ayudar al Capacitador en su labor. Es una herramienta fundamental que facilita y ayuda en la organización de la capacitación.

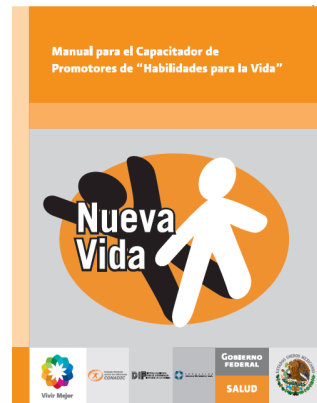


2da Etapa: Habilidades para la Vida.

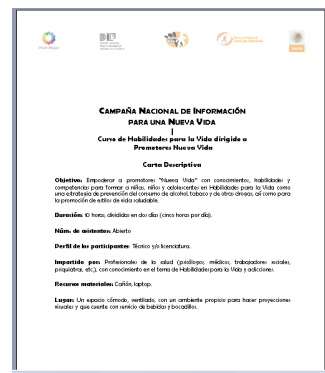
- **Habilidades para la Vida. Guía Práctica y sencilla para el Promotor Nueva Vida (SS & CONADIC, 2009).** Describe que son las Habilidades para la Vida, y los grupos en que se divide, habilidades sociales (comunicación, asertividad), habilidades de pensamiento (creatividad, solución de problemas) y habilidades para el manejo de emociones (expresión de emociones, autoestima y manejo del estrés). También detalla actividades para el desarrollo de cada una de las habilidades.



- **Manual para el capacitador de Promotores de "Habilidades para la Vida" (SS & CONADIC, 2009).** Describe los objetivos, los pasos para la capacitación del curso de Habilidades para la Vida, las actividades a realizar, los tiempos y algunas sugerencias prácticas que pueden ayudar al Capacitador en su labor. Es una herramienta fundamental que facilita y ayuda en la organización de la capacitación.



- **Carta descriptiva del curso de Habilidades para la Vida (SS & CONADIC, 2009).** Describe brevemente el objetivo del curso, la duración, el número y perfil de los asistentes recomendado, los temas y las actividades del curso. Es una guía rápida que permite organizar el curso de manera práctica.



- **Cuestionario de conocimientos del curso de Habilidades para la Vida (SS & CONADIC, 2009).** Es un instrumento de 10 preguntas con respuesta de opción múltiple que evalúan los conocimientos de los participantes antes y después del curso con relación al tema de Habilidades para la Vida.

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

Nombre	Edad	Municipio
Estado	Sexo	

Instrucciones: Lee con atención las siguientes preguntas que se refieren al desarrollo de habilidades para la vida y selecciona con una X la respuesta que consideres que sea la correcta.

- Las habilidades para la vida son herramientas que permiten a niñas, niños y adolescentes desarrollar actitudes para lograr un buen ambiente físico, emocional e intelectual, así como disfrutar de una vida personal, familiar y comunitaria.
 - A) Cierto
 - B) Falso
- Las habilidades para la vida se desarrollan en tres grandes áreas. ¿Cuáles son?
 - A) Selección de problemas, ansiedad y manejo de emociones.
 - B) Técnicas de pensamiento y manejo de emociones.
 - C) Técnicas de comunicación.
 - D) Organización, autoestima, control de emociones.
- ¿Cuáles son las habilidades que permiten relacionarse con los demás y tener una conversación agradable con la familia, con los amigos, con los compañeros de escuela o con personas conocidas?
 - A) Cierto
 - B) No necesariamente
 - C) No necesariamente
 - D) No necesariamente
- ¿Necesitas de los servicios?
 - A) No necesariamente
 - B) Necesitas de los servicios que permitan identificar diferentes soluciones ante un problema y decidir cuál es la mejor opción, para lo que necesitas tener buenas decisiones?
 - C) Cierto
 - D) No necesariamente
- ¿Necesitas de los servicios?
 - A) Necesitas de los servicios.
 - B) Necesitas de los servicios.
 - C) Necesitas de los servicios.
 - D) Necesitas de los servicios.
- ¿Son las habilidades básicas para tener una buena conversación?
 - A) Escucha, autoestima y diálogo.
 - B) Escucha, autoestima y diálogo.
 - C) Autoestima, diálogo y escucha.
 - D) Autoestima, diálogo y escucha.
- ¿Cómo se relaciona con los demás?
 - A) Mejor a los otros, siempre se ve bien y bonito.
 - B) Necesitas de los servicios.
 - C) Necesitas de los servicios.
 - D) Necesitas de los servicios.
- ¿Son las habilidades para la vida, un recurso útil?
 - A) Pueden ser una manera de manejar situaciones de las que se necesita tener una preparación.
 - B) Necesitas de los servicios.
 - C) Necesitas de los servicios.
 - D) Necesitas de los servicios.
- ¿Son las habilidades para la vida, un recurso útil?
 - A) Pueden ser una manera de manejar situaciones de las que se necesita tener una preparación.
 - B) Necesitas de los servicios.
 - C) Necesitas de los servicios.
 - D) Necesitas de los servicios.

- **Cuestionario de satisfacción del curso de Habilidades para la Vida (SS & CONADIC, 2009).** Es un instrumento de 10 preguntas que evalúan la satisfacción de los participantes con respecto a la utilidad del contenido del curso para sus actividades diarias, lo adecuado de las actividades, la organización, la claridad y la preparación de los ponentes, entre otros puntos relacionados con el curso de Habilidades para la Vida.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Nombre	Sexo
--------	------

Instrucciones: Con la finalidad de mejorar el contenido y el desarrollo del curso, se requiere que completes con una X el grado de cumplimiento de acuerdo al acuerdo, en desacuerdo o completamente en desacuerdo, con cada una de las siguientes afirmaciones. Todas las respuestas deben ser marcadas con una X.

No.	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Comentarios adicionales sobre el curso: _____

Gracias por su participación.

- **Página Web (www.nuevavida.salud.gob.mx).** Es una página diseñada para brindar información sobre prevención del consumo de drogas a padres de familia, jóvenes y promotores Nueva Vida. Dentro de ésta página se participó en el desarrollo de los siguientes documentos:

- Elaboración de historias relacionadas con Habilidades para la Vida.
- Elaboración de frases para fondos de pantalla.
- Elaboración de monografías sobre drogas y sus efectos.
- Diseño de un cuestionario de opinión para evaluar el contenido, diseño y claridad de la página.



2.1.1.2 Cursos de Capacitación en Habilidades para la Vida

Como se mencionó, la segunda etapa de la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida consiste en un curso de Habilidades para la Vida. Estas Habilidades se describen como herramientas que permiten desarrollar actitudes positivas en niñas, niños y adolescentes para disfrutar la vida y lograr un desarrollo saludable tanto físico como mental. Este curso se dio en todas las entidades federativas y en este reporte de experiencia profesional se describen los resultados del curso brindado a personal de salud del Distrito Federal.

Objetivo del curso: Empoderar a promotores “Nueva Vida” con conocimientos, habilidades y competencias para formar a niñas, niños y adolescentes en Habilidades para la Vida como una estrategia de prevención del consumo de alcohol, tabaco y de otras drogas, así como para la promoción de estilos de vida saludable.

Método

Participantes

Se capacitó en las instalaciones del ST-CONADIC y de la Secretaría de Salud del Distrito Federal a 54 personas, la mayoría mujeres (61.1% mujeres y 38.9% hombres), provenientes de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones (UNEMES-CAPA), conocidos como Centros Nueva Vida (39.9%), del Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS) (25.9%), del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (16.7%), del Programa Oportunidades de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (5.6%), del Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) Torres de Potrero (5.6%), de la Secretaría de Marina (SEMAR) (3.7%) y del Centro de Orientación Telefónica del CONADIC (3.7%). La edad de los participantes osciló entre los 19 y 64 años.

Instrumentos:

- 1. Cuestionario de conocimientos del curso de Habilidades para la Vida** (SS & CONADIC, 2009). Es un instrumento de 10 preguntas con respuesta de opción múltiple que evalúan los conocimientos de los participantes antes y después del curso con relación al tema de Habilidades para la Vida.
- 2. Cuestionario de satisfacción del curso de Habilidades para la Vida** (SS & CONADIC, 2009). Es un instrumento de 10 preguntas que evalúan la satisfacción de los participantes con respecto a la utilidad del contenido del curso para sus actividades diarias, lo adecuado de las actividades, la

organización, la claridad y la preparación de los ponentes, entre otros puntos relacionados con el curso de Habilidades para la Vida.

Materiales:

- 1. Habilidades para la Vida. Guía Práctica y sencilla para el Promotor Nueva Vida** (SS & CONADIC, 2009). Describe que son las Habilidades para la Vida, y los grupos en que se dividen. Habilidades sociales (comunicación, asertividad), habilidades de pensamiento (creatividad, solución de problemas) y habilidades para el manejo de emociones (expresión de emociones, autoestima y manejo del estrés). También detalla actividades para el desarrollo de cada una de las habilidades.
- 2. Manual para el capacitador de Promotores de “Habilidades para la Vida”** (SS & CONADIC, 2009). Describe los objetivos, los pasos para la capacitación del curso de Habilidades para la Vida, las actividades a realizar, los tiempos y algunas sugerencias prácticas que pueden ayudar al Capacitador en su labor. Es una herramienta fundamental que facilita y ayuda en la organización de la capacitación.
- 3. Carta descriptiva del curso de Habilidades para la Vida** (SS & CONADIC, 2009). Describe brevemente el objetivo del curso, la duración, el número y perfil de los asistentes recomendado, los temas y las actividades del curso. Es una guía rápida que permite organizar el curso de manera práctica.
- 4. Presentación Power Point del curso de Habilidades para la Vida.** Es un apoyo visual que facilita el curso, consta de 95 diapositivas con información, actividades e imágenes del tema.
- 5. Etiquetas, plumones, rotafolio**

Procedimiento

Se capacitó a los participantes en el curso de Habilidades para la Vida. El curso fue impartido por dos personas con experiencia en el tema y tuvo una duración de 10 horas, divididas en dos días, cinco horas por día. La capacitación se dio en cinco pasos que se describen a continuación.

- **Paso 1. Bienvenida.** En este paso se dio la bienvenida a los participantes y se realizó la dinámica de presentación nombre cualidad, la cual consiste en que cada participante se presente mencionando su nombre y una cualidad que inicie con la primera letra de su nombre.

- **Paso 2. Evaluación inicial, encuadre y presentación del curso.** En este paso se aplicó por primera vez el Cuestionario de Conocimientos (PRE), se solicitó una lluvia de ideas sobre expectativas, necesidades e intereses de los participantes con respecto al curso y se describió el objetivo y contenido del curso.
- **Paso 3. Introducción.** En este paso se realizó la presentación, de manera dinámica de los antecedentes de Habilidades para la Vida y de las cinco recomendaciones para formar en Habilidades para la Vida: presentarse, hacer una introducción de cada habilidad, crear un ambiente agradable para el aprendizaje, aclarar dudas y mencionar que es importante practicar diariamente las habilidades en todos los contextos.
- **Paso 4. Formación en Habilidades para la Vida.** En este paso se describieron los tres grupos en los que se organizan las habilidades para la vida (habilidades sociales, de pensamiento y para el manejo de emociones) así como las habilidades que se encuentran dentro de estos grupos (ver tabla 3). Además se realizó, de acuerdo a las características del grupo, al menos dos de las actividades sugeridas para formar en cada habilidad. Al realizar las actividades se hizo uso de instrucción verbal, del modelamiento, el ensayo conductual y la retroalimentación.

Tabla 3. Grupos de Habilidades para la Vida y sus actividades.

Grupos	Habilidades específicas	Actividades para desarrollar la habilidad
Comunicación	Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> – ¿Cómo nos comunicamos? – Unos minutitos. – Construyendo puentes de comunicación.
	Asertividad	<ul style="list-style-type: none"> – Primera...segunda... tercera llamada. – Reflexionando sobre cómo actuamos – ¿Qué harías tú si...?
	Pensamiento Creativo	<ul style="list-style-type: none"> – Creando historias. – Noticias divertidas.
Pensamiento	Solución de Problemas	<ul style="list-style-type: none"> – ¿Qué hacer con...? – Enfrentando problemas. – Da soluciones. – Resolviendo problemas. – ¡Tomemos decisiones!

Manejo de emociones	Expresión de emociones	<ul style="list-style-type: none"> – Frases incompletas. – ¿Qué puede pasar si no expresamos lo que sentimos? – Expresa lo que sientes.
	Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> – Mi árbol. – Hoja de vida. – Decídete a cambiar.
	Control del estrés	<ul style="list-style-type: none"> – Reconoce lo que te estresa. – Aprende a respirar.

Al finalizar cada actividad y cada grupo de habilidades se dio un espacio para que los participantes expresaran sus dudas.

- **Paso 5. El Promotor de Habilidades para la Vida y la Familia.** En este paso se instruyó a los participantes para que conocieran y describieran los comportamientos que permiten identificar si una persona está consumiendo drogas. Además se capacitó a los participantes en estrategias que los familiares de un consumidor de drogas puede utilizar al enterarse del consumo.
- **Paso 6. Evaluación final, entrega de reconocimientos y cierre del curso.** En este paso se aplicó por segunda vez el cuestionario de conocimientos sobre Habilidades para la Vida (POST), también se aplicó el cuestionario de satisfacción del curso, se entregaron los reconocimientos de asistencia y se dio por terminado el curso.

Resultados

A continuación se describen los resultados obtenidos de la capacitación en el curso de Habilidades para la Vida en términos de: 1) Conocimientos adquiridos y 2) Satisfacción sobre el curso. La primera variable se evaluó en dos momentos antes de iniciar el curso de capacitación (PRE) y al terminarlo (POST); la segunda variable sólo se evaluó al final del curso.

1) Conocimientos

En la figura 1 se observan los resultados de los cuestionarios de conocimientos que contestaron los participantes antes y después del curso. En la mayoría de los reactivos se incrementó el porcentaje de participantes que contestaron adecuadamente después de que recibieron el curso, mostrando porcentajes

mayores a 90% en las preguntas 3, 5, 7 y 8. En la pregunta 1 y 6 se mantuvo el porcentaje de participantes que contestaron adecuadamente las preguntas.

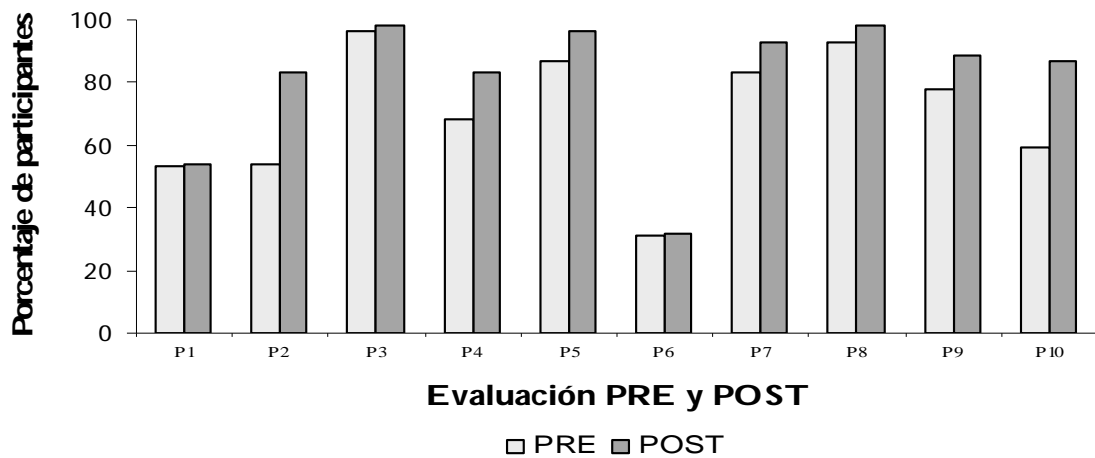


Figura 1. Respuestas antes y después del cuestionario de conocimientos del curso de Habilidades para la Vida.

2) Satisfacción

En la figura 2 se observa que el 77.7% (n=42) de los participantes estuvieron completamente de acuerdo en que el curso les era útil para desempeñar su trabajo diario. La figura 3 se observa que el 74.1% (n=40) de los participantes consideraron que el curso que recibieron reforzó sus conocimientos.

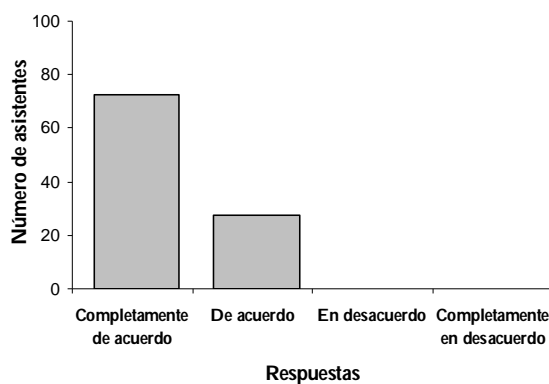


Figura 2. Respuestas a la pregunta 1. El curso me es útil para desempeñar mi trabajo diario, del cuestionario de satisfacción.

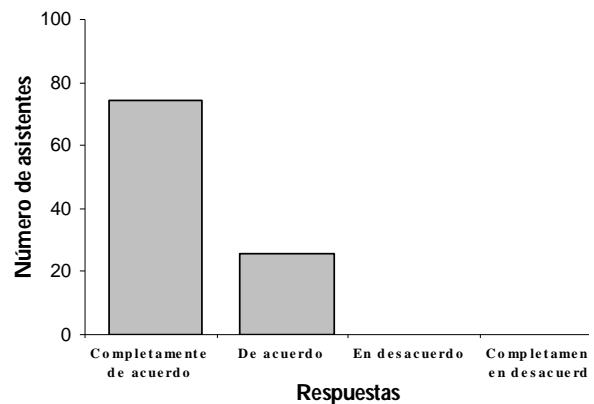


Figura 3. Respuestas a la pregunta 2. El curso que recibí reforzó mis conocimientos, del cuestionario de satisfacción.

En la figura 4 se observa que el 62.96% (n=34) de los participantes estuvieron completamente de acuerdo en que los contenidos del curso les parecieron relevantes. La figura 5 muestra que el 70.37% (n=38) de los participantes opinaron que el curso fue impartido con claridad.

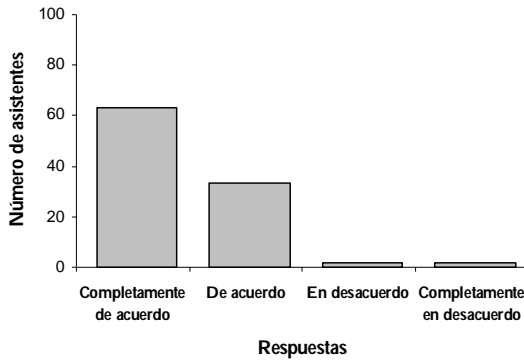


Figura 4. Respuestas a la pregunta 3. Los contenidos del curso me parecieron relevantes, del cuestionario de satisfacción.

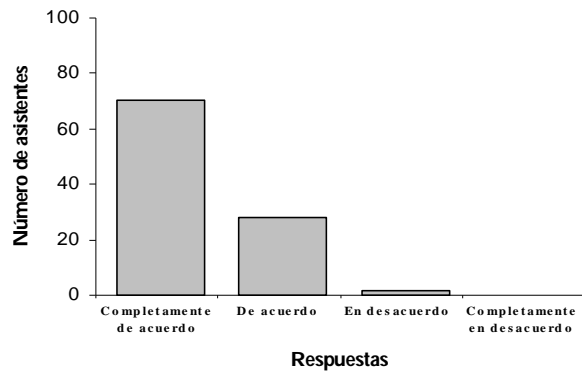


Figura 5. Respuestas a la pregunta 4. El curso fue impartido con claridad, del cuestionario de satisfacción.

En la figura 6 se observa que el 64.81% (n=35) de los participantes estuvieron completamente de acuerdo en que las actividades del curso les parecieron adecuadas para transmitir los conocimientos. La figura 7 muestra que el 55.55% (n=30) de los participantes opinaron que estaban de acuerdo con que la organización del curso fue adecuada.

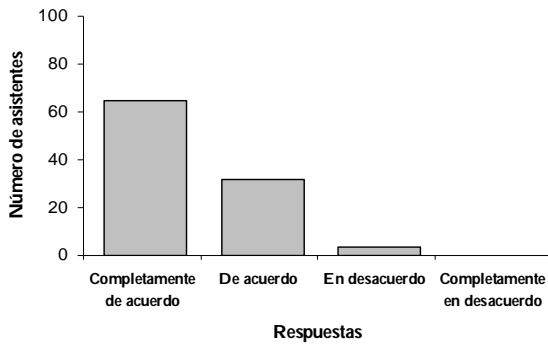


Figura 6. Respuestas a la pregunta 5. Las actividades del curso me parecieron adecuadas para transmitir los conocimientos, del cuestionario de satisfacción.

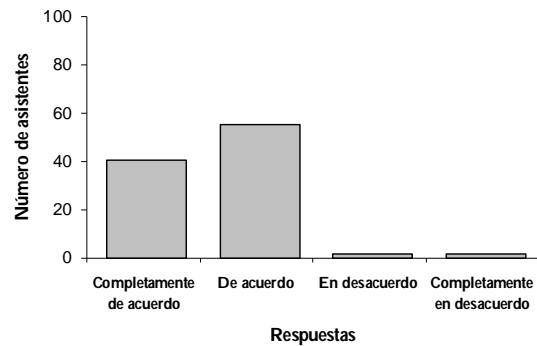


Figura 7. Respuestas a la pregunta 6. La organización del curso fue adecuada, del cuestionario de satisfacción.

La figura 8 muestra que el 59.25% (n=32) de los participantes opinaron que estaban completamente de acuerdo con que los materiales y apoyos didácticos del curso fueron adecuados. La figura 9 muestra que 72.22% (n=39) de los participantes estuvo completamente de acuerdo en que los ponentes les parecieron bien preparados.

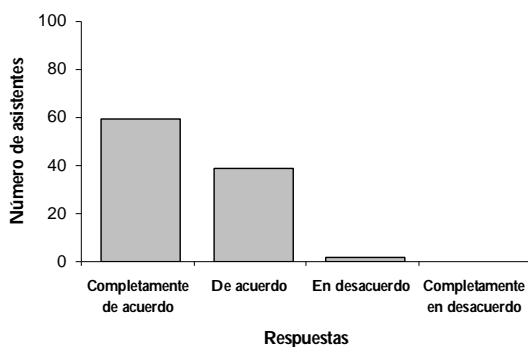


Figura 8. Respuestas a la pregunta 7. Los materiales y apoyos didácticos del curso fueron adecuados, del cuestionario de satisfacción.

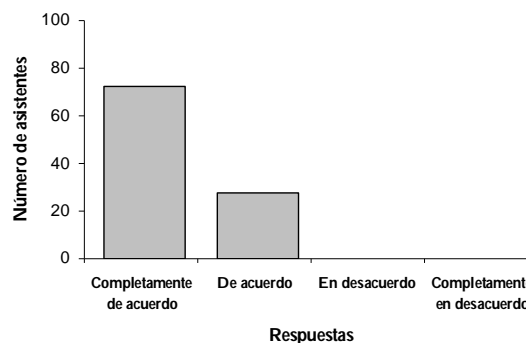


Figura 9. Respuestas a la pregunta 8. Los ponentes del curso me parecieron bien preparados, del cuestionario de satisfacción.

La figura 10 muestra que el 46.29% (n=25) de los participantes opinaron que estaban de acuerdo en que la distribución de los tiempos del curso fue adecuada. La figura 11 muestra que 53.7% (n=29) de los participantes estuvo de acuerdo en que la sede donde se impartió el curso fue adecuada.

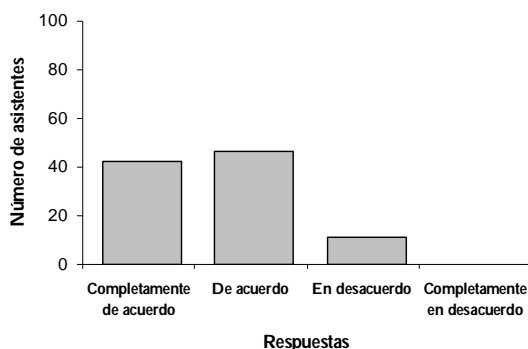


Figura 10 Respuestas a la pregunta 9. La distribución de los tiempos del curso para las actividades fue adecuada, del cuestionario de satisfacción.

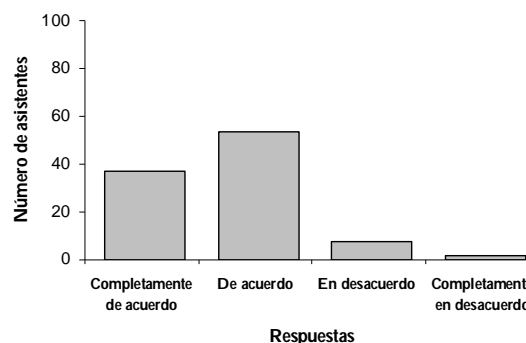


Figura 11. Respuestas a la pregunta 10. La sede donde recibí el curso me pareció adecuada, del cuestionario de satisfacción.

2.1.2. Actividades de prevención y atención de las adicciones del CONADIC

Además de las acciones relacionadas con la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida, como parte de las acciones que realiza el CONADIC para la prevención y atención de las adicciones, durante la residencia también se participó en las siguientes actividades:

- **Módulo de consejería en adicciones.** Este proyecto tiene por objetivo la implementación de módulos de consejería breve motivacional para usuarios de drogas que son detenidos en el Centro de Operación Estratégica (COE), como parte de las actividades de residencia se participó en la elaboración del manual de procedimientos para la puesta en marcha de los módulos, se apoyó en la creación de dos módulos, uno en el COE de la Delegación Gustavo A. Madero y otro en el COE de Cuernavaca Morelos. Además se capacitó a médicos, trabajadores y psicólogos que realizan las actividades de consejería de los módulos.
- **Organización de cursos y reuniones.** Como parte de las actividades de residencia se participó en la organización de un curso de Inducción para el Puesto de Secretario Técnico de los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA). Este curso tuvo por objetivo informar a los Secretarios Técnicos sobre los antecedentes históricos, marco jurídico, misión y visión, atribuciones, funciones y responsabilidades del Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones, así como de su apoyo en la coordinación y cooperación con los estados y municipios, a través de los Consejos Estatales contra las Adicciones y Comités Municipales contra las Adicciones, para la eficaz ejecución de los programas y políticas públicas en materia de adicciones.

También se participó en la organización del 4to y 5to Encuentros Nacionales de Consejos Estatales contra las Adicciones (CECAS). Estos encuentros tienen por objetivo promover el cumplimiento de las metas del Programa de Acción para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones 2007-2012, así como para fortalecer los mecanismos de coordinación entre las entidades federativas y el Secretariado Técnico del CONADIC. Así mismo se trabajó en el seguimiento de acuerdos y compromisos derivados de los Encuentros.

- **Análisis técnicos de documentos en prevención de adicciones.** Como parte de las actividades de residencia se participó en la revisión de materiales interactivos sobre el tema de Habilidades para la Vida para la prevención del consumo de drogas en niños; en la revisión de manuales del curso de Mitos y Realidades de las Drogas, una estrategia de prevención del consumo de drogas dirigida a Jóvenes y en la revisión de un proyecto para la creación de un centro de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas femenil en Guanajuato. Así mismo se participó en la supervisión del

grupo técnico para la elaboración de materiales de Habilidades para la Vida.

- **Cursos.** Finalmente dentro de las actividades realizadas en el CONADIC, se asistió a los siguientes cursos de capacitación:
 - Curso para la creación de proyectos con organizaciones de la sociedad civil.
 - Curso de Detección, Orientación y Consejería en Adicciones.
 - Curso de Habilidades para la Vida.
 - Curso de Consejo Motivacional.
 - Mesa redonda: regulación sobre narcomenudeo y consumo.
 - Curso para capacitadores estatales en la estrategia de prevención de adicciones en secundaria de la Secretaría de Educación Pública.

2.2 Tratamiento de las conductas adictivas

El objetivo de estas actividades fue la reducción del consumo de alcohol y cocaína a través de la aplicación de tratamientos de corte cognitivo conductual a seis consumidores, 3 de alcohol y 3 de cocaína, incidiendo en el patrón de consumo, el nivel de dependencia a las sustancias, el índice de situaciones de consumo y el índice de autoconfianza para resistirse al consumo de drogas.

2.2.1 Método

Participantes

Se atendió a seis usuarios, tres consumidores de alcohol (dos hombres y una mujer) y tres consumidores de cocaína (1 hombre y dos mujeres), la mayoría de ellos solteros, estudiantes y con edades en un rango de 20 a 40 años (Tabla 4).

Tabla 4. Características generales de los usuarios

Usuario	Sexo	Edad	Estado civil	Ocupación
Usuario 1	Masculino	40	Divorciado	Estudiante
Usuario 2	Masculino	24	Soltero	Desempleado
Usuario 3	Femenino	24	Soltera	Estudiante
Usuario 4	Masculino	34	Casado	Comerciante
Usuario 5	Femenino	38	Casada	Profesora
Usuario 6	Femenino	21	Soltera	Estudiante

En la entrevista inicial, los usuarios reportaron un tiempo de consumo de 2 a 4 años, para el caso de cocaína y de 6 a 20 años para el caso de alcohol. El tiempo de consumo problemático fue de 1 año a 1 1/2 para cocaína y de 1 a 10 años para alcohol. La mayoría de los usuarios consumían en lugares privados y consideraban el consumo de sustancias como un problema mayor (Tabla 5).

Tabla 5. Características del patrón de consumo

Usuario	Sustancia	Tiempo de consumo	Tiempo de consumo problemático	Lugar de consumo	Percepción del problema
Usuario 1	Alcohol	20 años	10 años	Privado	Un problema mayor
Usuario 2	Alcohol	6 años	3 años	Público/privado	Un problema mayor
Usuario 3	Alcohol	6 años	1 año	Públicos	Un problema mayor
Usuario 4	Cocaína	4 años	1 año y medio	Público	Un problema mayor
Usuario 5	Cocaína	3 años	2 años	Privado/público	Un problema mayor
Usuario 6	Cocaína	2 años	1 año	Privados	Un gran problema

Entre los diversos problemas relacionados con el consumo de drogas que los usuarios manifestaron tener durante el último año fueron: vómitos constantes, dolores de cabeza, dolores de estómago, gastritis, úlceras, problemas cardiovasculares, dificultad para decidir, problemas de memoria y de concentración, olvidos, cambios repentinos de humor, tristeza, irritabilidad, ansiedad, problemas interpersonales, pérdida de confianza, infidelidad, inestabilidad en las relaciones interpersonales, aislamiento y pérdida de amistades, robo, violencia física y verbal, demandas, ausentismo en el trabajo, pérdida de empleo, deudas, inasistencias a la escuela y reprobar materias.

En la entrevista inicial, se observó que los usuarios cumplieron con los criterios de inclusión a los tratamientos. Estos criterios son los siguientes:

- Niveles de dependencia media o severa las drogas.
- Participación en tratamientos previos al presente y experimentar recaídas.
- Pérdidas en diferentes áreas de vida (salud, cognitivo, emocional, escolar, familiar, social y laboral).
- Mayoría de edad (más de 18 años).
- Saber leer y escribir.
- Escolaridad mínima de secundaria.

Instrumentos:

1. **Entrevista Conductual** (Meyers & Smith, 1995; Barragán, Flores, Morales, González, Martínez & Reidl, 2006). Es una entrevista estructurada para obtener información sobre, datos de identificación, situación socioeconómica, historia y patrón de consumo, tratamientos anteriores, consecuencias adversas

del consumo de sustancias. Esta entrevista fue desarrollada específicamente para el PSC.

2. **Escala de Dependencia al Alcohol [EDA]** (Skinner & Allen, 1982 en Barragán et al., 2006). La EDA está formada por 25 reactivos y las opciones de respuesta se clasifican en una escala que incluyen reactivos dicotómicos, de tres puntos y algunos de cuatro puntos. El instrumento mide desde dependencia baja hasta severa. La versión revisada del EDA correlacionó muy alto con la versión original ($r = 0.96$). Los datos de confiabilidad test-retest los obtuvieron Skinner y Horn (1984), utilizando el Inventario de Consumo de Alcohol y estimaron la confiabilidad test-retest en 0.92, con 76 personas a las que se les aplicó nuevamente el instrumento después de una semana de terapia. La consistencia interna fue reportada como alta en el trabajo de Skinner, 1982 ($\alpha=0.92$) y en el de Kivlahan et al. 1989 ($\alpha=0.85$).

En cuanto a los resultados de validez del EDA 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 ($r=0.69$). La aplicación de la EDA requiere de 10 minutos. Las respuestas de los 25 reactivos tienen diferentes escalas: a=0, b=1, c=2 y d=3. Se suman los reactivos y se obtiene un solo puntaje que puede ir de 0 a 47 puntos y puede ser interpretado de la siguiente manera:

De 0 = No hay dependencia,
De 1 a 13 = Dependencia baja,
De 14 a 21 = Dependencia moderada,
De 22 a 30 = Dependencia media y
De 31 a 47 = Dependencia severa.

3. **Cuestionario de Abuso de Drogas [CAD]** (Skinner, 1982, adaptado por De las Fuentes & Villalpando, 2001). Es un instrumento de auto-informe compuesto por 20 reactivos con respuestas dicotómicas. Proporciona un índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas. El CAD mide la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas, permitiendo discriminar clínicamente entre los individuos más involucrados en el consumo y los menos, así como con fines de evaluación en el tratamiento. Los índices reportados de confiabilidad han variado de 0.95 a 0.86 para usuarios de alcohol y drogas.

El CAD puede ser administrado como entrevista o en formato auto-aplicable. Para calificarlo se suman las respuestas contestadas en la dirección crítica (que indican problemas en el uso de drogas), es decir, los reactivos 4 y 5 contestados negativamente valen un punto, y los demás contestados positivamente valen un punto. La calificación total es la suma de los puntajes de los 20 reactivos, la cual se ubica en un intervalo que va de 0 a 20, donde:

De 0 = No reportó

De 1 a 5 = Nivel bajo

De 6 a 10 = Nivel moderado

De 11 a 15 = Nivel sustancial

De 16 a 20 = Nivel severo

4. **Línea Base Retrospectiva [LIBARE]** (Sobell & Sobell, 1992; adaptada por Echeverría, Oviedo & Ayala, 1998). Este instrumento fue desarrollado por Sobell & Sobell en 1992; es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario un año antes de iniciado el tratamiento, aunque también puede utilizarse durante y después del tratamiento. La LIBARE mide la conducta de consumo de sustancias adictivas antes, durante y después de tratamiento. Evalúa cambios específicos en el patrón antes del tratamiento; permite identificar datos como: los días/meses de mayor consumo y la frecuencia del consumo.

Este instrumento tiene una confiabilidad test-retest de 0.91. La correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de 0.82. La validez concurrente, con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan muestra correlaciones de 0.53.

5. **Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol [ISCA]** (Annis, Graham & Davis, 1982; versión adaptada al español por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). El ISCA es un instrumento auto-aplicable que consta de 100 reactivos agrupados en 8 categorías; estas ocho sub-escalas se dividen en dos categorías de situaciones de consumo de alcohol: I. Situaciones personales, que se subdivide en 5 categorías 1) Emociones desagradables, 2) Malestar físico, 3) Emociones agradables, 4) Probando autocontrol y 5) Necesidad o tentación de consumo. Y II. Situaciones que involucran a terceras personas y que se subdividen en tres categorías: 6) Conflicto con otros, 7) Presión social y 8) Momentos agradables con otros. Las sub-escalas muestran una distribución normal y una adecuada validez de contenido como parte de su estructura interna; así como validez externa y confiabilidad adecuadas.

6. **Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas [ISCD]** (Annis, Graham & Martín, 1988; adaptado por Pérez, De León, Oropeza, & Ayala, 2001). Este instrumento tiene un formato autoaplicable y consta de 60 reactivos, su objetivo es identificar las situaciones de riesgo de consumo de drogas en las que el usuario es más propenso a presentar una recaída. Los 60 reactivos se agrupan en dos categorías generales y ocho subcategorías. La categoría I. Situaciones personales, se divide en cinco subcategorías: 1) Emociones desagradables: 2) Malestar físico: 3) Emociones agradables: 4) Probando autocontrol y 5) Necesidad o tentación de consumo. La categoría II. Situaciones que involucran a terceras personas, se divide en tres categorías: 6) Conflicto con otros, 7) Presión social y 8) Momentos agradables con otros. Cada reactivo se contesta en una escala de 4 puntos: nunca=0, rara vez=1, frecuentemente=2 y casi siempre=3. Se obtiene el puntaje de cada sub-escala al sumar los puntajes de los reactivos que le corresponde. En la adaptación a población mexicana se mostró una confiabilidad test-retest de 0.98 siendo significativos todos sus reactivos al 0.000.

7. **Cuestionario de autoconfianza del consumo de drogas [CACD]** (Annis, Graham & Martín, 1985; adaptado por De León, Pérez, Oropeza & Ayala, 2001). Este instrumento está conformado por 60 afirmaciones sobre situaciones de consumo de drogas. El objetivo de CACD es conocer la confianza que tiene el usuario para rehusarse al consumo. Los 60 reactivos se agrupan en dos categorías generales y ocho subcategorías. La categoría I. Situaciones personales, se divide en cinco subcategorías: 1) Emociones desagradables: 2) Malestar físico: 3) Emociones agradables: 4) Probando autocontrol y 5) Necesidad o tentación de consumo. La categoría II. Situaciones que involucran a terceras personas, se divide en tres categorías: 6) Conflicto con otros, 7) Presión social y 8) Momentos agradables con otros. Las puntuaciones de las subescalas de autoconfianza, con un rango de 0% a 100%, indican la fortaleza que tiene el individuo para resistirse a la necesidad de usar drogas dentro de cada tipo de situación.

8. **Cuestionario de Confianza Situacional [CCS]** (Annis & Graham, 1987 versión adaptada al español por Echeverría & Ayala, 1977). Es un cuestionario de auto-reporte de 100 reactivos. Este instrumento evalúa el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo de alcohol ante ocho categorías situacionales: 1) Emociones desagradables, 2) Malestar físico, 3) Emociones agradables, 4) Probando autocontrol, 5) Necesidad física, 6) Conflicto con otros, 7) Presión social y 8) Momentos agradables con otros.

La calificación del instrumento es el puntaje directo escrito por el usuario ante cada situación. Se puede obtener un factor general obteniendo el promedio. Las puntuaciones de auto-eficacia con un rango de 0% a 100% indican el nivel de confianza del individuo para resistirse al consumo de alcohol ante cada situación; por ejemplo, una puntuación de 20% indica que el usuario tiene poca confianza de resistirse al consumo ante esa situación; por lo que ese tipo de situaciones representan un alto riesgo para el individuo.

9. **Autorregistro de Consumo** (Barragán, 2005). Es un instrumento semi-estructurado de lápiz y papel que evalúa el patrón de consumo (frecuencia, duración y topografía), los precipitadores de consumo (internos y externos) y las consecuencias (positivas y negativas) del consumo de manera diaria. Este instrumento es utilizado durante el tratamiento y los seguimientos.

10. **Autorregistro de Consumo y Deseo de Cocaína** (Méndez, Vázquez & Oropeza, 2006). Es un instrumento de lápiz y papel que tiene por objetivo identificar la frecuencia, duración y topografía, tanto del consumo de cocaína como del deseo por consumir. Este instrumento fue diseñado específicamente para ser utilizado durante el tratamiento y los seguimientos del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína.

Procedimiento

Se aplicaron dos programas de tratamiento, el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) (Barragán et al., 2006) y el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC), Versión III (Oropeza, Fukushima, García, & Escobedo, 2008) en un diseño de investigación N=1, A-B con seguimientos. En general los programas tuvieron una duración aproximada de seis meses y al final se realizaron seguimientos durante seis meses. Las sesiones de tratamiento se proporcionaron dos veces por semana, cada sesión con una duración de 90 minutos. A continuación se describe la aplicación de los programas organizada en cuatro fases: I) Evaluación, II) Tratamiento, III) Post evaluación y IV) Seguimientos.

Fase I. Evaluación

En esta fase se aplicaron diversos instrumentos con la finalidad de conocer el patrón de consumo, identificar los problemas asociados y determinar si los programas se adecuaban a las características de los usuarios.

Los instrumentos que se aplicaron fueron:

- **Para usuarios de alcohol:** Entrevista Conductual, Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), Línea Base Retrospectiva (LIBARE), Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) y el Autorregistro del consumo de drogas.
- **Para usuarios de cocaína:** Entrevista Conductual, Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), Línea Base retrospectiva (LIBARE), Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), Cuestionario de Autoconfianza del Consumo de Drogas (CACD) y el Autorregistro de Consumo y Deseo de Cocaína.

Al final de esta fase se identificó que los usuarios eran candidatos para participar en los programas de tratamiento ya que cumplían con todos los criterios de inclusión. Además los usuarios firmaron la carta de consentimiento para participar en los programas.

Fase II. Tratamiento

Esta fase tuvo una duración aproximada de seis meses, a través de los cuales se trabajó con todos los usuarios ocho componentes. Cabe mencionar que algunos componentes fueron exclusivos para usuarios de alcohol (muestra de abstinencia, habilidades de comunicación y autocontrol de emociones) y otros exclusivos para usuarios de cocaína (identificación y manejo del pensamientos sobre cocaína, identificación y manejo del deseo de consumo de cocaína y decisiones aparentemente irrelevantes). Asimismo los componentes de análisis funcional del consumo de drogas, rehusarse al consumo de drogas, establecimiento de meta de consumo y metas de vida cotidiana, solución de problemas y prevención de recaídas y reestablecimiento de metas se trabajaron con todos los usuarios.

Componentes para usuarios de alcohol:

- **Muestra de abstinencia**
Esta sesión se inició con la revisión y el análisis del consumo, después se dio a los usuarios la retroalimentación de los instrumentos aplicados en admisión y evaluación. La información obtenida en los instrumentos mostró el estado actual de los usuarios con respecto al consumo de alcohol, aspecto que ayudó a motivar y enfatizar la importancia de establecer un compromiso con un periodo de abstinencia de 90 días. Para

cumplir con la muestra de abstinencia se identificó con los usuarios los precipitadores de consumo así como las situaciones de riesgo para después realizar planes de acción que permitieran el cumplimiento de la muestra de abstinencia. Finalmente se realizaron planes de acción para situaciones de riesgo de consumo que se presentaran durante la semana.

- **Habilidades de comunicación**

Al inicio del componente se revisó y analizó junto con los usuarios el autorregistro de consumo. Durante el componente se entrenó a los usuarios en las siguientes habilidades de comunicación: saber escuchar, iniciar conversaciones, compartir sentimientos positivos y negativos, ofrecer entendimiento, compartir o asumir responsabilidad, ofrecer ayuda, dar reconocimiento, recibir reconocimiento, solicitar ayuda, recibir críticas y expresar desacuerdos. El entrenamiento de estas habilidades se realizó a través de la instrucción verbal, del modelamiento, el ensayo conductual y la retroalimentación. La tarea de estas sesiones consistió en la puesta en práctica por parte de los usuarios de las habilidades de comunicación en su vida cotidiana.

- **Autocontrol de emociones (tristeza, ansiedad, enojo y celos)**

El componente de autocontrol emocional consiste en el entrenamiento de habilidades que permiten disminuir estados emocionales negativos, lo cual es de suma importancia para los usuarios pues al ser capaces de controlar sus emociones pueden generar soluciones y obtener consecuencias positivas. En este componente se enseñó habilidades para controlar cuatro emociones: enojo, tristeza, ansiedad y celos.

En cada una de las sesiones de este componente la actividad inicial fue la revisión y análisis del autorregistro. Para el autocontrol de la tristeza se entrenó a los usuarios en estrategias de cambio de pensamientos equivocados, realización de actividades agradables y búsqueda de lo positivo en actividades cotidianas. Además se les solicitó que realizaran un autorregistro de tristeza identificando las situaciones, el nivel de tristeza (en escala de 0 a 10), la estrategia utilizada, los resultados obtenidos y el nivel de tristeza final (en escala de 0 a 10).

Para el control de ansiedad, se enseñó a los usuarios las habilidades de freno de pensamientos negativos, darse instrucciones positivas, cambiar los pensamientos, respiración profunda, relajación muscular, relajación a través de imaginación y autorregistro de la ansiedad. Para el llenado del autorregistro se solicitó a los usuarios que describieran la situación que les provocaba ansiedad, que evaluaran el nivel de ansiedad (en escala de 0 a 10), que describieran la estrategia utilizada y mencionaran los resultados

obtenidos, incluyendo el nivel de ansiedad al final de la estrategia (en escala de 0 a 10).

Con respecto al control de enojo se entrenó a los usuarios en la adquisición de habilidades como instrucciones positivas, tiempo fuera y distraer el pensamiento, adicional a ello también se solicitó que llevaran a cabo un autorregistro de enojo en el cual identificaran la situación que los molestaba, el nivel de enojo que presentaban (en escala de 0 a 10), la estrategia utilizada y los resultados obtenidos incluyendo el nivel de enojo al final de la estrategia (igualmente en escala de 0 a 10).

Para el último componente de autocontrol emocional, celos, se trabajó con los usuarios en el aprendizaje de técnicas como cambio de conductas, cambio de pensamientos y otras técnicas preventivas. Al igual que con las otras emociones se le solicitó el llenado de un autorregistro en el cual los usuarios describieron la situación que les provocó celos, el nivel de enojo inicial, la estrategia utilizada para controlarlos y los resultados obtenidos, incluyendo la evaluación de los celos al final (en escala de 0 a 10).

Para el entrenamiento de las estrategias antes mencionadas, se recurrió a la instrucción verbal por cada habilidad, el modelamiento, el ensayo conductual por parte de los usuarios y la retroalimentación. La tarea del componente de autocontrol de emociones en general consistió en motivar a los usuarios a utilizar las estrategias aprendidas durante el entrenamiento en situaciones de la vida cotidiana para evaluar las habilidades aprendidas e identificar obstáculos para ponerlas en práctica. Al final del trabajo con cada emoción se solicitó a los usuarios continuar con el llenado del autorregistro del consumo de drogas.

Componentes para usuarios de cocaína:

- **Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína**

Los pensamientos acerca de la cocaína constituyen uno de los disparadores más frecuentes del consumo; por lo que se considera útil enseñar a los usuarios a identificar y manejar esos pensamientos, que generalmente son automáticos. Después de revisar y analizar el autorregistro de consumo junto con los usuarios, la primera actividad del componente se dirigió a facilitar la identificación de los pensamientos asociados al consumo. Una vez identificados, se enseñó a los usuarios a manejarlos. Las técnicas empleadas para manejar los pensamientos son la evitación y el enfrentamiento. La evitación se refiere a la capacidad cognitiva para

modificar pensamientos que preceden al consumo, las estrategias utilizadas fueron cambiar los pensamientos sobre la cocaína generando pensamientos positivos y recordar las ventajas de no consumir.

El enfrentamiento conductual es útil para manejar adecuadamente una situación de riesgo de consumo, las estrategias utilizadas fueron relacionar una experiencia de consumo con estados físicos, psicológicos y sociales negativos, establecer prioridades por medio de una lista de actividades incompatibles con el consumo y hablar con amistades sobre sus pensamientos relacionados con el consumo. Al final del componente se solicitó a los usuarios seguir con el llenado del autorregistro del consumo de cocaína.

- **Identificación y manejo del deseo de consumo de cocaína**

Al igual que los pensamientos, el deseo por cocaína es otro de los principales disparadores de consumo. En este componente se inició con la revisión y análisis del autorregistro de consumo. Después se explicó a los usuarios que el deseo por cocaína es normal y, aunque generalmente es una sensación incómoda es más fuerte el inicio del tratamiento, tiene una duración limitada (usualmente dura unos minutos y máximo unas horas), su intensidad es variable (oscila de leve a alta) y su ocurrencia responde a señales internas y externas al usuario asociadas con el consumo.

Las estrategias enseñadas a los usuarios fueron, identificación de situaciones de consumo y deseo de cocaína, identificación de actividades incompatibles al consumo y que permitan evitarlo, hablar del deseo con otras personas, cambiar la autoplática negativa por la autoplática constructiva relacionada con el deseo, sentir el deseo, analizar ventajas y desventajas y elaborar planes de acción para enfrentar el deseo. Al final del componente se solicitó a los usuarios seguir con el llenado del autorregistro del consumo de cocaína.

- **Decisiones aparentemente irrelevantes (DAI)**

Las DAI se refieren a decisiones basadas en razonamientos o juicios que tienden a minimizar el hecho de estar en situaciones de riesgo de consumo a pesar de que aparentemente no se relacionan con el uso de la droga. Después de revisar y analizar el autorregistro del consumo de cocaína con los usuarios, se les enseñó que las DAI van formando cadenas y que es necesario identificar e interrumpir una cadena de DAI. Se explicó que es posible interrumpir la cadena de decisiones en algún punto antes de usar la droga, pero que es más difícil hacerlo hacia el final de la cadena, cuando el sujeto está en una situación de acceso inmediato a la cocaína y abundan señales ambientales para usarla.

Por lo tanto es necesario que los usuarios aprendan a detectar las decisiones que ocurren al principio de la cadena, donde el riesgo, el deseo y la disponibilidad de la cocaína son todavía relativamente bajos y, en consecuencia, es más probable interrumpir la cadena que puede terminar en el consumo. Durante el componente se invitó a los usuarios a identificar experiencias pasadas de DAI y recaídas por DAI identificando situaciones de riesgo y previniendo futuras decisiones. Al final del componente se solicitó a los usuarios seguir con el llenado del autorregistro del consumo de cocaína.

Componentes para todos los usuarios (alcohol y cocaína):

- **Análisis Funcional del consumo de drogas**

En este componente se inició con la revisión y análisis del autorregistro de consumo de alcohol y de cocaína. El análisis funcional de consumo se inició con la identificación de los precipitadores (externos e internos), la conducta de consumo (duración, cantidad y tiempo de consumo), las consecuencias positivas (a corto plazo) y las negativas (a mediano y largo plazo).

Además se analizó junto con los usuarios ejemplos de aplicación de análisis funcional, se realizó el ejercicio de cambio en la cadena conductual de consumo y se realizaron planes de acción para enfrentar al menos tres situaciones de riesgo de consumo. De esta forma se pretende que la próxima ocasión que los usuarios se encuentren en una situación similar, tengan un plan alternativo de acción.

Después se trabajó con el análisis funcional de una conducta de no consumo, esto con el propósito de mostrar a los usuarios que cuentan con actividades placenteras que no involucran al consumo de drogas. Además esta conducta se planteó como satisfactoria e incompatible con el consumo de sustancias. Al final del componente, se dejó a los usuarios seguir con el llenado del registro de consumo.

- **Rehusarse al consumo de drogas**

La presión social o la invitación al consumo es uno de los principales disparadores de recaída, esta presión puede ser directa, cuando alguien hace un ofrecimiento para el consumo o indirecta cuando se observa consumir a otros. Al inicio de este componente se realizó una revisión y análisis de autorregistro de consumo. Durante el componente se entrenó a los usuarios en habilidades de rehusarse al consumo como: responder de

manera asertiva, sugerir alternativas, cambiar el tema de la plática, ofrecer justificación, interrumpir interacción, confrontar al otro y el cambio de pensamientos.

Específicamente para el cambio de pensamientos se utilizaron los formatos de ejemplos y menú de reestructuración cognitiva. La reestructuración cognitiva es una técnica central en todo el tratamiento, consiste en motivar al usuario a describir pensamientos relacionados con el consumo para que después los cambie por pensamientos positivos encaminados al logro de la abstinencia y su mantenimiento. Para el entrenamiento de estas habilidades se recurrió a la instrucción verbal, el modelamiento, el ensayo conductual y la retroalimentación. Al final del componente se indicó a los usuarios seguir con el formato de seguimiento.

- **Establecimiento de meta de consumo y metas de vida cotidiana**

Al inicio de la sesión se revisó y analizó el autorregistro de consumo de alcohol o cocaína. El objetivo de este componente es motivar a los usuarios a establecer una meta de cambio, de abandono del consumo de drogas. Para motivar a los usuarios se hizo uso del balance decisional y de estrategias de entrevista motivacional. Además de la meta de consumo, se invitó a los usuarios a identificar y plantear metas que le permitieran mejorar su estilo de vida. Las metas se establecieron en diferentes áreas de vida (consumo, trabajo/escuela, manejo del dinero, vida social/recreativa, hábitos personales, relaciones familiares o matrimoniales, situación legal, vida emocional y comunicación).

Las metas se establecieron de forma positiva, específica y medible, al establecerlas, los usuarios ejercitaron la elaboración de planes de acción incluyendo la identificación de conductas necesarias y viables que les permitieran alcanzar sus metas. Adicionalmente estas metas se monitorearon a lo largo de todo el programa para observar sus logros. Al finalizar el componente se solicitó a los usuarios seguir con el llenado del autorregistro de consumo.

- **Solución de problemas**

En este componente se enseñó a los usuarios una estrategia de solución de problemas para enfrentar situaciones cotidianas sin recurrir al uso de sustancias. La estrategia de solución de problemas es un procedimiento estructurado que permite desmenuzar un problema en pequeñas piezas, para llegar sistemáticamente a la solución más adecuada y evaluar su resultado, además, es generalizable a cualquier tipo de problemas no solo para aquellos relacionados con el uso de sustancias.

Al inicio de la sesión se revisó y analizó el autorregistro de consumo. El entrenamiento de solución de problemas consistió en los siguientes pasos: 1) definir claramente el problema a solucionar, 2) generar posibles alternativas para solucionar el problema, 3) elegir la mejor alternativa de solución, con base en la evaluación de ventajas y desventajas de cada una de ellas y 4) evaluar los resultados de la solución que se puso en práctica.

Las estrategias utilizadas durante el entrenamiento fueron instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con la usuaria y retroalimentación. Durante la sesión se motivó a los usuarios a utilizar la estrategia de solución de problemas con una situación en particular relacionada con el consumo de drogas. Además, la tarea del componente consistió en aplicar la estrategia de solución de problemas en otras situaciones de la vida cotidiana. Al finalizar el componente se solicitó a los usuarios seguir con el llenado del autorregistro.

- **Prevención de recaídas y reestablecimiento de metas**

La prevención de recaídas es un componente importante debido al alto índice de éstas durante y después de los programas de tratamiento. En este componente se enseñó a los usuarios a reconocer los signos tempranos de una posible recaída y estrategias de afrontamiento apropiadas para prevenirla como la estrategia de advertencia temprana. Se realizaron análisis funcionales de las situaciones de riesgo y se manejó a la recaída como parte natural del proceso de recuperación.

Como en todas las sesiones anteriores al inicio se revisó el autorregistro de consumo. En el componente los usuarios evaluaron el cumplimiento de la meta de cambio en el consumo propuesta desde sesiones iniciales, se le invitó a restablecer la meta de abstinencia y se les enseñó a reconocer los signos que pueden indicarles que están en riesgo de una posible recaída, así como a desarrollar planes de acción para enfrentarse a posibles situaciones de riesgo de consumo. Para tales fines se hizo uso del formato de cadena conductual y la programación anticipada de planes de acción.

Es importante mencionar que, después de las primeras sesiones de evaluación, la mayoría de los usuarios fueron derivados a atención médica debido a sentimientos constantes de tristeza y ansiedad reportados en la entrevista inicial, así como de conductas impulsivas.

A lo largo del tratamiento se realizaron al menos dos antidoping a los usuarios, el primero a la mitad del tratamiento y el segundo al término de este o en alguno de los seguimientos. En el caso de alcohol se utilizó el alcoholímetro y en el caso de cocaína se utilizó una prueba que identifica, a través de orina, el consumo de

cinco sustancias: cocaína, marihuana, barbitúricos, benzodiazepinas y anfetaminas.

Fase III. Post evaluación

En esta fase se aplicaron nuevamente los instrumentos utilizados en la primera fase de evaluación con el objetivo de hacer una comparación de los resultados obtenidos antes de iniciar el tratamiento y al terminarlo.

- Para usuarios de alcohol: Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) y Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS).
- Para usuarios de cocaína: Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) y Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD).

Fase IV. Seguimientos

Esta fase tuvo una duración de tres sesiones, la primera al mes, la segunda a los tres meses y la tercera a los 6 meses después de terminado el tratamiento. En cada una de estas sesiones se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS), Cuestionario de Autoconfianza del Consumo de Drogas (CACD) y Autorregistro de Consumo.

A través de los instrumentos se revisó el patrón de consumo, el nivel de dependencia a las sustancias, el nivel de autoeficacia ante situaciones de consumo y las situaciones de riesgo de consumo. Además se realizó una revisión de los logros obtenidos en cada una de las metas propuestas por los usuarios durante el tratamiento y se reforzaron todos los cambios realizados.

Resultados

A continuación se describen los resultados obtenidos de la aplicación de los tratamientos a usuarios de alcohol y cocaína en términos de: 1) Patrón de consumo, 2) Nivel de dependencia a las sustancias, 3) Índice de situaciones de consumo e 4) Índice de autoeficacia. Estas variables fueron evaluadas en cinco

momentos: antes de iniciar el tratamiento (pre-tratamiento), después de la intervención (post-tratamiento), al mes de terminar el tratamiento (1er Seguimiento), al tercer mes de terminar el tratamiento (2do Seguimiento) y al sexto mes de terminar el tratamiento (3er seguimiento).

En la tabla 6 se observa la etapa de tratamiento a la cual llegó cada uno de los usuarios. Como puede observarse, solo tres fueron evaluados hasta el tercer seguimiento, uno más se evaluó hasta el 1er seguimiento y los dos restantes solo fueron evaluados hasta el post-tratamiento.

Tabla 6. Etapa de tratamiento de los usuarios

Usuario	Sustancia	Pre-Trat	Post-Trat	1er Seg.	2do Seg.	3er Seg.
Usuario 1	Alcohol	Evaluado	Evaluado	---	---	---
Usuario 2	Alcohol	Evaluado	Evaluado	Evaluado	Evaluado	Evaluado
Usuario 3	Alcohol	Evaluado	Evaluado	Evaluado	Evaluado	Evaluado
Usuario 4	Cocaína	Evaluado	Evaluado	Evaluado	---	---
Usuario 5	Cocaína	Evaluado	Evaluado	---	---	---
Usuario 6	Cocaína	Evaluado	Evaluado	Evaluado	Evaluado	Evaluado

1) Patrón de consumo

Los usuarios de alcohol reportaron un consumo de entre 5 a 59 tragos estándar a la semana, con un consumo por ocasión de 2 a 12.85 tragos y una frecuencia de una a siete veces por semana. Los usuarios de cocaína reportaron un consumo de entre 0.25 a 3 gramos por semana, con un consumo por ocasión de 0.25 a 2 gramos y una frecuencia de una vez al mes a siete veces por semana. En la tabla 7 se especifica el patrón de consumo de cada uno de los usuarios.

Tabla 7. Patrón de consumo de los usuarios participantes

Usuario	Sustancia	Consumo por semana	Consumo por ocasión	Frecuencia
Usuario 1	Alcohol	2 a 59 tragos	2 a 3.5 tragos	1 a 7 veces por semana
Usuario 2	Alcohol	9 a 32 tragos	8.5 a 12.85 tragos	3 a 7 veces por semana
Usuario 3	Alcohol	5 a 12 tragos	3 a 9 tragos	4 a 7 veces por semana
Usuario 4	Cocaína	2 a 3 gramos	1 a 1.5 gr.	1 vez por semana
Usuario 5	Cocaína	0.5 a 0.8 gr.	0.5 gr.	1 o 2 veces por mes
Usuario 6	Cocaína	0.25 a 5.5 gr.	0.25 a 1.5 gr.	1 a 7 veces por semana

En la Figura 12 se presenta el patrón de consumo de alcohol de los usuarios 1, 2 y 3 en promedios mensuales, desde la línea base (seis meses antes del tratamiento), durante el tratamiento, en el 1er, 2do y 3er seguimiento. Se observa que del pre-tratamiento al post-tratamiento hay una reducción del consumo en todos los usuarios, esta disminución se mantiene en los seguimientos donde se muestra que aunque hay consumo, éstos son menores de los observados en el pre y post tratamiento.

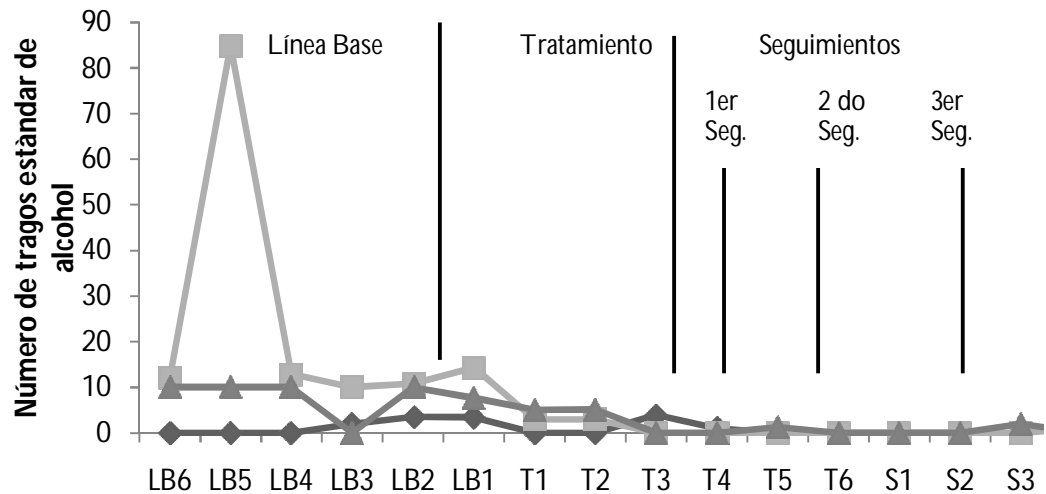


Figura 12. Promedio del patrón de consumo de alcohol mensual en el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimientos.

En la Figura 13 se presenta el patrón de consumo de cocaína de los usuarios 4, 5 y 6 en promedios mensuales, desde la línea base (seis meses antes del tratamiento), durante el tratamiento, en el 1er, 2do y 3er seguimiento. Se observa que del pre-tratamiento al post-tratamiento hay una reducción del consumo en todos los usuarios, esta disminución se mantiene en los seguimientos.

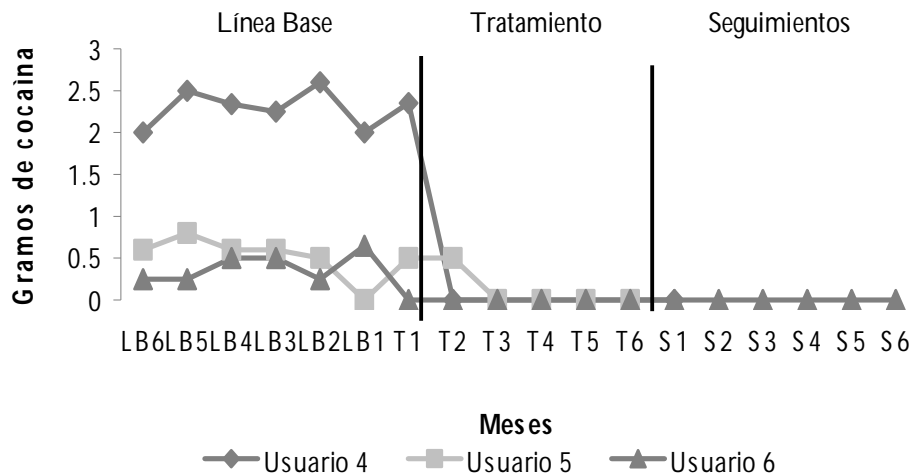


Figura 13. Promedio del patrón de consumo de cocaína mensual, en el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimientos.

2) Dependencia a sustancias

En la Tabla 8 se muestran los resultados obtenidos en la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) con respecto al consumo de alcohol y del Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD) con respecto al consumo de cocaína. En general se observa que los usuarios en el pre-tratamiento presentaban niveles de

dependencia moderada y media, estos niveles disminuyeron en el post-tratamiento y en los seguimientos donde se observan niveles de dependencia baja o sin dependencia. De manera gráfica, estos resultados también se presentan en la figura 14.

Tabla 8. Nivel de Dependencia a sustancias psicoactivas

Usuario	Pre-Trat	Post-Trat	1er Seg.	2do Seg.	3er Seg.
Usuario 1	Moderada (17)	Baja (5)	---	---	---
Usuario 2	Media (22)	Sin Dep. (0)	Sin Dep. (0)	Sin Dep. (0)	Sin Dep. (0)
Usuario 3	Moderada (18)	Baja (6)	Baja (3)	Baja (6)	Baja (4)
Usuario 4	Moderada (8)	Baja (2)	Baja (2)	---	---
Usuario 5	Moderado (8)	Bajo (2)	---	---	---
Usuario 6	Moderado (7)	Bajo (2)	Bajo (2)	Bajo (2)	Bajo (2)

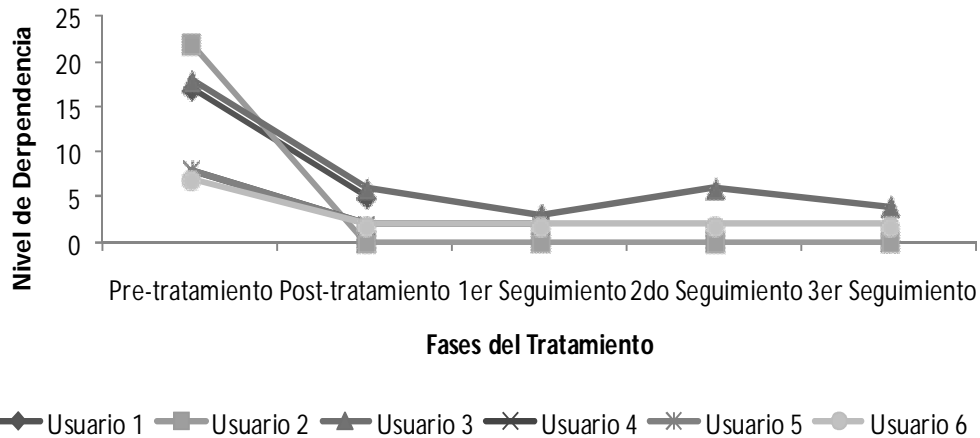


Figura 14. Nivel de dependencia a sustancias psicoactivas en el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimiento.

3) Situaciones de Consumo

En la Tabla 9 se muestra los resultados del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) y del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD). En general se observa que antes del tratamiento, las principales situaciones de consumo de drogas de los usuarios eran momentos agradables con otros (58.88%), necesidad física (54.25%), probando autocontrol (52.77%), emociones agradables (50.99%), presión social (45.1%) y emociones desagradables (45.04%). Estas situaciones de riesgo disminuyeron en el post-tratamiento y en los seguimientos. Estos resultados también se presentan de manera gráfica en la figura 15.

Tabla 9. Situaciones de riesgo en las fases del tratamiento

Situaciones	Pre-T (%)	Post-T(%)	1er S (%)	2do S (%)	3er S (%)
-------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Emociones desagradables	45.04	7.49	1.24	1.66	1.1
Malestar físico	33.6	6.65	0	0	0
Emociones agradables	50.99	11.1	4.16	6.66	4.44
Probando autocontrol	52.77	14.44	0.83	1.1	0
Necesidad Física	54.25	10	3.33	2.22	2.22
Conflicto con otros	32.9	6.38	0.41	0	0
Presión social	45.1	12.21	5.82	8.88	5.55
Momentos agradables con otros	58.88	16.65	4.16	4.44	3.33

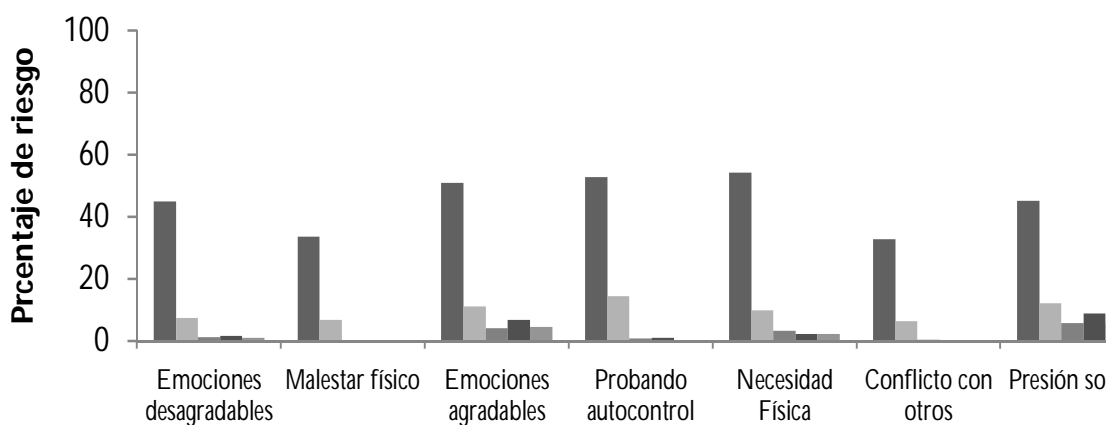


Figura 15. Situaciones de riesgo de consumo de drogas en el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimiento.

4) Autoeficacia

En la Tabla 10 se presentan los resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) y del Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD), se observa que antes del tratamiento los usuarios reportaron menor autoconfianza para resistirse al consumo de drogas en las áreas de momentos agradables con otros (64.5%), presión social (67.66%), emociones desagradables (66.66%) y conflicto con otros (69.99%). Después del tratamiento y durante los seguimientos se observó un incremento en la confianza de los usuarios para resistirse al consumo de drogas llegando, en los seguimientos a porcentajes más altos que los que inicialmente tenían los usuarios antes de iniciar el tratamiento. Estos resultados también se presentan de manera gráfica en la Figura 16.

Tabla 10. Autoconfianza de resistirse al consumo de drogas en las fases del tratamiento

Situaciones	Pre-T (%)	Post-T(%)	1er S (%)	2do S (%)	3er S (%)
Emociones desagradables	66.66	95.83	90.62	93.33	93.33
Malestar físico	79	99.16	99.25	96.66	96.66
Emociones agradables	76	91.83	93.43	90	86.66

Probando autocontrol	70.66	87.66	88.75	96.66	93.33
Necesidad Física	72.21	94.51	88.75	93.33	93.33
Conflicto con otros	69.99	96.66	90.62	96.66	98.33
Presión social	67.66	91.18	92.5	90	96.66
Momentos agradables con otros	64.5	85.16	90.62	86.66	93.33

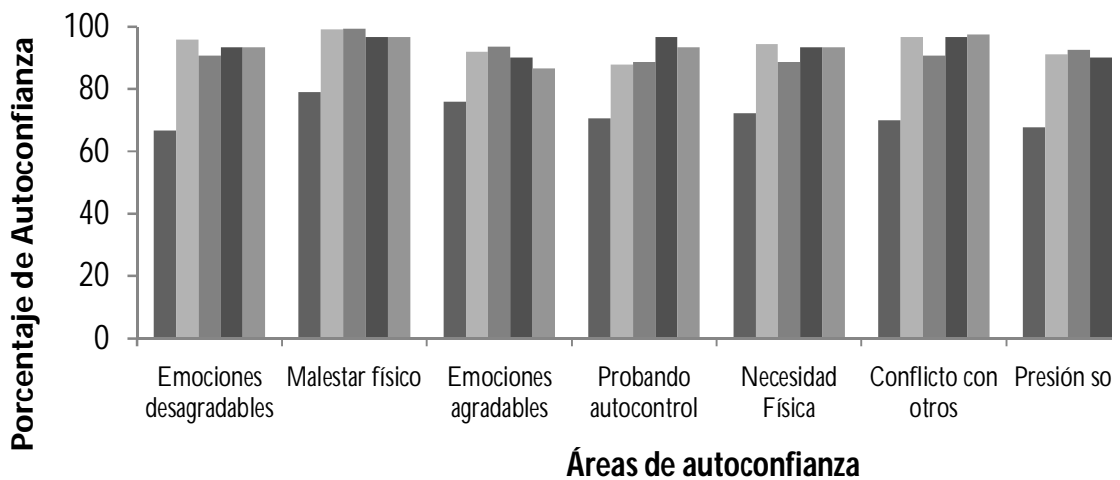


Figura 16. Confianza situacional para resistirse al consumo de drogas en el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimiento.

2.3 Desarrollo y evaluación de una lista de chequeo para evaluar etapa de cambio en usuarios de sustancias adictivas

La demanda de tratamientos efectivos para el manejo de conductas adictivas muestra la necesidad de desarrollar instrumentos sensibles para la identificación de la etapa de cambio de usuarios de sustancias. La identificación de la etapa permite brindar intervenciones específicas y efectivas de acuerdo a las características del usuario. Además permite dar seguimiento al usuario durante el tratamiento de acuerdo a su propio proceso de cambio. Por lo tanto el objetivo de este trabajo fue el desarrollo y evaluación de la Lista de Indicadores de Etapas de Cambio (LIEC) (García & Oropeza, 2009), un instrumento para identificar etapa de cambio en usuarios de sustancias que asisten a tratamiento.

Método

Participantes

En el Centro de Prevención y Atención de las Adicciones (CEPREAA), de la Facultad de Psicología de la UNAM y en la Clínica de Adicciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, se evaluó a 150 usuarios de sustancias adictivas, 107 hombres (71.3%) y 43 mujeres (28.7%), quienes participaban en un tratamiento psicológico para conductas adictivas con el objetivo de estimar la confiabilidad y validez de la LIEC. La edad promedio de los participantes fue de 29 años, con un rango de 16 a 69 años.

Instrumento

La LIEC tiene un formato de lista de chequeo donde se describen las características de cada una de las etapas de cambio. La lista está compuesta por 5 áreas: precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento, cada una de estas áreas está dividida en dos sub-áreas (pensamientos y conductas). En el plan de prueba se evaluó un total de 70 reactivos, siete en cada una de las sub-áreas (ver Tabla 11), los reactivos son dicotómicos con respuesta de presencia (SI) y ausencia (NO) de indicadores de etapas de cambio.

Tabla 11. Plan de prueba de la Lista de Indicadores de Etapa de Cambio.

Dominio	Áreas	Sub-áreas	Reactivos	Total	
Etapa de cambio	Precontemplación	Pensamientos	1,2,3,4,5,6,7	7	
		Conductas	8,9,10,11,12,13,14	7	
	Contemplación	Pensamientos	15,16,17,18,19,20,21	7	
		Conductas	22,23,24,25,26,27,28	7	
	Determinación	Pensamiento	29,30,31,32,33,34,35	7	
		Conductas	36,37,38,39,40,41,42	7	
	Acción	Pensamientos	43,44,45,46,47,48,49	7	
		Conductas	50,51,52,53,54,55,56	7	
	Mantenimiento	Pensamientos	57,58,59,60,61,62,63	7	
		Conductas	64,65,66,67,68,69,70	7	
				Total reactivos 70	

Procedimiento

Inicialmente para el desarrollo del instrumento se rescató la experiencia clínica de terapeutas expertos en adicciones. Se aplicó un cuestionario de 12 preguntas abiertas a 50 terapeutas, 15 hombres (30%) y 35 mujeres (70%), para indagar los pensamientos y conductas que identifican en los usuarios de sustancias en cada una de las Etapas de Cambio. La edad promedio de los participantes fue de 31 años con un rango de 24 a 46 años. El tiempo de experiencia de los terapeutas en el tratamiento de adicciones fue en promedio de 5 años con un rango de 2 a 15 años.

La aplicación de la LIEC se llevó a cabo por terapeutas especializados en el tratamiento de conductas adictivas. Los terapeutas brindaban su sesión de pre-tratamiento, tratamiento o seguimiento de manera normal y al final de la sesión el terapeuta contestó la LIEC con base en la información que obtenía sobre los reportes que el paciente hacía de sus pensamientos y conductas con respecto al cambio en el consumo de sustancias. Además los terapeutas valoraron si la etapa de cambio identificada por el instrumento era igual a la que ellos identificaban con base en su experiencia clínica.

Resultados

La información obtenida durante el desarrollo del instrumento, a través de los 50 cuestionarios de preguntas abiertas, se organizó en cinco áreas. Cada área se dividió en pensamientos y conductas (ver anexo A). Se realizó un análisis de frecuencias, de todas las sub-áreas, en la tabla 12 se presentan los principales indicadores de cambio que los terapeutas identificaron en cada etapa.

Tabla 12. Principales respuestas de terapeutas por etapa de cambio.

	Áreas	Sub-áreas	Respuestas de los cuestionarios
Etapa de cambio	Precontemplación	Pensamientos	El consumo no es un problema 42%
		Conductas	Consumo de sustancias 32%
	Contemplación	Pensamientos	Empieza a identificar consecuencias negativas del consumo 38%
		Conductas	Empieza a realizar cambios en su consumo 32%
	Determinación	Pensamientos	Toma la decisión de dejar de consumir 44%
		Conductas	Solicita ayuda 36%
	Acción	Pensamientos	Tiene confianza en el cambio 36%
		Conductas	Asiste a tratamiento 28%
	Mantenimiento	Pensamientos	Satisfacción por no consumir 28%
		Conductas	Realiza actividades no relacionadas con el consumo 26%

Debido al nivel de medición nominal de los datos obtenidos en el instrumento, para el análisis de la LIEC se utilizaron procedimientos estadísticos no paramétricos. Para estimar la confiabilidad de la LIEC primero se analizó la confiabilidad de cada reactivo a través del estadístico Kuder Richardson obteniendo puntajes de 0.069 a 0.736. En este punto se eliminaron siete reactivos

que obtuvieron baja confiabilidad, reactivos, 3 (0.127), 10 (0.080), 11 (0.104), 16 (0.145), 25 (0.107), 27 (0.169) y 36 (0.065).

Una vez eliminados los siete reactivos se realizaron análisis de confiabilidad de cada una de las sub-áreas a través de alfa de Cronbach, este procedimiento indicó que las sub-áreas son confiables: precontemplación (pensamientos 0.673, conductas 0.604), contemplación (pensamientos 0.759, conductas 0.713), determinación (pensamientos 0.827, conductas 0.679), acción (pensamientos 0.801, conductas 0.820) y mantenimiento (pensamientos 0.856, conductas 0.841). En un análisis de toda la LIEC se observó que es un instrumento confiable (alfa= 0.816) para la evaluación de etapa de cambio. Debido a la eliminación de reactivos, la LIEC quedó constituida por 63 reactivos.

Con respecto a la validez, se realizó un análisis de ji cuadrada a través de tablas cruzadas entre la variable de cuartiles (grupos extremos) y los reactivos de cada sub-área de la LIEC. A través de este procedimiento se analizó la direccionalidad y discriminación de los reactivos, obteniendo diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 5.369$ a 103.920 , $p < 0.05$).

Con respecto a las características de la muestra, las sustancias de consumo entre los participantes evaluados fueron alcohol (36.7%), tabaco (16.7%), cocaína (16.7%), marihuana (13.3%), crack (12 %), inhalables (2.7%), estimulantes tipo anfetamínico (1.3%) y heroína (0.7%).

De todos los participantes ($n = 150$), la mayoría se encontraban en la etapa de tratamiento 73.3% ($n=110$), seguido por la etapa de pre-tratamiento 16.7% ($n=25$) y seguimiento 10% ($n=15$). El 56.7% ($n=85$) de los participantes reportó no consumir sustancias en el momento de la evaluación con un promedio de 4.6 semanas de abstinencia en un rango de 0 a 52 semanas.

De los participantes el 60.7% ($n=91$) reportó haber tenido una recaída en el consumo de sustancias en el último año. La etapa de cambio más frecuente identificada por la LIEC en la muestra evaluada fue determinación (34.7%), en la Tabla 13 se muestran las etapas de cambio identificadas por la LIEC. Es importante mencionar que el 12.7% ($n=18$) de los participantes fueron ubicados en más de una etapa de cambio. De la misma muestra, el 72.6% ($n=109$) mencionó que planeaba abandonar el consumo de sustancias en los próximos 30 días.

Tabla 13. Etapas de cambio identificadas en una muestra de 150 usuarios de sustancias en tratamiento.

Etapa de cambio	Porcentaje	Frecuencia
Determinación	34.7	52

Acción	24.7	37
Contemplación	18.0	27
Mantenimiento	8.0	12
Determinación-Acción	6.6	10
Precontemplación	2.7	4
Contemplación-determinación	2.7	4
Acción-mantenimiento	2.0	3
Precontemplación-contemplación	0.7	1
Total	100.0	150

Finalmente el 86.7% (n=130) de los terapeutas que contestaron la LIEC reportó que la etapa identificada por la lista es la misma que ellos identificaron con base en su experiencia clínica, el 10.7% (n=16) identificó que la etapa de cambio que les proporcionó la LIEC apareció combinada con otra etapa, sin embargo, a pesar de la combinación, si coincidió con la que ellos identificaron. Solo el 2.7% (n=4) de los terapeutas reportaron que la etapa que proporcionó la LIEC no coincide con la que ellos identificaron con base en su experiencia clínica.

2.4 Discusión y conclusiones generales

La Maestría en psicología profesional con residencia en psicología de las adicciones, orientada desde la perspectiva cognitivo-conductual y psicosocial en la aplicación de intervenciones y tratamientos breves, ampliamente recomendarlas por la OMS para el tratamiento de conductas adictivas, tiene por objetivo la formación de profesionales con altos niveles de calidad y excelencia en el manejo de técnicas y procedimientos científicos actuales para la comprensión y atención de las adicciones basados en evidencia empírica. Se basa en un sistema centrado en la participación activa de estudiantes y tutores en la solución de problemas conceptuales y metodológicos de investigación y de carácter profesional a través de la práctica supervisada en escenarios en donde la profesión se ejerce, organizada en programas de residencia.

El egresado de la Residencia cuenta con un perfil acorde con las necesidades identificadas socialmente y a competencias profesionales que le permitan: 1. Diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis críticos de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país. 2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el fenómeno se presente. 3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención y tratamiento breves con énfasis cognitivo conductual para reducir

los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas. 4. Aplicar programas de intervención cognitivo-conductual para rehabilitar a personas adictas, procurando mejorar su calidad de vida. 5. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención universal, selectiva e indicada. 6. Instrumentar proyectos de investigación aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema.

Como se observó las actividades realizadas durante la residencia estuvieron encaminadas a la prevención, tratamiento e investigación en el ámbito de las adicciones. Con respecto a la **prevención del consumo de drogas**, se cumplieron los objetivos de participar en la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida así como en otras actividades que realiza el CONADIC como parte de su labor en la prevención y atención de las adicciones en el país. De esto se desprendió el desarrollo de ocho materiales, para el curso de Detección, Orientación y Consejería en Adicciones y el curso de Habilidades para la Vida, que apoyan la capacitación de una red de promotores, en todo el país. Estos promotores están dedicados a la detección y orientación temprana de jóvenes que inician con el consumo de drogas, así como a la promoción de estilos de vida saludables a través de acciones de prevención universal que forman a niños y jóvenes en habilidades para la vida.

Con respecto a los cursos de capacitación en Habilidades para la Vida, los resultados mostraron que estos han logrado transmitir y enriquecer conocimientos en Habilidades para la Vida como estrategia de prevención del consumo de drogas en diversos profesionales de la salud. Los resultados del cuestionario de conocimientos muestran que en la mayoría de las preguntas evaluadas, los participantes mejoraron su respuesta después del curso. Es importante mencionar que en dos reactivos los participantes mostraron mantener el nivel de conocimientos, esto debido, probablemente a que ya contaban con conocimientos previos al curso.

Con relación a los contenidos del curso, la mayoría de los participantes estuvieron completamente de acuerdo en que el curso les era útil para desempeñar su trabajo diario, consideraron que el curso que recibieron reforzó sus conocimientos y estuvieron completamente de acuerdo en que los contenidos fueron relevantes.

Por otro lado, la mayoría de los participantes opinaron que el curso fue impartido con claridad y que los ponentes les parecieron bien preparados. Además estuvieron completamente de acuerdo en que las actividades del curso eran adecuadas para transmitir los conocimientos y que los materiales y apoyos didácticos del curso fueron adecuados.

Los porcentajes más bajos de satisfacción se relacionaron con la organización del curso, la distribución de los tiempos y la sede donde se impartió el curso. También comentaron que el tiempo del curso fue insuficiente para conocer a profundidad el tema y los espacios donde se dio el curso fue incómodo, poco ventilado y pequeño. Aquí cabe mencionar que estos últimos puntos no estuvieron relacionados con los ponentes sino con la institución donde se brindó el curso.

Con las actividades realizadas para la prevención del consumo de drogas se fomentaron dos competencias profesionales: *Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el fenómeno del consumo de drogas se presente*. En este sentido se participó en la elaboración de materiales para una estrategia de prevención selectiva e indicada del curso de Detección, Orientación y Consejería en Adicciones, así como en el desarrollo de una estrategia de prevención universal con el curso de Habilidades para la Vida. Además se adquirieron habilidades para adaptar información científica a materiales didácticos dirigidos a profesores, padres de familia y líderes comunitarios, así como a jóvenes y niños como población final beneficiada con las acciones de prevención. *Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención universal*. En este punto se capacitó a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos en una estrategia de prevención universal. Además se adquirieron habilidades para adaptar los contenidos y actividades de un programa de prevención a diversos contextos y grupos de edad.

Con relación a las actividades de **Tratamiento de las conductas adictivas** realizadas durante la residencia, se cumplió con el objetivo de disminuir el consumo de alcohol y cocaína mediante la aplicación de dos programas de tratamiento cognitivo conductuales, el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) (Barragán, 2005; Barragán et al., 2006) y el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) (Oropeza, 2003; Oropeza, Fukushima, García, & Escobedo, 2008), en seis usuarios de estas sustancias que cumplieron con los criterios de inclusión para participar en los programas.

Las variables evaluadas durante el tratamiento y los seguimientos, patrón de consumo, dependencia a las sustancias, situaciones de consumo y autoeficacia, también han sido utilizadas en otros estudios para comprobar la efectividad del PSC (Barragán, 2005; Barragán, González et al., 2005, Barragán, Flores et al., 2007, Barragán, Flores, Medina-Mora & Ayala, 2007) y del TBUC (Oropeza & Reid, 2007).

Los usuarios que participaron en el estudio reportaron una disminución en el patrón de consumo de drogas después del tratamiento y durante los

seguimientos, llegando en algunos casos a la abstinencia. Estos datos coinciden con lo reportado en los resultados de otros tratamientos cognitivo conductuales con relación a la disminución del consumo de sustancias (Swindle, Peterson, Paradise, & Moos, 1995, Dutra, Stathopoulou, Basden, Leyro, Powers & Otto, 2008).

Además de la reducción en el patrón de consumo, hubo una disminución en el nivel de dependencia a sustancias en todos los casos, pasando de dependencia media y moderada en el pre-tratamiento a dependencia baja o sin dependencia en el post-tratamiento y en los seguimientos. También se presentaron disminuciones en todas las situaciones de riesgo para el consumo de ambas sustancias. En general el decremento en las situaciones de riesgo en todos los casos fueron debido a la conjunción de, la decisión de no consumo, el desarrollo y efectividad de los planes de acción, sobre todo en situaciones de riesgo, la evitación de diversas situaciones de riesgo y, la adquisición durante el tratamiento de habilidades que les permitían enfrentarse a situaciones de riesgo de manera efectiva.

Además los usuarios aprendieron y utilizaron diferentes habilidades de comunicación, habilidades de rehusarse al consumo, autocontrol emocional, habilidades para identificar pensamientos y deseos asociados al consumo durante el tratamiento y los seguimientos. Permitiendo la disminución del consumo de sustancias, coincidiendo con lo reportado en los resultados de los estudios que mencionan que el entrenamiento en habilidades sociales influye en la disminución del consumo de sustancias y en el mejoramiento de la calidad de vida (Miller, Brown, Simpson, Handmaker, Bein, Luckie, Montgomery, Hester, & Tonigan, 1995; Holder, Longabaugh, Miller & Rubonis, 1991).

La disminución en el consumo de sustancias; los cambios en los niveles dependencia; la disminución de situaciones de riesgo; el desarrollo y efectividad de planes de acción; el uso de habilidades aprendidas durante el tratamiento y los logros que los usuarios gradualmente fueron adquiriendo en cada una de las metas propuestas en diferentes áreas de vida, permitieron el incremento en la autoconfianza para resistirse al consumo de sustancias. Finalmente en todos los usuarios se incrementó la autoconfianza para resistirse al consumo de sustancias en todas las situaciones de riesgo después del tratamiento y durante los seguimientos.

Con las actividades realizadas en el tratamiento de conductas adictivas se fomentaron dos competencias profesionales: *Desarrollar programas de detección temprana e intervención y tratamiento breves con énfasis cognitivo conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.* En este sentido se aplicó el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína el cuál tiene por objetivo motivar la

abstinencia del consumo de la droga así como reducir y detener los daños que el consumo ha ocasionado en la persona. *Aplicar programas de intervención cognitivo-conductual para rehabilitar a personas adictas, procurando mejorar su calidad de vida.* Para el desarrollo de esta competencia se aplicó el Programa de Satisfactores Cotidianos a usuarios de sustancias adictivas con dependencia y daños en varias áreas de vida.

En ambas competencias se adquirieron habilidades para realizar entrevistas motivacionales, evaluar patrones de consumo y consecuencias del mismo, identificar metas de tratamiento, así como la habilidad para enseñar, modelar, retroalimentar y supervisar habilidades en los consumidores de drogas que les permitan identificar disparadores de consumo y elaborar planes de acción, rehusarse al consumo, comunicarse eficazmente, controlar emociones como enojo, tristeza, ansiedad y celos, buscar empleo, identificar y manejar el deseo de consumo, identificar y cambiar las decisiones que lleven al consumo, solucionar problemas, buscar diversas actividades sociales y recreativas no asociados con el consumo como estrategia de mantenimiento de la abstinencia y prevenir recaídas.

En el área de **investigación en adicciones** que se realizó como parte de las actividades de la residencia, se cumplió el objetivo de desarrollar y evaluar una Lista de Indicadores de Etapa de Cambio (LIEC), un instrumento para evaluar etapa de cambio en usuarios de sustancias adictivas que ingresan a un tratamiento psicológico para cambiar su consumo. Con respecto al desarrollo de la LIEC, el análisis de la información obtenida a través de los cuestionarios permitió identificar indicadores de cambio (pensamientos y conductas) dentro de cada una de las etapas. Esta información permite conocer de manera amplia los factores cognitivos y conductuales que los terapeutas en adicciones han identificado a través del proceso de cambio por el que atraviesa un consumidor de sustancias.

Respecto al análisis de confiabilidad y validez del instrumento, los resultados muestran que los reactivos tienen una adecuada discriminación en la identificación de pensamientos y conductas en las etapas de cambio. También se observó que las sub-áreas de determinación-pensamientos, acción-pensamientos, acción-conductas, mantenimiento-pensamientos y mantenimiento-conductas obtuvieron una confiabilidad adecuada.

Por otro lado, las sub-áreas de precontemplación-pensamientos, precontemplación-conductas, contemplación-pensamientos, contemplación-conductas y determinación-conductas, tuvieron una confiabilidad baja. Una posible explicación de bajos puntajes de confiabilidad en las primeras etapas de cambio puede estar relacionada con el hecho de que la mayoría de las personas

evaluadas se identificaron en etapas posteriores (determinación, acción y mantenimiento).

Las áreas de evaluación que se plantearon inicialmente en el plan de prueba se mantuvieron después del análisis estadístico, sin embargo durante el análisis se eliminaron 7 reactivos debido a su baja confiabilidad. Además de contar con características psicométricas como la confiabilidad y validez, la LIEC debe contar con una utilidad clínica. Este aspecto es muy importante ya que se trata de un instrumento que tiene por objetivo la identificación de etapa de cambio en usuarios que asisten a tratamiento para el manejo de conductas adictivas. El conocer la utilidad clínica del instrumento es otra forma en que se puede evaluar el instrumento, aspecto que se obtendrá mediante su utilización en la práctica.

La LIEC plantea un formato de lista de chequeo. Este formato permite al terapeuta identificar no solo pensamientos sino también conductas que presenta un usuario de sustancias con respecto al cambio. Por otro lado también le permite estar pendiente del proceso de cambio que va teniendo el paciente durante el tratamiento.

También es importante destacar que la mayoría de los participantes reportaron haber tenido una recaída en el consumo de sustancias en el último año. Este aspecto coincide con las observaciones que han hecho Velicer, Prochaska y Rossi (1995) sobre la continua presencia de la recaída en el proceso de cambio. Cabe destacar que del total de la muestra más del 70% mencionó que planeaba abandonar el consumo de sustancias en los próximos 30 días. Estos datos coinciden con los porcentajes de usuarios que en el momento de la evaluación estaban en la etapa de determinación y acción. Ya que los usuarios en esta etapa planean realizar cambios en su consumo en un futuro cercano.

Con las actividades realizadas en la investigación en adicciones se fomentaron dos competencias profesionales: *Diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis críticos de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país.* Para el desarrollo de esta competencia se elaboró la Lista de Indicadores de Etapa de Cambio (LIEC), un instrumento para identificar etapa de cambio en usuarios que asisten a tratamiento para cambiar su consumo de drogas. A través de este estudio se adquirieron habilidades para desarrollar instrumentos y evaluar sus características psicométricas de confiabilidad y validez. Por otro lado también se adquirió la habilidad de identificar y estudiar características particulares, como el de la etapa de cambio en un grupo de consumidores de drogas que asisten a tratamiento. *Instrumentar proyectos de investigación aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema.* Con el desarrollo de la LIEC se

adquirieron habilidades para identificar indicadores cognitivos y conductuales de cada una de las etapas de cambio en los consumidores de drogas aspecto que permite adaptar las intervenciones breves y tratamientos a las características motivacionales y de cambio de los usuarios.

Con relación al instrumento desarrollado también se sugiere dar seguimiento a los alcances y limitaciones del instrumento ya que inicia a utilizarse en el área clínica para la identificación de etapa de cambio, aspecto esencial para adaptar los programas de tratamiento de acuerdo a las necesidades de cada usuario.

Dentro de las limitaciones que se observan en la Formulación de Programas, con respecto a la prevención, se observó la falta de un programa de seguimiento sistemático que permita identificar y evaluar las acciones de orientación y formación que realiza la red de promotores capacitados en los cursos de la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida. Un mecanismo de seguimiento constante daría pie a la evaluación y mejora de las habilidades de los promotores, así como a la identificación de personas beneficiadas con estas acciones de prevención que realiza el gobierno federal.

En relación a la aplicación de los tratamientos cognitivo conductuales, se observó dificultad para realizar todos los seguimientos de cada uno de los participantes, solo de tres usuarios se tuvo el 3er seguimiento y de dos usuarios solo se pudo evaluar hasta el post-tratamiento. Se considera que éstos seguimientos deben realizarse para evaluar y hacer un análisis de los logros o limitaciones de los usuarios en el cambio y mantenimiento de su consumo y en la aplicación de las estrategias enseñadas durante el tratamiento, así como en la posibilidad de sesiones adicionales para trabajar con las limitaciones en caso de ser necesarias. Adicional a lo anterior, es importante mencionar que aunque se aplicaron pruebas antidoping en algún momento del tratamiento, sería de mayor utilidad y más objetivo aplicar estas pruebas de manera sistemática durante todo el tratamiento. Esto permitiría conocer con mayor exactitud los resultados de la intervención.

Con relación al instrumento desarrollado también se sugiere dar seguimiento a los alcances y limitaciones del instrumento ya que inicia a utilizarse en el área clínica para la identificación de etapa de cambio, aspecto esencial para adaptar los programas de tratamiento de acuerdo a las necesidades de cada usuario. Aunque muchos clínicos experimentados pueden dar un diagnóstico de la etapa de manera intuitiva, la evaluación objetiva a través de un instrumento permitirá optimizar la aplicación del tratamiento.

Como se describió en un inicio, el consumo de sustancias psicoactivas ha aumentado significativamente en nuestra población, por tal motivo es evidente la necesidad de utilizar intervenciones científicas y efectivas que permitan elaborar

programas de prevención y tratamiento adecuados para el manejo de las adicciones. También es importante rescatar la necesidad de contar con instrumentos confiables que permitan la evaluación oportuna de las personas que buscan atención psicológica.

El aumento en el consumo de drogas en nuestra población muestra la necesidad de preparar profesionales de la salud que puedan realizar eficientemente tareas de prevención, tratamiento e investigación, de personas con problemas de adicciones. En este sentido la Residencia de Adicciones de la UNAM, cumple con el objetivo de formar recursos humanos de alto nivel profesional consolidando una preparación intensiva mediante conocimientos científicos y prácticos en el tema.

En este reporte las estrategias de capacitación demostraron ser útiles en la transmisión de conocimientos sobre el tema de habilidades para la vida, por otro lado, los programas cognitivo conductuales utilizados, demostraron efectividad al transmitir conocimientos y habilidades así como al disminuir el patrón de consumo, niveles de dependencia y situaciones de consumo, así como en el incremento de la autoeficacia. Esto último coincide con lo reportado en otros estudios donde se han utilizado programas cognitivo conductuales en el tema (Carroll, 1998; Carroll, Rounaville & Gawin, 1991; Flynn, Kristiansen, Porto & Hubbard, 1999; Carroll & Onken, 2005) y en aquellos donde se ha utilizado el PSC (Barragán, 2005, Barragán et al., 2005, Barragán, Flores, Medina-Mora, & Reidl, 2007) y el TBUC en población mexicana (Oropeza & Reidl, 2006).

II. Sesión Típica del Ejercicio Profesional

Reducción del consumo de alcohol y marihuana a través de la aplicación de satisfactores cotidianos no relacionados con el consumo

Introducción

El consumo de drogas legales e ilegales es un problema de salud a nivel mundial que, en México, cada día se agudiza. Según la Quinta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), el patrón típico de consumo de alcohol es de grandes cantidades por ocasión de consumo. Casi 27 millones de mexicanos (26, 828, 893) entre 12 y 65 años, en contexto rural y urbano, beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Es decir, aunque se bebe con poca frecuencia, se ingiere grandes cantidades.

Casi 4 millones de personas (3, 986, 461) beben grandes cantidades de alcohol una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios). El consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Entre ellas, sin embargo, esta manera de beber está aumentando, especialmente entre las adolescentes. La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco mayores de 18 años). Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años (ENA, 2008).

De la población general, más de cuatro millones de mexicanos (4, 168, 063) cumplen con los criterios para abuso y dependencia a alcohol; de éstos, tres y medio millones (3, 497, 946) son hombres y poco más de medio millón (670, 117) son mujeres. Esta forma de beber se asocia con importantes problemas familiares (10.8%), peleas (6%) y problemas con la policía (3.7%), además una proporción importante (41.3%) de personas fueron detenidas bajo los efectos del alcohol en el último año. También se presentan problemas laborales (3.7%) y en una proporción menor pérdida del empleo o la posibilidad de perderlo (1.4%). Los problemas con la familia son más frecuentes en los hombres, especialmente entre los mayores de edad (3.8 hombres por cada mujer) que entre las mujeres. Entre los adolescentes, estas diferencias son menos marcadas. Más mujeres adolescentes (7.8%) que mujeres adultas (3.9%) informaron haber tenido problemas con la familia. La población que calificó para el trastorno abuso/dependencia tiene más problemas que aquella que no presenta este problema (ENA, 2008). La cerveza es la bebida de preferencia de la población mexicana. Le siguen los destilados y, en una proporción significativamente menor, el vino de mesa y las bebidas preparadas.

Por otro lado, el consumo de drogas ilegales y médicas, en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en 2008. Las drogas ilegales (marihuana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6 a 5.2%. Por grupos de población, se observa que, si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres solamente se incrementó de 8 a 8.8%. La marihuana ha ocupado los primeros lugares de preferencia entre la población desde la primera encuesta nacional de 1988, su consumo aumentó de 3.5% en 2002 a 4.2%; en 2002. Por grupos de edad, la mayor proporción de personas que consumen marihuana se ubica entre la población de 18 a 34 años de ambos sexos (ENA, 2008).

Los trastornos por abuso y dependencia a drogas constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes y tanto su consumo como los problemas derivados del mismo son un tema de atención y preocupación prioritario para la mayoría de los países quienes emplean un gran volumen de recursos económicos y humanos en su tratamiento y prevención. De ahí que un análisis de la eficacia de los programas de tratamiento para un problema de tal magnitud adquiriera una gran relevancia (Secades & Fernández, 2001).

En los últimos 30 años se ha observado un progreso significativo en el desarrollo y validación de tratamientos psicosociales para el abuso y dependencia de sustancias, con el predominio de tratamientos basados en principios cognitivo conductuales (Carroll, 1998; Carroll, Rounaville & Gawin, 1991; Flynn, Kristiansen, Porto & Hubbard, 1999; Carroll & Onken, 2005). Estos tratamientos han mostrado resultados favorables en la disminución del consumo de alcohol, cocaína y cannabis (Swindle, Peterson, Paradise, & Moos, 1995, Dutra, Stathopoulou, Basden, Leyro, Powers & Otto, 2008). También han demostrado reducir la severidad de las recaídas cuando éstas ocurren, además de aumentar la duración de la abstinencia y mejorar la calidad de vida del usuario (Carroll, 1998).

En concreto, las terapias que en la actualidad cuentan con mayor soporte empírico sobre su eficacia son el Entrenamiento en Habilidades Sociales (Coping Social Skills Training [CSST], Monti, Rohsenow, Colby & Abrams, 1995), la Prevención de Recaídas (Marlatt & Gordon, 1985) y el Reforzamiento Comunitario (Community Reinforcement Approach, [CRA]) (Hunt & Azrin, 1973), Además, estos programas coinciden en ser también los que ofrecen una mejor relación costo/beneficio.

El Entrenamiento en Habilidades Sociales es un procedimiento que plantea que las deficiencias en ciertas habilidades interpersonales dificultan a las personas con problemas de consumo de alcohol un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social de beber, por lo que estos programas emplean un conjunto de técnicas dirigidas a incrementar tales habilidades de afrontamiento. Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen: habilidades interpersonales, afrontamiento de estados cognitivo emocionales, afrontamiento de eventos estresantes y afrontamiento de situaciones de uso de sustancias (Monti, Rohsenow, Colby & Abrams, 1995).

La evidencia científica de la eficacia del CSST es extensa. El meta-análisis de Miller, Brown, Simpson, Handmaker, Bein, Luckie, Montgomery, Hester, y Tonigan, (1995) recoge dieciséis trabajos en donde se incluyó al menos un grupo de Entrenamiento en Habilidades, de los trabajos en once de ellos este procedimiento se mostró superior a otros tratamientos o al no tratamiento. En el estudio de Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis (1991), diez trabajos revisados mostraron que el Entrenamiento en Habilidades Sociales obtuvo una eficiencia significativamente superior a los grupos comparativos. El Entrenamiento en Habilidades Sociales es consistentemente efectivo en lo que se refiere a la disminución de la conducta de beber y a la mejoría de un rango amplio de conductas asociadas al exceso de bebida.

El modelo de Prevención de Recaídas (Marlatt & Gordon, 1985) es un tratamiento que incluye técnicas cognitivo conductuales como: identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar síndrome de abstinencia y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados (lapses) y entrenamiento en solución de problemas. En la actualidad, se dispone de suficiente evidencia empírica que certifica la eficacia de la PR en el tratamiento del alcoholismo, en comparación con el no tratamiento (O'Farrell, Choquette & Cutter, 1998) y con el control placebo (Anton, Moak, Waid, Latham, Malcolm & Dias, 1999).

El Community Reinforcement Approach (CRA) es una intervención para el tratamiento de los problemas relacionados con el abuso de sustancias adictivas (Meyers, Villanueva & Smith, 2005). Describe que las contingencias ambientales juegan un papel muy importante en alentar o desalentar el consumo de drogas (Hunt & Azrin, 1973). Por tal motivo, el modelo utiliza reforzadores de la comunidad (familiares, sociales, recreacionales y ocupacionales) para apoyar al consumidor en el proceso de cambio. Su objetivo es reorganizar las contingencias ambientales para que la conducta de abstinencia sea más reforzante que la

conducta de consumo e incrementar el comportamiento funcional (Meyers, Villanueva & Smith, 2005).

El CRA se sustenta en el análisis conductual, las teorías cognitivo conductuales, del condicionamiento clásico, del condicionamiento operante, de la teoría del aprendizaje social y la teoría de economía conductual (Hunt & Azrin, 1973). Además posee un fuerte soporte empírico obtenido a través de investigaciones controladas, éste ha mostrado ser superior al compararlo con programas de tratamiento de 12 pasos (tratamiento estándar hospitalario). Los participantes del CRA pasaron menos tiempo bebiendo e institucionalizados y mas tiempo en su trabajo y con su familia (Hunt & Azrin, 1973; Azrin, 1976). En un estudio posterior, el grupo de CRA mas el uso de disulfiram obtuvo una tasa de abstinencia del 97% a los seis meses, frente al 74% del grupo disulfiram mas consejo y al 45% del grupo de disulfiram más programa de 12 pasos (Azrin, Sisson, Meyers & Godley, 1982).

En un estudio de Smith, Meyers y Delaney (1998) llevado a cabo con 106 alcohólicos sin hogar, los sujetos del grupo de CRA obtuvieron tasas de abstinencia significativamente mayores que los sujetos del grupo estándar. En el trabajo de Miller, Meyers, Tonigan y Grant (2001), el grupo de CRA más un programa de entrenamiento familiar obtuvo mejores resultados que otros dos modelos diferentes de intervención familiar. Por último, en una reciente publicación (Meyers & Miller, 2001), el CRA se mostró más eficaz en la reducción del consumo de alcohol que un grupo que había recibido un programa basado en el modelo médico tradicional.

En la literatura se reportan tres metaanálisis en torno al CRA, en el primero Holder, Longabaugh, Miller, y Rubonis (1991) revisaron 224 estudios experimentales que evaluaban 33 modelos terapéuticos para alcoholismo, el segundo estudio realizado por Miller y colaboradores (1995) analizaron 211 estudios que evaluaban 43 modelos terapéuticos y el último de Finney y Monahan (1996) en el que revisaron los estudios reportados por Holder con un criterio de control y significancia estadística más riguroso. Los tres análisis jerarquizaron (con diferencias en la rigurosidad de sus criterios) las intervenciones de mayor a menor eficiencia de acuerdo a su éxito terapéutico y el número de publicaciones que los validaban empíricamente. Estos estudios identificaron al CRA como uno de los programas de tratamiento más efectivos. Adicionalmente el CRA es uno de los programas de tratamiento para el consumo de sustancias más recomendado por el National Institute of Drug Abuse (NIDA) y el National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) (Allen, Litten, & Fertig, 1995), instituciones reconocidas a nivel mundial en investigación y tratamiento del abuso de sustancias.

La adaptación del CRA a población mexicana se denominó Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) (Barragán, 2005) debido a que se detectó, en un estudio realizado con usuarios dependientes a sustancias adictivas, que la variable Satisfacción Cotidiana es próxima y predictora de la abstinencia y funciona como advertencia temprana de recaídas. Este dato fue útil como retroalimentación al terapeuta para ejercitar en el usuario la aplicación de habilidades en diferentes escenarios para alcanzar equilibrio, bienestar, avance/logros; por lo que la intervención en estos usuarios, debe orientarse a construir un estilo de vida abstinentes y satisfactorio con acceso a otros reforzadores incompatibles con el consumo (Barragán, Flores, Medina-Mora, & Reidl, 2007; Barragán, Flores, Morales, González, Martínez, & Reidl, 2006).

El PSC se aplicó en 9 usuarios crónicos de sustancias. En esta aplicación, el modelo incluyó los componentes de análisis funcional, muestra de no consumo, metas de vida cotidiana, comunicación, solución de problemas, rehusarse al consumo, consejo marital, búsqueda de empleo, habilidades recreativas y sociales y prevención de recaídas. Los resultados mostraron decrementos en el patrón de consumo durante y en el seguimiento al año después de terminado el tratamiento; y disminución de la cantidad de precipitadores al consumo después del tratamiento y en seguimiento. Los usuarios aprendieron a generarse un estilo de vida cotidiano más satisfactorio, al incluir actividades incompatibles al consumo (Barragán, González, Medina-Mora & Ayala, 2005).

En un estudio reciente realizado por Barragán, Flores, Medina-Mora y Ayala (2007) se aplicó el PSC a 20 usuarios con dependencia a sustancias adictivas. Las variables que se evaluaron antes y después de la intervención fueron: autoeficacia, precipitadores, depresión, ansiedad, rehusarse al consumo, solución de problemas, comunicación, satisfacción cotidiana. Los resultados del estudio mostraron que los usuarios incrementaron su seguridad para resistirse al consumo, su satisfacción respecto a su funcionamiento cotidiano y su habilidad para rehusar el consumo, y disminuyeron su consumo, las situaciones de riesgo de consumo, así como sus niveles de ansiedad y depresión.

Ante el incremento en el consumo de alcohol y marihuana, sobre todo en mujeres, y la demanda de tratamientos eficaces para la atención del abuso y dependencia a estas drogas, el objetivo del presente trabajo fue la reducción en el consumo de alcohol y marihuana a través de la aplicación del PSC en una consumidora de éstas sustancias, incidiendo en el nivel de dependencia a las sustancias, el índice de autoconfianza para resistirse al consumo de drogas, el índice de situaciones de consumo, el nivel de depresión, el nivel de ansiedad y el nivel de satisfacción general.

Método

Participante

En el Centro de Prevención y Atención de las Adicciones [CEPREAA], de la Facultad de Psicología de la UNAM, se atendió a una mujer de 22 años consumidora de marihuana y alcohol. Quien en el momento del tratamiento se describió como soltera y estudiante de octavo semestre de la Lic. en Letras Clásicas de la UNAM. En la entrevista inicial reportó tener 6 años de consumo de alcohol y 3 de marihuana. Normalmente consumía acompañada y en lugares privados. Desde que el consumo de sustancias se convirtió en un problema el mayor periodo de abstinencia fue de 4 meses. El patrón de consumo reportado por la usuaria fue para el caso de alcohol, de entre 3 a 7 tragos estándar por ocasión de consumo con una frecuencia de 2 a 6 veces por semana. Con respecto a marihuana, la usuaria reportó un consumo de 1 cigarro por día, al menos durante 5 días a la semana.

Con relación a las consecuencias negativas del uso de marihuana, la usuaria reportó fatiga, dolor de cabeza, inapetencia, mareo, laringitis, faringitis, alucinaciones visuales, auditivas y sensoriales, lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos y problemas de concentración. Por otro lado el alcohol había ocasionado vómitos constantes, dolores de cabeza y dolores de estómago. El consumo de ambas sustancias se asoció en el último año con cambios repentinos de humor, tristeza, irritabilidad, ansiedad, problemas interpersonales, infidelidad, inestabilidad en las relaciones interpersonales, aislamiento y pérdida de amistades. En la entrevista inicial, se observó que la usuaria cumplió con los criterios de inclusión al programa de satisfactores cotidianos como se especifica en la tabla 14.

Tabla 14. Criterios de inclusión al Programa de Satisfactores Cotidianos.

Criterios de inclusión	Características de la usuaria
1. Dependencia	<ul style="list-style-type: none">• Nivel de dependencia severo (puntaje 16) a marihuana.• Nivel de dependencia media (puntaje 22) a alcohol.• Consumo de 1 a 6 cigarros de marihuana a la semana• Consumo de 12 a 68 tragos estándar de alcohol a la semana.
2. Recaídas, internamientos, tratamiento previos	<ul style="list-style-type: none">• Internamiento (AA) con duración de 30 días en el 2002.• Asistencia por 4 años a reuniones de 4to y 5to paso (AA)
3. Pérdidas en diferentes áreas	<ul style="list-style-type: none">• Pérdida de amigos, problemas de salud, problemas emocionales, problemas escolares, problemas familiares,

de vida	problemas sociales.
4. Edad	• 22 años
5. Rendimiento	• Sabe leer y escribir
6. Función cognitiva	• Repetición de dígitos: puntaje 12, puntuación normalizada 11
	• Símbolos y dígitos: puntaje 78, puntuación normalizada 16
7. Escolaridad	• Licenciatura

Instrumentos

Anexo B

- 3. Entrevista Conductual** (Meyers y Smith, 1995; Barragán et al., 2006). Es una entrevista estructurada para obtener información sobre, datos de identificación, situación socioeconómica, historia y patrón de consumo, tratamientos anteriores, consecuencias adversas del consumo de sustancias. Esta entrevista fue desarrollada específicamente para el PSC.
- 4. Escala de Dependencia al Alcohol [EDA]** (Skinner & Allen, 1982 en Barragán et al., 2006). La EDA está formada por 25 reactivos y las opciones de respuesta se clasifican en una escala que incluyen reactivos dicotómicos, de tres puntos y algunos de cuatro puntos. El instrumento mide desde dependencia baja hasta severa. La versión revisada del EDA correlacionó muy alto con la versión original ($r = 0.96$). Los datos de confiabilidad test-retest los obtuvieron Skinner y Horn (1984), utilizando el Inventario de Consumo de Alcohol y estimaron la confiabilidad test-retest en 0.92, con 76 personas a las que se les aplicó nuevamente el instrumento después de una semana de terapia. La consistencia interna fue reportada como alta en el trabajo de Skinner, 1982 ($\alpha=0.92$) y en el de Kivlahan y colaboradores 1989 ($\alpha=0.85$).

En cuanto a los resultados de validez del EDA Skinner y Allen (1982) y Ross y colaboradores (1990) demostraron que este instrumento se asocia positivamente con medidas similares asociadas con el consumo excesivo y no con dependencia ($r=0.69$). La aplicación de la EDA requiere de 10 minutos. Las respuestas de los 25 reactivos tienen diferentes escalas: a=0, b=1, c=2 y d=3. Se suman los reactivos y se obtiene un solo puntaje que puede ir de 0 a 47 puntos y puede ser interpretado de la siguiente manera:

- De 0 = No hay dependencia,
- De 1 a 13 = Dependencia baja,

- De 14 a 21 = Dependencia moderada,
- De 22 a 30 = Dependencia media y
- De 31 a 47 = Dependencia severa.

5. Cuestionario de Abuso de Drogas [CAD] (Skinner, 1982, adaptado por De las Fuentes & Villalpando, 2001). Es un instrumento de auto-informe compuesto por 20 reactivos con respuestas dicotómicas. Proporciona un índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas. El CAD mide la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas, permitiendo discriminar clínicamente entre los individuos más involucrados en el consumo y los menos, así como con fines de evaluación en el tratamiento. Los índices reportados de confiabilidad han variado de .95 a .86 para usuarios de alcohol y drogas.

El CAD puede ser administrado como entrevista o en formato auto-aplicable. Para calificarlo se suman las respuestas contestadas en la dirección crítica (que indican problemas en el uso de drogas), es decir, los reactivos 4 y 5 contestados negativamente valen un punto, y los demás contestados positivamente valen un punto. La calificación total es la suma de los puntajes de los 20 reactivos, la cual se ubica en un intervalo que va de 0 a 20, donde:

- De 0 = No reportó
- De 1 a 5 = Nivel bajo
- De 6 a 10 = Nivel moderado
- De 11 a 15 = Nivel sustancial
- De 16 a 20 = Nivel severo

6. Subescalas de repetición de dígitos y símbolos y dígitos (Barragán et al., 2006). Estas subescalas forman parte de la "Escala de Inteligencia para Adultos de Wescheler" (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 la escala verbal y símbolos y dígitos forman parte de la escala 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.

- 7. Escala de Satisfacción General** (Azrin, Naster & Jones, 1973, en Barragán et al., 2006). Esta escala consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (en escala de 0-10 puntos, donde 10 es satisfecho y 1 es insatisfecho) en nueve áreas de vida cotidiana y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción. 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 y 7) Situación legal, 8) Vida emocional, 9) Comunicación y 10) Satisfacción general. El instrumento arroja un criterio global de satisfacción, un promedio y medidas específicas de satisfacción por área. Su confiabilidad es de 0.76 mostrando buena consistencia interna, su validez de criterio es adecuada.
- 8. Línea Base Retrospectiva [LIBARE]** (Sobell & Sobell, 1992; adaptada por Echeverría, Oviedo & Ayala, 1998). Este instrumento fue desarrollado por Sobell y Sobell en 1992; es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario un año antes de iniciado el tratamiento, aunque también puede utilizarse durante y después del tratamiento. La LIBARE mide la conducta de consumo de sustancias adictivas antes, durante y después de tratamiento. Evalúa cambios específicos en el patrón antes del tratamiento; permite identificar datos como: los días/meses de mayor consumo y la frecuencia del consumo. Este instrumento tiene una confiabilidad test-retest de 0.91. La correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de 0.82. La validez concurrente, con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan muestra correlaciones de 0.53.
- 9. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol [ISCA]** (Annis, Graham & Davis, 1982; versión adaptada al español por Echeverría, Oviedo & Ayala, 1998). El ISCA es un instrumento auto-aplicable que consta de 100 reactivos agrupados en 8 categorías; estas ocho sub-escalas se dividen en dos categorías de situaciones de consumo de alcohol: I. Situaciones personales, que se subdivide en 5 categorías 1) Emociones desagradables, 2) Malestar físico, 3) Emociones agradables, 4) Probando autocontrol y 5) Necesidad o tentación de consumo. Y II. Situaciones que involucran a terceras personas y que se subdividen en tres categorías: 6) Conflicto con otros, 7) Presión social y 8) Momentos agradables con otros. Las sub-escalas muestran una distribución normal y una adecuada validez de contenido como parte de su estructura interna; así como validez externa y confiabilidad adecuadas.

10. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas [ISCD] (Annis, Graham & Martín, 1988; adaptado por Pérez, De León, Oropeza, & Ayala, 2001). Este instrumento tiene un formato autoaplicable y consta de 60 reactivos, su objetivo es identificar las situaciones de riesgo de consumo de drogas en las que el usuario es más propenso a presentar una recaída. Los 60 reactivos se agrupan en dos categorías generales y ocho subcategorías. La categoría I. Situaciones personales, se divide en cinco subcategorías: 1) Emociones desagradables: 2) Malestar físico: 3) Emociones agradables: 4) Probando autocontrol y 5) Necesidad o tentación de consumo. La categoría II. Situaciones que involucran a terceras personas, se divide en tres categorías: 6) Conflicto con otros, 7) Presión social y 8) Momentos agradables con otros. Cada reactivo se contesta en una escala de 4 puntos: nunca=0, rara vez=1, frecuentemente=2 y casi siempre=3. Se obtiene el puntaje de cada sub-escala al sumar los puntajes de los reactivos que le corresponde. En la adaptación a población mexicana se mostró una confiabilidad test-retest de 0.98 siendo significativos todos sus reactivos al 0.000.

11. Cuestionario de Confianza Situacional [CCS] (Annis & Graham, 1987 versión adaptada al español por Echeverría & Ayala, 1977). Es un cuestionario de auto-reporte de 100 reactivos. Este instrumento evalúa el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo de alcohol ante ocho categorías situacionales: 1) Emociones desagradables, 2) Malestar físico, 3) Emociones agradables, 4) Probando autocontrol, 5) Necesidad física, 6) Conflicto con otros, 7) Presión social y 8) Momentos agradables con otros.

La calificación del instrumento es el puntaje directo escrito por el usuario ante cada situación. Se puede obtener un factor general obteniendo el promedio. Las puntuaciones de auto-eficacia con un rango de 0% a 100% indican el nivel de confianza del individuo para resistirse al consumo de alcohol ante cada situación; por ejemplo, una puntuación de 20% indica que el usuario tiene poca confianza de resistirse al consumo ante esa situación; por lo que ese tipo de situaciones representan un alto riesgo para el individuo.

12. Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1988, citado en Barragán, 2005). Este instrumento consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. La persona que responde, selecciona una o varias aseveraciones que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación. El instrumento se califica sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y se clasifica la sumatoria total en alguna de las siguientes opciones:

- De 0 a 9 puntos como Depresión mínima
- De 10 a 16 puntos como Depresión leve
- De 17 a 29 puntos como Depresión moderada
- De 30 a 63 puntos como Depresión severa

La estandarización del instrumento en población mexicana fue realizada por Jurado, Vilegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela. (1998); implicó la obtención de confiabilidad por consistencia interna en una muestra de 1508 adultos de entre 15 y 65 años, obteniéndose un Alpha de Cronbach de 0.87, con una probabilidad de 0.000. El análisis factorial arrojó igual que en la versión original tres factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. La validez concurrente del instrumento con la Escala de Zung en una muestra de 120 personas en edades de entre 17 y 72 años con diagnóstico psiquiátrico de depresión arrojó una correlación estadística de $r = 0.70$, con una probabilidad menor que 0.000.

13. Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, 1988, citado en Barragán, 2005).

Este instrumento consta de 21 reactivos, permite evaluar síntomas de ansiedad experimentados por la persona en la última semana, incluyendo el día de la aplicación. Las respuestas se clasifican en: "poco o nada", que se califica con cero puntos; "más o menos", que se califica con un punto; "moderadamente" que se califica con dos puntos y "severamente" que se califica con tres puntos. Posteriormente se hace la sumatoria total y se obtienen el puntaje que indica el nivel de ansiedad; el nivel de ansiedad puede ser de acuerdo a la siguiente clasificación:

- De 0 a 5 puntos Ansiedad mínima
- De 6 a 15 puntos Ansiedad leve
- De 16 a 30 puntos Ansiedad moderada
- De 31 a 63 puntos Ansiedad severa

El instrumento fue estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), en una muestra de 1000 sujetos mostrando una alta consistencia interna con un Alpha de Cronbach de 0.83 y una validez de constructo que arrojó cuatro factores principales congruentes con los referidos por los autores de la versión original: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. En una muestra de 188 sujetos se obtuvo una alta confiabilidad test-retest de $r=0.75$ y en una muestra de 192 sujetos una validez convergente adecuada entre el Inventario de Beck de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) ya que los índices de correlación fueron moderados y positivos con una $p < .05$; y una validez

discriminante que permite detectar pacientes con trastornos de ansiedad y normales ($t = -19.11, p < .05$).

14. Autorregistro de Consumo (Barragán, 2005). Es un instrumento semi-estructurado de lápiz y papel que evalúa el patrón de consumo (frecuencia, duración y topografía), los precipitadores de consumo (internos y externos) y las consecuencias (positivas y negativas) del consumo de manera diaria. Este instrumento es utilizado durante el tratamiento y los seguimientos.

Procedimiento

Se aplicó el PSC en un diseño de investigación N=1, A-B con seguimientos. Esta intervención tuvo una duración de 17 sesiones, proporcionadas una vez por semana con una duración aproximada de 90 minutos. A continuación se describe la aplicación del programa organizado en cuatro fases: I) admisión y evaluación, II) programa de tratamiento, III) post evaluación y IV) seguimientos.

Fase I. Admisión y Evaluación

Esta fase consistió en 2 sesiones en las cuales se aplicaron instrumentos con la finalidad de conocer el patrón de consumo de la usuaria, identificar los problemas asociados y determinar si el programa se adecuaba a las características de la usuaria.

- **Admisión** (1 sesión)

Durante esta sesión se aplicó la entrevista inicial, la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), las subescalas de Wesler de Repetición de Dígitos y Símbolos y Dígitos, la Escala de Satisfacción General y la Carta Compromiso de aceptación a participar en el programa.

- **Evaluación** (1 sesión)

En esta sesión se aplicaron los siguientes instrumentos: la Línea Base Retrospectiva (LIBARE), el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS), el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck.

Al final de esta fase se identificó que la usuaria era candidata a participar en el programa de tratamiento ya que cumplía con todos los criterios de inclusión.

Fase II. Programa de tratamiento

Anexo B

Esta fase tuvo una duración de 14 sesiones, a través de las cuales se trabajó con la usuaria ocho componentes: análisis funcional de la conducta de consumo y de no consumo, muestra de abstinencia, habilidades de comunicación, rehusarse al consumo, metas de vida cotidiana, solución de problemas, autocontrol de emociones (tristeza, ansiedad, enojo y celos) y prevención de recaídas. A continuación se describe el procedimiento utilizado en cada componente.

- **Muestra de abstinencia** (1 sesión)

Esta sesión se inició con la revisión y el análisis del consumo, después se le dio a la usuaria la retroalimentación de los instrumentos aplicados en admisión y evaluación. La información obtenida en los instrumentos mostró el estado actual de la usuaria con respecto al consumo de alcohol y marihuana, aspecto que ayudó a motivar y enfatizar la importancia de establecer un compromiso con un periodo de abstinencia de 90 días. Para cumplir con la muestra de abstinencia se identificó con la usuaria los precipitadores de consumo así como las situaciones de riesgo para después realizar planes de acción que permitieran el cumplimiento de la muestra de abstinencia.

En esta sesión también se canalizó a la usuaria a una valoración psiquiátrica debido a que en la entrevista inicial comentó el poco control de impulsos que presentaba, sobre todo cuando consumía sustancias, además del estado de tristeza en el que frecuentemente se encontraba. Finalmente se aplicó la Escala de Satisfacción General y se realizaron planes de acción para situaciones de riesgo de consumo que se presentaran durante la semana.

- **Análisis Funcional de la Conducta de Consumo y de no Consumo** (2 sesiones).

En cada una de las sesiones de este componente se inició con la revisión y análisis del autorregistro de consumo. En la primera sesión se trabajó en análisis funcional de consumo identificando los precipitadores (externos e internos), la conducta de consumo (duración, cantidad y tiempo de consumo), las consecuencias positivas (a corto plazo) y las negativas (a mediano y largo plazo). Los principales disparadores identificados por la usuaria fueron momentos agradables, presión social, necesidad física y emociones agradables, para el consumo de alcohol. Para el consumo de marihuana los principales disparadores fueron momentos agradables con otros, presión social, necesidad física, emociones agradables, probando autocontrol y emociones desagradables.

Además se analizó junto con la usuaria ejemplos de aplicación de análisis funcional, se realizó el ejercicio de cambio en la cadena conductual de consumo y se realizaron planes de acción para enfrentar tres situaciones de riesgo de consumo. El ejercicio de cambio en la cadena conductual consistió en solicitar a la usuaria la descripción de un episodio de consumo y la reflexión de como podría cambiar los eventos que la llevaron al consumo. De esta forma se pretende que la próxima ocasión que se encuentre en una situación similar tenga un plan alternativo de acción.

En la segunda sesión se trabajó con el análisis funcional de una conducta de no consumo, esto con el propósito de mostrar a la usuaria que cuenta con actividades placenteras que no involucran al consumo de drogas. En este se analizó la actividad de estudiar como una conducta que le traía beneficios en diferentes áreas de su vida así como el cumplimiento de diferentes metas. Además esta conducta se planteó como satisfactoria e incompatible con el consumo de sustancias. En esta sesión también se hizo el análisis de tres situaciones que la usuaria afrontó sin consumo. Al final de cada sesión se aplicó la Escala de Satisfacción General.

- **Habilidades de comunicación** (2 sesiones).

Al inicio de las sesiones de este componente se trabajó se revisó y analizó junto con la usuaria el autorregistro de consumo. Durante las dos sesiones se entrenó a la usuaria en las siguientes habilidades de comunicación: saber escuchar, iniciar conversaciones, compartir sentimientos positivos y negativos, ofrecer entendimiento, compartir o asumir responsabilidad, ofrecer ayuda, dar reconocimiento, recibir reconocimiento, solicitar ayuda, recibir críticas y expresar desacuerdos. El entrenamiento de estas habilidades se realizó a través de la instrucción verbal, del modelamiento, el ensayo conductual y la retroalimentación. La tarea de estas sesiones consistió en la puesta en práctica por parte de la usuaria de las habilidades de comunicación en su vida cotidiana. Las habilidades que la usuaria consideró más útiles fueron iniciar conversaciones, hacer y recibir críticas y compartir sentimientos positivos y negativos. Al final del componente se aplicó la Escala de Satisfacción General.

- **Rehusarse al consumo** (2 sesiones)

La presión social o la invitación al consumo es uno de los principales disparadores de recaída, esta presión puede ser directa, cuando alguien hace un ofrecimiento para el consumo o indirecta cuando se observa consumir a otros. Al inicio de este componente se realizó una revisión y análisis de autorregistro de consumo. Durante el componente se entrenó a la usuaria en habilidades de rehusarse al consumo como: sugerir alternativas, cambiar el tema de la plática, ofrecer justificación, interrumpir interacción,

confrontar al otro y el cambio de pensamientos. Específicamente para el cambio de pensamientos se utilizaron los formatos de ejemplos y menú de reestructuración cognitiva. La reestructuración cognitiva es una técnica central en todo el tratamiento, consiste en motivar al usuario a describir pensamientos relacionados con el consumo para que después los cambie por pensamientos positivos encaminados al logro de la abstinencia y su mantenimiento. Para el entrenamiento de estas habilidades se recurrió a la instrucción verbal, del modelamiento, el ensayo conductual y la retroalimentación. Las estrategias de rehusarse más utilizadas por la usuaria fueron ofrecer justificación, ofrecer alternativas y realización de actividades alternativas. Al final del componente se aplicó la Escala de Satisfacción General.

- **Metas de vida cotidiana** (1 sesión).

En este componente se enseñó a la usuaria a identificar y plantear metas que le permitieran mejorar su estilo de vida. Estas metas se establecieron de forma positiva, específica y medible, al establecerlas, la usuaria ejercitó la elaboración de planes de acción incluyendo la identificación de conductas necesarias y viables que le permitieran alcanzar sus metas.

Al inicio de la sesión se revisó y analizó el autorregistro de consumo. Después de la revisión del autorregistro la usuaria realizó la lectura de los "Doce hilos de oro" de manera introductoria al planteamiento de metas en diez áreas de su vida: consumo, progreso en el trabajo y/o escuela, manejo del dinero, vida social/recreativa, hábitos personales, relaciones familiares o matrimoniales, situación legal, vida emocional, comunicación y satisfacción general. Las metas planteadas se monitorearon a lo largo de todo el programa para observar sus logros. Al finalizar el componente se solicitó a la usuaria que contestara la Escala de Satisfacción General.

- **Solución de problemas** (1 sesión).

En este componente se enseñó a la usuaria una estrategia de solución de problemas para enfrentar situaciones cotidianas sin recurrir al uso de sustancias. La estrategia de solución de problemas es un procedimiento estructurado que permite desmenuzar un problema en pequeñas piezas, para llegar sistemáticamente a la solución más adecuada y evaluar su resultado además, es generalizable a cualquier tipo de problemas no solo para aquellos relacionados con el uso de sustancias.

Al inicio de la sesión se revisó y analizó el autorregistro de consumo. El entrenamiento de solución de problemas consistió en los siguientes pasos: 1) definir claramente el problema a solucionar, 2) generar posibles alternativas para solucionar el problema, 3) elegir la mejor alternativa de

solución, con base en la evaluación de ventajas y desventajas de cada una de ellas y 4) evaluar los resultados de la solución que se puso en práctica. Las estrategias utilizadas durante el entrenamiento fueron instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con la usuaria y retroalimentación. Durante la sesión se motivó a la usuaria a utilizar la estrategia de solución de problemas con una situación en particular, en este caso, disminuir los conflictos constantes con su mamá debido al poco orden que tenía en su habitación. A través de la estrategia, la solución tomada fue negociar con la madre sobre momentos en los cuales era oportuno mantener el orden en casa y momentos en los cuales se dificultaba, a pesar de eso se mantendría la limpieza general en casa.

La tarea del componente consistió en aplicar la estrategia de solución de problemas en otras situaciones de la vida cotidiana como el tomar la decisión de vivir en un domicilio más estable. La usuaria aplicó correctamente la estrategia obteniendo una solución adecuada para su problema. Al finalizar el componente se aplicó la Escala General de Satisfacción.

Adicionalmente es importante mencionar que al finalizar este componente se realizó el primer antidoping. En el caso de alcohol se utilizó el alcoholímetro y en el caso de marihuana se utilizó una prueba que identifica, a través de orina, el consumo de cinco sustancias: cocaína, marihuana, barbitúricos, benzodiazepinas y anfetaminas.

- **Autocontrol de emociones (tristeza, ansiedad, enojo y celos) (5 sesiones).**

El componente de autocontrol emocional consiste en el entrenamiento de habilidades que permiten disminuir estados emocionales negativos, lo cual es de suma importancia para los usuarios pues al ser capaces de controlar sus emociones pueden generar soluciones y obtener consecuencias positivas. En este componente se enseñó habilidades para controlar cuatro emociones: enojo, tristeza, ansiedad y celos.

En cada una de las sesiones de este componente la actividad inicial fue la revisión y análisis del autorregistro. Para el autocontrol de la tristeza se entrenó a la usuaria en estrategias de cambio de pensamientos equivocados, realización de actividades agradables y búsqueda de lo positivo en actividades cotidianas. Además se le solicitó que realizara un autorregistro de tristeza identificando las situaciones, el nivel de tristeza (en escala de 0 a 10), la estrategia utilizada, los resultados obtenidos y el nivel de tristeza final (en escala de 0 a 10).

Para el control de ansiedad, se enseñaron a la usuaria las habilidades de freno de pensamientos negativos, darse instrucciones positivas, cambiar los pensamientos, respiración profunda, relajación muscular, relajación a través de imaginación y autorregistro de la ansiedad. Para el llenado del autorregistro se solicitó a la usuaria que describiera la situación que le provocaba ansiedad, que evaluara el nivel de ansiedad (en escala de 0 a 10), que describiera la estrategia utilizada y mencionara los resultados obtenidos, incluyendo el nivel de ansiedad al final de la estrategia (en escala de 0 a 10).

Con respecto al control de enojo se entrenó a la usuaria en la adquisición de habilidades como instrucciones positivas, tiempo fuera y distraer el pensamiento, adicional a ello también se solicitó que llevara a cabo un autorregistro de enojo en el cual identificara la situación que la hacía molestar, el nivel de enojo que presentaba (en escala de 0 a 10), la estrategia utilizada y los resultados obtenidos incluyendo el nivel de enojo al final de la estrategia (igualmente en escala de 0 a 10).

Para el último componente de autocontrol emocional, celos, se trabajó con la usuaria en el aprendizaje de técnicas como cambio de conductas, cambio de pensamientos y otras técnicas preventivas. Al igual que con las otras emociones se le solicitó el llenado de un autorregistro en el cual describió la situación que le provocó celos, el nivel de enojo inicial, la estrategia utilizada para controlarlos y los resultados obtenidos, incluyendo la evaluación de los celos al final (en escala de 0 a 10).

Para el entrenamiento de las estrategias antes mencionadas, se recurrió a la instrucción verbal por cada habilidad, el modelamiento, el ensayo conductual por parte de la usuaria y la retroalimentación. La tarea del componente de autocontrol de emociones en general consistió en motivar a la usuaria a utilizar las estrategias aprendidas durante el entrenamiento en situaciones de la vida cotidiana para evaluar las habilidades aprendidas e identificar obstáculos para ponerlas en práctica. Al final del trabajo con cada emoción se aplicó la Escala de Satisfacción General.

- **Prevención de recaídas (1 sesión).**

La prevención de recaídas es un componente importante debido al alto índice de éstas durante y después de los programas de tratamiento. En este componente se enseñó a la usuaria a reconocer los signos tempranos de una posible recaída y estrategias de afrontamiento apropiadas para prevenirla como la estrategia de advertencia temprana. Se realizaron análisis funcionales de las situaciones de riesgo y se manejó a la recaída como parte natural del proceso de recuperación.

Como en todas las sesiones anteriores al inicio se revisó el autorregistro de consumo. En el componente se enseñó a la usuaria a reconocer los signos que pueden indicarle que es esta en riesgo de una posible recaída, así como de desarrollar planes de acción para enfrentarse a posibles situaciones de riesgo de consumo. Para tales fines se hizo uso del formato de cadena conductual y la programación anticipada de planes de acción. Al finalizar el componente se aplicó la escala de Satisfacción general.

Fase III. Post evaluación (1 sesión).

En esta fase se aplicó la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS), el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Satisfacción General con el objetivo de hacer una comparación de los resultados obtenidos antes de iniciar el tratamiento y al terminarlo.

Fase IV. Seguimientos (3 sesiones).

Esta fase tuvo una duración de tres sesiones, la primera al mes, la segunda a los tres meses y la tercera a los 6 meses después de terminado el programa de tratamiento. En cada una de estas sesiones se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS), Autorregistro de Consumo y Escala de Satisfacción General. En el tercer seguimiento además se aplicó el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck. Cabe mencionar que en el tercer seguimiento también se realizó el segundo antidoping para detectar consumo de marihuana.

A través de los instrumentos se revisó el patrón de consumo, el nivel de dependencia a marihuana y alcohol, el nivel de autoeficacia ante situaciones de consumo, las situaciones de riesgo de consumo y el nivel de satisfacción con respecto a las diferentes áreas de vida de la usuaria. Además se realizó una revisión de los logros obtenidos en cada una de las metas propuestas por la usuaria durante el tratamiento y se reforzaron todos los cambios realizados.

Resultados

A continuación se describen los resultados obtenidos de la aplicación del PSC a una usuaria de alcohol y marihuana en términos de: 1) Patrón de consumo, 2) Nivel de dependencia a las sustancias, 3) Índice de situaciones de consumo, 4) Índice de autoeficacia, 5) Nivel de Depresión, 6) Nivel de Ansiedad y 7) Nivel de satisfacción general. Estas variables fueron evaluadas en cinco momentos: antes de iniciar el tratamiento (pre-tratamiento), después de la intervención (post-tratamiento), al mes de terminar el tratamiento (1er Seguimiento), al tercer mes de terminar el tratamiento (2do Seguimiento) y al sexto mes de terminar el tratamiento (3er seguimiento). Con excepción de las variables depresión y ansiedad que sólo se evaluaron en el pre-tratamiento, post-tratamiento y en el 3er seguimiento. Adicionalmente se reporta las estrategias más utilizadas durante el tratamiento.

1) Patrón de consumo

La usuaria reportó un consumo de **alcohol** de entre 12 a 68 tragos estándar a la semana, con un consumo por ocasión de 3 a 7 tragos y una frecuencia de 1 a 6 veces por semana antes de iniciar el tratamiento. En la Figura 17 se presenta el patrón de consumo de alcohol, en promedios mensuales, desde la línea base, un año antes del tratamiento, durante el tratamiento, en el 1er, 2do y 3er seguimiento. Del pre-tratamiento al post-tratamiento se muestra una reducción del consumo a 0 copas, este patrón se mantiene hasta el 1er seguimiento y 2do seguimiento, en el 3er seguimiento se presentan consumos de 1 a 3 copas por ocasión con una frecuencia de 1 vez por semana.

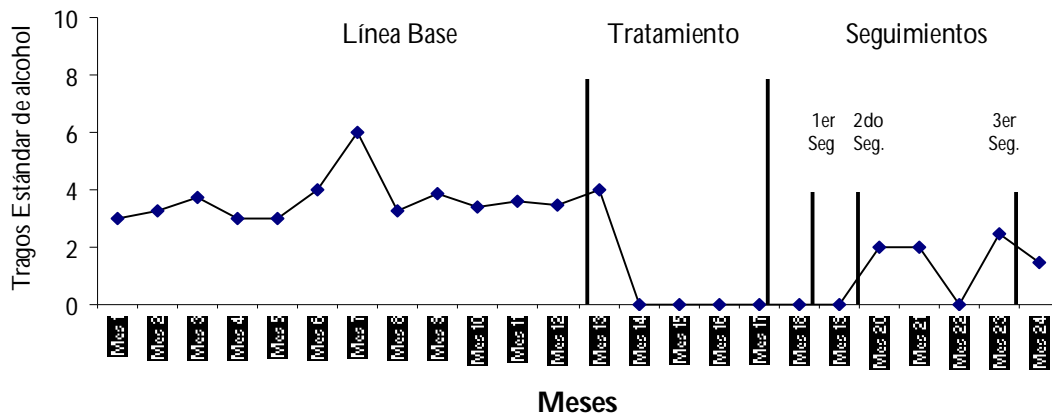


Figura 17. Promedio del patrón de consumo de alcohol mensual en el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimientos.

Con relación al consumo de **mariguana**, la usuaria reportó un uso de 1 a 6 cigarros de mariguana a la semana con una frecuencia de 1 a 6 veces por semana. En la figura 18 se muestra el patrón de consumo, en promedios mensuales, desde la Línea Base, un año antes de la intervención, durante el tratamiento y en el 1er, 2do y 3er seguimiento. Se observa que durante la línea base la usuaria consumía 1 cigarro de mariguana por ocasión de consumo. Este consumo se redujo a 0 durante el tratamiento, el 1er y el 3er seguimiento. En el segundo seguimiento se observó un consumo de 1 fumada.

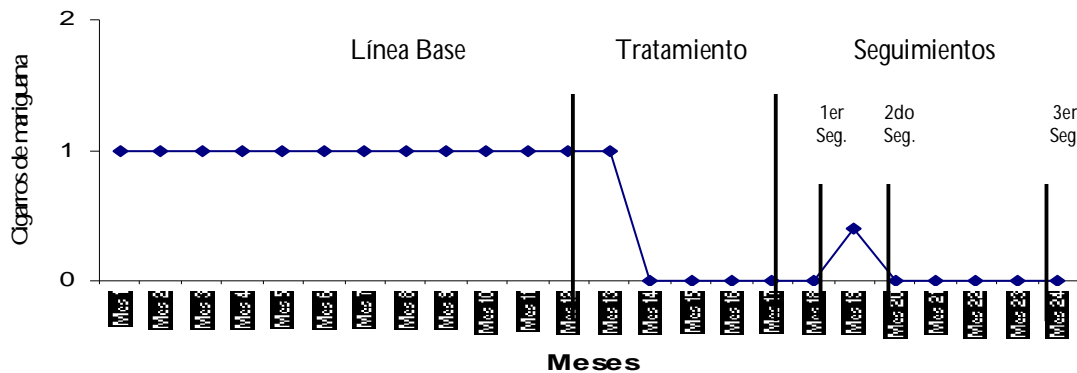


Figura 18. Promedio del patrón de consumo de mariguana mensual en el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimientos.

2) Dependencia a sustancias

En la Figura 19 se muestran los resultados obtenidos en la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) con respecto al consumo de **alcohol** de la usuaria. Se observa que en el pre-tratamiento la usuaria presentaba una dependencia media a la sustancia (puntaje 22) y en el pos-tratamiento y durante el 1er, 2do y 3er seguimiento la usuaria no presentó dependencia hacia el alcohol (puntaje 0).

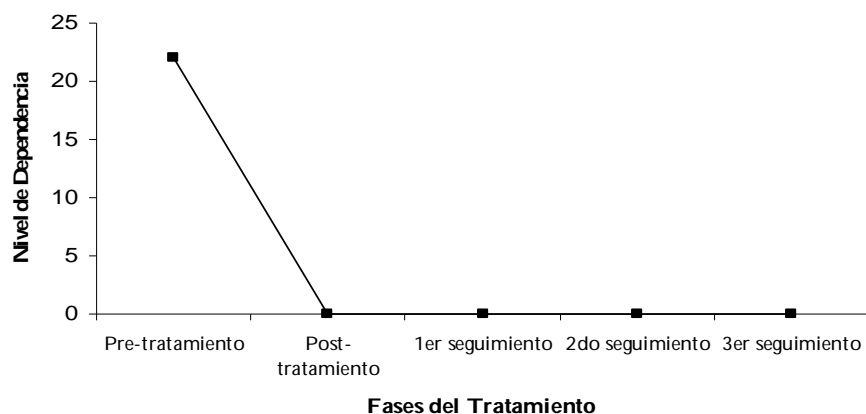


Figura 19. Nivel de dependencia al alcohol en el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimientos.

Los resultados del Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD) con respecto al consumo de **mariguana** se presentan en la figura 20. Se muestra que en el pre-tratamiento la usuaria presentó un nivel de dependencia severo (puntaje 16) y en el post-tratamiento y los tres seguimientos mantuvo un nivel de dependencia bajo (puntaje 2).

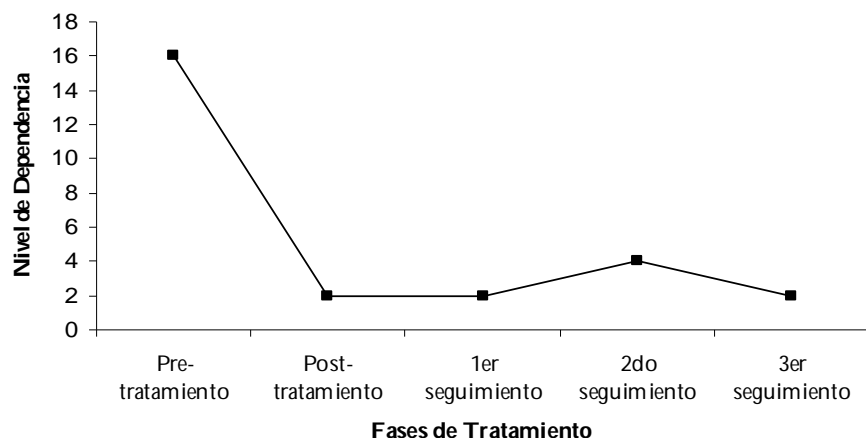


Figura 20. Nivel de dependencia a mariguana en el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimiento.

3) Situaciones de Consumo

En la Figura 21 se muestra los resultados del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA). Se observa que antes del tratamiento, las principales situaciones de consumo de **alcohol** de la usuaria eran momentos agradables con otros (90%), presión social (80%), necesidad física (76.66%), emociones agradables (66.66%), probando autocontrol (46.66%), emociones desagradables (45%) y malestar físico (36.66%). En general se observa que todas las situaciones de riesgo disminuyeron a 0 del pre-tratamiento al post-tratamiento y al primer seguimiento. Al segundo 2do y 2er seguimiento se muestra que incrementaron las situaciones de riesgo en las áreas de emociones agradables,

probando autocontrol, necesidad física, presión social y momentos agradables con otros.

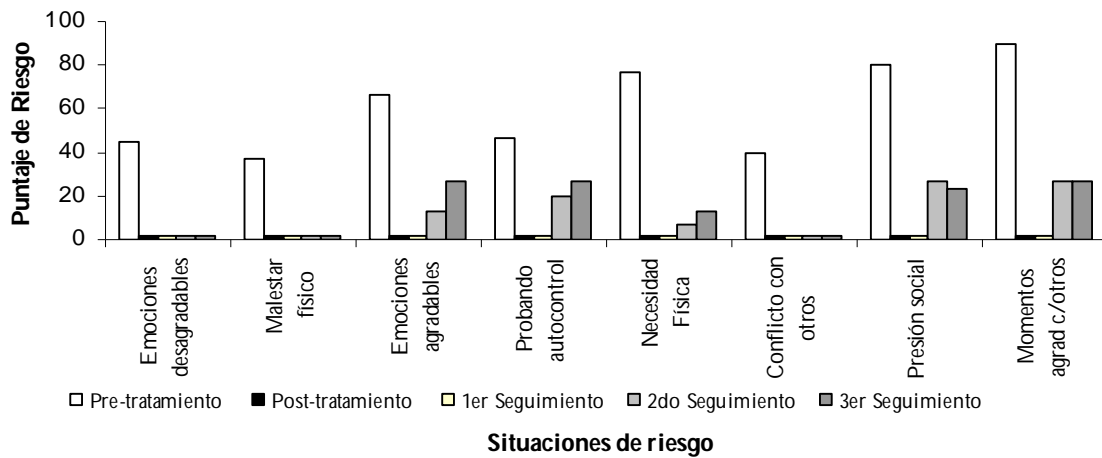


Figura 21. Situaciones de riesgo de consumo de alcohol en el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimientos.

En la Figura 22 se presentan los porcentajes obtenidos en el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD). Las principales situaciones de consumo de **mariguana** de la usuaria antes del tratamiento fueron presión social (60%), momentos agradables con otros (60%), necesidad física de consumo (38.88%) y emociones agradables (33.33%). El área de conflictos con otros se mantuvo en 0% en las cinco fases del tratamiento. Todas las situaciones de riesgo, disminuyeron a 0% en el post-tratamiento, 1er seguimiento y 3er seguimiento. En el 2do seguimiento se incrementaron las situaciones de riesgo de probando autocontrol, necesidad física, presión social y momentos agradables con otros.

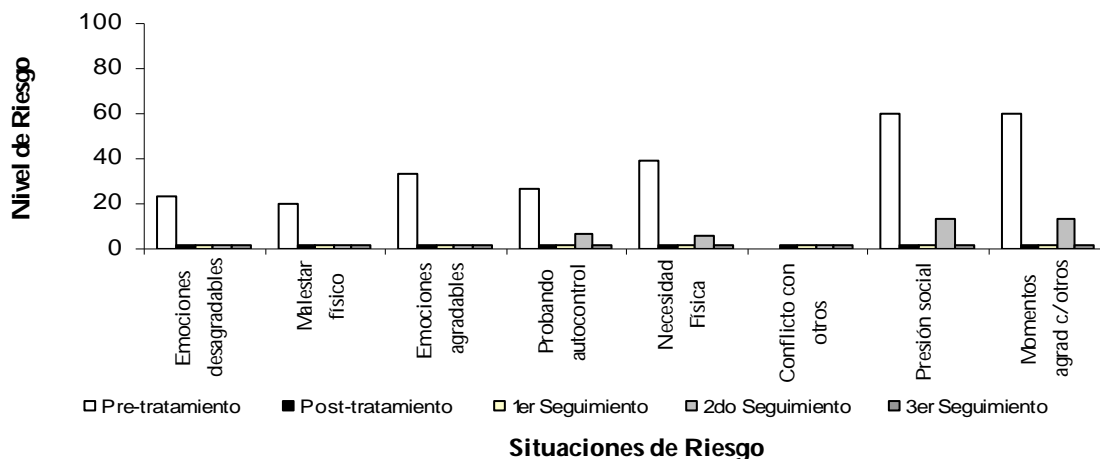


Figura 22. Situaciones de riesgo de consumo de marihuana en el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimientos.

4) Autoeficacia

En la Figura 23 se presentan los resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CSC), se observa que antes del tratamiento la usuaria reportó 60% de confianza para resistirse al consumo de **alcohol** en las áreas de emociones agradables, probando autocontrol y conflicto con otros; 50% en malestar físico; 40% en emociones desagradables y 30% en necesidad física, presión social y momentos agradables con otros. Después de la intervención y durante los seguimientos se observó un incremento en la confianza de la usuaria para resistirse al consumo de alcohol llegando, en los seguimientos a porcentajes más altos que los que inicialmente tenía la usuaria antes de iniciar el tratamiento.

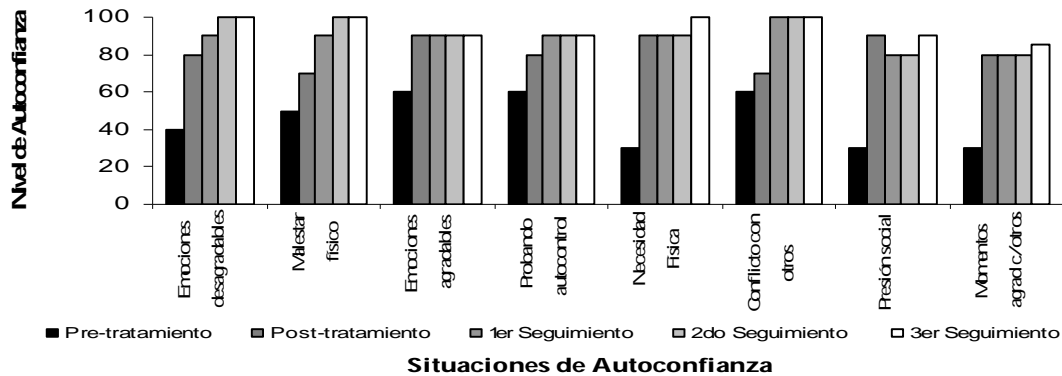


Figura 23. Confianza situacional para resistirse al consumo de alcohol en el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimientos.

En la Figura 24 se muestran los resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS). Con respecto al consumo de **marihuana** se observa que antes del tratamiento la usuaria tenía 90% de confianza para resistirse al consumo en el área de emociones agradables; 80% en conflictos con otros; 70% en emociones desagradables, malestar físico y probando autocontrol y 40% en necesidad física, presión social y momentos agradables con otros.

En las áreas de emociones desagradables, malestar físico y conflicto con otros, el nivel de autoconfianza para resistirse al consumo fue incrementándose gradualmente. Las áreas de emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, presión social y momentos agradables con otros mostraron disminución de la confianza de resistirse al consumo en el segundo seguimiento. Al tercer seguimiento la usuaria reportó un 100 % de confianza para resistirse al consumo en todas las áreas.

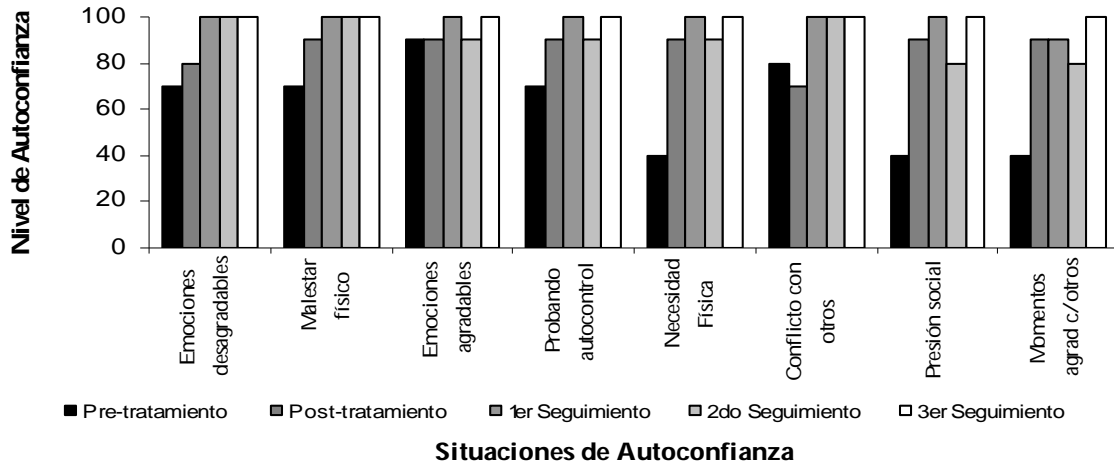


Figura 24. Confianza situacional de resistirse al consumo de marihuana en pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimiento.

5) Depresión

En la figura 25 se presentan los resultados del Inventario de Depresión de Beck. En ella se observa que antes del tratamiento, la usuaria manifestó un nivel de depresión leve (puntuación 12), en el post tratamiento y en el 3er seguimiento la usuaria manifestó un nivel de depresión mínima (puntuación de 1).

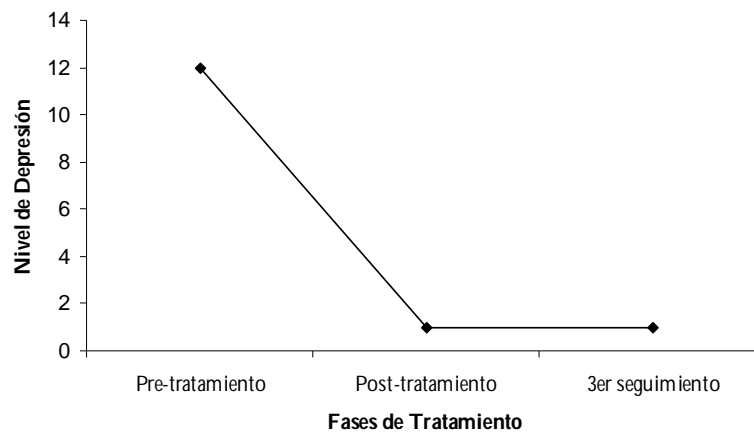


Figura 25. Nivel de depresión en el pre-tratamiento, post-tratamiento y 3er seguimientos.

6) Ansiedad

En la figura 26 se presentan los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck. Se observa que antes de iniciar el tratamiento, la usuaria manifestó un nivel de ansiedad leve (puntuación 7), en el post-tratamiento y en el 3er seguimiento un nivel de ansiedad de mínima (puntuación 0 y 1, respectivamente).

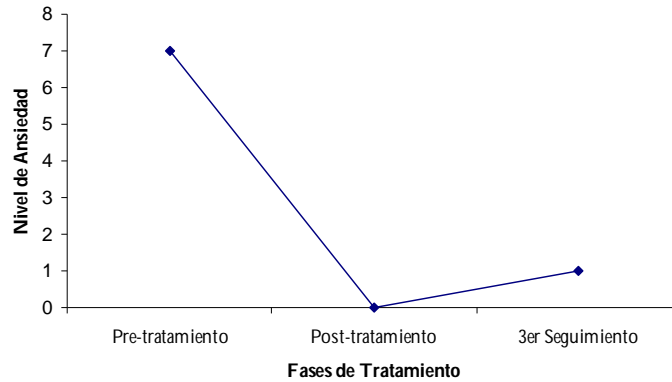


Figura 26. Nivel de ansiedad en el pre-tratamiento, post-tratamiento y 3er seguimientos.

7) Satisfacción General

En la Figura 27 se presentan los resultados de la Escala de Satisfacción General. Se observa que antes de iniciar el tratamiento, la usuaria reportó un nivel de satisfacción de 1 en el área de consumo, 4 en las relaciones familiares/matrimoniales, 5 en comunicación, 6 en hábitos personales, 7 en progreso en el trabajo/escuela, vida social/recreativa, vida emocional y satisfacción general y 9 en manejo del dinero y situación legal. En general se observa un incremento en el nivel de satisfacción en todas las áreas en el post-tratamiento y en los seguimientos.

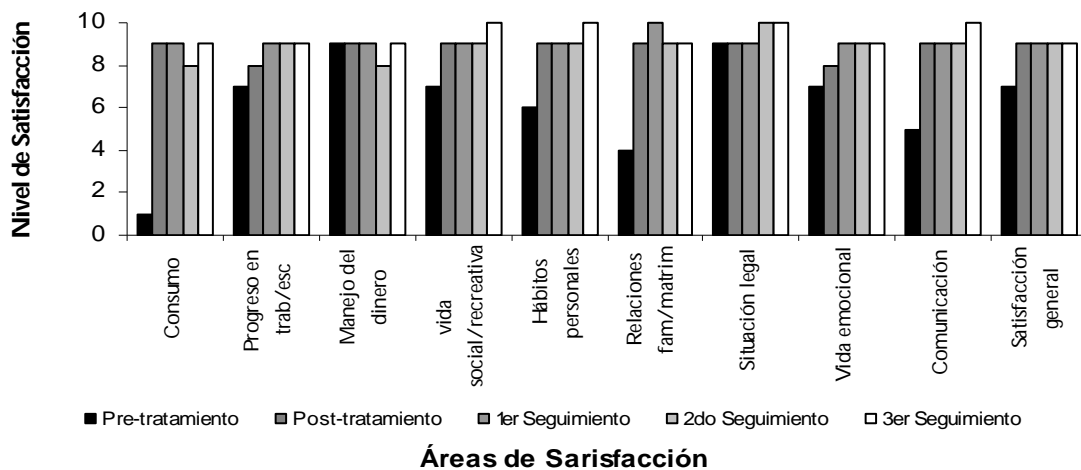


Figura 27. Nivel de satisfacción general en el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimientos.

Cabe mencionar que el resultado de las dos pruebas antidoping aplicadas fue negativo. Las estrategias más utilizadas por la usuaria durante el tratamiento y en los seguimientos fueron de autocontrol de enojo, rechazar ofrecimiento, planear actividades diarias, identificar logros para mantener un estado de ánimo

favorable, cambiar pensamientos negativos de tristeza y cumplir con compromisos para tener logros fueron las que más utilizó. Por otro lado las menos utilizadas fueron técnicas de respiración y relajación.

Discusión y Conclusiones

El objetivo de este estudio fue disminuir el consumo de alcohol y mariguana a través del manejo del Programa de Satisfactores Cotidianos en una usuaria de estas sustancias que cumplió con los criterios de inclusión para participar en el programa. Los **componentes elegidos del PSC** para trabajar con la usuaria fueron: análisis funcional de la conducta de consumo y de no consumo, muestra de abstinencia, habilidades de comunicación, rehusarse al consumo, metas de vida cotidiana, solución de problemas, autocontrol de emociones (tristeza, ansiedad, enojo y celos), y prevención de recaídas. La elección de estos componentes se fundamentó en los resultados obtenidos de la evaluación, en particular del cuestionario de satisfacción y las situaciones de riesgo de consumo, así como del propio interés de la usuaria por trabajar con éstos. Inicialmente las áreas que mostraron menor puntuación de satisfacción fueron, consumo, relaciones familiares, comunicación y hábitos personales.

Las **variables que se evaluaron** fueron: patrón de consumo, dependencia a las sustancias, situaciones de consumo, autoeficacia, depresión, ansiedad y satisfacción general. Estas variables fueron evaluadas en cinco momentos: antes de iniciar el tratamiento (pre-tratamiento), después de la intervención (post-tratamiento), al mes de terminar el tratamiento (1er Seguimiento), al tercer mes de terminar el tratamiento (2do Seguimiento) y al sexto mes de terminar el tratamiento (3er seguimiento). Estas variables también han sido utilizadas en otros estudios para evaluar la efectividad del PSC (Barragán, 2005; Barragán, González, Medina-Mora & Ayala, 2005, Barragán, Flores, Medina-Mora, & Reidl, 2007, Barragán, Flores, Medina-Mora & Ayala, 2007).

En el caso que se presenta en este trabajo se observó que inicialmente la usuaria se comprometió y se esforzó por cumplir una muestra de abstinencia de 90 días sin consumo de alcohol, ésta abstinencia la mantuvo hasta el primer mes de seguimiento. Sin embargo, después del segundo seguimiento, la usuaria decidió iniciar un consumo moderado, mostrando disminución en frecuencia y cantidad, aspecto que muestra un aumento en el autocontrol para controlar el consumo. A pesar de la recomendación de abstinencia en consumidores con dependencia media, como lo indica el PSC, se respetó la decisión de la usuaria debido a que una parte importante del tratamiento es el aspecto motivacional que toma en cuenta las decisiones de los usuarios.

Con respecto al consumo de marihuana, la usuaria eligió la meta de abstinencia, misma que salvo un consumo en el segundo seguimiento, mantuvo hasta la evaluación del 3er seguimiento. Estos datos coinciden con lo reportado en los resultados de otros tratamientos cognitivo conductuales con relación a la disminución del consumo de sustancias (Swindle, Peterson, Paradise & Moos, 1995, Dutra, Stathopoulou, Basden, Leyro, Powers & Otto, 2008).

Además de la reducción en el patrón de consumo, hubo una disminución en el **nivel de dependencia** en ambas sustancias, pasando de dependencia media a no dependencia para el caso de alcohol, y dependencia severa a dependencia baja para la marihuana, en el 3er seguimiento. A pesar de la ausencia de consumo, la dependencia baja que marca el Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Drogas, en el caso de marihuana, es debido a que tiene dos reactivos finales que preguntan si la usuaria ha buscado ayuda para su consumo de sustancias en el último año y si ha participado en un tratamiento para el consumo de drogas en el último año. Con las respuesta afirmativas a estos dos reactivos se obtiene un nivel de dependencia baja.

También se presentaron disminuciones en las **situaciones de riesgo** para el consumo de ambas sustancias. En el caso del alcohol hubo una disminución del pre-tratamiento al post-tratamiento y al 1er seguimiento en todas las áreas, sin embargo en el 2do y 3er seguimiento se incrementó el riesgo de consumo en situaciones que incluían emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, presión social y momentos agradables con otros; situaciones en las que se encontró la usuaria cuando se presentaron los consumos.

Es importante aclarar que el aumento de riesgo mencionado en ninguna situación alcanzó los niveles previos al tratamiento, sin embargo, demostró la necesidad de desarrollar planes de acción que le permitieran a la usuaria el uso de estrategias de consumo moderado, de habilidades de rehusarse al consumo y de habilidades de comunicación que le facilitaran ser asertiva ante la presión social del consumo y en situaciones en las que experimentara momentos agradables con otros. Por otro lado también fue necesario el cambio de pensamientos favorables al consumo por aquellos que le recordaran las ganancias obtenidas sin el consumo y las situaciones desfavorables asociadas al uso de alcohol. Lo anterior con el objetivo de mantener un consumo moderado que le aparte de experimentar las consecuencias negativas del consumo de alcohol.

Con relación al consumo de marihuana las situaciones de riesgo disminuyeron en el post-tratamiento, 1er y 3er seguimiento en todas las áreas. En el 2do seguimiento las situaciones de riesgo en las áreas de probando autocontrol, necesidad física, presión social y momentos agradables con otros se

incrementaron ligeramente asociándose con el consumo que experimentó. Este consumo, según palabras de la usuaria, sirvió para que comprobara su poco interés en seguir consumiendo la sustancia. En general el decremento en las situaciones de riesgo fueron debido a la conjunción de, la decisión de no consumo, el desarrollo y efectividad de los planes de acción, sobre todo en situaciones de riesgo, la evitación de diversas situaciones de riesgo y, la adquisición durante el tratamiento de habilidades que le permitían enfrentarse a situaciones de riesgo de manera efectiva.

Además la usuaria aprendió y usó diferentes habilidades de comunicación, habilidades de rehusarse al consumo y autocontrol emocional durante el tratamiento y los seguimientos. Permitiendo la disminución del consumo de sustancias, coincidiendo con lo reportado en los resultados de los estudios que mencionan que el entrenamiento en habilidades sociales influye en la disminución del consumo de sustancias y en el mejoramiento de la calidad de vida (Miller, Brown, Simpson, Handmaker, Bein, Luckie, Montgomery, Hester, & Tonigan, 1995; Holder, Longabaugh, Miller & Rubonis, 1991).

La disminución en el consumo de ambas sustancias; los cambios en los niveles dependencia; la disminución de situaciones de riesgo; el desarrollo y efectividad de planes de acción; el uso de estrategias aprendidas durante el tratamiento (análisis funcional, habilidades de comunicación, habilidades de rehusarse al consumo, autocontrol emocional); y los logros que la usuaria gradualmente fue adquiriendo en cada una de las metas propuestas en diferentes áreas de vida, permitieron el incremento en la **autoconfianza** para resistirse al consumo de sustancias. En ambas sustancias se incrementó la autoconfianza para residirse al consumo, sin embargo el área de momentos agradables con otros, es la que tiene el nivel de confianza más bajo con respecto al consumo de alcohol, aspecto que coincide con el incremento como situación de riesgo como se explicó anteriormente. Es necesario retomar este dato para la realización de nuevos planes de acción que le permitan a la usuaria mantener su cambio en el consumo.

Con respecto a los **niveles de depresión y ansiedad**, se observó que ambos disminuyeron, pasando de leves a mínimos. En este punto es importante señalar que aunque la usuaria fue canalizada a evaluación médica no asistió a la valoración requerida, a pesar de ello, al final del 3er seguimiento, manifestó una disminución considerable en las puntuaciones de depresión y ansiedad. Lo anterior fue debido a las estrategias de los componentes de control de la tristeza y ansiedad que la usuaria manifestó haber utilizado para manejar sus emociones, aspecto que coincide con los resultados del estudio realizado por Barragán, González, Medina-Mora y Ayala (2005) en el que reportan disminución de niveles de ansiedad y depresión a través de la aplicación del PSC.

Con relación a la **satisfacción general** reportada por la usuaria, los incrementos más evidentes fueron en las áreas de consumo, hábitos personales, relaciones familiares y comunicación. Cabe mencionar que estas cuatro áreas son las que inicialmente tuvieron la puntuación más baja en el cuestionario de satisfacción. Estos incrementos de satisfacción en diferentes áreas son similares a los reportados por Barragán y colaboradores (2005). En el presente caso los incrementos están asociados con el logro de metas propuestas en esas áreas de vida, por ejemplo el cambio en el patrón de consumo y la disminución del nivel de dependencia; el tener mayor tiempo para la organización de actividades personales, tiempo que antes del tratamiento estaba destinado al consumo de sustancias; la utilización de estrategias de habilidades de comunicación, control de emociones y solución de problemas para lograr y mantener relaciones familiares positivas; y la puesta en práctica de todas las estrategias aprendidas durante el tratamiento para mejorar la comunicación con las personas que le rodean.

La satisfacción en otras área de vida además del consumo de sustancias es un punto de vital importancia en este tratamiento (Barragán, Flores, Medina-Mora, & Reidl, 2007) ya que como se mencionó en las características del PSC, el tener otros estímulos satisfactorios y agradables e incompatibles con el consumo, impiden la búsqueda de la sustancias, por tal motivo es que durante el tratamiento se motivó a la usuaria a plantear metas que hicieran más satisfactoria su vida, evitando con esto posibles recaídas. En este caso en particular al final del 3er seguimiento, se observó en todas las áreas niveles de satisfacción altos.

Las **estrategias** que la usuaria consideró más efectivas para lograr el cambio fueron, autocontrolar enojo, cumplir con compromisos para tener logros, rechazar ofrecimiento de las sustancias, cambiar pensamientos negativos (deseo, ansiedad, tristeza, necesidad física, tentación, autocontrol, etc.), planear actividades diarias, identificar logros para mantener un estado de ánimo favorable y evitar el acceso a sustancias. Durante los seguimientos se enfatizó la importancia de seguir practicando estas estrategias efectivas para mantener los cambios en el consumo y evitar futuras recaídas.

Se observaron dos limitaciones importantes en el estudio, la primera es que no se evaluó, a través pruebas antidoping, de manera sistemática la reducción del consumo. En este trabajo se realizaron solamente dos pruebas antidoping, la primera para ambas sustancias, alcohol y marihuana, y la segunda solamente para marihuana debido al consumo moderado de alcohol que expresó la usuaria, con resultados negativos. Sin embargo se sugiere aplicar de manera sistemática estas pruebas para obtener una evaluación objetiva de la disminución del consumo durante la intervención y corroborar la información obtenida a través de los autorregistros de consumo. La segunda limitación fue la dificultad para realizar el seguimiento al año después de terminado el tratamiento. Se considera que éstos

seguimientos deben realizarse para evaluar y hacer un análisis de los logros o limitaciones de la usuaria en el cambio y mantenimiento de su consumo y en la aplicación de las estrategias enseñadas durante el tratamiento, así como en la posibilidad de sesiones adicionales para trabajar con las limitaciones en caso de ser necesarias.

Como se describió en un inicio, el consumo de alcohol y mariguana ha aumentado significativamente en nuestra población, especialmente en mujeres, por tal motivo es evidente la necesidad de utilizar intervenciones eficaces que permitan brindar un adecuado tratamiento. En el caso que se presenta en este reporte, el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) demostró efectividad en la disminución del patrón de consumo, dependencia y situaciones de consumo, así como en el incremento de la autoeficacia y satisfacción general. Esto coincide con lo reportado en otros estudios donde se han utilizado programas cognitivo conductuales utilizando los mismos componentes (Carroll, 1998; Carroll, Rounaville & Gawin, 1991; Flynn, Kristiansen, Porto & Hubbard, 1999; Carroll & Onken, 2005) y en aquellos donde se ha utilizado el PSC en población mexicana (Barragán, 2005; Barragán, González et al., 2005; Barragán, Flores et al., 2007).

Referencias

- Abrams, D. B. & Niaura, R. S. (1987). Social Learning Theory. En h. T. Blane y k. E. Leonard (Eds.). *En Psychology Theories of Drinking and Alcoholism*. New Cork: Guilford Press.
- Alcohólicos Anónimos. (2010). Recuperado el 5 de febrero de 2010, de <http://www.aamexico.org.mx/queEsAA.html>
- Allen, J. P., Litten, R. Z. & Fertig, J. B. (1995). NIDA-NIAAA workshop: Efficacy of therapies in drug and alcohol addiction. *Psychopharmacology Bulletin*, 301, 655-669.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition)*. Washington: APA.
- Anton, R.F., Moak, D.H., Waid, L.R., Latham, P.K., Malcolm, R.J. & Dias, J.K. (1999). Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of a placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1.758-1.764.
- Ayala, H. E. (2001). *Desarrollo y Evaluación de Modelos de Intervención para Comportamientos Adictivos en Poblaciones urbanas y rurales*. UNAM
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18(4), 5-17.
- Ayala, H., Echeverría, L. Sobell, M. & Sobell, L. (2001). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En H. Ayala y L. Echeverría (eds.) *Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339-348.
- Azrin, N., Sisson, R. W., Meyers, R. J. & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105-112.
- Babor, T. F. & Grant, M (eds) (1991). Project on identification and management of alcohol related problems. *Report on phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1991.

- Babor, T. & Higgins-Biddle, J. (2001). *Brief Intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care*. World Health Organization.
- Baker, A., Boggs, T. & Lewin, T. (2001). Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96, 1279-1287.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice hall.
- Barragán, L. (2005). Tesis de doctorado. Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. Facultad de psicología, UNAM.
- Barragán, L. Flores, M., Medina-Mora, M. E. & Ayala, H. (2007). Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 30, 3,29-38.
- Barragán, L. Flores, M., Medina-Mora, M. & Reidl, L. (2007). Adaptación del "Community Reinforcement Approach" para Usuarios Dependientes de Alcohol y otras en Población Mexicana. En *Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas*, Echeverría, L., Carrascoza, C. y Reidl, L, compiladores. Facultad de psicología, UNAM.
- Barragán, L, Flores, M, Morales, S., González, J. Martínez, M. & Reidl, M. (2006) Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas: Manual del terapeuta, tomo 1. Secretaría de Salud, CONADIC.
- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M. E. & Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28, 61, 71.
- Barragán, L., Morales, S. & Ayala, H. (2002). *Modelo de Intervención para usuarios crónicos dependientes de alcohol y otras drogas*. Coloquio 2002 de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual.

- Bashir, K., King, M. & Ashworth, M (1994) Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *British Journal of General Practice*, 44, 408-412.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. España: Madrid Paidós.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Bickel, W. K. & Vuchinich, R. E. (2000). *Reframing health behavior with behavioral economics*. New York: Lawrence Erlbaum.
- Bien, T., Miller, W. & Tonigan, S. (1993). Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Brailowsky, S. (2002). *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*. 3ª ed. México: Fondo de Cultura Económica.
- Calafat, A. (1995). Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.). *Drogodependencias*. 4. Prevención (pp. 75-103). Universidad de Santiago de Compostela.
- Carrascoza, C. (2007). *Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de las adicciones: Fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. Facultad de psicología, UNAM.
- Carroll, K. M. (1998). *A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction*. Therapy manuals for drug addiction. Rockville, MD:NIDA.
- Carroll K. M. & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal Psychiatry*, 162, 1452-1460.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. & Gawin, F. H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of drug and Alcohol Abuse*, 17, 3, 229-247.
- Centros de Integración Juvenil. (2010). Recuperado el 04 de marzo, de [http://www.cij.gob.mx/Paginas/A donde puedes acudir/ADONDE.asp](http://www.cij.gob.mx/Paginas/A%20donde%20puedes%20acudir/ADONDE.asp)
- Cervantes-Leyzaola, Y. (2007). *La familia y las adicciones. Anudando*. Edición Especial Familia y Adicciones. Mayo-junio. Recuperado en 10 de noviembre de 2007, de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_fam.pdf

- Comunidad Terapéutica. (2005). Recuperado el 15 de Octubre de 2005, de www.comunidadterapeutica.com/monterrey.mx. Página de Internet. México.
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. & Stephens, R. (2001). A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 55-64.
- Cooper, J., Heron, T. & Heward, W. (1987). *Applied behavior analysis*. Columbus, OH: Merrill.
- Consejo Nacional contra las Adicciones. (2010). *Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida. Breve Guía para el Secretario(a) Técnico(a) del Consejo Estatal contra las Adicciones*. Documento interno.
- Cruz, Silvia. (2007). *Los efectos de las drogas: De sueños y de pesadillas*. Editorial Trillas.
- De León, L. & Pérez, L. (2001). *Adaptación, validación y confiabilidad del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. Tesis de licenciatura, Facultad de psicología, UNAM.
- DeNelsky, G. & Boat, B. (1986). A coping skills model of psychological diagnosis and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 322-330.
- DiClemente, C., Schlundt, D. & Gemmell, L. (2004). Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *The American Journal Addictions*, 13:103-119.
- Dimeff, L., Baer, J., Kivlahan, D., & Marlatt, G. (1999). Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS). New York: The Guilford Press.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 2, 179-187.
- Echeverría, L., Oviedo, P. & Ayala, H. (1998). Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA). En: Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L., y Gutiérrez, M. Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México, D.F.: Facultad de Psicología, UNAM.
- ENA (1998). Encuesta Nacional de adicciones. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría.
- ENA (2008). Quinta Encuesta Nacional de Adicciones. Secretaría de Salud [SS], Consejo Nacional contra las adicciones [CONADIC], Instituto Nacional de

Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM] & Instituto Nacional de Salud Pública [INSP].

- Finney, J. W., & Monahan, S. C. (1996). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 229-243.
- 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.
- García, L. R. & Oropeza, R. (2009). Desarrollo y evaluación de una lista de chequeo para evaluar etapa de cambio en usuarios de sustancias adictivas. *Uaricha, Revista de Psicología*. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Psicología. 13, 80-92.
- García, L. R. (2006). *Desarrollo y confiabilidad de la Entrevista de Recaídas en Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA)*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Monteiro, M., & Poznyak, V. (2003). *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care*. (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva: World Health Organization.
- Higgins, S. T. (1997). The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse: A brief review. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 57, 419-427.
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W., & Rubonis, A. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.
- Hunt, G. M. & Azrin, N. H. (1973). A Community Reinforcement Approach to Alcoholism. *Behavioral, Research and Therapy*, 11, 91-104.
- 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.
- Margolis, R. & Zwebwn, J. (1998). *Treatment patients with alcohol and other drug problems: an integrated approach*. American Psychological Association. Washington, D. C.
- Marlatt, G. A. (1999). Effective Relapse Preventions and Harm Reduction Therapy. AABT Workshop Handout February. 20.

- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- Martín del Moral, M. & Lorenzo, P. (2003). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza & I. Lizasoain (eds.). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana. 3-25.
- 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, K. I., Salazar, M. L., Pedroza, F. J., Ruiz, G. M. & Ayala, E. E. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*, 31, 119-127.
- Medina-Mora, M. E. (2002). Tendencias del Abuso de Drogas en México. *Conadic Informa: si tú quieres la vida es la neta*. Consejo Nacional contra las Adicciones, 12-15.
- Méndez, B., Vázquez, F. & Oropeza, R. (2006). Autorregistro del deseo y consumo de cocaína. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Meyers, R.J., & Miller, W.R. (2001). *A Community Reinforcement Approach to addiction treatment*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Meyers, R. J. & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The Community Reinforcement Approach*. New York: Guildford Press.
- Meyers, R. J., Villanueva, M. & Smith, J. E. (2005). The Community Reinforcement Approach: History and New Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 3, 247-260.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bein, T. H., Luckie, L. F., Montgomery, H. A., Hester, R. K., & Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd ed.). Needham, MA: Allyn & Bacon.
- Miller, W. R., Meyers, R. J., Tonigan, J. S., & Grant, K. A. (2001). Community reinforcement and traditional approaches: Findings of a controlled trial. In

R. Meyers & W. Miller (Eds.), *A community reinforcement approach to the treatment of addiction*. Cambridge, England: university Press.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Monte fénix. (2010). Recuperado el 05 de febrero de 2010, de http://www.montefenix.com.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=47

Monteiro, M., G. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.

Monti, P., Rohsenow, D., Colby, S. & Abrams, D. (1995). Coping and social skills training. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.

National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. NIH Publication No. 99-4180. Rockville, NIDA, National Institute of Health.

National Institute on Drug Abuse (2004). *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*. Second Edition. Washington, DC.

National Institute of Drug Abuse & National Institutes of Health (2008). *Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento: la ciencia de la adicción*.

Narcóticos Anónimos (s/f). Recuperado el 08 de febrero de 2010, de www.narcoticosanonimos.org.mx.Página de internet. México.

Lira, J. & Ayala, H. (2002). *Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina*. Tesis de Maestría. ENEP Iztacala, UNAM.

Lira, J., Cuevas, E. & Reidl, L. (2007). Resultados de la aplicación de un programa de intervención breve motivacional para dejar de fumar. En L. Echeverría, C. Carrascoza y L. Reidl (comp.). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.

Lorenzo, P. Ladero, J. M., Leza, J. C. & Lizasoain, I. (2003). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana.

Oceánica. (2010). Recuperado el 08 de febrero, de <http://www.oceanica.com.mx/default.htm>

O'Farrell, T., Choquette, K., & Cutter, H. (1998). Couples relapse prevention: sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: outcomes during the three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 357-370.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Recuperado el 15 de enero de 2010, de *¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública?*. <http://www.who.int/tobacco/es/>

Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual dirigido a consumidores de cocaína*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.

Oropeza, R., Fukushima, E., García, L. R., & Escobedo, J. (2008). Guía de aplicación del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC, Versión III). Gobierno del Distrito Federal.

Oropeza, R., Loyola, L. & Vázquez, F. (2006). Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. Un modelo cognitivo, principios de aplicación. CONADIC.

Oropeza, R. & Reidl, L. (2007). Resultados de la aplicación del modelo de tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC). En L. Echeverría, C. Carrascoza y L. Reidl (comp.). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.

Pal, H., Yadav, D., Mehta, S. & Mohan, I. (2007). A comparison of brief intervention versus advice for alcohol use disorders in a North India community based sample followed for 3 months. *Alcohol & Alcoholism*, 42, 4, 328–332.

Pérez, Y., De León, L., Oropeza, R., & Ayala, H. (2001). Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas. En L. De León y Y. Perez, *Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ)*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 9, 1101-1114.
- Procuraduría General de la República. (2008). Recuperado el 08 de febrero de 2010, de *México eleva a 5.400 los muertos por narcotráfico, más del doble que hace un año*. http://www.elpais.com/articulo/internacional/Mexico/eleva/5400/muertos/narcotrafico/doble/hace/ano/elpepuint/20081209elpepuint_5/Tes
- Quesada, M., Carreras, J. & Sánchez, L. (2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Addictions*, 14 (1), 65 – 78.
- 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.
- Rosenblum, A., Magura, S., Palij, M., Foote, J., Handlesman, L., & Stimmel, B. (1999). Enhanced treatment outcomes for cocaine-using methadone patients. *Drug Alcohol Depend*, 54, 207–218.
- Saunders, B., Wilkinson, C. & Phillips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone program. *Addiction*, 90, 415-424.
- Secades, R. & Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 3, pp. 365-380.
- Secretaría de Educación Pública (SEP) & Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) (2008). *Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación básica: Manual para profesores de Secundaria*.
- Secretaría de Salud. (2000). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. Diario Oficial de la Federación, Primera Sección, 44-60.
- Secretaría de Salud. (2008). Recuperado el 08 de febrero de 2010, de <http://www.univision.com/content/content.jhtml?cid=1450724>
- Secretaría de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud. (2009). *DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales*. Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud. (2009). *Modelo de Atención UNEME-CAPA. Centros de Atención Primaria en Adicciones "Nueva Vida"*. Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones.

Secretaría de Salud. (2009). *Preocupa a Salud el alto consumo de alcohol*. Recuperado el 08 de febrero de 2010, de <http://www.informador.com.mx/mexico/2009/71734/6/preocupa-a-salud-el-alto-consumo-de-alcohol.htm>.

Secretaría de Salud & Consejo Nacional contra las Adicciones. (2006). *México contra el tabaquismo*. Documento ejecutivo.

Secretaría de Salud & Consejo Nacional contra las Adicciones. (2008). Folleto sobre consecuencias a corto y largo plazo asociadas al consumo de sustancias adictivas.

Secretaría de Salud & Consejo Nacional contra las Adicciones. (2008). Guía Práctica y sencilla para el Promotor Nueva Vida.

Secretaría de Salud & Consejo Nacional contra las Adicciones. (2009). Manual para el capacitador de Promotores Nueva Vida.

Secretaría de Salud & Consejo Nacional contra las Adicciones. (2009). Cuestionario de conocimientos del curso de Habilidades para la Vida.

Secretaría de Salud & Consejo Nacional contra las Adicciones. (2009). Cuestionario de satisfacción del curso de Habilidades para la Vida.

Secretaría de Salud & Consejo Nacional contra las Adicciones. (2009). Habilidades para la Vida. Guía Práctica y sencilla para el Promotor Nueva Vida.

Secretaría de Salud & Consejo Nacional contra las Adicciones. (2009). Manual para el capacitador de Promotores de "Habilidades para la Vida".

Secretaría de Salud & Consejo Nacional contra las Adicciones. (2009). Carta descriptiva del curso de Habilidades para la Vida.

Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología & Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (2007). *Centros de Tratamiento no Gubernamentales. Informe Anual (2001-2007)*.

Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones & Centros de Integración Juvenil. (2007). *Centros de Integración Juvenil. Informe Anual*.

- Secretaría de Salud [SS], Dirección General de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA] y Consejo Tutelar para Menores. (2007). *Consejo Tutelar para Menores. Informe Anual*.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones & Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones. (2007). *Informe Anual*.
- Schindler, C. W., Panlilio, L. V. & Golberg, S. R. (2002). Second order schedules of drug self-administration in animals. *Psychopharmacology (Berl)*, 163, 327-344.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: The Free Press.
- Skinner, H. & Allen, B. (1982). Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*. 91, 3, 199-209.
- Smith, J.E., Meyers, R.J. & Delaney, H. D. (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 541-548.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). Treatment for problem drinkers: A public health priority. En Baer, J.; Marlatt, G. y MvMahon, R. (Eds.). *Addictive Behaviors Across the Life Span: Prevention, Treatment and Policy Issues*. Newbury Park: Sage.
- Staddon, J. E. (2001): *The new behaviorismo: Mind, mechanism and society*. Philadelphia, PA: Psychology.
- Stotts, A.L., Schmitz, J. M., Rhoades, H.M. & Grabowski, J. (2001) Motivational Interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69 (5), 858-862.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2008). *Programa de acción específico 2007-2012. Prevención y tratamiento de las adicciones*. Secretaría de Salud.
- Swindle, R. W., Peterson, K. A., Paradise, M. I., & Moos, R. H. (1995). Measuring substance abuse program treatment orientations: The Drug and Alcohol Program Treatment Inventory. *Journal of Substance Abuse*, 7, 61-78.
- Trujols, J., Tejero, A. & Bañuls, E. (2003). Evaluación de los estadios y procesos de cambio en la dependencia de cocaína. En De los Cobos, J., Tejero, A. &

Trujols, J. (Eds.). *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*. Ars Medica: Barcelona.

Wilk, A., Jensen, N. & Havighurst, T. (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* 12, 274-283.



**Anexo A:
Lista de Indicadores
de Etapa de Cambio (LIEC)**



Lista de Indicadores de Etapas de Cambio

Prochaska y DiClemente (1982) observaron que para cambiar una conducta adictiva hay que pasar a través de cinco **etapas de cambio**, que son precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento. Cada etapa involucra una serie de indicadores que señalan el estado actual de un individuo con respecto al cambio de una conducta. Esta *Lista de Indicadores* es una guía para identificarlos y definir la *etapa de cambio* en la que está actualmente el usuario de sustancias que asiste a tratamiento.

Fecha: _____

Sexo: (M) (F)

Edad: _____

Fase de tratamiento: () Pre-tratamiento () Tratamiento () Seguimiento

Sustancia por la que el usuario asiste a tratamiento: _____

1. ¿La persona reporta consumir sustancias en el momento de la entrevista?

a. () si

b. () no ¿Cuánto tiempo lleva la persona sin consumir sustancias? _____

2. ¿La persona ha considerado seriamente abandonar el consumo de la sustancia por la que asiste a tratamiento en los próximos seis meses? () si () no

3. ¿La persona planea abandonar el consumo de esa sustancia en los próximos 30 días? () si () no

4. ¿La persona tuvo una recaída en los últimos doce meses? Recaída: una falla en el mantenimiento del cambio (moderación o abstinencia) en su consumo.
() si () no ¿Cuándo? _____

Instrucciones: A continuación se presentan situaciones que describen pensamientos y conductas que puede presentar un usuario de sustancias en cada una de las etapas de cambio.

- En cada enunciado marque **SI** o **NO** según las características del usuario evaluado.
- No deje ningún reactivo sin contestar.
- Se sugiere que la lista se llene por el terapeuta después de terminar la sesión de tratamiento.
- Los reactivos de la columna **A** corresponden a los pensamientos que tienen los usuarios actualmente respecto a su consumo

- Los reactivos de la columna **B** corresponden a las conductas que tienen los usuarios actualmente respecto a su consumo

1. Precontemplación

En esta etapa la persona reporta no tener intención de cambiar la conducta de consumo en un futuro cercano. La persona no ha identificado tener un problema con el consumo de sustancias o indica no necesitar ayuda para solucionarlos. Los individuos que en esta etapa asisten a tratamiento pueden estar presionados por terceras personas. La resistencia y/o negación a reconocer o cambiar un problema es la marca distintiva de esta etapa.

A.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No	B.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No
1	Está satisfecho con su consumo de sustancias.			8	Consume sustancias.		
2	Obtiene solo consecuencias positivas de su consumo.			9	Constantemente se expone a situaciones de riesgo de consumo.		
3	El consumo no es un problema para él.			10	Evita hablar con otras personas sobre su consumo.		
4	Desconoce las consecuencias negativas de su consumo.			11	Se niega a buscar ayuda para cambiar su consumo.		
5	Minimiza los problemas ocasionados por su consumo.			12	Evita asistir a tratamiento.		
6	Piensa que controla su consumo.			13	Seguirá consumiendo, sin hacer un cambio.		
7	Puede dejar de consumir cuando el quiera.			14	Asiste a tratamiento presionado por otras personas.		

Total Si _____

2. Contemplación

En esta etapa la persona menciona que ha pensado que puede tener un problema con el consumo de sustancias. Le ha pasado por la mente modificar el consumo (en un futuro indeterminado) pero realmente no ha hecho algo, ya que aún no está preparada. Tiene un estado de ambivalencia donde, al mismo tiempo, considera y rechaza el cambio, ya que identifica algunas consecuencias negativas del consumo pero al mismo tiempo sigue pensando en las consecuencias positivas.

A.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No	B.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No
15	Piensa que podría hacer un cambio en un futuro indeterminado.			22	Muestra una actitud poco colaboradora en el tratamiento.		
16	Se da cuenta que por su consumo ha tenido problemas con personas cercanas.			23	Se muestra incómodo o en desacuerdo en el tratamiento.		

17	En ocasiones piensa en hacer un cambio en su consumo y en otras no.			24	Programa citas en el tratamiento pero no asiste.		
18	Piensa que podría hacer un cambio pero aún no se ha comprometido a hacerlo.			25	Intentar hablar con alguien sobre su consumo.		
19	Piensa que podría hacer un cambio en su consumo pero no sabe como hacerlo.			26	En ocasiones se muestra motivado por el tratamiento y en otras no.		
20	A pesar de identificar consecuencias negativas, sigue observando consecuencias positivas de su consumo.			27	Busca ayuda pero no tiene claro que quiere hacer.		
21	Empieza a evaluar las ventajas y desventajas de su consumo.			28	Omite información sobre su consumo en el tratamiento.		

Total Si _____

3. Determinación

En esta etapa la persona reporta estar motivada para cambiar su consumo de sustancias y quiere emprender acciones en un futuro cercano. Puede hacer pequeños cambios por su cuenta para modificar su consumo, que lo llevarán a la etapa de acción. Sin embargo, en esta etapa la persona todavía no ha definido claramente el cambio que desea hacer (moderación o abstinencia de su consumo).

A.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No	B.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No
29	Identifica claramente los beneficios que obtendrá al dejar de consumir.			36	Busca información relacionada con el consumo de sustancias y sus efectos.		
30	Toma la decisión de hacer un cambio en su consumo.			37	Habla abiertamente con otras personas de los problemas que le ha ocasionado el consumo.		
31	Esta motivado para realizar un cambio en su consumo.			38	Escucha sugerencias o consejos para dejar de consumir.		
32	Reconoce claramente las consecuencias negativas del consumo.			39	Empieza a realizar pequeños cambios como disminuir la cantidad o frecuencia de su consumo.		
33	Identifica que ya no le es agradable el consumo.			40	Pide ayuda a personas cercanas (familiares, amigos) para cambiar su consumo.		
34	Reconoce tener un problema con el consumo de sustancias.			41	Solicita ayuda profesional para solucionar el problema de su consumo.		
35	Se da cuenta que ya no tiene control sobre el consumo.			42	Asiste por su propia cuenta y con interés a tratamiento.		

Total Si _____

4. Acción

En esta etapa la persona logra hacer un cambio tanto en su consumo de sustancias como en su entorno, con el fin de solucionar los problemas causados por el consumo. Esta etapa involucra diversos cambios conductuales como emplear estrategias y desarrollar habilidades que lo ayuden a realizar un cambio, además requiere dedicar un tiempo y esfuerzo considerable

para el mismo. Cambiar exitosamente la conducta adictiva significa alcanzar la abstinencia o la moderación del consumo.

A.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No	B.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No
43	Tiene confianza en lograr el cambio.			50	Dedica tiempo y esfuerzo en lograr su cambio.		
44	Hace un compromiso con sí mismo para lograr el cambio.			51	Asiste con puntualidad y sigue al pie de la letra las indicaciones del tratamiento.		
45	Considera que es importante trabajar mucho para alcanzar su meta.			52	Evita situaciones de riesgo donde es probable que consuma.		
46	Piensa que es necesario poner en práctica estrategias para cambiar su consumo.			53	Pone en práctica las estrategias que va aprendiendo en el tratamiento para no consumir.		
47	Desarrolla planes para resolver los problemas ocasionados por el consumo.			54	Se mantiene ocupado para evitar el deseo de consumir.		
48	Identifica las situaciones en las que consume.			55	Disminuye o alcanza la abstinencia del consumo.		
49	Piensa que realmente esta haciendo algo para lograr el cambio.			56	Modifica su entorno para disminuir la probabilidad de consumo.		
Total Si							

5. Mantenimiento

En esta etapa la persona ha logrado un cambio en su consumo de sustancias (abstinencia o moderación). Aplica estrategias y habilidades para mantener el cambio y consolidar las ganancias conseguidas durante la etapa de acción. En este sentido el mantenimiento es una continuación del cambio. Estabilizar el cambio y evitar la recaída son aspectos fundamentales de esta etapa.

A.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No	B.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No
57	Menciona estar satisfecho con el cambio logrado.			64	Mantiene el cambio logrado aplicando lo aprendido durante en tratamiento.		
58	Puede controlar sin problema el deseo de consumir.			65	Trabaja en mejorar las relaciones interpersonales dañadas por el consumo.		
59	Reporta disfrutar de los beneficios de la abstinencia.			66	Se apoya en sus relaciones sociales para evitar la recaída.		
60	Considera que es importante mantener el cambio logrado.			67	Enfrenta exitosamente situaciones de riesgo de consumo.		
61	Esta al pendiente de posibles situaciones de riesgo.			68	Asiste a seguimientos del tratamiento.		
62	Tiene confianza en enfrentar cualquier situación de su vida sin consumo.			69	Retoma actividades que había descuidado por su consumo, por ejemplo, la escuela, el trabajo, etc.		
63	Se preocupa por prevenir recaídas.			70	Trabaja activamente por un estilo de vida más sano.		

Total Si

Calificación: Para definir en qué Etapa de Cambio se ubica el usuario, es necesario identificar aquella donde se realizaron más marcas en **Si**. Esto indicará la presencia de más indicadores de una determinada etapa.

Etapa de cambio identificada por la lista de chequeo: () precontemplación () contemplación () determinación () acción () mantenimiento

Terapeuta: ¿La etapa de cambio identificada por esta lista de chequeo coincide con la identificada por usted con base en su experiencia clínica? () si () no
Si no coincide, ¿qué etapa identifica usted?: () precontemplación () contemplación () determinación () acción () mantenimiento
¿Por qué lo considera así?

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

