



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

RESULTADOS DE UN CASO DE DEPENDENCIA AL
ALCOHOL EN EL PROGRAMA DE SATISFACTORES
COTIDIANOS (PSC)

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ADICCIONES
PRESENTA
MÓNICA ESTEFANÍA CORTÉS SÁNCHEZ**

JURADO DEL EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. MA. ASUNCION LARA CANTU

COMITÉ: DRA. LYDIA BARRAGAN TORRES
MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA
MTRA. GUILLERMINA NATERA REY
DRA. MARCELA TIBURCIO SAINZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Asunción por su incondicional apoyo, por exigirme lo mejor de mí misma e impulsarme a la excelencia en todo momento.

A la Dra. Lydia por su invaluable guía y por darme la oportunidad de aprender de cerca de su amplia experiencia.

Al Mtro. Fernando y Dra. Marcela por sus certeros comentarios y observaciones que ayudaron a concluir este trabajo.

A mis padres por darme fuerza y aliento de seguir adelante en los momentos difíciles, por su amor inconmensurable y apoyo total.

A mis hermanos por siempre confiar en mí, darme su cariño y motivarme a alcanzar mis metas.

A Jair por estar conmigo en las buenas y en las malas, por acompañarme en mi camino personal y profesional.

A Miguel Ángel por darme la fuerza de concluir un ciclo y ser su mejor ejemplo.

ÍNDICE

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	1
Introducción	1
CAPITULO 1: IMPACTO GLOBAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL	4
Patrones de consumo de alcohol	4
Consumo de alcohol en el mundo	8
Dimensión del consumo mundial en población adolescente	10
Panorama global del consumo de alcohol en México	11
Extensión e impacto del consumo de alcohol en jóvenes y niños de México	15
Problemas asociados al consumo de alcohol.....	16
Factores de riesgo y protección relacionados al consumo de alcohol	21
Evaluación del consumo de alcohol	24
Diversas intervenciones para el manejo del consumo de alcohol	26
Efectividad de los programas de prevención para el consumo de alcohol.....	26
Tratamientos	30
Intervenciones breves efectivas	31
Tratamientos efectivos individuales para dependencia grave al alcohol	34
Intervenciones grupales para el consumo de alcohol	37
Intervenciones en línea exitosas para el tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas	38
Alcohólicos Anónimos (AA)	39
Tratamientos farmacológicos.....	42
Prevención de recaídas.....	45
Aspectos de género asociados al consumo de alcohol.....	47
Implicaciones familiares relacionadas al consumo de alcohol.....	50
Conclusiones	53
CAPITULO 2: AVANCES RECIENTES Y PERSPECTIVAS DEL USO DE TABACO	57
Niveles de consumo de tabaco	57
Epidemiología del consumo de tabaco en el mundo	58

Consumo de tabaco en niños y jóvenes alrededor del mundo.....	60
Consumo de tabaco en nuestro país	61
Ingesta de tabaco en jóvenes mexicanos	64
Problemas relacionados al consumo de tabaco.....	66
Consumo pasivo de tabaco y sus implicaciones.....	69
Ingesta de tabaco en la mujer.....	70
Comorbilidad psiquiátrica.....	72
Factores de riesgo y protección concernientes al consumo de tabaco.....	73
Evaluación del hábito tabáquico	75
Intervenciones exitosas para el cese del consumo de tabaco	77
Programas de prevención.....	77
Tratamientos psicológicos	80
Farmacoterapia	81
Terapia de remplazo de Nicotina	81
Antidepresivos.....	83
Otros medicamentos	84
Tratamientos en línea.....	85
Políticas de salud pública para el control del tabaquismo.....	87
Conclusiones	88
CAPITULO 3: DROGAS ILÍCITAS Y ADICCIÓN: UN ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL	
Introducción al consumo de sustancias ilícitas	91
Comprensión del proceso adictivo	92
Del consumo experimental al crónico	94
Tendencias globales del consumo de drogas ilegales	95
Adolescentes y el consumo de drogas en el mundo	99
Ingesta de sustancias psicoactivas en México	101
Adolescentes y el consumo de drogas en nuestro país.....	103
Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México (2006)	103
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) (2008).....	105
Observatorio Mexicano en Alcohol, Tabaco y otras Drogas 2003.....	106
Sistema de reporte de información en drogas (SRID)	107
Las drogas y sus particularidades	108

Clasificación del consumo de sustancias.....	108
Efectos e impacto del consumo de la cocaína.....	109
Metanfetamina y sus efectos	111
Drogas de diseño	112
LSD y sus características generales.....	117
El GHB (Acido Gamahidroxitirato) y sus características generales.....	118
Ketamina y sus características generales.....	119
Mariguana y sus efectos	121
Heroína y sus efectos.....	123
Inhalables y sus efectos	124
Efectos de las drogas médicas.....	127
Problemas asociados al consumo de drogas ilícitas.....	131
Factores de riesgo y protección del consumo de drogas ilícitas.....	132
Factores de riesgo y protección de índole individual	133
Factores de riesgo y protección interpersonales	135
Factores de riesgo y protección contextuales o ambientales.....	138
Policonsumo e ingesta de una sola sustancia psicoactiva	139
Programas de prevención del consumo de drogas	141
Entrenamiento en habilidades	142
Programas multicomponente	143
Programas que involucran una respuesta afectiva	144
Programas que emplean técnicas interactivas.....	145
Experiencias con programas de prevención en México.....	146
Tratamientos psicológicos efectivos.....	146
El Modelo Matriz	147
La Terapia de Refuerzo basada en Comprobantes	148
Psicoterapia de apoyo y expresiva	148
La terapia Individualizada de drogas	149
La Terapia de Comportamiento para Adolescentes	149
La Terapia Multisistémica (MST)	150
Tratamiento diurno con contingencias para la abstinencia y con comprobantes	151
Prevención de Recaídas	151

Intervenciones efectivas en México	152
Tratamientos en línea.....	154
Tratamientos farmacológicos.....	156
Género	158
Conclusiones finales del consumo de drogas ilícitas.....	162
CAPITULO 4 APLICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN DISTINTOS ESCENARIOS (FORMULACIÓN DE PROGRAMAS)	165
Introducción.....	165
El Centro de Atención e Integración Social (CAIS) “Torres de Potrero”	166
Intervenciones psicológicas aplicadas.....	166
Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).....	167
Instrumentos de evaluación.....	173
Casos atendidos.....	176
Procedimiento.....	176
Resultados.....	176
Características sociodemográficas de los usuarios.....	177
Características del consumo.....	178
Usuarios de cocaína.....	180
Usuarios de alcohol.....	181
Usuario de heroína	182
Usuario de inhalables.....	183
Descripción del Tratamiento	184
Estatus del tratamiento	185
Efectividad de la intervención.....	186
Discusión.....	190
Centro de prevención y atención de adicciones (CEPREAA).....	193
Casos atendidos.....	193
Caso 1.....	194
Instrumentos aplicados	194
Resultados del tratamiento.....	196
Características socio demográficas.....	196
Motivo de consulta	196

Historia del consumo	196
Patrón de consumo.....	197
Resumen de sesiones.....	198
Medidas de impacto de la intervención	202
Discusión.....	203
Caso 2.....	204
Instrumentos aplicados	204
Procedimiento.....	204
Resultados del tratamiento.....	204
Características socio demográficas.....	204
Motivo de consulta	204
Historia del consumo	205
Patrón de consumo.....	205
Resumen de sesiones.....	206
Medidas de impacto de la intervención	208
Discusión.....	211
Caso 3.....	212
Instrumentos de evaluación.....	212
Procedimiento	213
Resultados del tratamiento.....	214
Discusión	216
Caso 4.....	217
Procedimiento	217
Resumen de sesiones.....	218
Discusión	228
CAPITULO 5: REPORTE DE CASO UNICO.....	231
Introducción	231
Descripción general del caso.....	231
Datos generales	231
Identificación de motivación para el cambio	232
Problemas asociados al consumo.....	232
Cronología de consumo	232

Historia del consumo	233
Resultados globales de la evaluación	233
Resultados de admisión	233
Resultados de evaluación.....	235
Patrón de consumo de alcohol.....	235
Situaciones de riesgo y nivel de autoeficacia.....	236
Nivel de depresión y ansiedad	236
Impresión diagnóstica.....	237
Recursos disponibles y déficits.....	237
Desarrollo por sesiones	238
Análisis funcional de la conducta de consumo.....	238
Análisis funcional de la conducta de NO consumo.....	242
Control del enojo	244
Control de tristeza	247
Metas de vida cotidiana.....	249
Habilidades de comunicación.....	254
Muestra de abstinencia	257
Consejo marital.....	261
Control de ansiedad.....	263
Rehusarse al consumo	266
Solución de problemas.....	269
Habilidades sociales y recreativas	275
Prevención de recaídas.....	276
Restablecimiento de muestra de abstinencia	279
Sesión post-tratamiento	281
Primer seguimiento	281
Segundo seguimiento	283
Tercer seguimiento.....	287
Resultados generales de la intervención	290
Nivel de satisfacción	290
Nivel de dependencia	293
Patrón de consumo.....	294

Principales situaciones de riesgo y nivel de autoeficacia	296
Nivel de depresión.....	299
Nivel de ansiedad	300
Discusión.....	300
REFLEXIONES FINALES.....	306
REFERENCIAS	311
ANEXO	327
Listas de cotejo durante la sesiones de tratamiento.....	327

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

Introducción

Las adicciones, o el fenómeno adictivo es uno de tantos fenómenos en demasía complejo por sus implicaciones causales, impacto global y consecuencias adversas de toda índole: personal, interpersonal, social, en el ámbito de la salud pública, legal, económico, etc., por lo cual es necesario analizar esta problemática desde diferentes perspectivas; en primera instancia, ubicar que el índice de consumo de sustancias legales e ilegales, está creciendo de manera alarmante no solo en nuestro país, sino en el mundo entero. Gracias a que, hoy por hoy existe una gran cantidad de alternativas metodológicas, podemos conocer la dinámica, extensión y grado de penetración que ha alcanzado el consumo de drogas legales e ilegales en la población tanto mundial como nacional.

De esta manera, en los tres primeros capítulos, se llevó a cabo una profunda revisión teórica, reseña y análisis de las aportaciones científicas más relevantes en los últimos 10 años, tomando en cuenta los avances más recientes de la investigación empírica en torno a dicha problemática, con el objetivo fundamental de conocer su estatus actual, las necesidades intrínsecas que conlleva, nuevos desafíos y cursos de acción que profesionales de la salud están requeridos a ejecutar en pos de una mejora en las intervenciones preventivas y de tratamiento existentes. Cabe señalar que cada capítulo se clasificó por tipo de sustancia psicoactiva: alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

En el primer capítulo *“Impacto global del consumo de alcohol”* se abordará la problemática que representa el abuso y dependencia de esta sustancia y sus alcances de todo orden, se conocerán los diversos patrones de consumo de alcohol, que van desde un uso moderado, abuso y dependencia, la situación actual epidemiológica en el mundo, así como en México, en población adulta y adolescente, con el fin de atender a las nuevas demandas de prevención e intervención. También se conocerán los problemas asociados al consumo de alcohol en todas sus aristas, los factores de riesgo y protección relacionados a su consumo. Se conocerá cómo se ha evaluado el consumo de alcohol en los programas de prevención (universal, selectiva e indicada) y de tratamiento. Asimismo, se tendrá en cuenta cuáles son las intervenciones efectivas para el manejo del consumo de alcohol de prevención y de tratamiento, como intervenciones breves, tratamientos efectivos para dependencia, intervenciones grupales para el consumo de alcohol, así como estar al tanto de nuevas modalidades de tratamiento nacionales e internacionales como: las intervenciones en línea para el tratamiento del consumo de alcohol. Se presentará cómo se ha evaluado Alcohólicos Anónimos (AA), la eficacia de algunos tratamientos farmacológicos y prevención de recaídas del consumo de alcohol. Por último, se destacarán los aspectos de género asociados al consumo de alcohol y sus implicaciones familiares relacionadas.

En el capítulo 2 titulado: *“Avances recientes y perspectivas del uso de tabaco”*, se dará a conocer el impacto del consumo de tabaco en la vida de los individuos. Se

conocerán los patrones de consumo de tabaco, el panorama epidemiológico del consumo en el mundo y en nuestro país en diversas poblaciones. Los problemas relacionados al consumo de tabaco se tendrán en cuenta desde diversas perspectivas, por ejemplo: cómo afecta el consumo no solo a los consumidores, sino también a la gente que los rodea, es decir, los consumidores pasivos y qué implicaciones en la salud ocasiona. También es importante tener en cuenta, cuáles son los grupos más afectados por el consumo de tabaco, como es el caso de las mujeres. También se conocerá la patología dual en torno a esta sustancia. Se tendrán en consideración los factores de riesgo y protección concernientes al consumo de tabaco, la evaluación de variables asociadas a la adicción de esta sustancia, conocer las intervenciones exitosas para el cese del consumo de tabaco, los programas de prevención exitosos, estar al tanto de los tratamientos psicológicos reportados como eficaces por la literatura científica, opciones de tratamientos de farmacoterapia como: la terapia de remplazo de Nicotina, el Bupropión, la Nortriptilina, la Clonidina y la Vareniclina (Champix). También se conocerán los tratamientos en línea disponibles en México y en el mundo. Así como las políticas de salud pública para el control del tabaquismo.

El capítulo 3 titulado: *“Drogas ilícitas y adicción: un enfoque multidimensional”* está dedicado a comprender el proceso de adicción y conocer el consumo de sustancias ilícitas que va desde el experimental al crónico, las tendencias globales del consumo de drogas ilegales en adolescentes y adultos de nuestro país y el mundo. Se conocerán las particularidades de cada droga, no sin antes describir brevemente la taxonomía de las drogas ilegales. Se tendrán en cuenta los efectos físicos, cognitivos e inmediatos de las diferentes sustancias psicoactivas (estimulantes, drogas de diseño, alucinógenos, inhalables, opiáceos y medicamentos de prescripción médica). Se incluirá una exploración de los problemas asociados al consumo de drogas ilícitas de todo orden: social, cognitivo, físico, emocional, económico, etc. se tendrán en cuenta los factores de riesgo y protección del consumo de drogas ilícitas, y las secuelas de otras formas de ingesta como el policonsumo y el consumo de una sola sustancia psicoactiva. Se conocerán los programas exitosos de prevención dirigidos a drogas basados en entrenamiento en habilidades sociales, de corte multicomponente, que empleen técnicas cognitivo-conductuales, con respuestas afectivas y estrategias interactivas, a nivel internacional y en México. Se mostrarán los tratamientos psicológicos efectivos internacionales, avalados por instancias científicas como el National Institute on Drug Abuse (NIDA) y el Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) y la prevención de Recaídas de drogas. También se examinarán los tratamientos efectivos en México, tratamientos en línea y farmacológicos, por último y no menos importante, aspectos relacionados al género interconectados al abuso de sustancias.

El capítulo 4 nombrado: *“Aplicación de los programas de intervención en distintos escenarios (Formulación de Programas)”*, se presentan los resultados de los casos atendidos en las diferentes sedes del programa de maestría en Psicología de las Adicciones: El Centro de Atención e Integración Social (CAIS) “Torres de Potrero” y Centro de prevención y atención de adicciones (CEPREAA) y por intervenciones

de tratamiento: Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) (Barragán, 2006), Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) (Oropeza, 2006), la Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997), el Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (Lira, 2009), el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez et al., 2006) y el Modelo de Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas (Natera et al., 2003).

Finalmente, en el capítulo 5: *“Reporte de caso único”* se muestran los resultados de un caso único de un usuario dependiente al alcohol tratado por la intervención de tratamiento PSC, por tanto, se mostrará la evaluación pre tratamiento, el desarrollo por sesiones, empleo de técnicas y estrategias de intervención por componente de tratamiento y los resultados del mismo en términos de la evaluación post tratamiento y en los seguimientos: 1ro, 2do y 3ero.

CAPITULO 1: IMPACTO GLOBAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Patrones de consumo de alcohol

Es conveniente antes de conocer la panorámica epidemiológica mundial, estar al tanto de los diferentes patrones de consumo de esta sustancia ya que existe no sólo lo que conocemos como dependencia severa o adicción, sino otras formas de ingesta del alcohol y por ende, exhiben diversas implicaciones de disímil orden. Ubicar las numerosas formas de cuantificar y clasificar el consumo de alcohol, se lleva a cabo tomando en cuenta la cantidad o la frecuencia con la cual se consume o las consecuencias de dicha ingesta. Por tanto, es importante diferenciar los distintos patrones de consumo que existen con el propósito de conocer los variados niveles, mismos que se definirán operacionalmente, en los que aplica el objeto de nuestro estudio, es decir, el consumo de alcohol. De esta manera, se podrán conocer las intervenciones específicas para cada nivel de consumo, ya se trate de abuso y dependencia.

El Centro Internacional para las Políticas del Consumo de Alcohol (2004) pone de manifiesto que la ingesta de alcohol se asocia a un amplio rango de resultados que denotan distintos contextos, estilos y dimensiones culturales del consumo de etanol en el mundo. Asimismo, pone de relieve que los patrones de consumo describen muchas facetas de cómo la gente consume, tales como: edad, género, estatus de salud, lugar de consumo, momentos, etc. Por lo tanto, dependiendo de la manera en la que una persona consuma esta sustancia, podrá, por ejemplo, tener algunos beneficios a su salud o convivencia social, o un resultado extrapolado de acuerdo al mismo como: accidentes y problemas crónicos de salud debido al consumo excesivo o crónico de alcohol.

Es bien sabido gracias a la evidencia empírica que el consumo de alcohol que se ingiere de manera moderada no ocasiona daños severos a la salud, empero, para tener una idea más clara de cuando el consumo se convierte en problemático, es necesario mencionar las distintas medidas diseñadas para el control del consumo en las poblaciones. Existe fuerte evidencia empírica que refiere más conveniente enfocarse en las consecuencias del consumo de bebedores excesivos que en el nivel de consumo per se (Grant et al., 1997).

Distintos intentos de cuantificar y clasificar el tipo de consumo se han llevado a cabo en la forma de consumo de las personas, y van desde ligero, moderados, excesivos y dependientes, sin embargo, no existe un consenso hasta el momento para definirlo de manera universal en las diferentes culturas. Ya que el futuro de la epidemiología del consumo de alcohol tendrá que estandarizar sus medidas de los diferentes patrones de consumo, así como metodologías más sofisticadas y métodos de análisis (Rehm et al., 1996).

Por otro lado, analizar críticamente cómo se han desarrollado estas formas variopintas de consumo es esencial, por lo cual se dará inicio a explicar cada una de ellas, desde la más severa a la más inocua, con polos de contraste para su mejor entendimiento.

Vertientes claras que ayudan a definir o tener en cuenta un diagnóstico diferencial del consumo de alcohol, se fundamenta en los criterios diagnósticos de dependencia al etanol del manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), mismo que define a la dependencia al etanol como: Patrón desadaptativo de consumo de alcohol que produce un malestar significativo, expresado durante un año continuo, por tres o más de los siguientes criterios: Tolerancia: Ingesta de cantidades mayores para conseguir el mismo efecto, o cuando el efecto disminuye con el consumo continuado; Abstinencia: Ingestión de alcohol o sustancias parecidas para alivio de los signos y síntomas originados por la suspensión del consumo de alcohol; beber por periodos más largos de lo que originalmente se pretendía; deseos o esfuerzos infructuosos para controlar el consumo; emplear mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol; reducción de actividades sociales, laborales y familiares como consecuencia del consumo y continuar tomando a pesar de tener conciencia de la existencia de problemas ocasionados por el alcohol (Pichot, 1995).

El patrón de consumo identificado para la dependencia al etanol de acuerdo a Barragán (2005) es de 14 o más copas por ocasión y/o 20 o más copas promedio a la semana en hombres y de 10-12 por ocasión y/o 15 o más copas promedio a la semana en mujeres.

Antes de continuar, vale la pena hacer una digresión en torno a la manera de medir el consumo de alcohol, ya que cada tipo de bebida posee un diferente grado de alcohol y por tal razón, es pertinente ubicar una medida más objetiva de las diferentes bebidas alcohólicas.

Otra vertiente importante de diagnóstico es cuando se trata de un patrón de consumo menos severo aunque no menos inerte que el anterior mencionado, es el abuso de alcohol (APA, 2000 citado en Foxcroft et al., 2006) es un patrón de consumo desadaptativo que conduce a deficiencias o trastornos clínicamente significativos, tal como se expresa en uno o más de los siguientes puntos, en un período de 12 meses: consumo de alcohol recurrente que tiene como resultado el incumplimiento de las principales obligaciones en el trabajo, la escuela, o el hogar; consumo de alcohol recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso; problemas legales recurrentes relacionados con el alcohol, consumo de alcohol ininterrumpido a pesar de presentar problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del alcohol, aunque, los síntomas nunca cumplieron los criterios para dependencia de alcohol. En resumen, el abuso de alcohol es un trastorno de comportamiento, cuyas consecuencias ocasionan daño al individuo, a su familia o a la sociedad, en el presente o en el futuro.

Existen expresiones equivalentes al abuso de alcohol en la terminología de la OMS como: “consumo perjudicial” y “consumo de riesgo” (“hazardous use”), empero, normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales. En este contexto, se tiene que el consumo de riesgo (hazardous use, hazardous drinking) es un patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. Este término se utiliza actualmente por la OMS, pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10).

Asimismo, el consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno. El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol [Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, (2001a)].

Por lo tanto, una definición más completa de este patrón de consumo, podría considerarse en lugar de consumo de riesgo, el “abuso” pues engloba no sólo las consecuencias físicas o mentales, sino también las implicaciones adversas sociales que conlleva esta conducta. Cabe destacar que existen algunas definiciones que subrayan las formas de consumo consideradas abuso, por un lado el Global Status Report on Alcohol (2004) describe el término “*heavy drinkers*” (bebedores excesivos), como aquellas personas que exceden cierto volumen o cantidad por ocasión de consumo o en la ingesta diaria promedio, y que además dicho patrón puede tener consecuencias de salud o sociales.

Es importante identificar los factores que influyen en que algunos sujetos sean considerados “*heavy drinkers*” (bebedores excesivos), mientras que otros aunque consuman alcohol beban de manera moderada o se abstengan del consumo de alcohol. Desde una perspectiva del desarrollo, la clave para entender los patrones de consumo de esta sustancia radica en las diversas etiologías y cursos de los desórdenes de uso de sustancias así como sus patrones normativos, (Englund, et al., 2008). Anteriormente fueron descritas como abuso del consumo de alcohol y dependencia, pero el término “*heavy drinking*”, de acuerdo a este autor se considera beber 5 o más copas por ocasión.

Como se describió anteriormente, una dependencia a esta sustancia puede indicar daños, pérdidas y deterioro a la salud y grosso modo en la vida de las personas, sin embargo, como lo refiere Kimberly (2007) en el Noveno Reporte del Congreso Americano de Alcohol y Salud, el consumo de alcohol en los Estados Unidos ha

declinado por al menos dos décadas, empero, la prevalencia de las consecuencias sociales (problemas con la familia, peleas, problemas financieros, etc.) y síntomas de dependencia (consumo compulsivo y pérdida del control sobre la bebida) no han menguado en lo absoluto. Este autor maneja el término de “Bebedor problema”, el cual se describe como: personas que beben excesivamente o experimentan problemas ocasionales del consumo, pero no han desarrollado una historia de dependencia severa física al alcohol.

Siguiendo la misma línea de ideas, el Global Status Report on Alcohol (2004) define los siguientes patrones de consumo: Los abstemios como personas que no han consumido alcohol al menos en los últimos 12 meses, define a los bebedores problema, “*Heavy drinkers*” (bebedores excesivos) o “*high risk drinkers*” (bebedores de alto riesgo) como personas que regularmente beben al nivel donde existe un elevado riesgo de presentar consecuencias severas o crónicas. Los bebedores episódicos o “*binge drinkers*”, como personas que beben ocasionalmente al nivel donde existe un alto riesgo de intoxicación y consecuencias graves por consumir y los grados de dependencia al alcohol; cuya evaluación ha sido llevada a cabo por instrumentos validados internacionalmente como el AUDIT y CAGE y los criterios diagnósticos del ICD-10 o DSM-IV.

La OMS en una de sus publicaciones, pone de manifiesto que el término de consumo de alcohol de bajo riesgo se utiliza para indicar que el consumo está dentro de las pautas legales y médicas, y que es poco probable que derive a problemas relacionados con el alcohol. El abuso del alcohol es un término general para cualquier nivel de riesgo, desde el consumo de riesgo hasta la dependencia de alcohol [Babor & Higgins-Biddle (2001a)].

De acuerdo al NIAAA (2005), el consumo de bajo riesgo estaría en 1 copa por hora, 4 copas por ocasión y máximo 4 veces a la semana. En las mujeres: 1 copa por hora, 3 copas por ocasión, 3 veces a la semana. Los límites son menores para las mujeres debido a que proporcionalmente tienen menos agua corporal que los hombres y por tanto, logran concentraciones más altas de alcohol en la sangre después de consumir la misma cantidad de alcohol. Los adultos mayores también tienen menos masa corporal magra y mayor sensibilidad a los efectos del alcohol.

Teniendo más clarificados estos patrones de consumo, no podemos dejar de lado el consumo moderado; Bondy, citado en Englund, et al (2008) refiere que la investigación referente a las enfermedades coronarias de las arterias indica que el consumo de alcohol regular es importante por sus efectos benéficos cuando es consumido de manera moderada, es decir, un trago al día está ligado a mayores beneficios cardiovasculares que beber 7 copas el viernes. Asimismo, algunos estudios han indicado que el consumo moderado puede estar asociado a la reducción de ataque al corazón, arteriosclerosis, y algunos tipos de ataques, así como a la reducción de presentar osteoporosis en mujeres menopáusicas (Dufour, 1999).

Podríamos entonces considerar un consumo moderado de alcohol, sin aún establecer la cantidad y frecuencia del mismo, que ocasiona beneficios en la salud de las personas. Por ejemplo, el consejo Americano en Ciencia y Salud (1999) motiva a los sujetos a tomar ventaja de los beneficios potenciales del consumo moderado, sin poner en riesgo su salud o de otras personas. Asimismo, el Departamento de Salud y Seguridad Social del Reino Unido recomienda que los abstemios consideren beber pequeñas cantidades de alcohol que cuenten con gran riesgo de tener problemas cardiovasculares. Asimismo apunta a que la recomendación para el nivel de consumo de bajo riesgo, establecido en la «Guía de consumo de bajo riesgo y utilizada en el estudio de la OMS sobre intervenciones breves, es inferior a 20 gramos de alcohol al día, 5 días a la semana (recomendando al menos 2 días sin consumo) (Ogborne & Smart, 2001).

Consumo de alcohol en el mundo

La epidemiología del consumo de sustancias incluye exámenes de los patrones del uso de las drogas lícitas e ilícitas en la comunidad que definen las poblaciones de riesgo. También abarca los estudios longitudinales de factores personales y sociales que predicen el curso del uso de la sustancias.

Ex profeso, es relevante conocer datos epidemiológicos del consumo de sustancias en el mundo y en nuestro país, puesto que, al contar con datos objetivos que den referencia a la magnitud real del fenómeno, podremos disminuir, detentar e intervenir adecuadamente ante esta problemática.

Por lo cual es necesario comenzar a conocer la epidemiología internacional y nacional del consumo de estas sustancias con el objeto de tener en cuenta su prevalencia, incidencia y mortandad, sin estos datos resulta imposible conocer la magnitud del problema que se quiere estudiar, empero, es importante separar las sustancias psicotrópicas y su impacto en el sujeto en todo sentido: social, físico, cognitivo, etc. Ya que cada una incide de manera distinta en los rubros antes mencionados, sin esta distinción resulta confusa su comprensión.

Conocer las dimensiones de consumo de alcohol en el mundo comienza a ser una cuestión relevante para el desarrollo de acciones preventivas y de tratamiento ante esta problemática, para ello, es necesario tener en cuenta los datos epidemiológicos más recientes que den cuenta del estatus actual del consumo de esta sustancia.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) el consumo de alcohol ha disminuido durante los últimos 20 años en los países desarrollados, pero está aumentando en los países en desarrollo, especialmente en la Región del Pacífico Occidental, donde el consumo anual per cápita de los adultos oscila entre 5 y 9 litros de alcohol puro, así como en los países de la antigua Unión Soviética. El aumento de las tasas de consumo de alcohol en los países en desarrollo es

determinado en gran parte por los países asiáticos. El consumo de alcohol es mucho menor en las Regiones de África, Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental.

Por lo tanto, esta problemática se está extendiendo en todo el orbe, principalmente en países en desarrollo, es imprescindible conocer las características de la población que se están viendo más afectadas por este fenómeno en orden de tener más elementos para su tratamiento y prevención. Casi en todos los países de los que se tiene información, los hombres consumen más alcohol que las mujeres; sin embargo, de acuerdo al Global Status Report on Alcohol (2004), hay algunos países en los cuales dicho patrón no se cumple.

Este informe (WHO, 2004) hace referencia a los países en donde existe un rango mayor de bebedores excesivos o bebedores problema varones, por ejemplo: Georgia con un 50%, Uganda con un 40.1%, El Reino Unido con un 39%, Nigeria con un 27%, República Checa con un 25.7%, y Japón con un 22.7%, solo por mencionar algunos de los más matizados. También señala en qué países es mayor el porcentaje de bebedoras excesivas, se tiene a Alemania, Australia, Eslovaquia, Etiopía, Nigeria, Noruega, Reino Unido, República Dominicana, Sudáfrica y Turquía; asimismo este reporte señala los países donde haya un mayor porcentaje de mujeres adolescentes con consumo excesivo episódico. Australia, México, Nigeria, República Árabe de Siria y Turquía. Con estos datos se puede acotar que las acciones preventivas que procuren detentar estos patrones sumamente peligrosos, se convierten en urgentes en dichos países con el fin de socavar las consecuencias negativas al sujeto que presente este patrón de consumo.

No podemos dejar de lado los índices de dependencia más representativos en las diferentes regiones, de acuerdo a este informe se tiene que (WHO, 2004) las poblaciones con mayor dependencia al alcohol se encuentran: en Canadá con el 14% en hombres contra un 4.5% en mujeres; Polonia con el 23% en hombres contra un 4.1% en mujeres; Argentina el 6.6% de los hombres presentan dependencia y las mujeres 1.4%; Brasil cuenta con el 17.1% en varones y el 5.7% en mujeres; el 6.6% de la población masculina contra un .2% de mujeres en China; en Alemania 6% son hombres y 1.5 féminas; en Irán el 11.9% de los hombres y las mujeres un 2.7%; nuestro país se encuentra con un 4.2% en hombres y un 0.2% en mujeres. Los países en donde la población global presenta esta problemática son: Polonia con un 12.2%, Brasil con un 11.2% y Perú con un 10.6%; el país donde el consumo en población masculina es mayor es: Sudáfrica con un 27.6%, seguido de Polonia con un 23.3% y Brasil con el 17.1%; en ningún país las mujeres presentan un índice de dependencia más elevado en relación a los hombre.

Los países con menor dependencia son: Egipto y República Árabe Siria con un 0.2%, Nigeria con un 0.7%, Etiopía e Indonesia con un 1%. Por lo que se puede obtener es que los países con mayor índice dependencia se encuentran en Occidente, principalmente en Europa y algunos países de América Latina; los países en donde no se encuentra una marcada dependencia al etanol en gran

medida son aquellos que por cuestiones culturales, ideológicas y religiosas como en el Oriente y África presentan casi nulos índices de esta problemática (WHO, 2004).

El Global Status Report on Alcohol (2004), nos muestra la proporción de la población adulta abstemia a nivel mundial. Como ejemplo de menor y mayor prevalencia respectivamente, se encuentran Luxemburgo con un 2.5% y en el polo opuesto esta Egipto con un 99.5%. Es un hecho que trasciende que en todos los países estudiados las mujeres tienen mayores índices de abstinencia en relación a los hombres. Un segundo hallazgo común es el papel de religión en la formación de hábitos, por ejemplo, los países con el Islam como la religión oficial casi siempre tienen mayores tasas de abstinencia. Sin embargo, en cada caso, se debe tener en cuenta que las pautas de la abstinencia, como hábitos, pueden variar dentro de las subpoblaciones y entre las diferentes regiones de un país en particular. Esto es especialmente cierto para las sociedades multiétnicas, en la que diferentes grupos pueden representar muy diversas tradiciones con respecto al alcohol.

Dimensión del consumo mundial en población adolescente

Con respecto a los adolescentes el Proyecto Europeo Escolar del Consumo de Alcohol y Drogas reportó que el Reino Unido tenía los índices más elevados de embriaguez y consumo excesivo de alcohol en Europa. (Hibbell et al., 1999 citado en Combes et al., 2009). Este proyecto europeo aplica una encuesta a 35 países de Europa, con el fin de coleccionar los datos referentes al consumo de alcohol y drogas; la versión más reciente de esta encuesta es la del año 2003. A continuación de acuerdo a este reporte se presentarán los datos más significativos del consumo en esta población.

La gran mayoría de la población estudiada en esta encuesta, el (90% o más) habían consumido alcohol al menos una vez en su vida, sin embargo, no todos lo hicieron de manera frecuente, los países que presentaron índices más elevados de haber consumido 40 ocasiones o más en su vida son: Dinamarca, Austria, República Checa, Los países bajos (Netherlands) y el Reino Unido, este último entre el 43–50%, en Turquía se reportó la proporción más baja con un 7%. Una frecuencia mayor del consumo de alcohol fue relevada entre los estudiantes que habían consumido alcohol 10 veces o más durante los últimos 30 días, se reconocen los siguientes países: Los países bajos (Netherlands) con un 25%, una quinta parte la componen los países de: Austria, Bélgica, Malta y el Reino Unido con el 17–21%.

En conclusión este reporte indica que los patrones de consumo más elevados se encuentran en el oeste de Europa (previamente mencionados), asimismo ya se refirió en qué países el consumo de cerveza es más frecuente, mientras que el vino es consumido con mayor frecuencia en aquellos grandes países productores del mismo como: Austria, República Checa, Grecia, Italia, Malta y Eslovenia. El

consumo de “spirits” o “coolers” es menos uniforme, con alta prevalencia en países como: Grecia, Irlanda, Isla del hombre (Isle of Man), Malta y el Reino Unido (ESPAD, 2003).

En cuanto a adolescentes americanos se tiene que el consumo de alcohol en esta población se ha ido incrementando, O’Malley y sus colegas (1998) ponen de relieve los resultados de las tres encuestas más importantes del consumo de alcohol en los Estados Unidos como: Estudio de Monitoreando el Futuro (Monitoring the Future study), La Encuesta Nacional de Hogares del Consumo de Alcohol y Drogas y La Encuesta de Conductas de Riesgo en los Jóvenes, uno de los hallazgos encontrados más relevantes afirma que el uso y abuso del alcohol así como problemas relacionados continua con un alta prevalencia en este país. Se tiene que en el estudio de Monitoreando el Futuro (1997) encontró que el 54% de estudiantes entre 13 y 14 años reportaron haber consumido alcohol al menos una copa a lo largo de su vida y el 72% con alumnos entre 15 y 18 años. La Encuesta Nacional de Hogares del Consumo de Alcohol y Drogas reportó que el 39% de los adolescentes entre 12 y 17 años de edad habían bebido alcohol.

Empero, en un estudio reciente del estudio Monitoreando el Futuro, se tiene que el consumo de alcohol continua expandiéndose superlativamente entre los adolescentes; cerca de tres cuartos de la población (72%) habían consumido alcohol en su vida, de la misma manera, más de la mitad (55%) de los estudiantes de doceavo grado y de los de octavo año reportaron haber bebido al menos alguna vez en sus vidas e incluyendo aquellos consumos excesivos (haber bebido más de 5 copas por ocasión de consumo) en las últimas dos semanas. Según este estudio, los grados de consumo excesivo se fueron nivelando desde los años 90’s y ha declinado su prevalencia (NIDA, 2008).

Panorama global del consumo de alcohol en México

En México, los estudios más importantes que se han hecho en materia de Epidemiología de las Adicciones, son las Encuestas Nacionales de Adicciones. 2008 y la 2002. Esta encuesta ENA (2008) se aplicó en todo el país, en zonas urbanas y rurales y en población de 12 a 65 años de edad. Los datos arrojados son interesantísimos y por ende brindan una perspectiva clara del uso de sustancias en nuestro país.

El abuso de alcohol es un fenómeno epidémico, es el principal problema de salud pública del país, en lo que se refiere a abuso de sustancias. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el abuso de alcohol ocupa el cuarto lugar en el mundo entre 27 factores de riesgo, por debajo del bajo peso, sexo inseguro, la hipertensión y tabaquismo, en el peso global de la enfermedad medida en muerte prematura y días de vida sanos perdidos. En América Latina, en los países de baja tasa de mortalidad entre los que se ubica México, el abuso de alcohol ocupa el primer lugar. Las encuestas mexicanas han documentado cómo de 1988 a 1998, disminuyó en diez años la edad de mayor índice de consumidores y de

consumidores fuertes; mientras que en 1988 el mayor índice se ubicaba en la década comprendida entre los 40 y 49 años, en 1998 esta ocurre entre los 30 y 39 años (ENA, 2002).

Para tener más clara esta panorámica del fenómeno del consumo de alcohol y una vez distinguidos los diferentes patrones de consumo, es de suma importancia estar al tanto del tipo de consumo de alcohol hay en nuestro país y que tipo de consumo es problemático con el fin de prevenir que continúe la prevalencia y el incremento del mismo. Por un lado, se sabe que los abstemios son aquellas personas que no han bebido en los últimos 12 meses, la Encuesta Nacional de Adicciones (2002) impronta que el índice de abstemios entre las personas que tienen la edad legal para beber, es del 30% en varones y 63% en mujeres, de la cual, una proporción de estos (2%) dejaron de beber por considerar que tenían un problema. Llama la atención que la mayoría de abstemias sean féminas, de esta manera, tanto en población urbana como rural, son más las mujeres abstemias que las ex bebedoras (aquellas que no tomaron en el último año) y las bebedoras actuales, el principal motivo por el que no han consumido alcohol es porque no le llama la atención.

Conocer la cantidad y frecuencia de ingesta de esta sustancia, permitirá tener en cuenta si el patrón de consumo es nocivo o no, de acuerdo a las consecuencias que produzca; como nos muestra la ENA (2002), en la población urbana se bebe en mayor frecuencia y entre los varones más que en las mujeres. Sin embargo, en cuanto a cantidad, entre los que no son abstemios (aquellos que tomaron en los últimos doce meses), se consume una mayor cantidad por ocasión en zonas rurales. Esto se acredita al observar que el 60.52 % de los hombres de población rural con edad entre 12 y 65 años tomaron más de cuatro copas por ocasión, mientras que sólo el 48.31 % de los habitantes de zonas urbanas consumieron en esa cantidad. Asimismo, esto sucede igualmente con las mujeres que consumen de las zonas rurales.

Un patrón de consumo que llama la atención de manera significativa, es que en nuestro país, la frecuencia de la ingesta de etanol se puede considerar relativamente baja, puesto que solo 7.04% de la población rural y urbana entre 12 y 65 años reportó consumir entre una y cuatro veces por semana, sin embargo, particularmente en los hombres las ocasiones de consumo se asocian con grandes cantidades (ENA, 2008). Los datos de la encuesta confirman lo que se había observado en encuestas previas. La población mexicana no bebe diario o casi diario: 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29. El llamado "Binge drink" o consumo excesivo por ocasión enmarca uno de los patrones de consumo más atractivos en nuestro país.

En México, el porcentaje de bebedores excesivos episódicos en población adulta es mayor en hombres que en mujeres (46.9 % contra 5.8 %), pero entre los

adolescentes sucede lo contrario, sólo el 0.8 % de los hombres tuvieron consumo excesivo episódico, mientras que el 1.5 % de las mujeres tuvieron este tipo de consumo. Sin embargo, de acuerdo a estudios recientes han documentado la mayor participación de las mujeres en las prácticas de consumo y una disminución en la edad de inicio. Estas tendencias presumen un incremento en los índices de problemas junto con una ocurrencia a una menor edad y por tanto una mayor carga del problema para la sociedad. Como claro ejemplo de lo anterior, se tiene que en 1998, 4% de las mujeres reportaron beber 5 copas o más por ocasión de consumo una vez al mes o más frecuentemente, en 2002, la proporción que reportó este patrón de consumo fue de 5.3%, sin embargo los índices de crecimiento en el consumo y en el abuso entre los adolescentes menores de edad se incrementó significativamente entre hombres de 0.6% en 1998 a 2.7% en 2002 y en mujeres de 0.2% a 0.8% en este período (ENA, 2002).

Por otro lado, en todos los grupos de edad, la bebida que se consume con mayor frecuencia es la cerveza, 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. Son los hombres los que prefieren con más frecuencia el aguardiente y de alcohol de 96°, fuera de eso las diferencias entre hombres y mujeres son mínimas (ENA, 2008).

Otra variable relacionada con el uso de alcohol es el lugar donde preferentemente se consume. Existe un porcentaje de la población que acostumbra tomar en la calle, es más probable que esto ocurra en las zonas rurales. El lugar más frecuente de consumo es la casa del bebedor, esto ocurrió en un 35% en segundo lugar la casa de otra persona, restaurantes y establecimientos de venta y en menor proporción en la calle y en el trabajo. En total, cerca del 65% del consumo ocurre fuera de la casa de la persona.

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. Los resultados indican que la población adolescente está copiando los patrones de consumo de la población adulta (ENA, 2008). La proporción de la población que presenta abuso/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.

Con relación a los problemas asociados al abuso y dependencia los más reportados por la ENA (2008) son problemas con la familia (10.8%), 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. Los problemas laborales son los menos comunes (3.7%) así como los problemas de pérdida del empleo o en la posibilidad de perderlo (1.4%).

Es importante señalar que los problemas con la familia son más frecuentes en los hombres, principalmente entre los mayores de edad (3.8 hombres por cada mujer). Más mujeres adolescentes (7.8%) que mujeres adultas (3.9%) informaron haber tenido problemas con la familia.

Los mayores índices de consumo alto de alcohol se ubican en estados del centro del país como Aguascalientes, Zacatecas, Nayarit, Michoacán, Jalisco, Distrito Federal, Hidalgo, Tlaxcala, Morelos, Puebla y Querétaro). Sumados otros de la zona sur como Campeche y Quintana Roo y Sonora, Baja California Sur, Nuevo León y Tamaulipas, en el norte.

Por otro lado Villatoro y colegas (2009) destacan algunos de los resultados de los sistemas de vigilancia de la Dirección General de Epidemiología (Sistema Epidemiológico de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones, SISVEA), de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y el Sistema de Registro e Información en Drogas (SRID) alimentan al Observatorio Epidemiológico de Consumo de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas (OECTAOD). Por ejemplo, Aguascalientes es un estado donde impera una problemática muy intensa en el abuso de alcohol, que alcanza al 40% de la población de bachillerato, valor por arriba en casi un 10% del estado más cercano. En el sur del país, especialmente en Yucatán, Estado donde se tiene una encuesta de hogares y una de estudiantes, la problemática se conserva como la más baja del país, incluso al analizar la ciudad capital del Estado.

En cuanto a búsqueda de tratamiento, según los reportes del Observatorio Mexicano (2003), durante el año 2002, los Centros de Integración Juvenil anunciaron de 18,070 pacientes atendidos, de los que 5,835 fueron por alcohol como droga de inicio, de ellos 86.2% fueron hombres, 32.1% tenían entre 5 y 14 años de edad, y 26.5% entre 15 y 19. Más de la mitad tenían un nivel de escolaridad de primaria (84.2%), 56.2% eran solteros, y también más de la mitad (53.6%) pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo. Casi la mitad (47.6%) iniciaron el uso del alcohol entre la edad de 15 a 19 años; 51.8% reportaron uso semanal y 26.0% reportaron una frecuencia de uso entre 1 a 3 veces por mes. El alcohol fue la droga más comúnmente reportada como de inicio (32.4%), pero quedó en el tercer sitio (14.7%) como droga de impacto en los CIJ. Cuando el alcohol fue la droga de inicio 92.2 por ciento progresaron a una segunda droga, generalmente el tabaco (47.7%), seguido por la marihuana (21.8%), y la cocaína (17.9%).

De acuerdo a este reporte, los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG) informaron que la mayoría de los 8,508 pacientes que iniciaron con alcohol durante el período analizado fueron hombres (93.4%), 40.8% eran de 35 años de edad o mayores, 33.9% contaban sólo con educación primaria; 44.4% eran solteros y la mayor parte de ellos (45.5%) inició el consumo de alcohol a edades entre los 15 y los 19 años; 48.2% reportaron uso diario y 38.9% una vez a la semana. El alcohol quedó en segundo orden como la droga de inicio (26.7%) y en el tercero como la droga de impacto (16.3%) en los Centros No Gubernamentales (ONG). La historia natural del abuso del alcohol proporcionada por los Centros de

Tratamiento No Gubernamentales durante 2002 muestra que 25.7% eran usuarios de alcohol únicamente, mientras que los restantes 74.3% habían progresado a una segunda droga, generalmente la marihuana (37.5%) [Observatorio Mexicano, (2003)].

Extensión e impacto del consumo de alcohol en jóvenes y niños de México

Es también primordial no sólo conocer la prevalencia, incidencia y mortandad del consumo de alcohol en población adulta, es menester tener en cuenta cómo se desarrolla esta problemática de consumo en adolescentes y niños, ya que son la población blanco para prevenir no solo la dependencia al alcohol, sino otros patrones de consumo que presentan problemas de todo orden al individuo. Por tal razón, se tiene que, los resultados de la Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México (2006) enfatizan los patrones de consumo de los adolescentes de las principales regiones del DF. Donde se presenta más severamente esta problemática, antes de mencionar los datos más relevantes en cuanto al consumo de alcohol, cabe destacar que ésta encuesta va dirigida a población estudiantil, es decir, estudiantes de enseñanza media y media superior inscritos en el ciclo escolar 2005-2007 en las escuelas públicas y privadas del Distrito Federal.

La manera en que se han manifestado los cambios en el consumo de alcohol desde la penúltima encuesta de estudiantes, es decir, en el año 2003, es una cuestión relevante para el manejo oportuno y profiláctico de esta problemática. De acuerdo a Villatoro et al (2009), el consumo de alcohol se ha incrementado en forma consistente y los niveles de consumo son de más del 60%. Este fenómeno está asociado a dos aspectos muy significativos; por un lado, se observan bajos niveles de percepción de riesgo (sólo un 49% considera muy peligroso su consumo frecuente) y una alta tolerancia social, en comparación con el uso de drogas ilegales y médicas; por otro lado, esta situación se ve reflejada en el alto porcentaje de niños(as) que inician su consumo a los 12 años o antes (uno de cada cinco estudiantes).

Tener en cuenta la prevalencia de consumo de la población adolescentes es de suma importancia puesto que ayuda a tener en claro las prioridades clínicas de intervención y prevención factuales, de esta manera, se tiene que para el Distrito Federal, el 68.8% de los(as) adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 41.3% lo ha consumido en el último mes; en cuanto al sexo, tanto varones (68.2%), como féminas (69.4%), resultan igualmente afectadas. Saber cómo afecta este fenómeno de acuerdo al nivel educativo es de gran utilidad, ya que brinda mayores cuadros de por qué vías es conveniente comenzar las acciones provisorias en las escuelas. Se reporta que en secundaria el 29.8% de los(as) adolescentes han consumido alcohol en el último mes. Para las escuelas de educación media superior, este porcentaje casi se duplica, de manera que en las escuelas de bachillerato técnico el 57.6% de los(as) adolescentes han bebido alcohol en el último mes, y en bachillerato el 54.6%. Referente a la edad de los(as) adolescentes, llama la atención el porcentaje de consumidores(as), los chicos de 14 años o menos muestran un 55.7% y quienes tienen 18 años o más es 86.8%.

Además, más de la mitad de los(as) adolescentes de 17 años ha bebido alcohol en el último mes, aun cuando son menores de edad (Villatoro et al., 2009).

Es importante tener en cuenta las delegaciones del DF que están siendo afectadas más crudamente por el consumo de alcohol en dicha población, estas se reportaron en el siguiente orden ascendente: Cuajimalpa (33.7%), Benito Juárez (30.6%), Magdalena Contreras (30.2%), Azcapotzalco (27.9%), Cuauhtémoc (27.4%) y Tlalpan (27.3%). En cuanto a la cantidad predominante de consumo por ocasión, los resultados globales para la Ciudad de México indican que 25.2% de los(as) estudiantes consumen cinco copas o más por ocasión de consumo, al menos una vez al mes, porcentaje similar al reportado en la encuesta pasada que fue de 23.8%. En el caso específico del abuso de alcohol se encontró un incremento de poco más del 1%, de manera que actualmente 25.2% de los(as) adolescentes han consumido por lo menos cinco copas en la misma ocasión durante el último mes previo al estudio. Ya por último, los chicos que no asisten a la escuela son más propensos a presentar un consumo mayor de alcohol, ya que, un 49.4% de los que no asistieron a la escuela el año previo al estudio consumieron alcohol en el último mes, cifra que es de 39.9% para los adolescentes que asistieron habitualmente (Villatoro et al., 2009).

Otro aspecto importante a considerar son los problemas asociados al consumo en los jóvenes, de acuerdo a Tapia-Conyer et al (2001) poco menos del 1% de los menores de edad (0.8%) expresó haber manejado un automóvil después de haber bebido, pero 10% se subió a un carro cuando el conductor estaba ebrio; además 0.5% expresó haber tenido un accidente automovilístico relacionado con el abuso de alcohol. De los menores que habían bebido alcohol, 53% dijeron desconocer con cuantas copas se perdía la capacidad de manejar y 24% consideró que con cinco copas. Estas estadísticas ponen de aviso la cruenta realidad a la que se exponen los jóvenes al desconocer el impacto del consumo de alcohol al manejar y ejecutar acciones en torno al consumo que conllevan otras consecuencias negativas, por lo cual es menester instrumentar no solo educación, sino normas sociales y políticas públicas que detenten esta problemática.

Problemas asociados al consumo de alcohol

Es bien sabido que el consumo excesivo de alcohol genera problemas de orden neurobiológico y físico en prácticamente todos los órganos del cuerpo, más precisamente se mencionan a continuación los problemas de salud reportados en varios estudios. De esta manera, la más conocida quizás por muchas personas es la cirrosis hepática, misma que es un padecimiento crónico, etapa final de muchas formas de hepatopatías, es la fibrosis del hígado, con un proceso irreversible (Campos, 1992). Sin embargo, es muy importante conocer otras de las consecuencias adversas a la salud que provoca la ingesta de etanol de manera desmedida en sus formas de abuso y dependencia.

Con el fin de ampliar más el panorama que pone de manifiesto dichos daños, podemos tener en cuenta el reporte de la Guía Internacional para Vigilar el Consumo del Alcohol y sus Consecuencias Sanitarias (2000), este reporte indica la cantidad y la gravedad de los efectos nocivos del uso del alcohol y cómo constituyen la principal justificación de la vigilancia internacional sobre el alcohol y sus efectos. Este informe reporta que en el 2000 el consumo de alcohol era responsable del 4% de la carga mundial de morbilidad. En los países desarrollados son atribuibles al alcohol el 9.2% de los daños de vida ajustados en función de la discapacidad que se pierden, a resultas de trastornos de orden neuropsiquiátrico (Dependencia, psicosis o la depresión) y de traumatismos no intencionales (colisiones en las vías de tránsito, quemaduras, ahogamiento y caídas). El consumo de alcohol contribuye más que cualquier otro factor de riesgo a las enfermedades, traumatismos, discapacidades y muertes prematuras en los países en desarrollo con baja mortalidad.

Es contundente que, el alcohol puede resultar nocivo para todos los órganos y sistemas del cuerpo, es psicoactivo y puede inducir alteraciones en la mayoría de las estructuras cerebrales. Su consumo excesivo contribuye a más de 60 enfermedades y trastornos, comprendidas afecciones crónicas como la dependencia del alcohol o la cirrosis hepática, sin dejar de lado los traumatismos. (Guía Internacional para Vigilar el Consumo del Alcohol y sus Consecuencias Sanitarias, 2000).

Retomando las consecuencias adversas a la salud que produce el consumo excesivo de alcohol, por ejemplo, específicamente con los problemas del hígado, se ha encontrado que un riesgo aumentado de hígado graso se asocia con niveles de consumo de alcohol, mayores a los 80 g por día en los varones y 20 g al día en las mujeres. También, Borges, Kersenobich y colaboradores, citado en Medina-Mora (2002), encontraron riesgo incremento de cirrosis de pacientes mexicanos quienes consumían más de 400 g de alcohol, antes de que se enfermaran; es decir, un promedio de más de seis copas al día.

El alcoholismo crónico es un factor etiológico bien conocido, asociado a desordenes del hígado y pancreatitis crónica, así, el exceso de consumo de alcohol es la causa más frecuente de pancreatitis crónica en los países de occidente. Existe una correlación entre el consumo excesivo de alcohol a lo largo de los años y el riesgo de desarrollar dicha enfermedad. Sin embargo, como es bien sabido, no se podría circunscribir el consumo de alcohol como única causa del desarrollo de la mentada afección, sino, más bien sería un co-factor en su desarrollo y tener en cuenta otros factores que predisponen dicha enfermedad (Aparisi, 2008) Empero, se sabe que más del 75% de los pacientes con pancreatitis crónica tienen una historia de consumo excesivo de alcohol y que el desorden aparece después de 5 a 10 años de amplio consumo. En estudios retrospectivos de individuos dependientes al alcohol con pancreatitis, se encontró que su nivel de consumo es de 160 g de alcohol al día, aproximadamente 12 copas estándar, sin embargo, se desconoce cuál es la cantidad mínima de

consumo de alcohol que ocasiona que el alcohol y la pancreatitis sean concomitantes (Medina-Mora, 2001).

El abuso de alcohol se asocia con cáncer de la cavidad oral, faringe, esófago e hígado, sin embargo no existe consenso sobre la dimensión del riesgo. También puede ser un factor causal en la hipertensión, el infarto, la cardiomiopatía y la falla cardíaca. De esta manera, el fallecimiento por enfermedad cardiovascular relacionada con el alcohol es responsable de una proporción sustancial del total de muertes relacionadas con el abuso de esta sustancia (Medina-Mora, 2001).

La enfermedad del hígado, la pancreatitis, los desordenes cardiovasculares y el daño cerebral son algunas de las consecuencias físicas del abuso de bebidas alcohólicas, asimismo, existe comorbilidad del consumo excesivo de alcohol con otras patologías mentales; por ejemplo, algunas de las patologías que se mencionan en diversos estudios se presentan principalmente en varones que refieren ser bebedores excesivos: la sintomatología depresiva, la personalidad antisocial, el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad y esquizofrenia. En cambio, en las mujeres, la depresión mayor, los trastornos por ansiedad y el consumo de drogas, precedieron al abuso de alcohol (Tapia-Conyer et al., 2001).

Otros trastornos psiquiátricos coexistentes se pueden considerar: Intoxicación Alcohólica patológica o idiosincrática, delirium tremens, alucinosis alcohólica, encefalopatía de Wernicke, trastorno Amnésico alcohólico o síndrome amnésico-fabulatorio de Korsakoff y demencia Alcohólica.

El sistema nervioso central se ve afectado en gran medida por el abuso y uso crónico de esta sustancia. El alcohol puede causar daño al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo. Las áreas del cerebro que son especialmente susceptibles a los daños causados por el alcohol son la corteza cerebral (principalmente responsable por nuestras funciones cerebrales superiores, incluyendo la solución de problemas y la toma de decisiones), el hipocampo (importante para la memoria y el aprendizaje), y el cerebelo (importante para la coordinación de los movimientos) (NIDA, 2008).

De acuerdo a Oscar-Berman y Marinkovic (2004) existen varios modelos que explican el daño cerebral relacionado al consumo de alcohol excesivo, así, la hipótesis de maduración temprana, establece que el alcoholismo acelera el envejecimiento ya que el consumo de alcohol incrementaría la vulnerabilidad o los efectos acumulativos; pone de manifiesto el género, en donde el alcohol afecta más el cerebro de las mujeres que a los hombres; la historia familiar de alcoholismo puede influenciar como en la tolerancia al consumo de alcohol y la cantidad de consumo de alcohol requerida para experimentar el efecto; y carencia de tiamina. De acuerdo a estos autores, las áreas del cerebro más afectadas por el consumo de alcohol y que son más vulnerables al daño cerebral es la corteza cerebral, así como sistema límbico: el tálamo (importante para la comunicación dentro del cerebro), hipotálamo (libera hormonas que regulan estados de estrés y tensión), el prosencéfalo (relacionado al aprendizaje y memoria) así como el

cerebelo (juega un papel importante en el equilibrio y tareas de aprendizaje simples).

También se destacan otros problemas en el cerebro como: atrofia cerebral en dependientes al alcohol, misma que produce déficits cognitivos, vulnerabilidad del lóbulo frontal, misma que es importante para el buen juicio, la toma de decisiones y habilidades de solución de problemas, de esta manera, se ha encontrado en estudios que existe una correlación entre las deficiencias en el desempeño neuropsicológico (habilidades ejecutivas de control) y decremento del flujo de sangre en esta área. Igualmente, existe probabilidad de debilidad en el hemisferio derecho de acuerdo a hipótesis de algunos investigadores, el daño cerebral a este hemisferio se relaciona con problemas del lenguaje, dificultades al interpretar los mapas, diseños, música y otros materiales no lingüísticos, así como apatía emocional (Oscar–Berman & Marinkovic, 2004).

Se tiene gracias a recientes investigaciones que las deficiencias en el proceso emocional como la interpretación no verbal de señales emocionales y el reconocimiento de expresiones faciales se presentan en sujetos dependientes al alcohol. Finalmente, en cuanto a la comunicación intracelular de los neurotransmisores, algunos de ellos se ven alterados por el consumo de alcohol. Por ejemplo, el neurotransmisor más excitatorio es el ácido glutámico, el alcohol interfiere en su acción, lo cual trae como consecuencias problemas de memoria, como las lagunas mentales. El consumo crónico de alcohol incrementa los receptores del glutamato en el hipocampo, un área del sistema límbico relacionada con la memoria y que en ocasiones liada en ataques epilépticos. Por lo cual, en el síndrome de abstinencia, los receptores del glutamato presentan sobreactividad, misma que da como resultado muerte cerebral manifestada en ataques y embolias (Oscar–Berman & Marinkovic, 2004).

De acuerdo a los Reportes Anuales de la Secretaria de Salud (2007), los accidentes de tránsito son la séptima causa de muerte en hombres y la décimo quinta causa de muerte en mujeres. Las muertes por accidentes vehiculares deben analizarse partiendo del hecho de que representan la culminación de una serie de eventos con amplias posibilidades de prevención. Alrededor de 50% de los accidentes vehiculares con víctimas mortales se asocian al consumo de alcohol; otro porcentaje importante se asocia al exceso de velocidad, y un porcentaje adicional a deficiencias en los caminos y señales.

No solo se podría entablar como accidentes aquellos que son automovilísticos, Borges, y colegas (2007) refieren que las heridas, especialmente violencia relacionada a las heridas, son una clave importante de la cargas de enfermedades en la región de Latinoamérica; el alcohol fue asociado con el 33% de accidentes intencionales y el 26% de los accidentes no intencionales. Se estimó que el 24% de los homicidios, el 11% de los suicidios y el 20% de los accidentes de tráfico en el área se asociaron al consumo de alcohol.

Además de las mujeres embarazadas, las personas que no pueden consumir alcohol ni siquiera moderadamente son aquellas que van a conducir un automóvil o se van a involucrar en actividades que requieren atención y habilidad (Medina-Mora, 2001). Por ello, el uso de alcohol en estas condiciones provoca problemáticas de orden social, tal como lo formula el 10^{mo} reporte especial del congreso americano de alcohol (2000), el cual, manifiesta que el uso y abuso de alcohol ha contribuido en lesiones, accidentes automovilísticos y violencia. El alcohol puede marcar fuertemente la productividad del trabajador, interacciones familiares, desempeño escolar y puede matar a las personas directa o indirectamente. En base a esta evidencia los Estados Unidos y otros países han emprendido un esfuerzo considerable a lo largo del siglo en orden de desarrollar y definir estrategias que limiten el impacto negativo de esta sustancia.

La OMS (2000) en su 58^a Asamblea Mundial de la Salud pregonó que el consumo de alcohol viene asociado a una serie de comportamientos de riesgo como las relaciones sexuales no protegidas o el uso de otras sustancias psicoactivas. De ahí que presente un alto grado de comorbilidad con los trastornos asociados con el uso de sustancias, en particular la dependencia a la nicotina y con las infecciones de transmisión sexual. Datos recientes llevan a pensar que quizá exista una asociación entre los trastornos provocados por el alcohol y el VIH-SIDA.

En el Distrito Federal, para los varones, el riesgo de ingresar a un servicio de urgencia por violencia se incrementa casi 30 veces; del mismo modo, el consumo excesivo de alcohol (más de 100 gr) aumentó casi 58 veces el riesgo de ingresar a un servicio de urgencia por un intento de suicidio (Medina Mora et al., 2001).

En relación a los problemas asociados al consumo que se han reportado una proporción importante de la población mexicana reporta haber presentado problemas: 3.4% de la población en general (rural y urbano) de 12 a 65 años reveló haber tenido discusiones o peleas familiares, 2.2% problemas con las autoridades de tránsito y 0.8% reporta haber sido arrestado por haber conducido después de tomarse algunas copas. Por la misma razón, estos datos permiten conocer la proporción de la población que requiere atención en el sistema de salud y del tipo de atención que requiere (ENA, 2002).

En la información de los Servicios de Urgencias Hospitalarias se encontró que el alcohol ocupó el primer lugar con 190 casos (79.5%) en los sujetos que estaban bajo la influencia de alguna sustancia psicoactiva, asociándose principalmente a contusiones (29.5%), caída (24.7%) o accidente automovilístico (15.3%) (Cuadro 5); por otro lado, 1,678 pacientes mencionaron haber consumido alcohol en los últimos 30 días, ocupando así también el primer sitio, en este grupo las patologías más frecuentes fueron: afección osteo-muscular (14%) y cirrosis o gastritis (7.3%) [Observatorio Mexicano (2003)].

Entre los menores infractores, 14.1% de ellos reportaron abuso de alcohol. La mayoría de ellos eran hombres (92.7%) y 47.4% tenían educación primaria, el 34.2% eran empleados, 27.5% tenían tatuajes, y 24.4% eran miembros de una

banda. Más de la tercera parte de estos jóvenes (38.5%) cometieron infracciones mientras estaban intoxicados, y el robo fue la más común de ellas (45.1%) De acuerdo con los Servicios Médicos Forenses el abuso de alcohol se asoció en 81.3% de las muertes asociadas a drogas, la gran mayoría eran hombres (94.0%) y 41.2% eran de 40 o más años de edad. La causa principal de éstas muertes fue por asfixia (17.7%) y en el segundo lugar fue por accidente de tránsito (16.8%); el sitio más frecuente en donde ocurrió la defunción fue la calle (36.3%) o la casa (29.7%) [Observatorio Mexicano (2003)].

Asimismo, Tapia-Conyer (2001) expresa la importancia de desarrollar políticas de salud en nuestro país. El abuso representa un elevado costo derivado del consumo crónico, que se relaciona principalmente con la dependencia, la cirrosis, la depresión y otras patologías psiquiátricas, sin embargo, también se asocia con la atención de otras complicaciones médicas, de la intoxicación aguda por atención a lesiones en salas de urgencia y con costos para la familia derivados de problemas laborales, económicos, de violencia, etc.

Factores de riesgo y protección relacionados al consumo de alcohol

Conocer los factores de riesgo y principios de todo fenómeno es una cuestión primordial para su comprensión profunda y global, tener en cuenta los alcances causales que impactan en el desarrollo de cierta problemática es un punto esencial de la prevención. En sí, no se trata de encontrar una sentencia positivista que circunscriba a nuestro fenómeno de estudio en un solo origen, es decir, la problemática del consumo en una sola raíz, más bien, el conocer todas sus aristas multicausales, permitirá tener un mejor entendimiento del desarrollo de la adicción a esta sustancia. Por eso, es importante conocer los factores de riesgo, o dicho de forma más simple, todo aquello que predisponga al sujeto a una mayor susceptibilidad de iniciar en el consumo o abuso del alcohol o como lo define Fletcher et al (1996) y Abel (1998) citados en Ruiz y Andrade (2005), todas aquellas circunstancias personales y sociales, que relacionadas con las drogas aumentan la probabilidad que un sujeto se inicie en el consumo. A continuación, se presentarán los factores de riesgo más destacados para el consumo del alcohol.

El National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, [NIAAA] (2007), reveló en una de sus publicaciones algunos de los factores de riesgo de consumo de alcohol más importantes, entre ellos destacan: Factores genéticos, de acuerdo a estudios con animales y estudios con gemelos y adoptados, demostró que los factores genéticos influyen la vulnerabilidad al alcoholismo, los hijos de alcohólicos son más propensos a iniciar el consumo de alcohol en la adolescencia y desarrollar alcoholismo que aquellos de hijos no-alcohólicos, empero las diferencias relativas del ambiente y la genética no han sido determinadas y varían de acuerdo a las personas.

Cruz y Nicolini (2001) han revelado que uno de los factores de mayor riesgo para padecer dependencia al alcohol es tener familiares con alcoholismo, empero, se trata de un padecimiento heterogéneo donde muy probablemente interactúen diversos genes con variables ambientales. De esta manera, comienza a surgir información relevante acerca de los comportamientos asociados con el alcoholismo más heredable y la posible función relativa de estos factores en hombres y mujeres.

Por otro lado, los marcadores biológicos en el cerebro humano elicitán ondas cerebrales siempre que le preceden estímulos específicos (luz o sonido), mismos que proveen medidas de la actividad cerebral que predicen el riesgo de presentar alcoholismo; P300 es una onda que ocurre a partir de los milisegundos después de un estímulo. Una baja amplitud de P300 ha demostrado que los individuos con alto riesgo de presentar alcoholismo, mismo marcador que ha sido empleado en diferentes estudios con el afán de predecir el consumo de alcohol y otras drogas (NIAAA, 2007).

Otro factor de riesgo interesantísimo que se reporta es la conducta de los niños, es decir, los niños que han sido clasificados como incontrolables (impulsivos, ansiosos y distraídos) a la edad de 3 años, eran lo doble de propensos a presentar dependencia al alcohol a la edad de 21 años que aquellos inhibidos o bien balanceados. La agresividad en los niños en un rango de edad de 5 a 10, también ha servido para predecir dependencia al alcohol, por último, la conducta antisocial en la infancia se asocia con problemas relacionados al consumo de alcohol en la adolescencia y abuso del consumo de alcohol o dependencia en la adultez. (NIAAA, 2007). Asimismo, la Sociedad para el estudio de las adicciones [SSA]. (2008) apunta que todas estas variables comparten características de la desinhibición, involucrando la poca habilidad, carencia de voluntad o fracaso en inhibir los impulsos conductuales aun cuando se enfrenten a consecuencias negativas.

Los desordenes psiquiátricos asimismo, se han considerado como factor de riesgo, entre 12 y 16 años de edad, el uso regular del alcohol ha sido asociado significativamente con desordenes de la conducta, en un estudio, los adolescentes que reportaron altos niveles de consumo fueron más propensos a presentar desordenes comportamentales (NIAAA, 2007).

Por otro lado, la teoría del aprendizaje social de Bandura explica que el acto de beber es adquirido y mantenido por el reforzamiento, modelamiento, respuesta condicionada, expectativas del consumo y dependencia al mismo. (Monti et al., 1989) por esta razón es fundamental conocer la manera en la que los padres, medio social, cultura, etc. impactan en la forma de aprendizaje social en los jóvenes y niños. Concebido así, los factores externos al individuo o elementos ambientales que contribuyen al desarrollo del consumo de bebidas alcohólicas, dentro de una perspectiva sociocultural, destacan según Ruiz y Andrade (2005): la presión de amigos, inducción del medio familiar, principalmente por parte del padre, cuando le ofrece un trago como un intento de inducirlo a los "hábitos

masculinos". Los estudios epidemiológicos sobre el alcohol y tabaco entre los jóvenes del mundo muestran que al pasar de la infancia a la adolescencia se inician en su uso.

Asimismo, un inicio del consumo de alcohol anterior de los 18 años incrementa la probabilidad de usar otras drogas. Datos de la ENA (2008) reportan que el 15.8% de quienes bebieron alcohol 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.

Medina Mora citada en Mora-Ríos, Natera, y Juárez (2005) enuncia particularmente en cuanto al consumo explosivo de alcohol, que los principales factores asociados con esta manera de consumir han sido identificados como: la exposición a los sucesos negativos de la vida, el estar motivado para tal consumo con el fin de reducir la tensión, ser varón y tener 21 años; sin contar con el hecho de que existen otros indicadores que inciden en el abuso de alcohol, tales como variables de personalidad, los estilos de enfrentamiento, la historia familiar de alcoholismo y otros factores contextuales, como es el caso de aumento de consumo cuando se está en grupo en lugar de solitario.

Ahora, surge como cuestión estar al tanto de cuáles son los elementos protectores, que resguardarían a los niños y adolescentes de tomar uno de los caminos que conducen a la dependencia al consumo de alcohol. Algunos factores de protección potenciales se podrían considerar: adolescentes que están más conectados o en mayor cercanía con sus padres, aumento de la presencia de los padres en los hogares, elevada autoestima, interés personal en alguna religión o creencia, pocas noches fuera de casa, evitar a compañeros que consumen, enfoque del adolescente en la escuela y las calificaciones y elevados niveles de interés en la escuela (Resnick, 1997).

En términos generales, en cuanto a factores de riesgo y de protección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias el National Institute on Drug Abuse [NIDA], (2003) da a conocer los factores de riesgo más importantes, así como los factores de protección de consumo, los cuales son: Conducta temprana agresiva vs. Control de impulsos, Falta de supervisión de los padres vs. Vigilancia de los padres, abuso de sustancias vs aptitudes académicas, Disponibilidad de la sustancia vs. Políticas antidrogas, o de regulación del consumo de alcohol y tabaco en menores y Pobreza vs. Lazos fuertes entre vecinos. En esta publicación el NIDA (2009) enuncia que todo programa debe cumplir ciertos principios y estos, deben circunscribirse en la medida de lo posible a estos factores de riesgo y trabajar empeñosamente en cubrir los factores de protección.

Evaluación del consumo de alcohol

No se podría saber si una intervención ya sea preventiva o de tratamiento es efectiva o no, si no se cuenta con instrumentos y escalas que midan las variables que se quieren impactar y manipular por la intervención. Consiguientemente, es necesario señalar los diferentes tipos de evaluación que van dirigidas a medir el impacto de intervenciones en general, para el manejo de los distintos niveles de consumo de alcohol, que van desde dependencia a consumo problemático.

En primera instancia se reseñarán los instrumentos de medición empleados en las intervenciones preventivas y posteriormente de los que se usan en las de tratamiento, puesto que, en general, cada escala va en función de los objetivos de las intervenciones y de los indicadores de efectividad que se requieran para medir su impacto.

La mayoría de los programas de prevención tanto universales, selectivos e indicados, cuyo objetivo es prevenir o disminuir el consumo problemático de alcohol [Coombes et al (2009), Botvin et al (1995), Botvin et al (2003), Haggerty et al (1999), LoSciuto et al (1996), August et al (2002), Kersten et al (1992), Perry et al (1996), Bacon (2001), Eisen (2002), Ellickson (1998)] etc., han empleado instrumentos para obtener medidas del consumo de alcohol como: patrón de consumo, consumo de alcohol a escondidas de los padres, consumos excesivos, cantidad y frecuencia; actitudes, conocimientos e intenciones, consumo a lo largo de la vida, primera y última vez de consumo, etc.

Un ejemplo de esta escala es el Life Skills Questionare (Botvin et al., 2003), instrumento que mide el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, inhalantes y marihuana) la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y otras drogas, consumo excesivos, así como incidencia prevalencia del consumo, conocimientos y actitudes hacia las drogas. De esta manera, otro instrumento que ha sido útil en otros programas de prevención como el "Project Northland" es el "Monitoring the Future" se encarga de medir no solo patrones y prevalencia del consumo, sino también intenciones ¿Qué tan probable es que vayas a beber una bebida alcohólica en los próximos 7 días? (SAMHSA, 2009).

Normalmente dichos instrumentos son aplicados antes, después del tratamiento y en los seguimientos con el fin, de medir el impacto de la intervención a través del mantenimiento de la conducta deseada a lo largo del tiempo, obvio, por medio de un control experimental riguroso. Cabe destacar que los elementos medidos por estas intervenciones no solo tienen que ver con características específicas del consumo, sino otros aspectos como habilidades sociales, por ejemplo, en aquellos programas que han brindado un entrenamiento en las mismas y que forman parte de los componentes intrínsecos de la intervención.

Por otro lado, resaltando la importancia de la evaluación, podemos señalar que es el primer eslabón que se debe cubrir con el fin no solo de brindar el tratamiento y

dirigir la intervención adecuada para dicha problemática (Bebedores problema o dependencia severa al alcohol) sino también medir el impacto de la intervención en las variables que se pretendió impactar gracias al tratamiento, es decir, su efectividad. Concebido así, por cuestiones no solo de costo-efectividad, el actual curso del manejo del consumo problemático y dependencia al alcohol, ha seguido el camino de ir haciendo conciencia de la existencia de estos problemas y como detectarlos y diferenciarlos.

El cuestionario CAGE fue originalmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1968 para detectar bebedores rutinarios. En 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación y posteriormente su fiabilidad y validez ha sido bien documentada en diferentes medios CAGE (por las siglas en inglés de: Cut down, Annoyed, Guilt, Eye opened; que significan: suspensión, molestia, culpa, tomar al abrir los ojos). Ha sido empleado como screening o detección del nivel de problemática de consumo de alcohol, y puede ser incorporado en la historia clínica rutinaria ya que su mayor ventaja es la brevedad. Sus siglas significan C (Cut): ¿Alguna vez sintió que debería cortar con la bebida?, A (Annoyed) ¿Lo ha molestado la gente criticándole la bebida?, G (Guilty): ¿Alguna vez se sintió mal o culpable por su forma de beber? y E (eye-opener) ¿Alguna vez tomó una copa a primera hora del día para calmar sus nervios o deshacerse de una resaca? (Babor et al., 2001a). Estos cuestionarios son de tamizaje, es decir, solo brindan una aproximación a la detección oportuna de la problemática y a su apropiada canalización al tratamiento correspondiente, es decir, si el usuario requiere consejo breve, intervención breve, o un tratamiento más intensivo si es que su problemática es mayor.

Siguiendo esta línea de ideas, existe un cuestionario de tamizaje llamado AUDIT (Test de Identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol) como su nombre lo dice sirve para detectar los Trastornos relacionados consumo de etanol, de la misma forma, puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. A diferencia de otros cuestionarios de tamizaje, el AUDIT pretendía la detección oportuna de los Trastornos por Uso de Alcohol (TUA) (consumo perjudicial y dependencia), de acuerdo a los criterios propuestos por la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). Proporciona un marco de trabajo para la intervención dirigida a los bebedores de riesgo, para que puedan reducir o abandonar el consumo de alcohol y con ello, evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. El AUDIT contiene 10 preguntas. Los tres primeros ítems miden la cantidad y frecuencia del consumo habitual y ocasional de alcohol. Las siguientes tres preguntas se refieren sobre la aparición de posibles síntomas de dependencia y los cuatro últimos ítems evalúan los problemas recientes y pasados asociados con el consumo del alcohol (Babor et al., 2001a).

Existe otra escala que ayuda a medir si existe dependencia al consumo de alcohol llamada *Escala de Dependencia al Alcohol*, fue desarrollada a partir de un instrumento más amplio llamado Inventario de Consumo de Alcohol desarrollado por Horn y Wanberg en 1969. Este instrumento mide desde dependencia baja hasta severa. Estudios psicométricos sugieren que la escala tiene confiabilidad

test-retest y consistencia interna, así como validez para medir dependencia. Parece probable que sea sensible para medir cambios de dependencia (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998 citado en Barragán et al., 2005).

Otro instrumento bastante útil utilizado por diversos profesionistas de la salud es la llamada *Escala sobre dependencia al alcohol (BEDA)* fue diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Empero, aún no se cuentan con estudios que ahonden en la consistencia interna del instrumento, su validez y confiabilidad test-retest son altas. No obstante, brinda elementos importantes de síntomas de abstinencia al alcohol (Echeverría et al., 2005).

No solo es relevante tener en cuenta aquellos instrumentos que ayuden a detectar el nivel de dependencia, sino también las situaciones de riesgo de consumo de alcohol, elementos sumamente útiles para brindar un tratamiento adecuado al usuario. Justamente, existe un instrumento que mide situaciones de riesgo: *Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)*. Este instrumento fue elaborado por Annis, Graham y Davis en 1982, consta de 100 reactivos que miden frecuencia y cantidad de consumo durante el año anterior. Fue adaptado a población mexicana en 1997 (Echeverría, et al., 1998). Los reactivos se agrupan en 8 categorías (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social para beber y emociones agradables con otros; los puntajes de las ocho sub-escalas conformaron una distribución normal, mostraron confiabilidad y validez de contenido aceptable respetando el universo de situaciones de recaída en usuarios bebedores problema (Barragán et al., 2005).

Diversas intervenciones para el manejo del consumo de alcohol

El espectro de salud mental propuesto por Mrazek y Haggerty (1994) es un modelo clínico que asume el progreso hacia los tratamientos a largo plazo y la incipiente necesidad de tratamiento, es decir, este espectro comienza por la prevención de orden universal, selectiva e indicada, todas ellas de orden profiláctico; en el tratamiento se da la detección de casos, tratamientos indicados para las problemáticas establecidas; finalmente, en la fase de mantenimiento, se asume el apego a tratamientos de largo plazo (prevención de recaídas) y atención posterior (incluyendo rehabilitación o reducción de daños). Suicide Prevention Resource Center [SPRC] (2009). Por lo cual, se referirán las intervenciones más efectivas en este continuum de intervenciones para el manejo del consumo problemático y dependencia al alcohol.

Efectividad de los programas de prevención para el consumo de alcohol

Anteriormente se ha destacado la importancia de reducir las problemáticas relacionadas a la ingesta de etanol, no solo como la incursión en la dependencia al dicha sustancia, sino a desarrollar patrones de consumo de riesgo, mismos ya aludidos, por esta razón, es imprescindible estar al tanto de las acciones preventivas más efectivas, así como los programas de prevención que las ponen

en práctica, con el fin de tenerlos en cuenta para la instrumentación de nuevos o el mejoramiento de los programas de prevención existentes en nuestro país. De esta manera, concurren una diversidad de programas de prevención que pretenden ser efectivos, empero, aunque algunos parecen ser prometedores, se tomarán en cuenta aquellos que han sido validados empíricamente, es decir, que hayan sido evaluados continuamente y hayan reportado éxito.

Es bien cierto y existe evidencia que los programas de prevención que han apuntado positivamente a estados de uso experimental de drogas, podrían interrumpir la progresión a niveles más serios de involucramiento con otras sustancias. Estos hallazgos se soportan en la implementación de aproximaciones preventivas que se enfocan al uso de tabaco y alcohol en poblaciones jóvenes (Botvin et al., 2003).

Antes de mencionar los programas de prevención universal que se han reportado como efectivos, es necesario describir, grosso modo en que consiste este tipo de prevención. La prevención universal es el conjunto de actividades que se diseñan para abarcar a todos los individuos de la población en general, sin contemplar si algunos presentan mayor número de riesgos individuales que los conlleven al inicio y abuso de alcohol, tabaco y drogas. En esta intervención preventiva, se considera que los miembros de la población pueden compartir los mismos factores de riesgo relacionados con las drogas, pero que el riesgo puede ser variable para cada individuo (CIJ, 2009).

Una vez teniendo en cuenta el concepto de prevención universal, se destacarán aquellos programas de prevención de esta índole más efectivos, reconocidos por las revisiones sistemáticas y metaanálisis de la biblioteca Cochrane (Foxcroft et al., 2006) y examinados por el National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cabe señalar que los estudios metaanalíticos de Cochrane ponen especial atención en aquellos programas que informaron evaluaciones a más largo plazo (más de tres años de seguimiento) y se analizaron nuevamente varios estudios prometedores para proporcionar una mejor indicación del impacto potencial del programa de prevención. Sobre la base de este nuevo análisis, el Entrenamiento en las aptitudes Basadas en la Cultura, en particular, demostraron efectividad a largo plazo.

De esta manera, el Substance Abuse & Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2009) confirma como estudio preventivo exitoso “La intervención basada en la cultura”; este programa es de corte social, se basa principalmente en entrenamiento en habilidades, asimismo, brinda conocimiento acerca de las sustancias. Su base teórica radica en la Teoría del aprendizaje social, la Teoría de Solución de Problemas y la Teoría de la Comunicación. Se enfoca en la prevención del consumo de alcohol y drogas. Los componentes claves de este programa son: sesiones en clase que apunten a un desarrollo personal y entrenamiento en habilidades sociales, con un énfasis particular en las influencias sociales y la presión para utilizar sustancias (por medio de la enseñanza habilidades cognitivo-conductuales para elevar la autoestima, resistencia al

consumo por parte de compañeros, manejo de estrés y ansiedad, comunicación efectiva y desarrollo de relaciones personales positivas.

De acuerdo al Substance Abuse & Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2009) otro programa de prevención que aportó buenos resultados para detentar el consumo de alcohol fue el Proyecto Northland, ésta es una intervención multinivel que trabaja con estudiantes, pares, padres de familia y la comunidad en programas diseñados para retrasar la edad en la cual los adolescentes comienzan a consumir alcohol, reducción de consumo de alcohol en aquellos jóvenes que habían comenzado a beber y limitar el número de problemas relacionados al consumo de alcohol entre los bebedores. Se administra a alumnos de los grados escolares (6to a 8vo grado), tiene un tema específico para cada grado que son incorporados a los componentes de padres, pares y comunidad.

Este programa entrena en habilidades de comunicación efectiva a los jóvenes a través de las técnicas de: tareas en casa con los padres, discusiones grupales y fuerza de tareas con la comunidad. Asimismo entrena en habilidades de rechazo de la oferta de consumir a través de: discusiones, juegos, tareas de resolución de problemas y rol-playings. En el último año se enseñan dinámicas relacionadas al consumo de alcohol a través de tareas interactivas en clase y trabajan en proyectos de la comunidad basados en políticas públicas y recomendaciones para prevenir el consumo de alcohol en los jóvenes. Resultados de efectividad fueron: tendencia para consumir alcohol, al terminar la intervención los estudiantes que participaron en el Proyecto Northland tuvieron menos probabilidad de consumir alcohol, entre los adolescentes la presión de compañeros demostró ser estadísticamente significativo el efecto en la tendencia de utilizar alcohol. Este hallazgo sugiere que parte de la efectividad del Project Northland en la toma de decisiones acerca del consumo individual de alcohol se debió gracias al impacto del correcto manejo de la presión de pares.

Existe un programa de corte universal llamado Programa de reducción de consumo excesivo en la frontera (Border Binge-Drinking Reduction Program) tiene como objetivo cambiar las normas sociales y de la comunidad asociadas al consumo de menores de edad y consumo excesivo, mismo que ha probado ser eficaz en la reducción de los problemas asociados al consumo del alcohol en la frontera E.E.U.U-mexicana. Reportó tener buenos resultados al haber disminuido el número de estadounidenses detenidos en Tijuana por violaciones relacionadas con el alcohol durante los 2 años de análisis (1997-1999); el número de detenidos por otros delitos graves y delitos menores se mantuvo estable durante el mismo período, el porcentaje de bares de Tijuana con patrones de consumo americanos disminuyó del 80% a alrededor del 60%, así como disminución en el número de accidentes relacionados al consumo de alcohol, en reducción del número de adolescentes que cruzaban la frontera para beber y el número de jóvenes que regresaban a Tijuana con un elevado consumo de alcohol. Todo esto gracias al trabajo conjunto comunitario, cambios policiales en ambos lados de la frontera, puesta en práctica de las políticas y de las prácticas que afectan el ambiente donde ocurre el consumo en la frontera (SAMHSA, 2009).

Por otro lado, los programas de prevención selectivos se enfocan en grupos de riesgo o subgrupos de la población en general tales como hijos de personas adictas o aquellos niños con problemas escolares (NIDA, 2003).

Por tanto, las características específicas con las que cuenta uno de los programas de prevención universal y selectivo efectivos fue el Programa de Fortalecimiento Familiar (The Strengthening Families Program) reconocido por parte del NIDA, (2003), el SAMHSA (2009) y las revisiones metaanalíticas de Cochrane (2006) como uno de los de mayor éxito a mediano y largo plazo. Este programa fue desarrollado inicialmente por investigadores de la Universidad de Utah y evaluado en 1982-1986 por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) a través de un ensayo con control aleatorizado con niños de padres adictos; asimismo ha sido replicado y adaptado en diversos estratos culturales de EE.UU. Su población meta fueron niños 6-12, adolescentes de 13-17 años y adultos de 26 a 55 años, de ambos sexos. Por otra parte, de acuerdo al SAMHSA se hallaron los siguientes resultados: Internalización y externalización de conductas en los niños, prácticas de parentalidad eficaces y relaciones familiares. Asimismo, Una evaluación reciente encontró: iniciación tardía del consumo de alcohol al seguimiento a los 6 años. Otros hallazgos mostraron mayor resistencia a la presión de compañeros al consumo de alcohol, reducción de la afiliación con compañeros antisociales y reducción de los niveles de conductas problema (SAMHSA, 2009).

Otro programa de prevención de orden selectivo y universal que propone impactar favorablemente en las variables relacionadas al consumo de alcohol así como de tabaco es el llamado programa "All Stars" basado en la escuela, que se aplica en estudiantes de secundaria entre 11 y 14 años, es un programa diseñado para prevenir y para retrasar el inicio de comportamientos de riesgo elevado tales como uso de la alcohol y drogas, violencia, y actividad sexual prematura. El programa se centra en cinco asuntos importantes para la prevención de comportamientos de riesgo elevado: ideales positivos que se convierten que no caben con comportamiento de riesgo elevado; crear una creencia en normas convencionales; compromiso personal constructivo; afiliación con la escuela, las instituciones, y la familia; y estilos parentales positivos. Todo el plan de estudios incluye actividades de grupo altamente interactivas, los juegos y los proyectos del arte, las pequeñas discusiones de grupo, las sesiones unívocas, un componente del padre, y una ceremonia de la celebración. Este programa ha logrado impactar en las siguientes variables: compromiso personal para no emplear drogas, congruencia en el estilo de vida, apego escolar, creencias normativas, consumo de alcohol, tabaco e inhalables (SAMHSA, 2009).

Y dentro de estos modelos eficaces para prevenir el consumo de alcohol, se tiene en prevención indicada el programa llamado: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS) (Marlatt et al., 1998) es un programa de prevención para los estudiantes universitarios que beben alcohol excesivamente y han experimentado o están en peligro de percibir problemas relacionados al consumo de alcohol. Su objetivo es motivar a estudiantes para

reducir consumo excesivo de alcohol para disminuir las consecuencias negativas del mismo. A través de intervenciones de 1 hora, se toma como línea base una evaluación en una encuesta que indaga en aspectos relacionados al estatus del consumo de alcohol en dicha población, creencias personales en torno al alcohol, historia de consumo, etc. Además de brindar retroalimentación sobre la evaluación, en la segunda sesión se abordan las consecuencias negativas por el consumo de alcohol, factores de riesgo, se califican los riesgos percibidos y beneficios de beber y se llevan a cabo alternativas para ejecutar cambios en la disminución o abstinencia del consumo. Estos principios se basan en la entrevista motivacional básicamente. Los resultados que se han reportado es la disminución en la frecuencia de uso, cantidad y consecuencias negativas (SAMHSA, 2009).

Una vez considerando los programas de prevención más efectivos, sus componentes y técnicas que han empleado, así como los resultados que han obtenido exitosos, es de gran utilidad tener un claro panorama de los programas de prevención en nuestro país, con el fin de evaluar su efectividad y proponer nuevos cursos de acción ante la panorámica actual y tomar acciones que han demostrado efectividad y que probablemente pudiesen contribuir en el enriquecimiento y efectividad de programas nacionales.

En México existe el programa Chimalli (Castro, 1999), que durante los últimos diez años ha sido evaluado hasta conformar su versión actual. Considera tres componentes básicos: 1) la intervención grupal, 2) la investigación para el diagnóstico y evaluación en cada una de las comunidades en las que interviene y 3) el trabajo sistemático con dispositivos grupales y la participación de toda la comunidad, tanto en poblaciones cerradas (escuelas o centros juveniles) como en comunidades abiertas. En estas últimas se pone más énfasis en el desarrollo de habilidades sociales, afectivas o de manejo psicocorporal. Se basa en teorías de resiliencia y en el apoyo en la comunidad.

Asimismo, otra propuesta de prevención en nuestro país es el Modelo de Epistemología de la Complejidad Ética y Comunitaria ECO2 (Machín, 2003). Es un modelo de prevención, reducción del daño, tratamiento y reinserción social en relación a las farmacodependencias y situaciones críticas asociadas, así como para la formación de agentes que realizan estas tareas. Vale la pena mencionar que aún no se ha evaluado su efectividad, sin embargo, se está llevando a cabo su aplicación en algunos centros especializados en adicciones en nuestro país.

Tratamientos

Existen diversos tratamientos para el manejo del consumo de alcohol de heterogéneos enfoques, si bien, sus objetivos van de acuerdo al patrón de consumo o a la gravedad del daño, esto quiere decir, que los tratamientos varían de acuerdo a la problemática que se quiera cubrir, por lo tanto hay intervenciones para bebedores problema, o intervenciones breves, así como intervenciones más intensivas para problemáticas más severas, como dependencia a la sustancia.

Existen tratamientos de orden psicológico, psiquiátrico o integrales. Por lo cual, se dará un breve esbozo de los tratamientos más efectivos para el consumo de alcohol en sus distintos niveles de atención.

Una vez identificados tanto los problemas relacionados al consumo como la dependencia al alcohol por medio de la evaluación, se puede proceder a emplear un tratamiento adecuado para dicha problemática. Los tratamientos de corte cognitivo-conductual son los que han reportado mayor efectividad a corto, mediano y largo plazo, por lo tanto se mencionarán los tratamiento que han reportado mayor éxito para el manejo de los desordenes del consumo de alcohol y otras drogas.

Intervenciones breves efectivas

Existen intervenciones breves que ayudan a manejar problemáticas del consumo de alcohol menos severas, indicadas para bebedores problema, bebedores excesivos y consumo perjudicial. Se describe a este tipo de intervención como el conjunto de prácticas cuyo objetivo es identificar un problema de alcohol real o potencial y motivar al sujeto a que haga algo al respecto. O de manera similar el NIAAA (2009) pone de manifiesto que este tratamiento, conocido como intervención breve, consiste en una información directa sobre las consecuencias negativas del consumo de alcohol, junto con consejos prácticos sobre las estrategias y recursos de la comunidad para lograr la moderación o la abstinencia. La mayoría de las intervenciones breves están diseñadas para ayudar a aquellos en riesgo de desarrollar problemas relacionados al alcohol para reducir su consumo de alcohol. Pacientes dependientes del alcohol se les anima a entrar en tratamiento especializado con el objetivo de la abstinencia completa.

Esto quiere decir que la intervención breve está dirigida a todas las personas, pero con metas distintas. Una intervención breve no es suficiente para el tratamiento de un dependiente a alcohol, coloquialmente “alcohólicos”, pero a través del uso sistemático de la intervención breve es posible aliviar la tensión en familiares y amigos cercanos que no consumen alcohol, prevenir que personas que antes no bebían tengan un consumo arriesgado y actuar oportunamente en los consumidores de riesgo para disminuir la posibilidad de que su evolución los lleve a la dependencia a alcohol. También es útil para detectar y separar los casos de dependencia a alcohol y derivarlos efectivamente a un tratamiento más prolongado y efectivo (Babor et al., 2001b). Por un lado, dado el ambiente de las instituciones de salud actuales, el tiempo y los recursos materiales limitados, existe la necesidad de economizar. Es por eso que la brevedad y la eficacia de las intervenciones han sido probadas en los últimos años.

Concurriendo la herramienta de la detección e intervención breve, puede sorprender su escaso uso en el campo clínico, pero no tanto si consideramos la cantidad de mitos que rodean a la situación de encontrar a un consumidor de alcohol en el primer nivel de atención. La mayor resistencia a estas medidas de intervención breve no proviene de los pacientes sino de los tratantes, que pueden

tener ideas erróneas y/o preconcebidas al respecto. Los argumentos que frecuentemente evitan la aplicación sistemática de estas medidas son: falta de tiempo, formación inadecuada y temor a antagonizar con los pacientes sobre un asunto personal sensible (Babor et al., 2001b).

El enfoque de la intervención breve también ha sido aplicado con éxito fuera del ámbito de la atención primaria. La evidencia sugiere que del 25 al 40% de los pacientes que han sufrido accidentes automovilísticos pueden ser dependientes del alcohol. Gentilello y sus colegas realizaron un estudio aleatorizado controlado en pacientes en un centro de trauma que tenían niveles detectables de alcohol en la sangre en el momento de la admisión. Los investigadores encontraron que una entrevista de motivación individual antes de darlos de alta, ayudaba a la reducción de los niveles de consumo y la readmisión en traumatismo durante 6 meses de seguimiento. Monti y sus colegas realizaron un estudio controlado aleatorio similar entre jóvenes de 18 a 19 años ingresados en una sala de urgencias con lesiones relacionadas con el alcohol. Después de 6 meses, aunque todos los participantes habían reducido su consumo de alcohol, el grupo que recibieron intervención breve tuvieron una incidencia significativamente menor de beber y conducir, violaciones de tráfico, relacionados con el alcohol lesiones y problemas derivados del alcohol (NIAAA, 2000).

Drinker's Check-up (DCU) es una intervención diseñada para ayudar a bebedores problema para reducir el uso de alcohol y las consecuencias relacionadas al consumo. El programa está dirigido a consumidores excesivos con riesgo de desarrollar dependencia al consumo. Se basa en los principios de la entrevista motivacional. Sus elementos fundamentales son: la responsabilidad de cambiar de cada individuo, el asesoramiento para el cambio, menú de opciones para el cambio, información en un estilo empático e hincapié en la autoeficacia. El programa consta de la evaluación integrada, la retroalimentación y los módulos de toma de decisiones. El DCU está disponible como un programa de Windows para su uso por los proveedores de atención de la salud, terapeutas, y los programas de tratamiento y tienen una aplicación web para su uso por el público en general. La versión de Windows incluye un compañero de seguimiento para llevar a cabo el seguimiento y la evaluación de los resultados del tratamiento. DCU puede usarse como una intervención aislada o como un precursor de un tratamiento más intensivo de alcohol. Los resultados más importantes que ha reportado son: consumo de Alcohol, disminución de las consecuencias relacionadas al consumo de alcohol, síntomas de dependencia al alcohol y motivación para el cambio (SAMHSA, 2009).

Uno de las intervenciones breves más efectivas en nuestro país es la Intervención Breve para Bebedores Problema (Echeverría et al., 2005). Su corte es cognitivo conductual, va dirigido para usuarios con patrones de consumo de bebedores excesivos y con dependencia baja o media y el objetivo del tratamiento puede ser la moderación o la abstinencia. Concisamente explicado, el programa es un procedimiento de intervención de seis sesiones apoyadas en una serie de actividades dirigidas a modificar la forma de consumir alcohol. Por medio de una

entrevista motivacional se apoya al usuario para tomar la decisión de cambiar su forma de consumo, establecer una meta de consumo (moderación o abstinencia), evaluar las situaciones de riesgo y afrontar sus problemas con el alcohol. Este modelo fue desarrollado y evaluado en Canadá por Mark Sobell y Linda Sobell. Sin embargo, fue adaptado a población mexicana por Ayala y Echeverría (Carrascoza, 2007).

Existe una propuesta de programa de prevención y tratamiento de intervención breve adaptada a trabajadores llamada “¿Problemas por el consumo de alcohol y drogas en centros de trabajo?” Sus etapas son: Formación de un comité con la participación de todos los sectores de la empresa, establecimiento de una política definida, desarrollo de un programa de intervención, establecimiento de estrategias con énfasis en la prevención primaria, entrenamiento de supervisores y profesionales de la salud, identificación y manejo de problemas, desarrollo de un programa de canalización a tratamiento, seguimiento y evaluación así como extensión del programa a la familia y comunidad (Carreño y cols. 2009). Como su autora lo señala, este programa tiene como objetivo cubrir a un sector de la población carente de los mensajes preventivos, ya que la prevención por lo regular se dirige a grupos de alto riesgo o más vulnerables, por ejemplo a adolescentes, porque en esta etapa, la mayoría comienza a tener problemas con drogas.

En México existe otro programa que ha probado ser efectivo, que ha sido empleado para el manejo de consumo de alcohol y drogas en población adolescente. Es llamado: Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas (Martínez et al., 2006). Este programa es de corte cognitivo conductual dirigido a jóvenes que se inician en el consumo de alguna sustancia como el alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. Tiene como objetivo promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias a través de una intervención breve motivacional, así como guiar y entrenar al adolescente en habilidades de autorregulación para controlar su consumo de drogas y mantener un cambio en la conducta de consumo. Es preciso mencionar que va dirigido a jóvenes de 14 a 18 años de edad, que se inician en el consumo de las sustancias antes señaladas y que no presentan dependencia hacia la droga de consumo. Tiene cinco etapas de intervención: Detección de casos, admisión, evaluación y 4 sesiones de tratamiento (Carrascoza, 2007). Cabe destacar que este tratamiento tiene como objetivo modificar la manera en la que el adolescente consume alcohol, puede elegir entre moderación (no más de 2 copas por ocasión y una copa por hora) o abstinencia. En las demás sustancias, el objetivo es lograr la abstinencia.

El Modelo de Entrenamiento en Habilidades para Evitar el Abuso del Alcohol para Adolescentes, es un tratamiento cognitivo conductual para jóvenes que consumen alcohol de forma experimental. Su objetivo es evitar que el adolescente se involucre en el consumo de alcohol y sus posibles consecuencias; se caracteriza por ser una intervención motivacional y tiene como finalidad guiar y entrenar al adolescente en habilidades específicas de solución de problemas; así como en habilidades sociales y de autoeficacia. Este modelo está constituido de 5 sesiones,

las cuales se llevan a cabo una vez a la semana con una duración de 60 a 90 minutos y pueden ser de manera individual o en grupos de no más de 5 personas (Carrascoza, 2007).

Tratamientos efectivos individuales para dependencia grave al alcohol

Ubicar los tratamientos que han sido exitosos para tratar la dependencia severa al alcohol es fundamental, grosso modo, tener en cuenta el marco referencial en el que se apoyan y conocer los elementos intrínsecos de sus tácticas terapéuticas que denotan mayor éxito, es una tarea fundamental en el ejercicio de las adicciones. De acuerdo a diversos estudios (NIAAA, 2009) se sabe que los tratamientos más efectivos son aquellos que manejan en sus componentes procedimientos y técnicas de orden cognitivo-conductual, ya sea de corte individual y/o de grupo este tipo de terapia del comportamiento constituye componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción, esto quiere decir que utilizan los principios básicos del condicionamiento respondiente, condicionamiento operante, aprendizaje vicario, así como en algunos de ellos economía conductual, técnicas motivacionales y de redes sociales; en esta sección únicamente aquellos efectivos serán puntualizados para su mejor discernimiento.

El NIDA pone de manifiesto los principios de los tratamientos efectivos, algunos de los más importantes son: No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas; el tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de alcohol o drogas; el plan de tratamiento del usuario debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona. Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo. El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser efectivo. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis b y c, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, en casos de consumo de drogas, cuando se trata de alcohol, exámenes y perfiles de hígado y páncreas conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos caminos que les ponen a ellos o a otros en riesgo de enfermedades. La recuperación de la adicción al alcohol o drogas puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos (NIDA, 2009).

Teniendo más en claro los principios que ayudan a que un tratamiento sea efectivo se mencionarán los programas internacionales que han probado efectividad, con el fin de tener más en claro las propuestas de tratamientos poderosos, reconocidos por instancias internacionales como el NIAAA y NIDA (2009), uno de esos ejemplos es la Terapia para incrementar la motivación (Miller et al., 1996). Este es un enfoque de terapia que se centra en el cliente y sirve para iniciar cambios de comportamiento al ayudar al usuario a resolver su ambivalencia sobre si participar en el tratamiento y parar su uso de alcohol o drogas. Este enfoque

emplea estrategias para producir cambios rápidos y de motivación interna en el cliente, en vez de guiarlo por cada paso del proceso de recuperación. Consiste en una sesión inicial en la que se otorga una serie de pruebas de evaluación, seguida por dos a cuatro sesiones individualizadas de tratamiento con el terapeuta. La primera sesión de tratamiento se concentra en suministrar retroalimentación al paciente sobre la información generada de la serie de evaluaciones iniciales con el fin de estimular una charla referente a su uso personal de alcohol o drogas y para lograr obtener declaraciones de automotivación del usuario.

Se utilizan principios de entrevistas para fortalecer la motivación del paciente y formular un plan para los cambios que el paciente realizará. Se sugieren estrategias de enfrentamiento para situaciones de alto riesgo y se discuten estas estrategias con el cliente. En las sesiones subsiguientes, el terapeuta vigila los cambios, revisa las estrategias que se están usando para parar el hábito, y continúa alentando al paciente para que se comprometa a cambiar o a mantener su abstinencia. Los clientes a veces son animados para que traigan a las sesiones a su pareja o a alguien especial en sus vidas. Este enfoque ha sido exitoso con los alcohólicos y con individuos con dependencia de marihuana (NIDA, 2009).

De acuerdo a Monti y Rohsenow (1999), el Entrenamiento en Habilidades de Enfrentamiento y La Terapia a la Exposición de Señales han demostrado efectividad, antes que nada, estas aproximaciones surgen de la necesidad de dotar a los usuarios de habilidades que les permitan enfrentar exitosamente situaciones adversas o momentos estresantes de la vida con el fin de no utilizar el alcohol como forma de enfrentamiento o para lidiar con dichas situaciones. El Entrenamiento en Habilidades de Enfrentamiento entrena a los usuarios en habilidades sociales, resolución de problemas, habilidades de rechazo y exposición a estímulos asociados al alcohol. Dentro de esta línea, el entrenamiento en Habilidades de comunicación o sociales, es otro tratamiento en el cual en la que cada sesión de tratamiento se centra en habilidades interpersonales para mejorar las relaciones sociales; este enfoque se esfuerza por reducir los conflictos, mejorar la abstinencia en el usuario y cambiar su estilo de vida.

El Entrenamiento en Habilidades de Comunicación se centra en la comunicación y habilidades que se pueden utilizar para manejar una variedad de situaciones de riesgo (Monti et al., 1990). Este enfoque maneja por lo menos ocho habilidades de alta prioridad, estas incluyen: negarse a beber una bebida, brindar retroalimentación positiva, hacer críticas de manera efectiva, recibir críticas sobre el consumo de alcohol y otras drogas, el desarrollo de habilidades de escucha, mejorar habilidades de conversación, desarrollo apoyo para la sobriedad, y aprendizaje de métodos eficaces para la resolución de conflictos. Cinco habilidades adicionales pueden ser cubiertas en sesiones separadas incluyen: aspectos de la comunicación no verbal, expresión de sentimientos, asertividad, preguntas de rechazo y manejo de críticas en general. Por cada habilidad se brinda un Modelamiento conductual, ensayos conductuales y retroalimentación.

Estos son solo algunos ejemplos de intervenciones que han demostrado efectividad, sin embargo, con el fin de tener un espectro más amplio de intervenciones efectivas, cabe destacar uno de los más efectivos, de esta manera, existen estudios comparativos internacionales del NIDA y NIAAA (2009) e indican que el “Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) es uno que constata un alto nivel de eficacia, ya que los usuarios alcanzan un periodo más elevado de abstinencia (97%) al compararlos con usuarios del programa de 12 pasos de AA y con los de AA y medicamento (Barragán, Vázquez, Medina-Mora, & Ayala, 2005). De acuerdo al NIDA (2009) y NIAAA (2009) el modelo de intervención CRA, es reconocido por la literatura científica y por instancias internacionales como uno de los de mayor efectividad para disminuir el patrón de consumo en usuarios crónicos de sustancias adictivas.

De manera más descriptiva Miller (1999), pone de manifiesto que el CRA integra diversos componentes, incluyendo la motivación del cliente para dejar de beber, ayudar al cliente a mantener la abstinencia, analizar el patrón de consumo del usuario, incremento en refuerzos positivos, aprendizaje de conductas eficaces de enfrentamiento y el involucramiento del otro significativo en el momento de la rehabilitación. Diversos estudios han mostrado evidencia en la efectividad del CRA para mantener la abstinencia. Además el CRA ha sido integrado exitosamente con una variedad de otras aproximaciones, como terapia familiar y entrevista motivacional y ha sido probado para el manejo de otras sustancias.

En nuestro país, se llevo a cabo una adaptación del CRA en población mexicana para dependientes de alcohol y drogas, esta intervención lleva por nombre Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC). Su objetivo principal consistió en adaptar, sistematizar, instrumentar y evaluar el impacto del modelo de intervención Community Reinforcement Approach en la disminución del patrón de consumo en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas en población mexicana. Entre los resultados que arrojó este estudio se ubicaron cambios en los precipitadores, autoeficacia, satisfacción de vida y patrón de consumo, mismos que resultaron significativos, por lo que se debieron a los efectos del tratamiento. También indicaron cambios significativos en el patrón de consumo de 18 participantes, por lo que el PSC resultó una intervención eficaz para usuarios con consumo crónico de sustancias adictivas, que se integraron a un estilo de vida favorecedor mediante conductas alternativas que promovían la abstinencia (Barragán, Vázquez, Medina Mora & Ayala, 2005).

Sus componentes principales, además de la evaluación y la entrevista conductual en admisión, son los siguientes: análisis funcional de la conducta de consumo, análisis funcional de la conducta de no consumo, muestra de abstinencia, metas de vida cotidiana, comunicación, solución de problemas, rehusarse al consumo, control emocional, consejo marital, búsqueda de empleo, sociales y recreativas, prevención de recaídas (Barragán et al., 2005).

Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) es una intervención conductual que tiene por objeto sustituir las contingencias ambientales

relacionadas al consumo de alcohol y drogas por actividades pro-sociales y conductas que apoyen la recuperación. Este programa está dirigido a usuarios jóvenes de 12 a 22 años de edad dependientes a alcohol, marihuana y otras sustancias. A-CRA incluye tres directrices para distintos tipos de sesiones: adolescentes únicamente, solamente los padres/cuidadores y adolescentes y padres/cuidadores juntos. Los procedimientos se dirigen, a por ejemplo: capacidad de resolver problemas, habilidades de comunicación y la participación activa en las actividades socio-recreativas con el objetivo de mejorar la satisfacción de la vida y la eliminación de problemas de alcohol y consumo de sustancias. Ensayos conductuales y modelamientos son indispensables para el aprendizaje de dichas habilidades, en particular para la adquisición de habilidades de comunicación y una mejor prevención de recaídas. Los resultados más importantes que ha tenido son: abstinencia del consumo de sustancias y alcohol, recuperación y rehabilitación, costo-efectividad, enlace con cuidados continuos, estabilidad social, síntomas de depresión e internalización de problemas conductuales (SAMHSA, 2009).

No hay un enfoque único de tratamiento efectivo para todas las personas con problemas de alcohol. Una estrategia más prometedora consiste en asignar a los pacientes a tratamientos alternativos basados en las necesidades y características específicas de los pacientes. Proyecto MATCH fue un ensayo multicéntrico, clínicos diseñados para probar una serie de hipótesis a priori sobre cómo las interacciones paciente-tratamiento se relacionan con el resultado. Dos estudios independientes se llevaron a cabo en paralelo, uno con los clientes contratados de servicios ambulatorios y el otro con los pacientes que recibieron tratamiento posterior después de la atención hospitalaria. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a facilitación en doce pasos, Cognitivo-Conductual habilidades de afrontamiento, o la terapia motivacional. Los sujetos fueron seguidos a intervalos de 3 meses durante 1 año después de la finalización del periodo de tratamiento de 12 semanas y se evaluaron los cambios en los hábitos de bebida, el estado funcional y calidad de vida, y la utilización de los servicios de tratamiento. Efectos de interacción con características de los pacientes seleccionados fueron estudiados. En conclusión, "El Proyecto MATCH fue diseñado para proporcionar una rigurosa prueba de la utilidad de hacer coincidir el paciente el tratamiento en general y tiene importantes implicaciones para la práctica clínica" (Proyecto MATCH Research Group, 1993, p. 1130).

Intervenciones grupales para el consumo de alcohol

El Alcohol Behavioral Couple Therapy (ABCT) Es un tratamiento ambulatorio para personas con trastornos por consumo de alcohol y sus parejas. ABCT se basa en dos supuestos: Los comportamientos de pareja y la interacción de pareja pueden ser detonantes para beber y una relación de pareja íntima y positiva es una importante fuente de motivación para el cambio de conductas adictivas del dependiente al alcohol. Emplea la terapia cognitivo-conductual, ABCT pretende identificar y disminuir los comportamientos de la pareja que fortifiquen las conductas de consumo de los clientes, pretende reforzar el apoyo de la pareja

ante los esfuerzos del cliente para el cambio; aumento de interacciones positivas mediante para la mejora de la comunicación interpersonal y habilidades para resolver problemas de pareja, mejorar las habilidades de afrontamiento del cliente y técnicas de prevención de recaídas para lograr y mantener la abstinencia. Los resultados de efectividad que reportó fueron: Conducta de beber, Satisfacción marital y prevención de recaídas (SAMHSA, 2009).

Terapia de Parejas de comportamiento para el Alcoholismo y Abuso de Drogas (BCT) es una intervención para el abuso de alcohol y/o drogas basado en los postulados de que: La pareja puede recompensar la abstinencia y reducir el malestar de relación de la pareja, disminuye el riesgo de recaída. En BCT, el terapeuta trabaja con el usuario y su pareja para robustecer la relación y así reforzar la abstinencia. Los componentes del programa incluyen el compromiso de la pareja para apoyar la sobriedad junto con el terapeuta, asimismo, actividades y tareas destinadas a aumentar los sentimientos positivos, las actividades compartidas, y la comunicación constructiva y la planificación de la prevención de recaídas. Socios en general, esperan 15-20 sesiones de una hora más de 5-6 meses. Una sesión típica sigue esta secuencia: El terapeuta pregunta acerca de cualquier uso de la sustancia desde la última reunión, la pareja discute el cumplimiento del contrato de recuperación, la pareja se presentan y discuten las tareas asignadas en la última sesión la pareja discute los problemas de la relación desde el último período de sesiones, el terapeuta presenta nuevo material y el terapeuta le asigna nuevas tareas (SAMHSA, 2009).

Intervenciones en línea exitosas para el tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas

Existen nuevas tecnologías cuyo objetivo es brindar una atención e intervención por medio de la red (Internet) a usuarios dependientes de alcohol y/o drogas. Diversas intervenciones en línea han demostrado ser no sólo más costo-efectivas, sino accesibles y con métodos apropiados de motivación, eficacia y adherencia tratamiento (Bickel & Marsch, 2007; McLellan et al., 2003). Existen intervenciones internacionales eficaces de esta índole como: Outside the class: <http://www.outsidetheclassroom.com/>, My Student body: <http://www.mystudentbody.com/> (Tait & Christensen, 2010).

En México, es reciente su aparición y aún incipiente esta modalidad de tratamiento, por lo cual, se mencionará un ejemplo importante de una intervención en la que se ha promovido esta nueva modalidad en nuestro país: “Ayuda para la Depresión”: www.ayudaparadepresion.org.mx (Lara et al., 2009) es una intervención en línea gratuita e interactiva que trata problemas y síntomas de depresión en mujeres y en algunos hombres interesados, no solo brinda información sobre este padecimiento, sino que entrena a los usuarios en habilidades, estrategias y ejercicios que ayudan a superar dicho problema. Es importante señalar que este programa cuenta con un apartado en adicciones, en donde otorga ayuda a mujeres que presentan problemática dual, tanto de

depresión y adicción al alcohol y/o drogas, así como mecanismos y estrategias de este orden para superar con éxito este padecimiento.

Por otro lado, cabe señalar que algunas intervenciones en línea van dirigidas al usuario dependiente de alcohol y/o drogas, en dónde se les brindan una serie de estrategias específicas para el adecuado tratamiento de su problemática; otras modalidades y cursos en línea tienen como objetivo capacitar a distancia a profesionales de la salud para el manejo adecuado de diversas problemáticas en torno a las adicciones.

Ejemplos relevantes son: *Prevención del Consumo de Sustancias en Trabajadores* (Carreño et al., 2009) este curso tiene la finalidad de que el orientador adquiera los conocimientos necesarios para que pueda desarrollar un programa de prevención de consumo de sustancias en su centro de trabajo, ello con base en el programa *Modelo para la Prevención del Uso de Sustancias entre Trabajadores y sus Familias*. Otro ejemplo es el curso de *Familia y Adicciones* (Natera et al., 2009) su objetivo es dotar a los orientadores a emplear técnicas de apoyo para las familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas; *Intervenciones Breves en adicciones pretende dar a conocer el Modelo de Intervenciones Breves en Adicciones (alcohol y drogas)* (Tiburcio et al., 2009).

Varios modelos más son: *Adolescencia, Salud Mental y Adicciones*, no solo se ocupa de dar elementos para el manejo de las adicciones en los jóvenes, sino de otras conductas disfuncionales como: trastornos del estado de ánimo, ansiedad, TDAH y trastornos de la conducta (Palacios et al., 2009). *Subsistencia infantil en la calle y drogas* (Gutiérrez et al., 2009) es un curso que tiene la finalidad de proporcionar al participante los conocimientos y el desarrollo de competencias para ayudar a prevenir y desalentar el consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes en situación de calle mediante el diseño de un proyecto comunitario. Otros cursos van orientados a problemáticas propias del género femenino y sus problemáticas más indicadas como: *Mujeres, prisión y drogas* (Romero, 2009) y *Prostitución y drogas* (Rodríguez, 2009).

Los programas antes mencionados han demostrado tener éxito en su modalidad in situ, sin embargo, la evaluación en línea de la intervención y de las capacitaciones aún está en proceso. No obstante, el avance es importantísimo, puesto que pone de manifiesto nuevas formas de prevenir y tratar incidir adecuadamente el problema de la adicción al alcohol/drogas que ayuden a cubrir las demandas actuales económicas, de tiempo, personales y familiares y que al mismo tiempo faciliten la intervención de las personas con dicha problemática de una forma práctica, asequible y entretenida.

Alcohólicos Anónimos (AA)

Es bien sabido, no solo en nuestro país, sino en todo el mundo que Alcohólicos Anónimos (AA) es una de las fuentes más concurridas y solicitadas para el manejo del consumo de alcohol y la gestión de sus problemas relacionados, empero, no

se puede dejar de lado sus características específicas que hacen que tenga alta demanda de tratamiento de manera global. Sin embargo, su efectividad es un tópico bastante controversial y polémico, por lo cual, es necesario retomar estudios controlados que hayan probado su eficacia con el fin de tomar estos elementos en consideración para la ejecución de un tratamiento más integral. De esta manera, el NIAAA (2000) ha documentado que los grupos de autoayuda son la fuente más solicitada de ayuda para problemas relacionados al alcohol. AA es uno de los más comúnmente conocidos grupos de auto-ayuda, describe 12 pasos, que los dependientes al alcohol deben alcanzar durante el proceso de recuperación. Los usuarios pueden involucrarse con AA antes de entrar en el tratamiento profesional, como parte de ella o complementándolo.

Como bien lo señala Campillo (2002) los AA han proliferado en territorio mexicano; se calcula que hay 13,000 grupos en todo el país. México ocupa el segundo lugar en el mundo en cuanto a la membresía. Asimismo, este autor apunta a que se encuentran esparcidos en todo el país, tanto en zonas urbanas como en rurales. Incluso, hay grupos en lenguas indígenas, fenómeno que no deja de ser extraño, pues no es fácil explicar que un movimiento que refleja la típica ideología de la clase media estadounidense haya tenido éxito con los indígenas mexicanos. De la misma forma, existen sociedades de tratamiento que basan su ideología en los principios de AA y que a diferencia de ellos tienen una meta económica tales como: grupos de 24 horas de jóvenes alcohólicos, de granjas o anexos y de un lugar exclusivo para personas de altos ingresos llamado Monte Fénix. Estas sociedades no solo no tienen problemas de financiamiento sino que resultan buenos negocios.

Por otro lado, pese a, que AA parece producir resultados positivos en muchos de sus miembros, su eficacia rara vez se ha evaluado en ensayos clínicos aleatorios. Un estudio aleatorizado de usuarios que ingresaron a un programa de asistencia al empleo se comparó con tratamiento hospitalario combinado con AA y el otro grupo únicamente había recibido como intervención el AA. Este estudio demostró que el tratamiento hospitalario combinado con AA consiguió mejores resultados que AA solo. Ouimette y colaboradores citados en NIAAA (2000) comparó en un estudio observacional no aleatorizado, que involucró a 3,000 pacientes del Departamento de Asuntos de Veteranos, contrastó tres grupos de intervención: aquellos programas de AA, de orden cognitivo conductual y enfoques terapéuticos que combinaban ambas aproximaciones. Un año después de haber completado el tratamiento, se compararon los resultados de dichas intervenciones con medidas apropiadas del consumo de alcohol y sus problemas relacionados. Sin embargo, los participantes en el programa de 12 pasos lograron elevados grados de abstinencia y mayores grados de empleo comparado con aquellos participantes de los otros dos programas. La interpretación de estos resultados es complicada por la falta de aleatorización de los usuarios en los diferentes tipos de tratamiento (NIAAA, 2000).

Los efectos benéficos del AA pueden ser atribuibles en parte al remplazo de las redes sociales del usuario y de la generación de amigos adictos con la hermandad

de los miembros de AA que proveen motivación y apoyo para el mantenimiento de la abstinencia. En suma, esta aproximación en ocasiones promueve la adquisición de habilidades de enfrentamiento, algunas similares a las que se enseñan en programas de intervención más estructurados que llevan a la reducción del consumo de alcohol (NIAAA, 2000).

Se podría afirmar que, otro elemento que es sustancial y que no se comparte con otras intervenciones es la cuestión espiritual. Un concepto central en AA es la aceptación de una fuerza espiritual procedente de un poder superior para la recuperación del alcoholismo que implica aceptar la espiritualidad, que es vista como una experiencia de transformación o de “despertar espiritual” como resultado de asistir a los grupos AA y de la práctica de los 12 pasos. Un estudio reciente en nuestro país (Gutiérrez et al., 2007) abordó las variables de impacto para el logro y mantenimiento de la abstinencia en una muestra no probabilística de 192 miembros de AA. Los resultados mostraron que, en promedio, los AA no recaídos han practicado un mayor número de los 12 pasos de quienes han recaído con diferencias significativas entre ambos grupos.

Los resultados sugieren que un mayor involucramiento con los pasos 4° al 12° (convencionalmente considerados por AA como pasos de acción y mantenimiento) aumenta 10% la probabilidad de lograr un “despertar espiritual” y que tal experiencia eleva 2 veces la probabilidad de mantener la abstinencia en los AA que la han alcanzado. Los resultados de este estudio mostraron que espaciar o nunca practicar los 12 pasos genera niveles bajos de espiritualidad y que éstos pueden causar recaída, en tanto que una mayor espiritualidad tiene implicaciones importantes para la recuperación del alcohólico. Asimismo, en esta muestra, la vía para desarrollar la espiritualidad y el mantenimiento de la abstinencia, requiere de actividad cognitiva, emocional y conductual y no sólo convencimiento de la enfermedad y de su probable solución. Dicho por este autor, los 12 pasos representan una forma particular de expresar la espiritualidad que se encuentra limitada por prácticas y cogniciones específicas, por lo que son necesarias investigaciones adicionales para confirmar estos resultados con otras medidas de espiritualidad (Gutiérrez et al., 2007).

Entonces, se podrían considerar que en algunos casos las variables de mayor impacto de efectividad es la alianza y apoyo de la red social, así como la conexión espiritual y sus implicaciones conductuales, es decir, llevar a la práctica dichos postulados (12 pasos) en sus vidas cotidianas. De esta manera, no solo los grupos de autoayuda con este protocolo y formato de intervención, esta aproximación ha servido como base y fundamento en algunas terapias psicosociales. Existe un tratamiento de intervención que basa sus principios terapéuticos en los postulados del AA, su nombre es Terapia de Facilitación de los Doce Pasos (Twelve Step Facilitation Therapy) (TSF) es una intervención breve que facilita la recuperación del abuso del consumo de alcohol, dependencia al alcohol y problemas asociados a su consumo; esta implementado de manera de brindar de 12 a 15 sesiones. Se basa en los principios cognitivos, espirituales y conductuales de Alcohólicos Anónimos (AA) y Neuróticos Anónimos (NA) [SAMHSA, 2009].

Estos principios incluyen el reconocimiento de que la voluntad sola no puede lograr un desarrollo sostenido de sobriedad, que entrega a la conciencia de grupo, debe sustituir el egoísmo, y que la recuperación a largo plazo consiste en un proceso de renovación espiritual. Sus objetivos son dos principalmente: Aceptación de la necesidad de abstinencia de alcohol y otras sustancias y rendirse, o voluntariamente participar en los principios de los 12 pasos. El consejero explica los 12 pasos y brinda apoyo, promueven discusiones de lecturas de AA/NA, auxilia al cliente a emplear los recursos de AA/NA en momentos de crisis y presenta conceptos avanzados de inventarios morales. Los resultados principales que ha reportado son porcentaje de días en abstinencia del consumo de alcohol, consecuencias adversas del consumo, evaluación de problemas del consumo, número de días de consumo excesivo, disminución de la cantidad de consumo por día e involucramiento en el grupo de AA (SAMHSA, 2009).

Tratamientos farmacológicos

Para muchos usuarios dependientes al alcohol, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada. La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo (NIDA, 2009).

Existen tratamientos farmacológicos que han sido destinados a varios propósitos de farmacoterapia, uno de ellos es para controlar el síndrome de abstinencia del consumo de alcohol (vómitos, ansiedad, temblores, sudoración, palpitaciones, etc.) en los procesos de desintoxicación; otros son útiles en la fase de mantenimiento, ya que han ayudado a conservar la abstinencia, algunos más van destinados a controlar estados comórbidos asociados al consumo como ansiedad y depresión y finalmente aquellos fármacos que están en proceso de experimentación. En primera instancia, se brindaran los ejemplos más relevantes de cada uno de ellos con el fin de conocer su utilidad en el manejo farmacológico de la adicción al etanol.

Antes que nada es importante definir el proceso de desintoxicación, éste se comprende como la retirada y cese programado de la ingesta alcohólica y el reajuste de los diversos órganos en ausencia de alcohol. Se estima que entre el 13-71% de los sujetos tratados por desintoxicación presentan síndrome de abstinencia al alcohol. Los síntomas clínicos de la abstinencia comienzan entre 6-48 h. después del último consumo, alcanzan su mayor intensidad en las 24-48 horas y se resuelven en 5-7 días. Las opciones farmacológicas más habituales son: Benzodiacepinas, Tiapride, Tiamina-Vitamina B1 (El tratamiento del Síndrome de Abstinencia alcohólica debe completarse siempre con suplementos vitamínicos que corrijan las carencias nutricionales), Clormetiazol (Derivado de la

vitamina B1 (porción tiazólica) presenta efectos sedantes, hipnóticos, anticonvulsivante y antitremórico., Anticonvulsivantes (Szerman, 2004).

Las Benzodiazepinas (Valium® o Xanax®) se aplican en tratamiento para el síndrome de abstinencia, ya que incrementa la actividad de GABA, cuando existe excitabilidad en el cerebro mientras ocurren los síntomas de la retirada, permitiendo al cerebro adquirir su balance natural (NIAAA, 2009). Además, son eficaces y poco tóxicas, aunque se debe considerar la continuidad de su prescripción más allá de la desintoxicación por sus efectos adversos y sus peligros potenciales para los dependientes al alcohol: sedación, déficit psicomotor, interacción con alcohol, tolerancia, cruzada, abuso/dependencia, efectos paradójicos como euforia en alcohólicos. Se pueden utilizar tanto en síndrome de abstinencia alcohólica leve como complicado con delirium o convulsiones (Szerman, 2004).

Los Anticonvulsivantes son fármacos no sedativos, pese a no tener la indicación aprobada, se están convirtiendo de hecho en una alternativa deseable al tratamiento con benzodiazepinas. Sus ventajas son que no interactúan con el alcohol y la falta de problemas de abuso/dependencia. Adicionalmente presentan efectos clínicos sobre la ansiedad, estabilizan el estado anímico, mejoran la irritabilidad y quizá la impulsividad (Szerman, 2004). Algunos medicamentos prometedores de este tipo se encuentran el Topiramato (Topamax®) cuyo uso normalmente se emplea para tratar ataques epilépticos, se sugiere es efectivo al reducir el consumo en usuarios dependientes a esta sustancia (NIAAA, 2009).

Existe otro objetivo terapéutico una vez que ha sido controlado en síndrome de abstinencia, mismos que han sido empleados para su mantenimiento, combatir el deseo irrefrenable por consumir/craving, disminuir el efecto reforzante de la sustancia y prevenir recaídas. Estos fármacos son los siguientes: Disulfiram (Antabuse®) lo han empleado en numerosos tratamientos para prevenir el consumo de alcohol, el cual incrementa la concentración de acetaldehído, misma sustancia que en presencia del alcohol produce náusea y robotización en las personas (NIAAA, 2009). Sus características intrínsecas del Disulfiram son: Inhibidor irreversible de la aldehidodehidrogenasa y la duración de su efecto varía desde pocas horas hasta dos o más días en casos poco frecuentes. Su administración es oral, en comprimidos de 250 mg. Debe valorarse su administración en casos de cardiopatía, insuficiencia respiratoria, epilepsia o psicosis. También se debe tener presente su interacción con diazepam, antidepresivos tricíclicos, haloperidol, anticoagulantes orales, antihistamínicos, alfa y betabloqueantes. El tiempo de utilización es por consenso de 6 a 12 meses como mínimo (Szerman, 2004).

La Naltrexona (ReVia®, Vivitrol®, Naltrel®) se considera un fármaco que ayuda a resistir el Craving, en principio de cuentas se tiene que es un antagonista opiáceo usado desde 1984 para el tratamiento de los adictos a la heroína, posteriormente se comprobó su utilidad en la dependencia alcohólica. Su mecanismo se basa en que el alcohol en pequeñas cantidades provoca la liberación de opiáceos

endógenos, que a su vez incrementa la actividad dopaminérgica en el sistema de recompensa cerebral. De esta forma Naltrexona ayuda a no perder el control y evitar caer en un consumo masivo. Son numerosos los estudios controlados, incluyendo un metaanálisis Cochrane que avalan la utilidad y eficacia en la tasa de recaídas, tiempo hasta la recaída, tiempo de abstinencia entre días de ingesta, días de consumo excesivo, número de bebidas por día de ingesta y número total de bebidas mientras dura el tratamiento (Szerman, 2004).

La Naltrexona se emplea para la reducción del beber o abstinencia, misma sustancia que bloquea los receptores opiodes en el cerebro involucrados en las sensaciones placenteras asociadas con beber. En 1995, la Food and Drug Administration de EE.UU. aprobó el uso de la Naltrexona medicación (ReVia™) como una ayuda en la prevención de recaídas entre los alcohólicos en recuperación que son a la vez sometidos a tratamiento psicosocial. Esta aprobación se basó principalmente en dos estudios controlados aleatorios que mostraron una disminución de consumo de alcohol durante períodos más largos en los pacientes tratados con Naltrexona en comparación con aquellos que recibieron un placebo, no obstante, Como todos los medicamentos, la Naltrexona tiene efectos secundarios. Un estudio reciente informó de una alta tasa de efectos secundarios, lo que probablemente explica por qué este estudio, en contraste con la mayoría de los estudios, no pudo encontrar la Naltrexona eficaz (NIAAA, 2000).

Acamprosato (acetil homotaurinato) (Campral®): Es un fármaco que ante la presencia de estímulos condicionados que indican que se va a ingerir alcohol, el SNC responde con un aumento del glutamato para contrarrestar la disminución que provocará el alcohol, que dará lugar a síntomas de ansiedad, disforia asociados al deseo de volver a beber y que provoca las recaídas. También posibilita que se reduzca la hiperexcitabilidad glutamatérgica de la abstinencia, donde es de utilidad, incluso en la prevención de la aparición de convulsiones y quizá como protector cognitivo. Sin embargo los estudios controlados solo hacen referencia a su eficacia en mantener la abstinencia y disminuir la ingesta de alcohol durante períodos prolongados. De hecho, no produce aversión por el alcohol, no inhibe sus efectos gratificantes ni reemplaza o potencia sus efectos. Es bien tolerado y como efecto indeseable más frecuente se ha descrito la diarrea, y más raramente el estreñimiento, náuseas y dolores abdominales. En último lugar, ayuda a mantener la abstinencia, se piensa que amortigua la actividad de glutamato y ayuda a reducir la excitabilidad asociada con el síndrome de abstinencia (Szerman, 2004).

Asimismo, el Acamprosato mostró resultados prometedores en el tratamiento del alcoholismo en varios ensayos europeos aleatorios controlados que incluyeron a más de 3.000 sujetos alcohólicos que también fueron sometidos a tratamiento psicosocial. Análisis de los resultados combinados mostraron que el acamprosato más del doble de muchos alcohólicos que reciben se mantuvieron abstinentes hasta 1 año en comparación con los sujetos que recibieron sólo tratamiento psicosocial (NIAAA, 2000).

Otros ejemplos son: El Ondansetron (Zofran®) ha sido empleado para prevenir la náusea y el vómito, su uso potencial se pone de manifiesto a que probablemente ayude a reducir el consumo en usuarios dependientes al etanol en su vida cuyo neurotransmisor blanco es la serotonina. El Baclofen (Kemstro®, Lioresal®) se ha empleado para el tratamiento de los espasmos musculares y puede tener efectos benéficos en fomentar la abstinencia, especialmente en aquellos usuarios con cirrosis hepática. Y por último la Quetiapina (Seroquel®) ha sido empleada para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, su potencial de uso, es probable sea útil en el incremento de los periodos de abstinencia y con aquellos usuarios con dependencia severa a esta sustancia (NIAAA, 2009).

Medicamentos inhibidores selectos de la recaptura de la serotonina (Fluoxetina [Prozac®], Sertralina [Zoloft®], y otros), han demostrado resultados variados para el tratamiento de dependientes al alcohol con depresión a lo largo de su vida. (NIAAA, 2009). Además, la Sertralina (Zoloft®), parece reducir el consumo de aparición tardía, pero no de inicio temprano en los alcohólicos. Sin embargo, la fluoxetina (Prozac®), medicamento relacionado con sertralina, no se ha encontrado para ser eficaz en el alcoholismo de inicio tardío (NIAAA, 2000).

Existen otros fármacos en investigación como el Gammahidroxibutirato (GHB), en ambientes “rave” y juveniles se ha empleado de forma lúdica, como droga de diseño, pero dadas sus características depresoras del SNC, ha sido investigado como agente anestésico y también para narcolepsia y dependencia al alcohol. Aunque los estudios son favorables, posee, al parecer un potencial de abuso que limitaría su desarrollo. El Abecarnil, es un agonista parcial del receptor benzodiazepínico, fue comparado al diazepam en un ensayo doble ciego, Ambos grupos consiguieron similares resultados.

Finalmente, la investigación apoya la idea de utilizar medicamentos como un complemento a la terapia psicosocial del abuso de alcohol y dependencia al mismo. Sin embargo, los ensayos clínicos adicionales son necesarios para identificar los pacientes más susceptibles de beneficiarse de ese enfoque, para determinar los medicamentos más apropiados para diferentes tipos de pacientes, para establecer las dosis óptimas, y para desarrollar estrategias para mejorar el cumplimiento del paciente con los regímenes de medicamentos (NIAAA, 2000).

Prevención de recaídas

Comprender la importancia de la prevención de recaídas es una tarea fundamental para la conducción adecuada de las intervenciones de tratamiento, ya que permite tener un mayor control sobre el patrón de consumo del usuario y el mantenimiento de la abstinencia a lo largo del tiempo. Marlatt y Gordon (1980, 1985) citado en Brownell y colaboradores (1986) han examinado la historia natural de las recaídas. Todo comienza por una situación de alto riesgo y el proceso de enfrentamiento su modelo permite la inclusión de múltiples situaciones de riesgo y enfatiza en sus procesos cognitivos que conlleva y el planteamiento de estrategias cognitivo-

conductuales ante tales situaciones, además, otros factores psicosociales y ambientales son tomados en cuenta.

La prevención de las recaídas, es una terapia de comportamiento cognitivo, que fue desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y adaptada después para adictos a la cocaína. Las estrategias de comportamiento cognitivo son basadas en la teoría que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad. Los individuos aprenden a reconocer y corregir los comportamientos problemáticos. La prevención de recaídas abarca varias estrategias de comportamiento cognitivo que facilitan la abstinencia al igual que proveen ayuda para personas que experimentan recaídas. Las investigaciones indican que los pacientes logran mantener las habilidades que aprenden a través de la terapia de prevención de recaídas aún después de haber completado el tratamiento. En uno de los estudios, la mayoría de los pacientes que recibieron este método de tratamiento de comportamiento cognitivo mantuvieron los éxitos que habían conseguido en el tratamiento durante el año siguiente al mismo (NIDA, 2000).

Este enfoque, fue desarrollado originalmente por Chaney y sus colegas (1978), típicamente incluye ocho sesiones, cada una de las que por lo general se centra en un solo tipo de situación que se plantea un alto riesgo de recaída. Estas situaciones de alto riesgo se dividen en cuatro categorías principales: La frustración y la ira (por ejemplo, conflicto interpersonal), interpersonales la tentación (por ejemplo, una oferta de una bebida), los estados emocionales negativos (por ejemplo, la depresión, el aburrimiento y la soledad) e intrapersonal (por ejemplo, la tentación, el deseo o encontrar una botella de una bebida alcohólica). Los componentes, que maneja son los siguientes: La instrucción directa de habilidades de afrontamiento para situaciones específicas, Modelamiento por parte del terapeuta, ensayo conductual y propio del proceso cognitivo utilizar en la generación de alternativas y sus consecuencias. Esta técnica se puede manejar no solo en forma individual, sino en sesiones grupales, mismas que ayudan a practicar sus nuevas habilidades y de esta manera, los participantes discuten y desempeñan una situación específica de alto riesgo y reciben comentarios sobre cómo mejorar la eficacia de su respuesta. Además, el usuario informa de lo que él o ella pensando en la hora de generar la respuesta de para que los pensamientos o emociones, tales como la ira o la desesperanza pueden ser abordados (Miller, 1996).

Este programa ha sido evaluado con el fin de conocer su efectividad y eficacia, en este sentido, Irving (1996) realizó una revisión de diversos estudios con ensayos clínicos aleatorizados con usuarios dependientes al alcohol, tabaco y otras drogas, las conclusiones de los estudios apuntan lo siguiente: una disminución de la frecuencia e intensidad de los episodios de recaída tras el inicio del tratamiento 6 respecto a controles (sin programa de prevención de recaídas, aunque no se asocia con mayor tiempo de abstinencia, si se compara con otros tratamientos, se observa menor cantidad de alcohol consumido y menos problemas por la bebida que en pacientes con recaídas, asimismo, mayor eficacia de tratamiento integrado

por Prevención de Recaídas y tratamiento farmacológico (Naltrexona o Disulfiram) que cualquiera de éstos aislados.

Aspectos de género asociados al consumo de alcohol

El consumo de alcohol afecta de maneras multivariadas al hombre y mujer, no solo por cuestiones de orden fisiológico, sino, otros elementos psicosociales y culturales que se entremezclan para afectar en distinto grado a ambos sexos. Por un lado, en la cultura mexicana permean valores disimiles de las normas, valores y actitudes en torno el consumo en los varones y las féminas. Tal como lo apunta Natera (1995) citada en Tiburcio (2009) para los varones mexicanos “saber beber” es un rasgo de virilidad y el consumo inicia a edades tempranas, este tiene lugar en el ámbito privado y en el público, pero no ocurre lo mismo para las mujeres pues ellas conforman principalmente el seno familiar y solo puede beber en ocasiones especiales.

Asimismo, Ramírez (1961) citado en Tiburcio (2009) finca los elementos centrales de la cultura mexicana: la predominancia masculina o el machismo, la subordinación femenina, el conflicto entre ambos sexos y la centralidad de la familia sobre el individuo. Los roles de género han venido cumpliendo diferentes papeles en la sociedad, por lo cual, ante la soberanía del machismo en nuestro país, la mujer ha sido relegada a una posición de obediencia y de la ejecución deber ser en el imaginario social. Por tanto, en definitiva la mujer se ha visto mucho más afectada en todos los sentidos (fisiológico, psicológico, psiquiátrico, social y cultural) por el consumo excesivo de alcohol, dependencia y otras problemáticas asociadas.

En principio de cuentas, es contundente que el consumo excesivo de alcohol menoscaba la salud de la mujer más que la del hombre y eso no es todo, dependiendo las circunstancias aunque se trate de una cantidad mínima, la mujer se ve afectada gravemente. Es de suma importancia saber qué, tal como lo apunta Medina Mora (2001), las mujeres embarazadas o que pretenden hacerlo son un claro ejemplo tipo del personas no pueden beber alcohol ni siquiera en dosis mínimas, ya que, de acuerdo a varios estudios la exposición a cantidades moderadas generan en el producto deficiencias en el desarrollo cognitivo y motor; el beber 2-3 copas al día puede ocasionar en el bebé, nacer con una talla menor, peso y circunferencia craneana, mayores anomalías físicas a la edad de 3 años y con menor coeficiente intelectual a la edad de 6 años.

Siguiendo este orden de ideas, los efectos adversos del alcohol en el feto en desarrollo representan un espectro de anomalías estructurales, defectos conductuales e incapacidades neurocognitivas, llamadas más propiamente espectro de desorden fetal alcohólico. La Organización Nacional en Síndrome Fetal Alcohólico [ONSFA (2004) citado en Bheemappa & Murthy (2008)], define el síndrome fetal alcohólico como un espectro de desordenes, cuya escala de efectos pueden ocurrir en una persona cuya madre bebió alcohol durante el

embarazo y que incluye discapacidades físicas, mentales, conductuales y de aprendizaje, con posibles implicaciones a lo largo de toda la vida.

Existen otros factores que condicionan su afectación más intensa y severa en relación a los hombres, en primera instancia, las diferencias en los niveles hormonales relacionados con los ciclos menstruales, el embarazo y la menopausia, la menor proporción de agua en el cuerpo femenino, que se asocia con niveles más altos de intoxicación con menores dosis de alcohol y la tasa más alta de comorbilidad psiquiátrica, que incluye la depresión, ansiedad y otros problemas afectivos (Medina-Mora, 2002b).

Como es señalado por Bríñez-Horta (2001), las diferencias en la proporción de los bioelementos, líquidos y lípidos, en el flujo sanguíneo cerebral, en el tiempo de vaciamiento gastrointestinal, en las terapias hormonales y en uso de contraceptivos exógenos, pueden causar diferencias en las reacciones al alcohol. Igualmente, el uso y el abuso del alcohol presentan en la mujer mayor asociación con la depresión, a diferencia del hombre, cuyo abuso de bebidas alcohólicas se halla asociado más con el desorden de personalidad antisocial. Se considera que la depresión es el predictor más consistente de cronicidad de abuso del alcohol en la mujer (Helzer & Pryzbeck, 1988).

Por tanto, el equipo biológico de la mujer es más vulnerable ante los estragos del alcohol en relación a los hombres y se ve más expuesta a presentar problemáticas de salud más brutales. Empero, los problemas en relación al consumo no solo se ve perjudicada más en el orden fisiológico, sino, elementos psicosociales y culturales han agravado el estatus de la mujer en torno al consumo. Tales como: ser más proclive a presentar problemas sociales como violaciones, agresiones físicas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, entre otros.

Llama la atención como un hecho clave, de acuerdo a datos epidemiológicos recientes, anteriormente reseñados, que el hombre consume etanol en mayor frecuencia y cantidad y presenta mayor dependencia a esta sustancia no solo en nuestro país, sino en varios países occidentales, así como la mayor proporción de abstemios sea de sexo femenino. Estos datos tan significativos hacen cuestionarnos por qué razón ha sucedido así y no de manera inversa. De esta manera, la idiosincrasia y cultura mexicana se ha caracterizado por ser moralista y puritana, es decir, maneja una doble moral, puesto que repudia ciertas manifestaciones y acciones en la mujer y ante estas, es liberal y tolerante con el hombre.

Más explícitamente como lo refiere Pérez (1992) el alcoholismo impide que la mujer cumpla con el papel tradicional que se espera de ella, una desviación de los valores relacionados con su conducta de esposa y madre, se asocia a la promiscuidad sexual y a la incapacidad de dar un buen ejemplo a sus hijos, en cambio la situación con el hombre beber mucho, ser mujeriego e irresponsable está relacionado con las cualidades machistas, toleradas y reproducidas en

numerosas manifestaciones y expresiones de la cultura y de nuestro país. En este sentido, reprueba el consumo de alcohol en la mujer y tolera en demasía periodos de consumo excesivos o embriaguez en el hombre. Así, es mal visto por esta sociedad y la cultura en la que vivimos que una mujer se embriague y presente problemas en torno al consumo o hasta dependencia. Como lo apunta Medina Mora (2002b) “La cultura protege a la mujer de abusar de sustancias pero aumenta la carga cuando ésta presenta problemas”.

Sin embargo, el consumo de alcohol en chicas adolescentes va *in crescendo* elemento esencial de los cambios socioculturales que se están viviendo en la actualidad, por intercambio de roles especialmente en zonas urbanas. Por tal, las mujeres con mejores niveles de escolaridad y que trabajan están consumiendo más alcohol, tendencia que es evidente, sobre todo con la población adolescente; así, las diferencias entre el consumo de alcohol de mujeres y varones parece estar disminuyendo (Medina-Mora, 2002b).

Por otro lado, ejemplos de la carga social y estigmatizadora son aquellos dichos que afirman que “las mujeres decentes no deben beber” por su papel como responsable de los hijos y el esposo, mismos que obstaculizan la ayuda profesional en programas que atiendan a las necesidades específicas de las mujeres. De ahí, si el consumo de alcohol afecta más a la mujer en toda índole, surge la necesidad de conocer las alternativas de tratamiento que existen y también estar al tanto del impacto de los recursos disponibles.

De acuerdo a la ENA (2002) muestra que tanto hombres y mujeres se han apoyado en recursos informales (amigos, familiares y apoyo religioso) o han empleado remedios caseros (brebajes, limpias, etc.) para tratar problemas relacionados al consumo de alcohol. Asimismo, el recurso utilizado con más frecuencia por ambos grupos es AA (Medina-Mora, 2002b).

Aunque en la población de AA los hombres predominan, se observa que está aumentando paulatinamente el número de mujeres. Sin embargo, aún persisten actitudes discriminatorias, de machismo y paternalismo hacia la mujer, lo cual, dificulta la participación de más féminas. Por eso, en algunos grupos, hay ciertos días en los que solo se hacen juntas para mujeres. (Rosovsky et al., 1991). Empero, un año más tarde Rosovsky citada en Medina-Mora (2002) encontró que esta modalidad de atención puede ser atractiva para las mujeres, ya que proporciona anonimato, una variedad de horarios y sobretodo AA permite la adopción de prácticas comunes en las mujeres, como la introspección, el análisis de la relación con otros, la expresión de amor y otros afectos a compartir, entre otros factores.

Por lo cual, es imprescindible que los programas de prevención y tratamiento consideren las necesidades especiales de la mujer y el reforzamiento del concepto de igualdad entre géneros en los programas de prevención, en relación a los problemas relacionados propios del género, tales como violencia física y psicológica que recibe la mujer de la sociedad y familia, los problemas

emocionales concomitantes como comorbilidad psiquiátrica, factores derivados de la condición femenina, como su salud reproductiva, el cuidado de los hijos, así como la carga social de culpabilidad y vergüenza. Considerar barreras para el tratamiento, como lo apunta Medina-Mora (2002) la mayoría de los tratamientos han sido basados en las necesidades de los hombres y no consideran las necesidades especiales de las mujeres, asimismo, pocos programas han sido diseñados para atender las necesidades específicas de las mujeres, pocos consideran la forma como las mujeres utilizan los servicios y barreras hacia el tratamiento y otras necesidades, como la atención a su salud reproductiva, el cuidado de los hijos, incluidos los problemas de la exposición in útero, la atención a problemas psicológicos como culpa y vergüenza, otras barreras como el miedo a perder la custodia de sus hijos, etc.

Ya por último, no se podría dejar de lado, que quien enfrenta los problemas relacionados al consumo de algún familiar, ya sea el esposo, padre, hermano, etc. generalmente es la mujer. Por caer en el estereotipo, tal como lo señala Natera (2002) de "Ser la controladora del consumo de drogas en los demás". Tomar este rol consiste no solo en soportar agresiones físicas y verbales, violencia intrafamiliar y todo el estrés crónico antes mencionado, sino en, prácticamente convertirse en la embajadora espectacular que brindará una solución al problema de consumo del familiar asumiendo gran parte de responsabilidad. Con todo, si ocurriera en sentido contrario, no solo sería estigmatizada y vituperada, sino hasta abandonada por el esposo y aislada de la familia. Estos aspectos, como lo documenta Natera (2002) algunos de los aspectos que explican la forma como la mujer en México enfrenta el consumo de alcohol y drogas están determinados por la percepción cultural que se tiene de las sustancias adictivas, así como del concepto de su rol de género y la relación familiar.

Implicaciones familiares relacionadas al consumo de alcohol

Se ha reportado en múltiples estudios, que la familia con personas adictas sufre de manera considerable al verse constantemente en estrés crónico, tensión y angustia al padecer las consecuencias negativas del consumidor de alcohol o drogas (Natera et al., 2002). Existen diferentes aproximaciones psicosociales que brindan una intervención a dichos problemas. Como ejemplo esta el modelo de codependencia, el modelo feminista, modelo de estrés enfrentamiento-salud, solo por mencionar los más relevantes, asimismo, como lo pone de manifiesto Tiburcio (2009) las intervenciones basadas en la familia emplean una gran variedad de aproximaciones que incluyen la perspectiva sistémica, terapia de red, entrenamiento en habilidades de enfrentamiento y reforzamiento comunitario. Cada una de estas perspectivas ofrece una opción de tratamiento a la familia del consumidor independientemente que este asista a tratamiento o no.

Es clásico que el modelo de codependencia sea de los más utilizados, puesto que lo esgrimen en grupos de AA y pone de manifiesto que la responsabilidad del consumo del usuario no solo recae en él, sino en las mujeres y esto implica que

también ellas tienen un desorden de la personalidad que favorece el consumo de alcohol/drogas (Natera, 2002). De esta manera, no se pretende culpar o responsabilizar a ningún miembro de la familia por los estragos ocasionados por el consumo de alcohol del familiar, sino, más bien hacer algo al respecto que los ayude a sanar sentimientos de frustración, miedo, impotencia, desesperación, ansiedad, etc., con el fin de proporcionar una mejor salud física y mental.

Un modelo propositivo de atención es el de estrés enfrentamiento llamado Modelo de Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas (Natera et al., 2003) pone principal atención a ayudar a las familias a enfrentar problemas relacionados al consumo de alcohol/drogas del usuario. Consiste en: Escuchar y explorar la problemática particular de la familia, proporcionar información objetiva y relevante acerca del consumo de alcohol/drogas, identificar y analizar los mecanismos naturales de enfrentamiento, orientar el apoyo social para la solución conjunta del problema de adicciones y la canalización de las familias a otras fuentes de apoyo. Este modelo señala las formas más efectivas de enfrentamiento como: independiente, asertivo y apoyador, en lugar de evitativo, controlador y emocional, mismas más comunes en las familias mexicanas (Natera, Tiburcio, Mora, y Orford, 2009). Con esto se pretende manejar adecuadamente el estrés de todos los miembros de la familia y apoyar adecuadamente al consumidor.

Esta intervención maneja las problemáticas que acontecen a los familiares de los consumidores, sin embargo, existen otras intervenciones basadas en la familia para su más integral rehabilitación, a continuación, se mencionarán los ejemplos más destacados:

El Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) es un tratamiento conductual que ha demostrado soporte empírico de su efectividad. Se basa en el supuesto que la familia, el medio social y el ambiente laboral juega un papel importante en el apoyo o en la disuasión o desanimo del usuario dependiente al alcohol u otras drogas. Originalmente, el apoyo brindado a los familiares se reducía a la integración de terapias basadas en los principios de AA, llamadas Al-Anon, mismos que abogaban por el distanciamiento amoroso con el usuario. Asimismo, la intervención de Preocupación por el Otro Significativo (Concerned Significant Others) maneja un estilo confrontativo, en donde se le brinda una fiesta sorpresa al usuario, misma sus familiares y seres queridos lo confrontan de manera amistosa por las consecuencias de su consumo.

Sin embargo, de acuerdo a Smith et al (2004) estos modelos se pueden considerar unilaterales, únicamente al cambiar actitudes ya sea permisivas, sobreprotectoras o controladoras de los familiares, pero no ayudan a mantener el cambio en la conducta a través de la ejecución de nuevas habilidades sociales, reforzamientos de conductas eficaces para mantener la abstinencia que permitiesen una motivación constante para el usuario

De esta manera, el CRAFT, emplea estrategias de reforzamiento conductual en los familiares, principalmente la/el esposa/o, entrena a los mismos a utilizar

estrategias motivacionales, con el afán de vencer las resistencias del familiar, asimismo, se lleva un análisis funcional de la conducta (Identificar antecedentes, conducta de consumo y consecuentes) en los comportamientos de alto riesgo de los familiares, que aumentaban la probabilidad de consumo del familiar en juego o fungían como precipitadores del consumo. Y en su lugar, tener en cuenta otras conductas que ayuden al familiar a no recaer en el consumo. Cabe objetar que en ningún momento esta intervención exonera de responsabilidad al usuario, sino, se trabaja de preferencia al unísono, con la familia y el usuario, solo que en sesiones separadas. Además se lleva a cabo un entrenamiento en habilidades a los familiares en cuestión como: comunicación, solución de problemas, habilidades socio-recreativas, consejo marital, control emocional. Las sesiones de terapia son experiencias de aprendizaje, en donde el familiar por medio de modelamientos y ensayos conductuales comienza a dominar las nuevas estrategias. Finalmente, la evidencia empírica ha sido evaluada en diversos ensayos clínicos controlados. Uno de ellos ejecutado por Azrin (1986) en el cual comparó el CRAFT, un grupo de AA y el grupo control. Los resultados apuntaron a que el CRAFT obtuvo mayores días en abstinencia y menor cantidad de consumo en contraste al grupo control y AA (Smith et al., 2004).

Familia Terapia del Comportamiento (FBT) es un tratamiento ambulatorio de comportamiento encaminadas a reducir consumo de drogas y alcohol en jóvenes y adultos, junto con la cooperación común que ocurren los problemas de comportamiento como la depresión, la discordia familiar, escolar y asistencia al trabajo, y problemas de conducta en los jóvenes. Este enfoque de tratamiento debe sus fundamentos teóricos para el enfoque de refuerzo comunitario, e incluye un método validado de mejorar el reclutamiento y la asistencia. Los Resultados de éxito que han sido reportados son los siguientes: El consumo de drogas, el consumo de alcohol, las relaciones familiares, la depresión, empleo/asistencia a la escuela, Síntomas de trastorno de conducta (SAMHSA, 2009).

La Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) es una terapia familiar completa y multisistémica dirigida a adolescentes que abusan de alcohol y sustancias, con trastornos mentales, y aquellos de alto riesgo para el abuso continuado de la sustancia y problemas de comportamiento tales como trastornos de conducta y la delincuencia. Trabaja con los jóvenes y con su familia, MDFT ayuda a los jóvenes a desarrollar habilidades de afrontamiento y solución de problemas para una mejor toma de decisiones y ayuda a la familia de mejorar el funcionamiento interpersonal como un factor de protección contra el abuso de sustancias y problemas relacionados. Ofrece a través de una serie flexible de 12 a 16 semanas o dos veces por semana 60 - a sesiones de 90 minutos, MDFT es una intervención manual de evaluación y tratamiento que se enfoca en las cuatro áreas de interacción social: El funcionamiento interpersonal de los jóvenes con padres y compañeros, las prácticas de parentalidad y el nivel de educación de adultos en el funcionamiento independiente de su papel de padres, las interacciones padre-adolescente en las sesiones de terapia, y la comunicación entre los miembros de la familia y la clave de los sistemas sociales (SAMHSA, 2009).

Conclusiones

Es mi opinión que, en nuestra sociedad puede ser relativamente fácil juzgar a una persona de alcohólica porque bebe alcohol el fin de semana y en exceso, o nombrar “ebrios” a sujetos europeos que acostumbran beber todos los días 1 copa de vino en la comida, estos son juicios temerarios que carecen de fundamento, no obstante, pueden llevar a ciertas personas a saltar a conclusiones o a tener ideas erróneas. Por tanto, es imprescindible que todo profesional de la salud dedicado a la detección oportuna, prevención y tratamiento de las adicciones, conozca los términos y características clave de los patrones de consumo del alcohol y sus alcances, en orden de no caer en falsas sentencias y además para brindar la atención terapéutica (psicológica y/o psiquiátrica) adecuada.

Al comprender lo anterior y tener en claro su real importancia, podemos no solo derribar juicios de valor absurdos, sino comprender cómo y con quién realizar prevención e intervenciones de tratamiento para la problemática de adicciones. Sabemos con esto, que a pesar de que el alcohol es una droga legal y puede ser consumido de forma moderada, no es inocuo su consumo para toda la población (niños, adolescentes, mujeres embarazadas, adictos, etc.) y tampoco en toda circunstancia (al manejar maquinaria, autos, etc.), asimismo, el hecho de que un bebedor problema quizás aún no tenga una dependencia al alcohol, no quiere decir que su conducta relacionada al consumo esté exenta de riesgos de orden psicosocial y físicos como accidentes automotrices, baja productividad laboral, problemas familiares, etc. En cuanto a la dependencia al alcohol, ya se mencionaron las graves consecuencias de toda índole que sugieren que obtenga un tratamiento más intensivo. Por lo tanto, el consumo de alcohol, es una práctica socialmente aceptada en nuestro país y en la mayoría de países occidentales y no por eso ciertos patrones de consumo dejan de ser un problema de salud pública por las consecuencias graves que implican.

Por otra parte, por los datos epidemiológicos antes mencionados se tiene que, el consumo de alcohol va *in crescendo* en mujeres adolescentes o jóvenes sobretodo en los países desarrollados de occidente, así como en nuestro país, dado no solo al cambio en el imaginario social de emancipación e igualdad entre hombres y mujeres, sino por otros elementos clave interactúan como: el nivel de escolaridad más elevado, vivir en zonas urbanas, etc. No obstante, aún impera mayor consumo excesivo y dependencia al alcohol en población masculina. Primordialmente, ciertos factores son los que han permeado los valores culturales, normas sociales y códigos “religioso-morales” en sociedades occidentales, incluyendo reciamente nuestro país y han marcado la diferencia entre los géneros en los patrones de consumo de alcohol y no solamente diferencias fisiológicas.

Cabe destacar que, no se podría circunscribir a un solo origen el hecho de que algunas personas presenten problemas por su forma de beber como consumo excesivo y dependencia, no sería objetivo decir que su origen en sí es solo por factores de herencia, o porque sus padres bebían en exceso o lo maltrataban

física o psicológicamente o porque de niño era un chico problema, etc. Si bien el consumo perjudicial de alcohol, así como la dependencia son multicausales y no determinantes, la predisposición genética, factores biológicos, sociales, familiares, culturales, etc. se han entrelazado y han dado como resultado que una persona beba de esa manera. No podemos dejar de lado que el aspecto social tiene una gran preponderancia al ser un punto clave del aprendizaje vicario, ya que su premisa básica consta que el aprendizaje se lleva a cabo sin que necesariamente el sujeto realice la conducta, o más concretamente, el aprender a beber forma parte del desarrollo psicosocial. Este proceso tiene lugar antes que el niño o adolescente consuma alcohol, además, puede proveer contextos irresistibles que mantengan la conducta de consumo y la refuercen, etc.

Por tal razón, existen factores de riesgo y protección que deben ser evaluados y tomados en cuenta en los programas de prevención, tal como lo recomienda el NIDA (2009). Es imprescindible que estos factores se cubran y se consideren en los programas de atención, así como sus principios básicos, para que se pueda hablar de una intervención eficaz de este orden. De esta manera, cabe hacer un análisis de los programas de prevención que existen (universales, selectivos e indicados) y que han demostrado éxito. Resumidamente, dichos programas, trabajan en el entrenamiento en habilidades sociales (comunicación, resistencia a la presión de pares, asertividad, autoestima, toma de decisiones, solución de problemas, etc.) en niños y adolescentes, la mayoría se aplican en las escuelas y algunos trabajan en la familia, promoviendo cambios conductuales en los padres hacia prácticas de crianza positivas, tales como: establecimiento de reglas y lineamientos, monitoreo de las conductas de sus hijos, reforzamiento de buenas conductas, extinción de conductas no deseadas, etc.

Todo esto con el fin de obtener resultados más exitosos y trabajar de forma más integral. No se trata de solo brindar información de forma desmesurada, ya que ésta puede tener un efecto iatrogénico, puesto que en lugar de prevenir o ayudar a modificar conductas y anticiparse al consumo (así como sus consecuencias negativas), puede resultar contraproducente, ya que, se ha reportado que algunos programas de prevención han brindado información que ha alentado más el consumo de alcohol en población adolescente, estos programas son los siguientes: Preventive Alcohol Education de Duryea (1988) y el programa Here's Looking At You (HLAY) Two de Hopkins (1988), ambos citados en Foxcroft, (2006).

Pero no podemos dejar de lado lo que está ocurriendo en nuestro país, no se ha reportado eficacia en los programas de prevención que existen, se carece de datos duros que avalen su efectividad, por lo cual, una de las propuestas para contar con programas de prevención que sí funcionen, es por un lado, validar los programas de prevención exitosos de otros países a población mexicana, promover nuevos senderos en investigación y práctica, así como evaluar periódicamente los programas de prevención existentes para su mejora continua.

Respecto a las intervenciones de tratamiento para el manejo de alcohol, las de corte breve han demostrado gran efectividad no solo por ser más costo-efectivas, sino porque abordan el problema de manera inmediata aun cuando no se ha presentado una dependencia severa al etanol, asimismo abarcan una extensión más amplia de la población, en ambientes laborales, escolares y familiares. Las más eficaces son de corte cognitivo-conductual y psicosociales. Esto no quiere decir que otras intervenciones breves carezcan de valor, por ejemplo las de corte psicoanalítico, racional-emotivo, transpersonal, etc. Empero, estas modalidades todavía no han sido evaluadas con todo el rigor científico y demostrado su éxito a corto, mediano y largo plazo.

Las intervenciones de mayor efectividad, soportadas empíricamente son aquellas de corte cognitivo-conductual y sociales, se caracterizan por ser más activas, intensivas e integrales ya que tratan problemas de dependencia media y severa en los usuarios de alcohol. El gran reto es que el usuario alcance una satisfacción y reforzamientos sociales en todos los ámbitos de la vida para que no recaiga en el consumo. Por un lado, trabajan con el usuario al entrenarlo en habilidades sociales de orden cognitivo (solución de problemas), emocional (control de emociones desagradables), sociales (comunicación efectiva, rehusarse al consumo, habilidades sociorecreativas, búsqueda de empleo, etc.), técnicas conductuales (autoregistro, manejo de contingencias, técnicas de control de ansiedad, refuerzo positivo, etc.) y procedimientos cognitivos (reestructuración cognitiva, autoafirmaciones positivas, etc.), asimismo, estas técnicas cognitivo-conductuales se apoyan de un factor motivacional muy intenso. Esto no queda ahí, el trabajo con el otro significativo (familiar o amigo) es fundamental no solo como estrategia que le permita al usuario adherirse más al tratamiento, sino por la necesidad de dar soporte, contención y estrategias efectivas al familiar para su vida misma.

A pesar del arduo esfuerzo de este tipo de intervenciones (CRA, PSC, CRAFT, A-CRA, etc.) es necesario que el usuario reciba un tratamiento integral. Esto quiere decir, que el tratamiento psicológico y farmacológico necesita ir de la mano. Especialmente en problemas de comorbilidad (depresión y ansiedad), así como para las fases de desintoxicación, manejo del síndrome de abstinencia y mantenimiento de la misma. De esta manera, se puede complementar aún más su tratamiento, al contar con el apoyo social como: terapia grupal, grupos de autoayuda como AA, clubes sociales de usuarios en tratamiento (Club Social UNAM) o, si es del interés del usuario, formar parte de grupos religiosos o espirituales.

En casos en los que el consumo se ha vuelto una situación incontrolable en todos los aspectos de la vida del usuario por las consecuencias graves que implica, existe la opción de internamiento en clínicas de rehabilitación con trato profesional, ya sea de corte público o privado para su mejor manejo. Es importante puntualizar que, la situación actual del país deja mucho que desear en términos de internamiento para el tratamiento de las adicciones, ya que, lamentablemente es más probable que la población recurra a anexos normales y anexos “fuera de

serie” que a clínicas especializadas. En diversos anexos, en particular en los “fuera de serie”, los usuarios son maltratados, en su gran mayoría, física, psicológica y hasta sexualmente, se da la extorsión a los familiares y es claro que no ayudan a reducir o controlar la problemática del consumo.

En resumen, todo tratamiento para el manejo de las adicciones debe ser evaluado y mejorado constantemente con el fin de cubrir más las demandas de quienes padecen estas problemáticas, por lo cual, la investigación tanto epidemiológica y social debe de ir de la mano de la práctica clínica, con el fin de detectar nuevas necesidades, en todo sentido (espiritualidad, sexualidad, otras emociones desagradables como culpa). Conjuntamente, procurar el que su manejo y trato sea equitativo y no discriminatorio, ya sea en cuestiones de género, raza, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad. Como es el caso de la mujer, poblaciones urbanas y rurales marginadas, indígena, población analfabeta, etc.

CAPITULO 2: AVANCES RECIENTES Y PERSPECTIVAS DEL USO DE TABACO

Niveles de consumo de tabaco

El consumo de tabaco representa un problema grave de salud pública al grado de ser considerado una epidemia por parte de la OMS (2004). A pesar de ser una droga legal, está ocasionando fuertes estragos en la población en general y especialmente en los jóvenes, por tal, es importante destacar que todo consumo de tabaco es nocivo para la salud en mayor o menor escala, sin embargo, es de vital relevancia destacar los diferentes niveles de consumo de nicotina en las personas para su mejor abordaje clínico.

Existe una clasificación que pone de relieve el tipo de fumador que existe como fumador pasivo y activo. Los fumadores activos inhalan el humo de la corriente principal (CP), el humo que se aspira directamente por el extremo del cigarrillo (Samet, 2002). Empero, el primer término utilizado para definir la exposición involuntaria al humo de tabaco es el de fumador pasivo. En la actualidad se utilizan términos diversos para el mismo fenómeno: tabaquismo pasivo, fumador involuntario, exposición ambiental al humo del tabaco, tabaquismo ambiental, etc. (Kuri & Hoy, 2002).

Otra clasificación es la que realizan en las encuestas de adicciones. Un claro ejemplo es la ENA (2002) ya que para fines de recopilación y análisis de información, ubica diferentes tipos de consumo, en primer lugar, al fumador, mismo que lo describe como un individuo que al momento de la entrevista reporta fumar. El Ex-fumador: Individuo que al momento de la entrevista reporta no haber fumado en el último año, pero si antes con cualquier patrón de consumo. No fumador: Individuo que nunca en su vida ha consumido cigarros. Asimismo, por intensidad en la cantidad de consumo y ubica distintos niveles: el fumador leve es aquella persona que consume una cantidad no superior a cinco cigarrillos en promedio por día; el fumador moderado es un individuo que consume una cantidad de 6 a 15 cigarrillos en promedio por día, el fumador severo o dependiente es la persona que consume una cantidad igual o mayor a 16 cigarrillos por día. Por otro lado, no sólo debe tenerse en cuenta la cantidad de consumo de tabaco, puesto que no todas las personas que consumen tabaco lo hacen de la misma forma, pudiendo existir amplias variaciones en la profundidad de la fumadas, el tiempo de retención del humo en sus pulmones, el tipo de tabaco consumido, etc.

De esta manera se podría considerar al fumador activo como una persona que consume tabaco de forma reiterada o puede hacerlo de forma fortuita. Sin embargo, sí existen diversos niveles de dependencia, algunos instrumentos de medición ponen de manifiesto el tipo de dependencia ya sea baja, media o alta. Pero el nivel de dependencia de cada fumador tendría que ser evaluado. Por ello, como es referido en la ENA (2002) cada clasificación de los fumadores y niveles

de problemática y dependencia ayuda a identificar la magnitud de las necesidades de atención para la salud, que se presentan en los diferentes grupos respecto al consumo de tabaco. Por ejemplo, para el fumador dependiente se recomienda tratamiento especializado, para el fumador diario, pero sin dependencia se sugiere intervención breve, para fumadores ocasionales y ex-fumadores se sugiere observación y prevención y para los no fumadores, prevención. Para los fumadores pasivos, la implementación de políticas de salud pública y prevención para anticiparse a la exposición de humo de segunda mano.

Epidemiología del consumo de tabaco en el mundo

El tabaquismo es considerado en la actualidad una epidemia que está matando a millones de personas en todo el mundo, cabe destacar que la conducta del consumo de tabaco en el tiempo ha sido similar a una epidemia, que tiene una fase ascendente, un acmé y una fase descendente. Por tal motivo, de acuerdo a la OMS (2008) en este siglo podría matar a mil millones de personas, asimismo, hoy en día hay más de 1,000 millones de fumadores en vida, de los cuales alrededor de 500 millones morirán por causa del tabaco. En la actualidad existen 5.4 millones de defunciones por año, se calcula que para el 2030 habrá más de ocho millones de defunciones por año para 2030 más del 80% de las defunciones por tabaco se registrarán en países en desarrollo, también, para el siglo XXI se prevén 1,000 millones de defunciones.

El hábito está aumentando rápidamente en los países en desarrollo y en el sexo femenino. Actualmente, el 50% de los hombres y el 9% de las mujeres de los países en vías de desarrollo son fumadores, en comparación con el 35% de los hombres y el 22% de las mujeres de los países desarrollados. China contribuye de forma especial a la epidemia en los países en desarrollo (OMS, 2004).

El plan Mpower de la OMS (2008) ha permitido hacer frente a la epidemia del tabaquismo, propone que se adopten medidas urgentes para detentar el problema. Sus siglas significan: Monitor: vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención; Protect: proteger a la población del humo de tabaco; Offer: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco; Warn: advertir de los peligros del tabaco; Enforce: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y Raise: aumentar los impuestos al tabaco.

La mayor parte de los fumadores del mundo son adictos. Sus efectos en la salud son realmente graves, tan solo el tabaco mata a una persona cada seis segundos. OMS (2008). Este organismo internacional ha documentado que el tabaco causa la muerte de la tercera parte o la mitad de quienes lo consumen. Asimismo, el tabaco fumado, en cualquiera de sus formas, causa hasta el 90% de todos los cánceres de pulmón y es un factor de riesgo considerable de accidente cerebrovascular e infarto mortal del miocardio. Los bidis, pequeños cigarrillos liados a mano que se fuman generalmente en la India y otros países de Asia sudoriental, producen tres veces más monóxido de carbono y nicotina y cinco veces más alquitrán que los cigarrillo comunes. Los fumadores de bidis corren tres

veces más riesgo de contraer cáncer bucal que los no fumadores y también corren más riesgo de contraer cáncer de pulmón, estómago y esófago. Los kreteks, cigarrillos de clavo de olor y tabaco muy corrientes en Indonesia, exponen a los fumadores a un mayor riesgo de lesión aguda de pulmón. El shisha, tabaco curado con aromatizantes y fumado con narguiles principalmente en la Región del Mediterráneo Oriental, está asociado a enfermedades pulmonares y cardiovasculares y cáncer. Los fumadores no son los únicos que enferman y mueren por causa del tabaco. El humo de segunda mano también tiene consecuencias sanitarias graves, y a menudo mortales. En los Estados Unidos de América el humo de segunda mano causa anualmente unas 3 400 defunciones por cáncer de pulmón y 46 000 defunciones por cardiopatías. En ese mismo país, cada año, el humo de segunda mano es responsable de unos 430 casos de muerte súbita del lactante, 24 500 casos de insuficiencia ponderal al nacer, 71 900 partos prematuros y 200 000 episodios de asma infantil (WHO, 2003).

Datos del WHO (2003) indican que esta epidemia se ha caracterizado por el incremento en la prevalencia del consumo de tabaco por más del 50% en hombres y por el aumento del consumo de cigarrillos entre las mujeres. También, ha habido un cambio en la edad de inicio del consumo de tabaco, el cual señala que el tabaco está siendo consumido a edades más tempranas, así como el incremento de enfermedades atribuibles de tabaco como cáncer de pulmón entre otras. Muchos países de Asia, Norte de África, y América Latina se ajustan a este patrón. En esta etapa, las muertes atribuibles por fumar constituyen el 10% al 30% de todas las muertes, las tres cuartas partes de las mismas en los hombres. Muchos los países de Europa Oriental y Meridional se encuentran actualmente en esta etapa de la epidemia.

Los países industrializados de Europa Occidental, América del Norte y la región occidental del Pacífico promueven más la educación sanitaria. Sin embargo, incluso estos países, varían considerablemente en su avance contra el tabaco y en su capacidad para mantener el compromiso nacional para reducir el consumo del mismo. En China, por ejemplo, la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres ha permanecido por debajo del 5% a pesar de una alta prevalencia de consumo de cigarrillos entre los hombres durante varias décadas (WHO, 2003).

Los países en donde se consume más tabaco en la población total son: Bangladesh 38.7%, Albania 39%, Argentina con un 40.4%, Eslovaquia con el 42%, Rumania con el 43.5%, Turquía con el 44%, Cuba con el 47.2%, Bosnia Herzegovina 48%, Kenia con 49.4%, Namibia con el 50% y Nauro con el 54%. Nuestro país ocupa el 34.8%. Es también importante conocer no solo los países en los que se consume en mayor cantidad, los países en donde la población en general consume menos cantidad son: Costa Rica 17.6%, Irán 15.3%, Paraguay 14.8%, Bahamas 11.5%, Haití 9.7%, Barbados 9%, Nigeria 8.6%, Omán 8.5%, Ruanda con el 5.5% y el de menor ingesta de tabaco es Libia 4% (WHO, 2004).

En las campañas de publicidad el consumo de tabaco ha sido retratado por sus vendedores como viril, masculino, se ha vinculado a la salud, la felicidad, riqueza,

éxito sexual y poder, cuando en realidad, conduce a la enfermedad, muerte prematura y problemas sexuales. De acuerdo a datos epidemiológicos casi mil millones de hombres en el mundo fuman (cerca de 35%) en los países desarrollados y el 50% en los países en desarrollo. Los países en los que los hombres presentan altos índices de consumo, es decir, de más del 60% son: Rusia 63.2% de varones contra un 9.7% de mujeres, Rumania, 62.0% cuando las mujeres consumen un 25%, Armenia 64% de varones y solo 1% de mujeres consume, Cambodia 66% en hombres y 8% en mujeres, China con el 66% en hombres y a.4% en mujeres, Georgia con un 60.5% y las mujeres el 15%, Mongolia con el 67.8% y las mujeres un 25.5%, solo por mencionar algunos. En todos los países anteriores los hombres consumen en un porcentaje mucho mayor que las mujeres. En nuestro país son fumadores 51.2% de hombres y 18.4% de las mujeres (WHO, 2004).

Aunque en términos generales, el consumo de la mujer en relación al hombre sea menor, esto no quiere decir que no sea un problema. Datos del World Health report (2004) han documentado que cerca de 250 millones de mujeres en el mundo son fumadoras consuetudinarias. El 22% de las mujeres en los países desarrollados y un 9% en los países en desarrollo fuman tabaco. Además, muchas de las mujeres en el sur de Asia lo mastican. El consumo de cigarrillos entre las mujeres está disminuyendo en muchos de los países desarrollados, en particular: Australia, Canadá, el Reino Unido y EE.UU. Pero esta tendencia no se encuentra en todos los países desarrollados. En varios países de Europa oriental, meridional, central, fumar cigarrillos todavía sigue aumentando entre las mujeres o se ha no mostraron ninguna depreciación. La industria del tabaco promueve cigarrillos a las mujeres que usan imágenes seductoras, pero falsas la vitalidad, la delgadez, la modernidad, la emancipación, la sofisticación y la atracción sexual. En realidad, causa enfermedad y la muerte. Tabaco compañías han producido una amplia gama de marcas dirigidas a las mujeres. Los más notables son los "womenonly" marcas: las "feminizadas" los cigarrillos son largos, extra delgado, bajo contenido de alquitrán, de color claro o de mentol.

Consumo de tabaco en niños y jóvenes alrededor del mundo

La inmensa mayoría de los fumadores comienzan el consumo de tabaco antes de que lleguen a la edad adulta. Entre los jóvenes que fuman, casi una cuarta parte fumaron su primer cigarrillo antes de llegar a de la edad de diez años. Las tasas más altas de los jóvenes fumadores se puede encontrar en Europa Central y Europa del Este, las secciones de la India, y algunos de los del Pacífico Occidental islas (Ghana, Guyana, India, Jamaica, Palao, Polonia, Islas Mariana y Santa Lucia). Datos de la Organización Mundial de la Salud (2004) apuntan que el 50% de los adolescentes que continúen fumando morirán de enfermedad producida por el tabaquismo.

Los países donde el consumo de tabaco es del más del 30% en la población masculina adolescente entre 13 y 15 años de edad se encuentran: Rusia (40.9%),

Indonesia (38%), Ucrania (37.7%), Bolivia (31%), Chile (34%). Entre un 20 y 29% se encuentran países como: México (27.9%), Estados Unidos (27.5%), Polonia (29%), Sudáfrica (29%), Argentina (25.7%). Los países en donde el consumo es de menor al 20% se encuentra: China (14%), Venezuela (15.3%), Zimbawe (19%) y Kenia (16%) por mencionar algunos (WHO, 2004).

Los países donde el consumo de tabaco es del más del 30% en la población femenina adolescente entre 13 y 15 años de edad se encuentran: Ucrania (30.8%), Argentina (30%) y Chile (43.4%), por otro lado, con un porcentaje menor a 30% se encuentra: Estados Unidos (24.2%), Rusia (29.5%), Polonia (20%), Cuba (20%), Bolivia (22%), Uruguay (24%) y Sudáfrica (20.8%). El país donde menor es el consumo en las mujeres es Indonesia. El país donde es mayor el porcentaje de consumo en mujeres es mayor que los hombres es Palau con un 62% en mujeres y en los varones 55% (WHO, 2004).

Otros datos interesantes los maneja la OMS (2004) de que menos del 5% de los jóvenes, en Bahamas, Barbados, Costa Rica, Indonesia, Malawi, Montserrat, Polonia, Rusia, Singapur, Ucrania, y Venezuela, piensan las chicas que fumar en los adolescentes el humo parezca más atractivo. Más del 40% de los chicos en Fiji, Ghana, Malawi, Nigeria, Sudáfrica, Sri Lanka y Zimbabwe piensan que los adolescentes que fuman tienen más amigos (WHO, 2004).

Consumo de tabaco en nuestro país

En México, más de 53 mil personas fumadoras mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, lo que significa que al menos mueren 147 personas diariamente (ENA, 2002).

Los datos más recientes de la ENA (2008) apuntan que la prevalencia de vida de consumo en usuarios entre 12 y 65 años es del 35.6%, cerca de 27 millones de mexicanos, había probado alguna vez en su vida el cigarrillo. El 48.8% de los hombres y 23.4% de las mujeres respondieron haber probado el cigarrillo. Se tiene que 40.2% de los adultos probaron el cigarrillo alguna vez en su vida. Si se toma en la localidad (urbana–rural), es menor esta prevalencia 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 cigarrillo 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 adulta fue de 17.4 años.

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. En la población de entre 12 y 65 años se encontró que, en el ámbito nivel nacional, 17.2% –cerca de 13 millones de mexicanos– había fumado más de 100 cigarrillos en su vida. 20.4% de los adultos respondieron

haber fumado más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida. En las áreas rurales, donde 9.7% de la población refirió haber fumado más de 100 cigarrillos en su vida, 18.2% de los hombres y 1.8% de las mujeres (ENA, 2008).

Datos de la ENA (2008) refirieron que entre la población nacional de 12 a 65 años se encontró que 18.5% pertenece a fumadores activos, lo cual representa cerca de 14 millones de mexicanos fumadores; en la ENA (2002) se reportó como fumadores activos más del 16 millones de personas (23.5%), por lo cual hubo un decremento en los últimos 6 años del consumo de tabaco. El porcentaje de ex fumadores se mantuvo casi igual entre la ENA 2002 17.4% y en la del 2008 17.1%, empero, aumentó el número de personas que no había fumado, en esta reciente encuesta (ENA, 2008) se reportó el 64.4% y en la del 2002 59.1%

El consumo de tabaco en los hombres fue de 27.8% y de 9.9% en las mujeres. El 20.6% de los adultos respondieron haber fumado durante el último año. En población la urbana, se encontró que 20.4% de la población entre 12 y 65 años de edad corresponde a fumadores activos, lo cual representa cerca de 12 millones de fumadores; 18.4% corresponde a ex fumadores y 61.1% nunca había fumado. La prevalencia de consumo de tabaco en la población urbana masculina es de 29.8% y en la femenina, de 11.8%. El 22.5% de los adultos del área urbana respondieron haber fumado durante el último año. En las localidades rurales, se encontró que 11.3% corresponde a fumadores activos, 12.4%, a ex fumadores y 76.4% nunca ha fumado. La prevalencia de consumo de tabaco en la población rural masculina es de 20.2% y en la femenina, de 2.9% (ENA, 2008).

Más datos de este estudio (2008) indicaron que en cuanto a la prevalencia anual, el 13.1% de los adultos del área rural respondieron haber fumado durante el último año. En el ámbito nacional, 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, y esta diferencia es estadísticamente significativa. Cuando se compara por grupos de edad, la edad promedio de inicio de consumo diario de cigarrillos fue de 16.8 años en adultos. Asimismo, en el ámbito nacional, los fumadores activos fuman siete cigarrillos al día en promedio. La duración promedio del hábito de fumar diariamente es de 11.4 años en los adultos (18 – 65 años). El 85.3% de los fumadores activos consume menos de 16 cigarrillos al día; 11.7%, de 16 a 25 cigarrillos, y cerca de 3%, más de 25 cigarrillos.

Esta encuesta (ENA, 2008) mencionó variables relacionadas en cuanto a la posibilidad de dejar de fumar en los fumadores activos (adultos 18-65 años). El 12.3% de los sujetos contestaron que les sería difícil abstenerse de fumar en lugares públicos. Más de la mitad han intentado dejar de fumar alguna vez (51.3%). Las principales formas que probaron incluyeron: Dejar de fumar súbitamente (59.4%); dejar de comprar cigarrillos (15.8%), y disminuir gradualmente el número de cigarrillos (12.1%). Exclusivamente el 2.6% de los adultos se han sometido a algún tratamiento para dejar de fumar. El 72% de los fumadores activos adultos han escuchado hablar sobre algún medicamento que

ayuda a dejar de fumar. De los fumadores activos (adultos 18-65 años), 52.4% está de acuerdo en que, si decidiera dejar de fumar, las medicinas (chicles y parches con nicotina y Bupropion) le ayudaría a hacerlo; 37.1% opinó que dichas medicinas son muy caras; 29.5% contestó que estas medicinas pueden dañar la salud, y 16.9% contestó que esas medicinas son muy difíciles de conseguir.

Este reporte (ENA, 2008) apuntó que el 75.7% mencionó que si decidiera dejar de fumar, podría hacerlo sin la ayuda de las medicinas aludidas. Ex fumadores dejaron de fumar fue de 27.7 años de edad: 29 años en el caso de los hombres y 25.6 años en el de las mujeres. Estos ex fumadores fumaban en promedio 8.6 cigarrillos al día; 9.6, los hombres y 6.4, las mujeres. Las principales razones por las que los ex fumadores dejaron de fumar incluyeron: por conciencia del daño a la salud (38.3%) y por haberse hartado de fumar (18.4%). Se consiguieron proporciones semejantes al estratificar por sexo. El 64.4% de la población mexicana refirió no haber fumado: 51.2% de los hombres y 76.6% de las mujeres. Respecto al tamaño de localidad de residencia, 61.1% de la población urbana refirió no haber fumado: 48.4% de los hombres y 72.9% de las mujeres. En el área rural, 76.4% de la población correspondió a no fumadores.

En el ámbito nacional, 23.3%, cerca de 11 millones, de los mexicanos que nunca han fumado informó estar expuesto al Humo de Tabaco Ambiental (HTA): 25.5% de los hombres y 22% de las mujeres. Este género es uno de los grupos de riesgo por estar más expuestos al HTA, en comparación con los hombres.

Con respecto al género, los hombres (71.4%) presentaron mayor dependencia en relación a las mujeres (28.6%), igualmente los fumadores diarios en hombres se ubico el 71.1% y 28.9% en mujeres; los fumadores ocasionales se encuentran 63.2% en hombres y 36.8% en mujeres. En cuanto a la dependencia por grupo de edad se tiene que, la mayoría de la población se encuentra en edades de 35-65 años con un 71.9%, en edades de 18 a 34 años con 25.7% y en edades de 12 a 17 años con un 2.5%. Sin embargo, no ocurre lo mismo cuando se trata de fumadores consuetudinarios ya que la mayoría se encuentra en un rango de edad de 18 a 34 años con un 47.3% y en relación a los fumadores ocasionales La mayoría se encuentra en un rango de edad entre 35-65 años con un 49.6% (ENA, 2002).

Generalmente se observó que al interior de cada uno de los grupos definidos de acuerdo al grado de dependencia, los porcentajes de los fumadores con dependencia, la mayoría considera que es muy grave el consumo de tabaco (38.5%), los fumadores frecuentes la mayoría considera que fumar es bastante grave (39.9%) los fumadores ocasionales y ex fumadores, en su gran mayoría consideran que fumar es muy grave (ENA, 2002).

La ENA (2002) reportó otras variables como el tipo de comunidad, por los datos arrojados, se hace evidente que en zonas urbanas el problema que se identifica de tabaquismo es mayor que en áreas rurales, por ejemplo, entre los fumadores

dependientes el 86.5% pertenecen a comunidades urbanas, los fumadores consuetudinarios con un 87.1%, los fumadores ocasionales con un 80.8%.

La prevalencia de edad de inicio en los hombres, la mayoría (38.7%) inicio el consumo de tabaco en un rango de edad entre 11 y 14 años y en cuanto a las mujeres en su mayoría (48.4%) inició el consumo en un rango de edad entre 15 y 17 años. Del total de fumadores dependientes (1,009.128), el 5.8% manifestó haber solicitado ayuda por el consumo de tabaco durante los últimos doce meses, por lo que se estima que cerca de 59,000 personas acudieron a alguna instancia en busca de apoyo, la mayoría buscó apoyo en grupos de atención medica (52.2%), seguido de curandero con un 30.8%, parches o chicles con un 20%, con un padre o sacerdote 5.5% y el 2.7 en un hospital psiquiátrico.

En relación a los fumadores pasivos esta encuesta integró a las personas que manifestaron no haber consumido tabaco nunca (No fumadores) y aquellos que tienen al menos un año de haber dejado de fumar (ex-fumadores), pero que conviven habitualmente con personas fumadoras. De esta forma, la prevalencia del grupo de fumadores pasivos (25.6%), se estima que representa a 17, 860,537 personas. La mayoría son del sexo femenino (70.52 %) y del sexo masculino (29.48 %). En cuanto a los grupos de edad se tiene que la mayoría se ubica en edades entre 18 y 34 años de edad. Más de tres cuartas partes (78.8%), son residentes de comunidades urbanas. Con relación a la opinión que manifestaron los fumadores pasivos respecto al riesgo de fumar, el mayor porcentaje reportado fue muy grave (41.8%), y únicamente el 3.2% mencionó que no era nada grave.

Ingesta de tabaco en jóvenes mexicanos

En nuestro país se han llevado a cabo diferentes encuestas de adicciones en las que se ha explorado este fenómeno en diversas poblaciones, una de primordial interés son los jóvenes. Conforme los datos de la ENA (2008) se ha puesto de manifiesto las prevalencias e incidencias actuales del consumo de tabaco en los adolescentes (esta encuesta explora patrones de consumo en sujetos de 12 años en adelante, únicamente se tomó en cuenta datos de sujetos de 12 a 18 años de edad). Se tiene que el 14.9% de los adolescentes ha probado tabaco alguna vez en su vida en zonas urbanas y en zonas rurales 8.7% de los adolescentes lo ha consumido. En cuanto a la edad de consumo de tabaco por primera vez, la media fue de fue de 13.7 años. Es importante también conocer las razones de inicio de consumo de tabaco ya que permite tener en cuenta indicadores útiles para los programas de prevención. Las más destacadas fueron: curiosidad con un 68.6% y el 24.1% por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores. Por otro lado el 2.5% de los adolescentes reportó haber fumado más de 100 cigarrillos en su vida y el 8.8% respondieron haber fumado durante el último año. Se tiene la prevalencia anual por área que 10.2% de los adolescentes del área urbana respondieron haber fumado durante el último año y los chicos del área rural un 4.9%.

Este mismo estudio (2008) indicó la edad de inicio del consumo diario de cigarrillos en población adolescente, la cual es en promedio de 16.8 años. En el ámbito nacional, el consumo diario de los adolescentes tiene una media de cinco cigarrillos. Algunas de las características de los fumadores activos de los adolescentes que fumaron cigarrillos durante el último año, son las siguientes: 56.4% de los adolescentes le “dan el golpe” al cigarro algunas veces o siempre; 3.2% de los adolescentes fuman el primer cigarrillo del día durante la primera media hora después de levantarse; en más de 92% de los casos el periodo en el que fuman con mayor frecuencia corresponde al transcurso de la tarde y la noche.

Más informes arrojados por esta encuesta (2008) pusieron de manifiesto datos actuales sobre la posibilidad de dejar de fumar. Sólo 9.6% de los adolescentes contestaron que les sería difícil abstenerse de fumar en lugares públicos. Siguiendo esta línea de ideas, el 42.3% de los adolescentes ha intentado dejar de fumar alguna vez. Las principales formas que probaron incluyeron: dejar de fumar súbitamente (49.9%); dejar de comprar cigarrillos (19.4% de los adolescentes), y disminuir gradualmente el número de cigarrillos (9.8% de los adolescentes). Únicamente 0.6% de los adolescentes se han sometido a algún tratamiento para dejar de fumar. Solo el 51.2% de los fumadores activos adolescentes han escuchado hablar sobre algún medicamento que ayuda a dejar de fumar. En cuanto a la exposición del humo ambiental, el 27.3% de los adolescentes informaron estar expuestos e éste.

Por otro lado, el consumo de tabaco de adolescentes por regiones del país, se tiene gracias a la Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México (2006) los niveles de consumo de tabaco en dichas entidades. El consumo de tabaco es similar entre Aguascalientes, Querétaro y la Ciudad de México, especialmente en los hombres y en la población de bachillerato. En el sur del país, fundamentalmente en Yucatán, estado donde se tiene una encuesta de hogares y una de estudiantes, la problemática se conserva como la más baja del país, aun incluso al analizar la ciudad capital del Estado. Las prevalencias del consumo son menores, aunque para la región es importante tomar en cuenta la necesidad de contar con un estudio específico en la Ciudad de Cancún, QR, donde debido a su situación turística se cree que hay un alto consumo de drogas (Villatoro, 2009).

Al analizar los datos de consumo del adolescente, en correspondencia al nivel educativo del padre, destaca el hecho de que hay un porcentaje sutilmente mayor de fumadores/as (18.3%, para el consumo actual), en los/as adolescentes donde el padre tiene como nivel mínimo de escolaridad la secundaria, en comparación con los adolescentes cuyo padre tiene sólo primaria o menos (17.1%). Y con respecto al nivel educativo de la madre, hay un porcentaje livianamente mayor de fumadores (18.6%, para el consumo actual), en los/as adolescentes donde la madre tiene como nivel mínimo de escolaridad la secundaria, en comparación con los/as adolescentes cuya madre tiene una escolaridad de primaria o menos (16.6%) (Villatoro, 2009).

Finalmente, de acuerdo a esta encuesta, las delegaciones más afectadas por el consumo actual de tabaco, que tienen un consumo significativamente mayor al resto de la Ciudad de México, son Benito Juárez (22.8%), Venustiano Carranza (22.7%), Coyoacán (21.9%), Cuajimalpa (20.8%), Álvaro Obregón y Magdalena Contreras (20.4% para ambos) e Iztacalco (19.8%).

De acuerdo a los datos arrojados por el SISVEA (2008) el perfil sociodemográfico de la Población que acudió a Centros de Integración Juvenil en el Distrito Federal según droga de Inicio fue de (N=6,351). La gran mayoría inició su consumo de sustancias psicotrópicas con el tabaco (n=3,395) 72.3% hombres y 27.7% mujeres. La mayoría (27.6) buscó ayuda a partir del rango de edad de 15 a 19 años. Asimismo entre las sustancias de mayor impacto el tabaco ocupa el cuarto lugar tomando en cuenta (n=974) 51.8% en hombres y 48.2% en mujeres.

Por otro lado, se ha reportado en diversos estudios que el tabaco funge como droga de inicio, en un estudio realizado por Medina Mora (2002) se reportó que la edad de mayor riesgo para experimentar con sustancias es entre los 15 y los 19 años. La probabilidad de beber en forma consuetudinaria y de presentar dependencia es mayor cuando la edad de inicio es temprana y disminuye en la medida en que se retrasa la edad de inicio. La experimentación con drogas, el continuar usándolas y el poli consumo son más frecuentes entre quienes se iniciaron antes de los 15 años. Finalmente, se tiene que el inicio temprano en el consumo de tabaco incrementa la probabilidad de uso y abuso de sustancias. Por lo cual es imprescindible atajar esta problemática del consumo de tabaco a tiempo antes de que las consecuencias negativas alcancen a esta población.

Problemas relacionados al consumo de tabaco

Uno de los problemas más impactantes del consumo de tabaco son los daños a la salud que produce. A continuación se presentaran aquellas problemáticas que se han documentado en la literatura científica como las más relevantes originadas por el consumo de tabaco. Como es expuesto por Rubio et al (2002) el tabaquismo acorta significativamente la expectativa de vida, por ejemplo, un hombre de 35 años de edad que fuma dos cajetillas al día tiene un pronóstico de vida 8 a 9 años más corto en relación a la persona que no fuma. Se ha reportado que el tabaco contiene más de 4,000 sustancias químicas, entre ellas: Amoniaco (limpiador de pisos; baños), Alquitrán (elaboración de pinturas, jabones, etc.), Formaldehído (sirve para embalsamar cadáveres, tejidos, animales de laboratorio), Monóxido de Carbono (humo de los carros; gas venenoso), Cloruro de vinilo (se usa para hacer plástico; bolsas para la basura), Naftalina (explosivos, bolas de naftalina, pinturas), Ácido Acético (vinagre, tinte para el pelo) DDT (Insecticidas), Níquel (para galvanizar cable eléctrico), Nicotina (insecticidas), Nitrobenceno (aditivo para la gasolina), Óxido Fenol Nitroso (desinfectante); Polonio-210 (sustancia radioactiva), Acetona (quita esmaltes), Arsénico (veneno) (Arizona Smokers Helpline, 2000). Por lo cual queda claro que fumar cigarrillos es una conducta extremadamente tóxica.

La nicotina es una sustancia altamente adictiva. La literatura científica muestra como la nicotina actúa sobre el cerebro para producir varios efectos. Las investigaciones han expuesto que la nicotina aumenta los niveles de dopamina en los circuitos de gratificación. Esta reacción es similar a la que se ve con otras drogas de abuso y se cree que es la causa de las sensaciones placenteras que sienten muchos fumadores. Cuando se fuma un cigarrillo, hay una distribución rápida de la nicotina al cerebro, llegando la nicotina a su nivel máximo a los 10 segundos de inhalada. Sin embargo, los efectos agudos de la nicotina se disipan en unos minutos conjuntamente con los sentimientos placenteros asociados, lo que hace que el fumador continúe dosificándose repetidamente durante el día para mantener los efectos placenteros de la droga y evitar el síndrome de abstinencia. Entre los síntomas del síndrome de abstinencia de la nicotina se encuentran: irritabilidad, deseos vehementes por la droga, un déficit cognitivo y de atención, perturbaciones en el sueño y aumento del apetito. Estos síntomas pueden comenzar a las pocas horas después de haber fumado el último cigarrillo, haciendo que las personas vuelvan a fumar. Los síntomas llegan a su punto máximo en los primeros días después de haber dejado el cigarrillo y se pueden aplacar en unas pocas semanas. Sin embargo, para algunas personas los síntomas pueden durar por meses (NIDA, 2006).

Por tal motivo, resulta evidente que el consumo de tabaco es adictivo y se asocia a la mortalidad y enfermedades crónicas y agudas. Por ejemplo, es bien sabido que existen diversas enfermedades crónicas que produce el tabaquismo, que es necesario brevemente clasificar. Aquellas que afectan principalmente a los pulmones se encuentran: bronquitis crónica, literalmente se refiere a la inflamación crónica de los bronquios de las vías respiratorias. Para los clínicos se caracteriza por la producción diaria de expectoración durante tres meses por dos meses consecutivos. El enfisema es otra enfermedad asociada al tabaquismo, se define como destrucción de los tabiques alveolares, disminución elástica pulmonar, lo que origina obstrucción de las vías respiratorias durante la espiración. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) desarrolla en el sujeto tos y expectoración y disnea (falta de aire), desarrolla alteraciones obstructivas de las vías respiratorias y finalmente cambios enfisematosos, e hipereactividad de las vías respiratorias (Rubio, 2002).

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, se tiene a la enfermedad coronaria. Los componentes del tabaco que al parecer causan esta enfermedad son: monóxido de carbono que condiciona hipoxia hística; la nicotina, que al estimular el tono adrenérgico predispone la hiperlipidemia y los alquitranes. El humo de tabaco es un elemento causal en el desarrollo de enfermedades arterioescleróticas en el hombre. Asimismo, se ha demostrado que produce un incremento en los niveles de colesterol sanguíneo. El monóxido de carbono produce daño a las células endoteliales, por lo que conlleva mayores posibilidades de desarrollar arteriosclerosis, así como trombosis intraarterial oclusiva, mecanismo que favorece el infarto agudo al miocardio, cardiopatía coronaria, aneurisma aórtico y por último, a enfermedad oclusiva arterial periférica (Rubio, 2002).

En el fumador crónico, se asocia a cáncer de laringe, bucofaríngeo, esofágico, de tráquea, bronquios y pulmones, leucemia mieloide aguda, de estomago, de páncreas, riñones y uréter, de colon, de cuello del útero y vejiga; en cuanto a enfermedades crónicas, se ha reportado las siguientes: apoplejía, ceguera, cataratas, periodontitis, neumonía, enfermedad cerebrovascular, enfermedad gastrointestinal, fracturas de cadera, efectos en el aparato reproductor de la mujer (inclusive reducción de la fecundidad) (OMS, 2008).

Rubio y sus colegas (2002) han estudiado los efectos perinatales sobre la salud del feto. Los estudios demuestran que los hijos de las madres fumadoras nacen con un peso promedio de 200 gr. menos que los hijos de madres que no fuman, además de hipoxia fetal. También se ha reportado un aumento de 10 a 20% en el riesgo de aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragias durante el embarazo y ruptura prematura de membrana. Estos niños de padres fumadores pueden padecer cáncer de rabdiomiosarcoma y tumores cerebrales.

Rubio (2002) manifiesta que, si bien, los efectos más graves de consumo de tabaco se producen habitualmente después de décadas de fumar, existen también efectos negativos inmediatos en la salud de los fumadores jóvenes. La mayoría de los fumadores adolescentes son ya adictos, mientras que en la adolescencia entre más joven es una persona que comienza a fumar, mayor será el riesgo de desarrollar enfermedades como el cáncer o el enfermedades del corazón. (WHO, 2004). Alrededor del 60% de los fumadores ha comenzado a fumar alrededor de los 13 años y más del 90% antes de los 20 años de edad. Debido a que solo el 10% de los fumadores comienza a fumar cuando son adultos es el grupo de los adolescentes donde se recluta a la mayoría de ellos.

El impacto más contundente de las problemáticas asociadas al consumo son los daños cruentos a la salud del sujeto, sin embargo, otras problemáticas de índole social-económica no se quedan atrás. Por ejemplo, Valdés et al (2005) pone de manifiesto los diversos costos que ocasiona el tabaquismo en el sujeto. En primera instancia los costos individuales, son los generados por el daño a la salud de los fumadores activos; los costos familiares, son los ocasionados por daños a la salud del grupo familiar y el gasto de bolsillo para atender enfermedad, discapacidad o muerte del pariente enfermo; los costos externos, son los que se imponen a los no fumadores, que conllevan a un exceso de mortalidad temprana, aumento de la discapacidad de los sobrevivientes y pérdida productividad, impactando directamente al sistema de seguridad social; los costos médicos, son los resultantes de la atención médica de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y sus complicaciones; costos sociales constituyen la categoría más amplia, pues implican no sólo los costos individuales, familiares o de atención médica, sino también los incurridos por desastres incendios provocados por los cigarrillos de tabaco y encendedores. Asimismo, como costos intangibles, se tiene al dolor de los familiares de los usuarios al verlos en estado crítico o terminal.

Valdés y colaboradores (2005) reportaron los costos de atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de atención médica de los casos en su etapa diagnóstica y de primer año de tratamiento correspondieron a 58,982 dólares y para problemas más severos relacionados al consumo de tabaco a 84,668 dólares. Para el caso de EPOC estable fueron de 6,668 dólares y de 139 978 dólares para el caso exacerbado. Los costos anuales de atención médica por enfermedad ascienden a 24, 624,000 dólares; 115, 736, 000 dólares para EPOC; de los cuales son atribuibles al consumo de tabaco 110,620,000 dólares, que corresponden a 6.5% del presupuesto anual de la Delegación. Todas estas son formas de cuantificación de la epidemia y que requieren ser tomadas en cuenta para las nuevas políticas de salud pública que tengan como propósito contra atacar eficazmente este gran mal, así como una destinación adecuada de los recursos hacia intervenciones que tengan mayor impacto en la salud pública de la población y grupos endebles.

Consumo pasivo de tabaco y sus implicaciones

A continuación se describirán las particularidades y problemáticas que enfrenta el fumador pasivo. En primer lugar, el humo que respiran los fumadores pasivos se le conoce como colateral y se define como el aerosol que se emite al ambiente en forma directa por la combustión del tabaco. El humo del tabaco contiene una mezcla de más de 4,000 sustancias, incluidas oxido de nitrógeno, nicotina, monóxido de carbono, así como un sinnúmero de sustancias carcinogénicas y cocarcinogénicas como amonio, nitrosaminas volátiles y aminas aromáticas. Alrededor del 85% de este humo que se encuentra en un espacio cerrado, se deriva de esta vía. La cantidad de sustancias a las que se ve expuesto el fumador pasivo es determinada por varios factores: la concentración del humo, su densidad, el tipo de emisión del humo (ya sea pipa, puro o cigarro) las características del mismo, sin filtro o con filtro; la cantidad de alquitrán y/o nicotina, los aditivos, la temperatura de combustión y otros factores propios del producto consumido, así como características inherentes al sitio de exposición tales como, lugar, calidad de la ventilación, tiempo de exposición, número de fumadores, cercanía al fumador y otros (Kuri et al., 2002).

Los primeros estudios importantes sobre el tabaquismo pasivo y el cáncer de pulmón en no fumadores se publicaron en 1981 (Hirayama, 1981; Trichopoulos, Kalandidi, Sparros, y MacMahon, 1981 citado en Samet, 2002), y por 1986 las evidencias apoyaban la conclusión de que el tabaquismo pasivo es una causa de cáncer de pulmón en no fumadores, conclusión a la que llegaron la International Agency for Research on Cancer (IARC, 1986), la Inspección Sanitaria de los EUA (U. S. DHHS, 1986) y el National Research Council (1986) de ese mismo país. Los dos últimos revisaron también las evidencias relativas a la salud de los niños y el tabaquismo pasivo (cuadro 1.2). Un conjunto de evidencias ahora sustanciales ha continuado identificando enfermedades nuevas y otros efectos adversos del tabaquismo pasivo, incluso el riesgo creciente de la enfermedad coronaria (California Environmental Protection Agency, 1997; Samet y Wang, 2000;

Scientific Committee on Tobacco and Health, 1998; World Health Organization, 1999).

La OMS (2004) pone de relieve las principales enfermedades por el humo de segunda mano en niños: Tumores de cerebro, enfermedades del oído medio, linfoma, síntomas respiratorios, deficiencia pulmonar, asma, síndrome de muerte súbita del lactante, leucemia, enfermedades de las vías respiratorias inferiores. En adultos: ataque apopléjico, irritación nasal, cáncer de senos nasales, cáncer de mama, cardiopatía coronaria, cáncer de pulmón, aterosclerosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma y otros efectos respiratorios crónicos, deficiencia pulmonar; asimismo, Jene (2004) explica otros riesgos adicionales del efecto del tabaquismo pasivo en los niños, manifestado por un aumento del síndrome de muerte súbita del lactante, de infecciones respiratorias, de otitis media y asma infantil.

Por lo cual es muy importante tener en cuenta las políticas de salud pública que proponen espacios libres de humo de tabaco, tal como el convenio marco y otras, que pretenden proteger al no fumador de estos grandes riesgos.

Ingesta de tabaco en la mujer

Es bien cierto que el consumo de tabaco a nivel mundial y nacional es mayor en los hombres que en las mujeres. Datos previamente reportados de orden epidemiológico han demostrado que las prevalencias de consumo entre hombres y mujeres en algunas regiones principalmente occidentales y urbanas se asemejan muchísimo. Pero es importante indagar cuales son las diferencias de género del consumo de tabaco y si este afecta más a la mujer.

Las consecuencias del tabaquismo femenino sobre la salud de las mujeres conllevan, especificidades de riesgo que han de tenerse muy en cuenta y que afectan a las áreas ginecológicas y de la reproducción (Jane, 2004; OMS, 2004). Las mujeres fumadoras que toman anticonceptivos orales van incrementando su riesgo de infarto agudo al miocardio en 20 veces cuando su edad es superior a los 35 años de edad. Además, el tabaco se ha relacionado con una reducción de la fertilidad tanto espontánea como asistida. Durante la gestación, es más frecuente el embarazo ectópico en mujeres fumadoras. Uno de los aspectos en los que se ha profundizado más, es la relación entre el tabaquismo materno y el bajo peso del niño al nacer, de modo que se tiene claro que el tabaco es la primera causa de retraso de crecimiento intrauterino en los países industrializados. Asimismo, el riesgo entre el tabaco y la prematuridad esta en relación directa con el número de cigarrillos fumados durante la gestación y no tanto con el consumo de tabaco anterior. Otros efectos sobre la salud de las mujeres fumadoras son el aumento de arrugas faciales, por su efecto sobre la microcirculación de la piel; el color amarillento de los dedos y un olor fétido provocado por halitosis.

De acuerdo a los hallazgos de Moreno y Medina-Mora (2008) existen diferencias por género en adolescentes que padecían sintomatología depresiva, este estudio encontró una relación significativa entre el tabaquismo y dicha sintomatología, siendo las mujeres las más vulnerables. En este mismo sentido, en otro estudio con mujeres fumadoras se encontró una correlación positiva entre el grado de dependencia a la nicotina y el desarrollo de síntomas depresivos durante la abstinencia, siendo las mujeres con mayor nivel de depresión las más propensas a recaer en el tabaquismo. Los resultados de un estudio que analiza la probabilidad de ocurrencia de un trastorno adictivo de sustancias cuando coexisten trastornos del afecto, indican que dichos trastornos ocurren antes del abuso o dependencia de sustancias en 47% para los hombres y en 26% para las mujeres. Además los resultados de otro estudio muestran una predicción de la dependencia de tabaco cuando anteceden problemas emocionales, y revelan que las mujeres tienen mayores probabilidades de desarrollar dicha adicción que los hombres.

Moreno y Medina Mora (2008) ponen de manifiesto los resultados de un estudio que analiza la probabilidad de ocurrencia de un trastorno adictivo de sustancias cuando coexisten trastornos del afecto, indican que dichos trastornos ocurren antes del abuso o dependencia de sustancias en 47% para los hombres y en 26% para las mujeres. Además los resultados de otro estudio muestran una predicción de la dependencia de tabaco cuando anteceden problemas emocionales, y revelan que las mujeres tienen mayores probabilidades de desarrollar dicha adicción que los hombres. Varias vías de investigación ahora indican que los hombres y las mujeres difieren en sus comportamientos de fumar. Por ejemplo, las mujeres fuman menos cigarrillos por día, tienden a usar cigarrillos con menor contenido de nicotina, y no inhalan tan profundamente como los hombres. Sin embargo, no está claro si esto se debe a diferencias en la sensibilidad a los factores de nicotina o de otro tipo que afectan a las mujeres de manera diferente, como los factores sociales y los aspectos sensoriales del fumar disminuyó aún más a través de los principios de 2000.

En cuanto a los tratamientos que existen y su efectividad en las mujeres se sabe que es menos probable que las mujeres abandonen el hábito de fumar en relación a los hombres. A gran escala los ensayos clínicos muestran que las mujeres tienen menos probabilidades de dejar de fumar y pueden tener más probabilidades de recaída si empiezan un tratamiento para su abandono. En los programas para dejar el consumo que utilizan métodos de remplazo de nicotina, tales como el parche o la goma, la nicotina no reduce el deseo de manera más eficaz como para los hombres. Otros factores que pueden contribuir a la dificultad de las mujeres con dejar de fumar es que el síndrome de abstinencia puede ser más intenso para las mujeres o que las mujeres son más preocupado por el aumento de peso (NIDA, 2006).

Por lo cual, estos elementos clave deben ir instaurados en los programas de prevención y tratamiento, contribuir en el mejoramiento de los mismos al cubrir satisfactoriamente las necesidades específicas de este género, ya que es uno de

los grupos sociales más vulnerables y afectados y requieren de una atención especializada.

Comorbilidad psiquiátrica

Numerosos estudios en distintos países (Moreno y Medina Mora, 2008) han demostrado repetidamente una asociación significativa entre la esquizofrenia y el fumar tabaco, relativamente independiente de factores socioculturales. En comparación con los fumadores de la población general, los fumadores con esquizofrenia presentan más frecuentemente una alta dependencia nicotínica; pero en esto la esquizofrenia no se distingue de otras enfermedades mentales graves. La elevada prevalencia de “alguna vez fumadores” entre los pacientes con esquizofrenia y el predominio del inicio del fumar antes del diagnóstico sugieren que quienes van a presentar esquizofrenia tienen mayor vulnerabilidad para comenzar a fumar. El efecto reforzante de la nicotina podría ser explicado por la liberación de dopamina, lo que permite enlazar con la teoría dopaminérgica de la esquizofrenia. Los hidrocarburos aromáticos policíclicos del humo del tabaco aumentan el metabolismo de la clozapina, la olanzapina y los antipsicóticos típicos.

El NIDA (2004) ha presentado pruebas claras de las altas tasas de comorbilidad psiquiátrica, entre los adolescentes y los adultos que fuman. Por ejemplo, se ha estimado que los individuos con trastornos psiquiátricos consumen aproximadamente el 44% de todos los cigarrillos vendidos en los Estados Unidos, contribuyen a la desproporcionada tasa de morbilidad y mortalidad en estas poblaciones. Además, los estudios han demostrado que el 80% de los dependientes al alcohol que fuman regularmente morirán por causas relacionadas con el tabaco. En los fumadores jóvenes, el comportamiento parece estar fuertemente asociado con un mayor riesgo para una variedad de trastornos mentales, en algunos casos tales como trastornos de conducta y desorden de déficit de atención e hiperactividad; estos trastornos pueden preceder el inicio de la fumar, mientras que en otros pueden aparecer más tarde en la vida.

Los programas de prevención del hábito de fumar y el tratamiento deben atender mejor una amplia gama de los trastornos mentales durante toda la vida. Entre los adultos, la tasa de episodios de depresión mayor es superior en las personas dependientes de la nicotina. Conjuntamente, existen pruebas que exponen que, para los que han tenido más de un episodio depresivo, el hecho de dejar de fumar puede aumentar la probabilidad de un nuevo episodio de depresión mayor. El consumo de tabaco también aumenta el riesgo en adultos para un posterior desarrollo de trastornos de ansiedad, que puede estar asociado con un aumento de la severidad de los síntomas de abstinencia durante la deshabituación tabáquica en la terapia. Sin embargo, la comorbilidad de más amplia incidencia es la que existe entre el tabaco y la esquizofrenia, ya que, en diversas clínicas y evidencia empírica, son elevadas las tasas de consumo de tabaco en pacientes con esquizofrenia de aproximadamente el 90%.

Factores de riesgo y protección concernientes al consumo de tabaco

Es bien cierto que factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos tejen una telaraña que da como resultado la conducta de fumar. De acuerdo a Nuño (2005) existen ciertos factores de riesgo que predisponen a los sujetos a fumar, entre los que destacan: consumo de tabaco de los familiares, baja percepción de riesgo, actitudes favorables hacia el tabaco, desestimar la posibilidad de convertirse en fumador habitual, tolerancia social, alta disponibilidad y acceso a los cigarrillos, bajo rendimiento escolar, tener amigos fumadores, búsqueda de una imagen social, uso del tabaco para mantener el control de peso, reafirmar el paso de la niñez a la adultez, difusión del uso de tabaco por los medios de comunicación y bajo monitoreo de los padres.

De esta manera, se tiene que diversos factores psicosociales tienen gran peso como la presión de pares, tal como lo reporta la OMS (2004). Esto afecta el riesgo de fumar de los jóvenes ya que juega un papel importante a través de amigos y hermanos en la conducta de fumar. También, el análisis de la influencia de los pares en la iniciación en el tabaquismo de los adolescentes, sugiere que se trata del factor más importante por delante incluso de la influencia paterna, siendo el número de mejores amigos fumadores el factor que se asocia más directamente con el tabaquismo de los adolescentes (Jane, 2004).

Becoña y sus colegas (2004) sustentan que la familia tiene una gran participación como factor de riesgo, así como las normas paternas, como la permisividad o prohibición de los padres del consumo de tabaco que influyen también en una disminución o aumento según se trate de lo primero o lo segundo, del consumo experimental y ocasional de tabaco, del consumo diario y de la cantidad de cigarrillos fumados. Asimismo tal como lo señala Thomas (2006) el ejemplo de los padres es importante. Los niños de familias con padres no fumadores presentan tasas inferiores y el doble de estudios presenta un aumento significativo del riesgo de adquirir el hábito de fumar en el caso en que los padres fumen, lo que presupone una asociación no significativa. Elementos desmenuzados del interés paterno son también importantes y aumentan el riesgo como: indiferencia paterna, falta de supervisión y carencia de conocimiento acerca de los amigos de los niños.

La edad también es un factor de riesgo importante, el hábito de fumar en los adolescentes sigue siendo un factor de riesgo en la edad adulta. En nuestro país, se tiene, gracias a los resultados de la ENA (2008) y evidencia empírica, la confirmación de que un inicio del consumo de tabaco anterior de los 18 años incrementa la probabilidad de usar otras drogas. Por ejemplo, 14.2% de las personas que empezó a fumar antes de los 18 años experimentó 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% versus 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.

Correr riesgos y otros comportamientos problemáticos (beber alcohol, otro uso de drogas, actividad sexual temprana, estar con un conductor que ha consumido bebidas alcohólicas, no utilizar el cinturón de seguridad, portar un arma, las peleas y hábitos alimentarios de mala calidad) también se asocian con el hábito de fumar. La participación en deportes u otra actividad física se asocia con tasas inferiores tabaquismo (Tyas 1998 citado en Thomas, 2006). La forma de ocupación del ocio está relacionada asimismo con el consumo, de forma que la alta frecuencia de salidas nocturnas y las horas avanzadas de regreso a casa se asocian a un mayor consumo diario de tabaco y a una mayor cantidad de cigarrillos fumados al día. (Becoña, 2004).

Factores intrapersonales también se han asociado con la conducta de fumar tales como el conocimiento acerca del consumo de tabaco y actitudes (Jessor & Jessor, 1977; Reynolds & Nichols, 1976 citados en Botvin, 1992), locus de control (Foss, 1973; Mlott & Mlott, 1975 citados en Botvin, 1992), y autoestima (Newman, 1971 citados en Botvin, 1992). Sin embargo, para empezar a entender el inicio de la conducta de fumar es necesario considerar que los esquemas cognitivos cuentan más que los conocimientos que los adolescentes puedan llegar a tener sobre el tabaquismo. Dado que, grosso modo, el conocimiento no merma el consumo, ya que los adolescentes perciben los daños a la salud muy a largo plazo (Rooney, 1994). La baja percepción del riesgo ha afectado en combinación con la tolerancia social, se ve reflejada en el alto porcentaje de niños/as que inician su consumo a los 12 años o antes (uno de cada cinco estudiantes) (Villatoro, 2009).

Como lo apunta Jane (2004) existen otros factores de orden psicológico de riesgo que destacan fundamentalmente la vulnerabilidad de género, como la autoestima, la preocupación por la autoimagen, las consideraciones por el peso corporal y la predisposición al estrés, especialmente en las mujeres. En general, los adolescentes que fuman se han identificado por preservar una baja autoestima, bajas perspectivas de éxito y realización personal en el futuro. Otro factor ampliamente relacionado con la conducta de fumar en la edad adolescente, es la preocupación por la propia imagen, aspecto a resaltar principalmente en el tabaquismo femenino. La preocupación por la autoimagen asociada a la preocupación por el peso corporal en las edades adolescentes es especialmente aguda en las mujeres. Asimismo, diversos estudios han apuntado que más chicas que chicos consideran que tienen sobrepeso y que el tabaco las ayuda a estar delgadas. Asimismo, otro factor que predispone a los adolescentes a fumar es el estrés, entendido como aquella ansiedad, irritabilidad, hostilidad, característica en los adolescentes, de esta manera, gracias a estudios se ha reportado que las chicas fuman más que los chicos para hacer frente a las tensiones propias de estas edades

Igualmente, de acuerdo a datos de la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2005), se han encontrado otros factores como la historia familiar y genética de la dependencia en el consumo de tabaco. Consta evidencia de que el hábito de fumar se encuentra asociado con al menos 14 posiciones cromosómicas distintas.

Se ha establecido que la heredabilidad del consumo del tabaco es significativa tanto para el inicio, el sostenimiento del hábito y el desarrollo de la dependencia, como para el incremento en la dificultad para conseguir la abstinencia. También, hay pruebas de los genes implicados en el metabolismo de variaciones constituyen un determinante significativo de las concentraciones y de la acumulación cerebral de nicotina. Una amplia serie de estudios han documentado una importante influencia genética sobre la probabilidad de que un individuo se haga fumador (60%) y una vez iniciado el consumo, la influencia genética sobre el consumo regular incrementa hasta un 70%. De este modo, se ha determinado que los factores genéticos tienen un papel etiológico importante en la iniciación de la adicción al tabaco y que otros aspectos del fumar, como la edad de inicio del hábito.

Por último, y no menos importante, existen factores ambientales que repercuten en el inicio de la conducta de fumar. Es esencial recordar el interés de la industria tabacalera para seguir creando adeptos al tabaquismo especialmente en los jóvenes, al ir perdiendo clientes entre los hombres. Una política fiscal que favorezca un menor consumo es clave para el abordaje del tabaquismo (Jane, 2004).

Evaluación del hábito tabáquico

Es importante tomar en cuenta los instrumentos empleados para medir dependencia y problemas asociados al uso de tabaco, en seguida se reportarán aquellos más utilizados y útiles para la evaluación del consumo de tabaco. Uno de los instrumentos de medición más empleados para este propósito es el Cuestionario de Tolerancia de Fagerstrom [Fagerstrom Tolerance Questionnaire, (FTQ), 1978].

Este cuestionario es una escala de autoreporte de dependencia a la nicotina. Desarrollado en 1978 por Fagerström. Cuenta con ocho subescalas que se derivan de las nociones teóricas de la dependencia a la nicotina. Este test ha sido cuestionado debido a deficiencias psicométricas percibidas, incluida una estructura de múltiples factores; bajos niveles de fiabilidad y selección de elementos (Heatherton et al, 1989; Lichtenstein & Mermelstein, 1986; Lombardo, Hughes & Fross, 1988; Pomerleau, Majchrezak & Pomerleau, 1989; Pomerleau et al, 1990). Lichtenstein & Mermelstein (1986) encontró que la FTQ tiene baja consistencia interna (coeficiente de alfa = 0,55 para una muestra, y 0,51 para la otra) (Heatherton, 1991).

Actualmente existe una versión modificada de dicho cuestionario llamada Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerstrom [Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)]. Fue derivado del FTQ (Fagerstrom 1978). Solo que se redujo a 6 ítems ya que combinó dos elementos de la versión anterior: tiempo de consumo del primer cigarrillo del día y del número de cigarrillos por día. Mejoró sus propiedades psicométricas ya que demostró alta confiabilidad, con coeficientes de correlación de 0.92 test-retest y 0.99 para la confiabilidad interna.

La evaluación de la consistencia interna dio un alfa de Cronbach de 0.83 (Fagerstrom, 1996). Este instrumento es sumamente utilizado para medir la dependencia a la nicotina por profesionales de la salud.

No obstante, psiquiatras, psicoterapeutas, asistentes sociales y consejeros se basan en criterios en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4^a ed. (DSM-IV) para diagnosticar la dependencia a sustancias. Estos criterios se aplican a todas las sustancias adictivas (por ejemplo, tabaco, alcohol, opiáceos, cannabis, anfetaminas) y se pueden agrupar en cuatro categorías: Compulsión, utiliza preguntas como: ¿Alguna vez ha fumado más de lo que piensa? ¿Alguna vez ha descuidado su responsabilidad, por fumar, o por lo que se podía fumar? Control: ¿Ha sentido la necesidad de controlar cuánto fuma, pero no puedo hacerlo fácilmente? ¿Alguna vez ha prometido que dejaría de fumar y compró un paquete de cigarrillos el mismo día? Reducir los síntomas de abstinencia: ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar? ¿Cuántas veces? ¿Por cuánto tiempo? ¿Alguna vez ha tenido alguno de los síntomas siguientes cuando no consumió por un tiempo un cigarrillo: agitación, dificultad para concentrarse, irritabilidad, cambios de humor? Si es así, ¿El síntoma desaparece después de que fumó un cigarrillo? Consecuencias: ¿Cuánto tiempo tiene que sabe que el tabaquismo le estaba haciendo daño a su cuerpo? Si usted sigue fumando, ¿Cuánto tiempo espera vivir? Si fuera capaz de dejar de fumar hoy y no empezar de nuevo ¿Cuánto tiempo cree que puede vivir? Si contesta el usuario a más de dos preguntas con si, se pueden considerar indicadores de dependencia, pero solo funciona como detección temprana y no como un instrumento confiable y validado (Pichot, 1995).

Otro instrumento muy utilizado es la Línea Base Retrospectiva (LIBARE), tiene como meta conocer el patrón de consumo en función del número total de días de consumo y de la cantidad de cigarros. La hoja de registro de consumo de cigarros tiene como objetivo que el usuario registre su consumo diario señalando situaciones y hora de consumo durante y después de la aplicación del programa (Lira, 2009).

Asimismo, existen otros instrumentos utilizados en intervenciones para conocer si la magnitud de su problemática de consumo de tabaco. Uno de ellos es el Cuestionario de Pre-Selección (Lira, 2009), cuyo objetivo es saber si el usuario cubre los criterios de inclusión al programa Intervención Breve para Fumadores (mismo que será descrito en el apartado de Tratamientos psicológicos) y la Entrevista Inicial tiene como objetivo obtener datos socio-demográficos del usuario, historia familiar, social, laboral y lugar de residencia, así como la historia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998 citado en Lira, 2009). Además, existen instrumentos que permiten registrar el consumo de tabaco diario en usuarios que se someten a intervenciones conductuales, uno de ellos es el "Auto-Monitoreo para fumadores" (Lira, 2009) el cual tiene como propósito no solo registrar el consumo diario de cigarros, sino, señalar situaciones de consumo y hora del mismo. Esta tarea se realiza durante el tratamiento y posterior a él.

Intervenciones exitosas para el cese del consumo de tabaco

Dado que el tabaquismo es la única causa de muerte evitable y es considerada actualmente como una epidemia cruenta que está acabando con la vida de millones de personas en el mundo, es imperioso contar con programas de prevención efectivos que frenen su extenso consumo y consecuencias negativas especialmente con niños y adolescentes. Dichos programas para ser considerados exitosos deben prevenir la posibilidad de que alguien empiece a fumar o evitar que siga fumando. También, deben anticiparse a cuando menos los siguientes pasos: preparación, primeros intentos, experimentación, fumador regular y adicción (Sansores, 2002). Y tratamientos efectivos que ayuden a eliminar el hábito tabáquico en aquellos que ya desarrollaron dependencia. Por lo cual, se llevara a cabo una revisión de ambos y se reportara las de mayor éxito.

Programas de prevención

Intervenciones basadas en la escuela han sido un foco particular de atención para influir en el comportamiento de los fumadores jóvenes. Las principales ventajas percibidas son que se puede llegar a casi todos los niños a través de la escuela y un enfoque de la educación que se adapta naturalmente a las actividades diarias de las escuelas. Bangert-Drowns (1988) citado en Sowden (2006) es uno de los investigadores que ha usado cinco tipos de intervenciones en las escuelas, cada una basada en una orientación teórica diferente: Los planes de estudio que suministran información presentan a participantes con información acerca del hábito de fumar, incluidos los riesgos para la salud del consumo de tabaco y la prevalencia e incidencia de fumar.

De acuerdo a la revisión metaanalítica de Cochrane (Sowden, 2006) de los programas de prevención aplicados en la escuela se determinó que existe una incertidumbre permanente acerca de la efectividad tanto relativa como absoluta de estos programas. De los 76 ensayos aleatorios controlados identificados, 16 fueron clasificados como categoría uno (mayor validez). Solo 8 mostraron algún efecto positivo de la intervención sobre la prevalencia del tabaquismo y 7 no lograron detectar efectos sobre la misma. El Hutchinson Smoking Prevention Project, que es el estudio más grande y riguroso, no encontró ningún efecto a largo plazo de un programa intensivo de ocho años sobre el hábito de fumar. Faltaron pruebas de alta calidad acerca de la efectividad de las combinaciones de las influencias sociales y los enfoques de competencia social. Fue limitada la evidencia acerca de la efectividad de los enfoques multimodales, incluidas las iniciativas en la comunidad.

Existen revisiones de programas de prevención efectivos (parcial o totalmente) del SAMHSA (2009) principalmente de tipo indicado, únicamente una intervención preventiva de orden universal es prometedora, llamada: No al tabaco [Not On Tobacco (N-O-T)]. Este es un programa escolar para dejar de fumar diseñado para jóvenes de 14 a 19 que son fumadores diarios. Se basa en la teoría cognitiva

social, entrenamiento en habilidades sociales y la influencia social, manejo del estrés, prevención de recaídas, y técnicas para permanecer en abstinencia de la nicotina y la presión de grupo. El programa consta de 10 sesiones de 50 minutos y cuatro sesiones de refuerzo opcional. NOT puede ser aplicado en las escuelas u otras organizaciones comunitarias con profesores, enfermeras, consejeros, etc. En cuanto a su efectividad, se ha evaluado y replicado en varios estudios, uno de los cuales se llevó a cabo con adolescentes del Norte de Carolina y el Este de Virginia, el 8.8% de los participantes de este programa reportaron cesación del consumo de tabaco en relación al grupo control de 2.2%. De esta muestra, el 10.3% de las mujeres que recibieron la intervención cesaron de fumar en relación a 2.6% del grupo control. La diferencia en los hombres no fue estadísticamente significativa.

Keep A Clear Mind (KACM) (Kersten, Werch, & Young, 1992) es un currículo escolar para estudiantes de 4to a 6to de primaria y sus padres. Este programa se enfoca en ayudar a desarrollar en los sujetos habilidades específicas para rehusarse y evitar el consumo de drogas legales (tabaco o alcohol) que abren la puerta a otras sustancias psicoactivas duras. Este programa consiste en 4 sesiones basadas en el entrenamiento de habilidades y herramientas para rehusarse al consumo de drogas. Cada componente introduce el tópico a tratar y entrena en las habilidades, posteriormente deja tareas para que el niño las trabaje en casa con sus padres. Refuerza conductas y respuestas positivas en los niños no solo de manera social, sino que entrega pequeños incentivos como: folders, calcomanías y marca-textos. El componente para padres incluye un entrenamiento en habilidades como comunicación y les enseña a como reforzar las conductas positivas y de rechazo al consumo en sus hijos.

El SAMHSA (2009) puso de manifiesto los principales resultados de esta intervención. En el post-test, los niños que habían participado en el programa, reportaron menor susceptibilidad a la presión social de consumo de tabaco en contraste con los niños del grupo control ($p = .009$). Por último, los padres que recibieron la intervención estaban más dispuestos a cambiar sus percepciones acerca de la habilidad que tenían sus hijos de resistirse a la presión de compañeros para consumir drogas. ($p < .0001$). En el post-test las madres que habían participado en la intervención reportaron mayor y más frecuente comunicación con sus hijos ($p = .001$) acerca de cómo resistirse o evitar el consumo de drogas comparadas con el grupo control. También las madres reportaron un número mayor de pláticas con sus hijos acerca de cómo resistirse al consumo (drogas, alcohol y tabaco) en el mes pasado. Asimismo, los padres que recibieron la intervención se mostraron más motivados a ayudar a sus hijos a evitar las drogas, que los del grupo control. ($p = .04$).

Across Ages (LoSciuto et al., 1996) es un programa de prevención comunitario dirigido a niños y adolescentes de 9 a 13 años, en donde entrenan en habilidades sociales tales como solución de problemas y rehusarse al consumo. Sus técnicas de entrenamiento incluyeron la presentación de dos dilemas hipotéticos que involucraban presión de compañeros por consumir alcohol o fumar. Se les pidió

indicaran 5 formas de respuesta a las que responderían a estas situaciones. En cuanto a los resultados, el manejo con habilidades de resistencia a pares en las situaciones de presión social resultó estadísticamente significativo ($p = .042$) en relación al grupo control. De la misma manera se modificaron las actitudes hacia la escuela, el futuro, los adultos y mayor adherencia a las actividades escolares (SAMHSA, 2009).

Project EX es un proyecto basado en la escuela de cesación del consumo de tabaco dirigido a adolescentes, hace hincapié en la motivación, habilidades de afrontamiento y el compromiso personal. Consta de ocho sesiones de 45 minutos emitido durante un período de 6 semanas, el currículo del programa incluye estrategias para lidiar con el estrés, abstinencia a la nicotina y prevención de recaídas. Proyecto EX utiliza participación y las actividades tales como juegos y yoga para reducir el consumo o dejar de fumar entre los adolescentes y enseñarles autocontrol, manejo de la ira, manejo del estado de ánimo y el establecimiento de metas técnicas. Los adolescentes reciben información precisa sobre las consecuencias sociales, emocionales, ambientales y fisiológicas de consumo de tabaco (SAMHSA, 2009).

En cuanto a los resultados, en el seguimiento de 3 meses tras la intervención, la tasa de abstinencia de 30 días para los participantes del proyecto EX fue de 30%, en comparación con el 16% para el grupo control ($p < .05$). Los resultados indican que la motivación para dejar de fumar cambió de manera significativa ($p < .01$) como una función de someterse al tratamiento, incluso teniendo en cuenta las diferencias observadas en la motivación en la prueba previa. Además, la motivación tras el tratamiento (nivel de motivación en el post-test) predijo significativamente el no uso de tabaco en los últimos 30 días ($p < .05$). Como fortalezas de este estudio se tiene que se utilizó una medida estándar para evaluar el consumo de tabaco, que tiene pruebas razonables de fiabilidad y validez, junto con la propia medida adicional de informe de la conducta de fumar, la Escala de dependencia de la nicotina y el de medición del monóxido de carbono en muestras de aire espirado, buen diseño experimental y control de variables extrañas; como debilidades se tiene baja retención y el tamaño efecto pequeño (SAMHSA, 2009).

Por último un ejemplo más de programas de prevención del consumo de tabaco reportados por el SAMHSA (2009) es el llamado Decisiones Correctas Ahora Mismo: Libre de tabaco (Right Decisions, Right Now: Be Tobacco Free), es un programa basado en la escuela, diseñado para prevenir y reducir el consumo de tabaco en los adolescentes. Brinda elementos de factores de riesgo y de protección de jóvenes que comenzaron a consumir tabaco de forma experimental y terminaron en dependencia a la sustancia. Esta intervención se basa fundamentalmente en tres elementos: Habilidades sociales de orden interpersonal (presión social, habilidades de rehuso al consumo y técnicas de escape; habilidades sociales intrapersonales (imagen social de consumidores de tabaco, estimación de la prevalencia del consumo y habilidades de toma de decisiones y por último consecuencias a la salud del consumo de tabaco.

Los estudiantes respondieron a las preguntas sobre su uso de cigarrillos, tabaco mascado durante los últimos 30 días. También se les preguntó el número de cigarrillos que fumaban por días durante los últimos 30 días. Después de la evaluación pre a post-test, el consumo de tabaco disminuyó entre los estudiantes en las escuelas donde se aplicó intervención y aumentó ligeramente entre los estudiantes en las escuelas de control ($p = .0001$). Asimismo, la anticipación de un futuro consumo de tabaco disminuyó entre los estudiantes en las escuelas de intervención en relación con los estudiantes de las escuelas control ($p = .0001$). El tamaño del efecto fue pequeño (d de Cohen = 0,33). De pre a post-test, los alumnos de las escuelas de intervención y de control mostraron una disminución en su percepción de la popularidad del uso del cigarrillo ($p = .005$), pero la magnitud del cambio fue mucho mayor entre los estudiantes en las escuelas de la intervención ($p = .002$). Esta intervención resultó ser efectiva a corto plazo, sin embargo, no demostró éxito a largo plazo. Por lo cual se tendría que llevar a cabo un seguimiento más exhaustivo.

Tratamientos psicológicos

Existe un sinnúmero de posibilidades de tratamiento para abandonar el hábito tabáquico, uno de ellos son los de orden psicológico. Las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser efectivas, ya que trabajan con las cogniciones en torno al consumo de tabaco, principalmente en modificación de pensamientos disfuncionales y solución de problemas, en cuanto a las técnicas conductuales, previamente se ha documentado cuáles son las más efectivas, empero, como lo puntualiza Lira (2009) las más utilizadas son el control de estímulos, la exposición señalizada, el manejo de contingencias, la reducción gradual de la nicotina y habilidades de afrontamiento (prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades, solución de problemas y apoyo social). Conocer los tratamientos psicológicos en el orbe y particularmente en nuestro país es una tarea fundamental para el manejo de la adicción a esta sustancia, ya que al realizar esta exhaustiva tarea, nuevos paradigmas de investigación surgen al cuestionar la efectividad de estos programas.

Un programa reportado por el SAMHSA (2009) es el llamado "Project Towards No Tobacco Use" es un tratamiento basado en la escuela para adolescentes de secundaria y preparatoria que son consumidores de tabaco. El programa consiste en la enseñanza y práctica de habilidades sociales como resistencia al consumo de pares y de la publicidad, así como datos objetivos de los problemas relacionados al consumo de tabaco. Para medir su efectividad, se han realizado 88 evaluaciones independientes al estudio. Su implementación tuvo una duración de 4 años y ha sido replicada en otras poblaciones. La evaluación de este estudio al año dio como resultado que no hubo un cese definitivo en el consumo de tabaco, sin embargo, se redujo la cantidad y frecuencia del consumo en el grupo de intervención (4% de consumo) en relación con el grupo control (9%) ($p < .05$). Este programa reveló un éxito parcial, puesto que no se logró la abstinencia en la población a la que fue dirigido.

En nuestro país se implementó un tratamiento cognitivo-conductual de corte motivacional en 10 usuarios con dependencia al tabaco. El Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (Lira, 2009) está constituido por una sesión de admisión, una de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento de una hora. En la primera sesión se lleva a cabo un balance decisional con el fin de que el usuario identifique las ventajas y desventajas de continuar consumiendo tabaco y con base en eso tomar una decisión. En la segunda sesión se ubican las situaciones de riesgo de consumo y consecuencias de las principales situaciones de consumo. En la tercera sesión se llevan a cabo planes de acción o estrategias para cada una de las situaciones de riesgo. En la última sesión de tratamiento, se realiza una revisión de la efectividad de cada plan de acción y los cambios en el patrón de consumo. Posterior a ello, se llevan a cabo los seguimientos a varios meses con el objetivo de medir la efectividad del tratamiento y los resultados particulares de cada usuario.

Desde el inicio de la aplicación del programa de intervención breve motivacional para fumadores, se observaron efectos específicos en el patrón de consumo y en el incremento en el nivel de autoeficacia para controlar el consumo en situaciones de riesgo. Sin embargo, es menester llevar a cabo una evaluación que brinde datos duros de su efectividad no solo a corto, sino a mediano y largo plazo. Cabe señalar que los resultados obtenidos en esta investigación se ajustan con los antecedentes derivados de la aplicación de intervenciones breves en otros países pero específicamente con los obtenidos en México con bebedores problema, usuarios de cocaína y adolescentes que se inician en el consumo de drogas.

Farmacoterapia

Terapia de remplazo de Nicotina

Es bien sabido que existen diversos tratamientos farmacológicos para el cese del consumo de tabaco, sin embargo, es de suma importancia tener en cuenta los tratamientos más efectivos y estar a la vanguardia de aquellos que mayor éxito han reportado. Zwar y sus colegas (2004) han ponderado la utilidad de la Terapia de Remplazo de Nicotina (TRN). Su primordial objetivo es sustituir la ingesta de nicotina derivada del consumo de cigarrillos, sin los perniciosos efectos a la salud de los elementos químicos del mismo. Y tal como lo apunta Henningfield (2005) los medicamentos con nicotina ayudan a que el síndrome de abstinencia sea menos agudo al remplazar, al menos parcialmente, proveyendo los efectos neurofarmacológicos. Asimismo, la TRN, según Zwar (2004) reduce los síntomas de abstinencia asociados a la adicción a la nicotina, permitiéndole al usuario enfocarse en aspectos psicosociales de la cesación del consumo de tabaco. Los mejores resultados se obtienen combinándola con terapia conductual y consejo breve. Un metaanálisis realizado por la librería Cochrane concluyó que esta modalidad de tratamiento es efectiva.

Henningfield y colaboradores (2005) han mencionado que el remplazo de nicotina no solo reduce los más prominentes síntomas del síndrome de abstinencia, sino

que ayuda a minimizar los efectos reforzadores de la nicotina y también auxilia la regulación de estados de ánimo desagradables como irritabilidad, estados de atención, contextos de estrés o aburrimiento; situaciones físicas como apetito y control de peso. Existen 6 principales productos de remplazo de nicotina: parches, spray nasal, chicle, pastilla, tableta sublingual e inhalador bucal.

En cuanto al parche en relación a las otras modalidades tiene la ventaja de simplicidad en su uso. Emplea básicamente 21 mg. de nicotina produce la mitad de los niveles de sangre del fumar. No existe diferencia en la efectividad de los parches de 16 horas contra los de 24 horas. 8 semanas del uso continuo de los parches es efectivo. (Fiore et al, 1994; Silagy et al, 2003 citado en Zwar, 2004). Asimismo, los fumadores que ingieren menos de 10 cigarrillos al día pueden comenzar con el parche de 14 mg y aquellos que consumen más de 10 con el de 21 mg. Asimismo Henningfield ha denotado que la adherencia a este tratamiento es mayor que en otras formas de remplazo por su facilidad de colocación y poquísimos efectos secundarios en algunos usuarios (entre ellos irritación en la piel). Asimismo, se ha reportado menor sobredosificación en relación con otras formas de TRN.

Otra modalidad es el chicle de nicotina (goma de polacrilex), ha estado disponible en nuestro país desde 1986. Viene en diferentes presentaciones y sabores diferentes tales como la menta. El chicle está disponible en dos dosis en Estados Unidos: 2 mg. y 4 mg. mismos que liberan 1mg. y 2mg. respectivamente. Sin embargo, tal como lo pondera Sansores (2002) en México solo existe la dosis de 2 mg. Es importante destacar que La absorción de la nicotina a través de las mucosas del organismo es variable y depende de varios elementos. Por ejemplo, la acidez de la cavidad bucal inhibe la absorción de nicotina y por lo tanto su impregnación es pobre. Asimismo, estas tabletas de chicle liberan únicamente el 50% de su contenido en la boca, misma cantidad resultaría insuficiente en un fumador que consume 20 cigarros al día y por ende experimentaría graves síntomas de abstinencia, por lo cual, se deberá recomendar el uso de un mayor número de tabletas al día para conseguir los niveles óptimos para el fumador.

Sansores (2002) pone de relieve que en cuanto a su eficacia se tiene gracias a ciertos estudios que el chicle usado a dosis altas (chicles de 4 mg) es efectivo en fumadores con mayor dependencia a la nicotina que en aquéllos cuya dependencia es baja. En cuanto a sus efectos secundarios su uso no se relaciona con ninguna enfermedad cardiovascular u otra enfermedad o efecto colateral serio. Empero Henningfield (2005) reportó que el chicle puede ocasionar inflamación de la mandíbula, la cual podría reducir su uso, asimismo, puede ocasionar, una leve sensación de irritación en la boca y en la garganta, por lo cual algunos usuarios lo han reportado como indeseable e incomodo.

Otra modalidad existente en el país es el inhalador de nicotina, disponible desde el año 2000. Las evidencias internacionales sugieren que su uso asegura un buen porcentaje de éxito. Sansores (2002) indica que es muy probable que algunos fumadores lo prefieran debido a que el efecto de utilizarlo en la mano, con los

mismos movimientos que se utilizan para tomar el cigarro, puede compensar el deseo de tenerlo. Henningfield (2005) ha denotado sus principales características, entre ellas se encuentra que cada cartucho del inhalador contiene 10 mg de nicotina, de los cuales se libera 4 mg. y solo 2 mg. son absorbidos en la boca especialmente y no en los pulmones y bronquios.

Tonnesen (1993) citado en Sansores (2002) reportó su eficacia por medio de la media de abstinencia a seis meses, de tres estudios diferentes: 23% con inhalador versus 12% del placebo, en tanto que para 12 meses fue de 18.6% versus 7%, respectivamente. La probabilidad promedio de éxito en dos metaanálisis Silagy (2001) fue de 2.3 en cotejo con el placebo. Sansores (2002) apuntala que estas observaciones sugieren que el uso de los inhaladores puede ser una herramienta útil para ayudar a dejar de fumar. Sin embargo, se requiere más investigación respecto de sus efectos secundarios.

En cuanto a otras modalidades de TRN, se cuentan con ellas en estados Unidos y otros países tales como el Spray nasal. Existe suficiente evidencia (Henningfield, 2005) para recomendar este producto ya que en diferentes estudios y metaanálisis han demostrado una probabilidad promedio de éxito muy alta. Esta forma es la más rápida de distribución de nicotina en el organismo, por lo cual alivia rápidamente el *craving*. Cuenta con 0.5 mg de nicotina por 50- μ L de chorro. Su efecto secundario más relevante es la irritación nasal, sin embargo, el efecto se disipa rápidamente con el uso repetido en la mayoría de los pacientes.

Henningfield (2005), mencionó las características primordiales de la tableta sublingual, la cual contiene 2 mg de nicotina. A los usuarios que consumen menos de 20 cigarrillos se les sugiere emplear una tableta cada hora, e incrementar la dosis si el síndrome de abstinencia es muy intenso. Para aquellos fumadores que consumen más de 20 cigarrillos se les indica usar el doble (2 tabletas cada hora) y no excederse de las 40 tabletas. Se recomienda emplearlas por 12 meses y posterior a ello ir reduciendo paulatinamente la cantidad. No obstante, esta modalidad tiene como desventaja el hecho básicamente de sobredosificación.

Antidepresivos

Bupropión

El bupropión se comercializó durante muchos años en los EUA como un antidepresivo (Wellbutrin). Clínicamente es posible que el bupropion actúe aliviando el síndrome de abstinencia de la retirada de la nicotina, así como depresión. Un ensayo clínico demostró que aquellos usuarios dependientes a la nicotina que recibieron como tratamiento al bupropion redujeron drásticamente los síntomas depresivos (Henningfield, 2005).

Jorenby (1999) citado en Sansores (2002) realizó un ensayo clínico en el que se comparó bupropión/parches de nicotina/bupropión + parches de nicotina/placebo

se halló que el bupropión logra un porcentaje de éxito de 35% a los seis meses, y de 30% a los 12 meses en relación con 19 y 16% del placebo con los mismos intervalos, respectivamente. Como efectos colaterales, se ha reportado que el uso de bupropión se acompaña de convulsiones, cefalea e insomnio. Al parecer, el riesgo de convulsiones existe en aquellos sujetos más predispuestos ellas. Por esta razón, es preferible evitar este medicamento en alcohólicos o en quienes usan inhibidores de la monoamino oxidasa.

No obstante, se ha demostrado que el bupropión es un tratamiento eficaz para dejar de fumar. Fiore y colaboradores (2000) realizaron un estudio en el cual se demostró que el uso de bupropión de liberación lenta duplicó las tasas de abandono del hábito tabáquico en comparación con placebo a los 6 meses de seguimiento (30.5% de consumo del grupo experimental y 95% en el control). Una revisión reciente del bupropión como tratamiento para dejar de fumar (Zwar, 2004) llegó a la conclusión de que este medicamento es eficaz en poblaciones de pacientes con enfermedades respiratorias, cardíacas y depresión.

Nortriptilina

Se trata de un antidepresivo que ha sido puesto a prueba para el abandono del consumo de tabaco. De acuerdo a Henningfield (2005) por medio de diversos ensayos clínicos se ha demostrado el potencial de efectividad para el cese del consumo en usuarios dependientes a la nicotina sin antecedentes de depresión. La Nortriptilina en combinación con los parches ha expuesto también un incremento en las tasas de cesación por encima de los niveles observados en el parche solo. Sin embargo, se requieren estudios más exhaustivos que verifiquen estos resultados. Los más comunes efectos secundarios asociados con Nortriptilina incluyen aumento en la frecuencia cardíaca, visión borrosa, retención urinaria, sequedad de boca, estreñimiento, aumento o pérdida de peso, y baja la presión arterial al estar de pie. Últimamente, Zwar (2004) reporta como evidencia que la Nortriptilina es una forma eficaz de tratamiento para abandonar el consumo de tabaco en personas sin historia de depresión, sin embargo, como recomendación apunta que este medicamento únicamente debe ser considerado como un agente de segunda mano debido a sus efectos secundarios adversos.

Otros medicamentos

Clonidina

Conforme recalca Henningfield (2005) la Clonidina es un alfa-2-agonista noradrenérgico utilizado en el tratamiento para la hipertensión. La Clonidina ha demostrado disminuir los síntomas de abstinencia tanto de opiáceos como del alcohol. Empero solo se cuenta con algunas pruebas de eficacia. Por ejemplo, se llevó a cabo un estudio con fumadores dependientes severos que no habían podido dejar de fumar en intentos previos. Se encontró que el tratamiento con

Clonidina tenía el doble de la tasa de abstinencia en comparación con los usuarios tratados con placebos al final de la 4-semanas de tratamiento. Este efecto continuó a lo largo de los 6 meses de seguimiento. Estos resultados sugieren que la Clonidina puede ser eficaz en el tratamiento de la dependencia del tabaco. Zwar (2004) reportó los resultados más destacados de un metaanálisis de 5 estudios ejecutados por Fiore et al (2000), el cual demostró que el doble de abstinencia a la nicotina en los sujetos dependientes a la nicotina se obtuvo a través de la administración de clonidina contrastada con un placebo. Inconvenientemente las condiciones en las que se utiliza no están bien definidas y además los efectos colaterales pueden ser muy molestos.

Henningfield (2005) matizó los efectos secundarios más comunes reportados por la literatura científica de la Clonidina, estos son: estreñimiento, mareos, somnolencia, sequedad de la boca y cansancio o debilidad. Sin embargo, existen efectos secundarios aun más severos, por lo cual, médicos y pacientes deben estar conscientes de ellos, tales como reacciones alérgicas, disminución del ritmo cardíaco, presión arterial inusualmente elevada o disminuida, así como de las contraindicaciones y las interacciones con otros medicamentos deben ser evaluados antes de la prescripción.

Vareniclina (Champix)

Henningfield (2005) describió las características esenciales de este fármaco. En primer lugar, es un agonista parcial de los receptores de nicotina. Es posible que la vareniclina tenga menos efectos secundarios que la TRN. Una gran variedad de subtipos de receptores nicotínicos de la acetilcolina han sido identificados con distintas propiedades estructurales y funcionales. La Vareniclina se une selectivamente al tipo de receptor alfa-4 Beta-2 (nicotínico). Los ensayos Clínicos de vareniclina indican que el medicamento es eficaz para dejar de fumar Este ensayo también demostró pocos eventos adversos asociados con la medicación y sin efectos adversos graves. Considerando que la gama de posibles beneficios y los riesgos de la vareniclina no se han evaluado completamente en los ensayos clínicos y la práctica, estos modelos de tratamiento para el manejo de la dependencia del tabaco y el síndrome de retirada son prometedores y pueden permitir a los pacientes mejorar su éxito en lograr y mantener la abstinencia de tabaco.

Tratamientos en línea

Dado que constantemente la sociedad contemporánea cambia y la tecnología va avanzando se han instrumentados nuevas maneras de cubrir con las demandas de ciertos nichos de la población que quizás no cuentan con el tiempo de asistir a tratamiento pero estén interesados en conseguir un cambio en su consumo de tabaco, ex profeso, existen diversas intervenciones en línea eficaces y costo efectivas que pretenden cumplir con este objetivo.

Una de ellas es "The Stopsite" una intervención en línea de autoayuda para el abandono del hábito tabáquico (Stivoro, 2009) como principal objetivo tiene diseñar y evaluar una website interactiva para ayudar a los usuarios a dejar de fumar y prevención de recaídas. La intervención incluyó retroalimentación individual de la evolución, herramientas interactivas como foros, diario, conteo de abstinencia (quitmeter) sala de chat y consejo profesional. Los sujetos participantes (1190) cumplían los criterios de inclusión de ser fumadores, mayores de 18 años y con deseos de dejar de fumar. Estos sujetos fueron evaluados en una línea base por medio de un cuestionario que indagaba el patrón de consumo y otros indicadores del hbito tabáquico. La intervención duró 3 meses y se llevó a cabo un seguimiento a los 4 y 7 meses. Los resultados reportaron que los sujetos que visitaron el Stopsite más de 5 ocasiones fueron 5.6 veces susceptibles de mantenerse en abstinencia que aquellos que nunca lo visitaron (26.7% versus 7.4%). Los sujetos que lo visitaron más de 15 veces tenían 6.4 veces más probabilidad de prolongar la abstinencia que aquellos que no. Los siguientes cursos de acción de esta intervención son indagar cuales son los componentes de mayor impacto.

Existe un ensayo clínico internacional para dejar de fumar a través de internet (Muñoz, 2007) en el cual participaron 500 sujetos de habla hispana y 500 sujetos angloparlantes, que cumplían los criterios de fumar 5 o más cigarros al día y con deseos de dejar de fumar en el próximo mes, los usuarios fueron reclutados a través de la pagina en ingles (www.smoking.ucsf.edu) y en español (www.dejardefumar.ucsf.edu) y otros links de otras páginas de Internet. El tratamiento duró 8 semanas y se realizaron seguimientos al mes, a los 3, 6 y 12 meses. Se llevó a cabo una evaluación basal en donde se inquiría el patrón de consumo, dependencia a la nicotina y depresión. Este ensayo clínico incluyó 4 condiciones; cada condición añadido nuevos elementos: Condición 1 fue la "Guía Para Dejar de Fumar", Condición 2 consistió en Condición 1 más Recordatorios por correo electrónico para volver a ingresar al sitio; Condición 3 consistió en la Condición 2, más el manejo emocional en componentes y Condición 4 consistió en la Condición 3, más un grupo "virtual". Como resultados principales se obtuvo que no hubo diferencias significativas entre las 4 condiciones. Después del primer año se obtuvo para los sujetos hispanos el 20.2% de abstinencia y para los angloparlantes: 21.0%. Por lo cual, este autor propone que estas intervenciones en línea son necesarias e importantes para el manejo y tratamiento de las adicciones y particularmente para el tabaco.

Estas iniciativas son de suma importancia al extender su impacto no solo en poblaciones angloparlantes, sino en latinos y en nuestro país. Claro está, que aún faltan acciones contundentes de difusión y diseminación, así como la generación de una propuesta nacional que cumpla con los objetivos del tratamiento efectivo en línea.

Políticas de salud pública para el control del tabaquismo

La Organización Mundial de la Salud (2008) ha promovido políticas para controlar y retroceder la epidemia internacional del tabaquismo. Estas medidas son conocidas como Mpower. La primera de ellas consiste en Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención. Es de suma importancia una buena vigilancia, puesto que, permitirá obtener información sobre la magnitud de la epidemia en un país, así como sobre la manera de adaptar las políticas a las necesidades específicas del mismo. La vigilancia tanto a nivel mundial como de país es decisiva para entender y hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. La segunda indica: Proteger a la población del humo de tabaco. Dado que todos los sujetos tienen el derecho fundamental de respirar aire puro, es primordial promover los entornos sin humo para proteger a los no fumadores, así como para alentar a los fumadores a abandonar el tabaco.

La siguiente es ofrecer ayuda para el abandono del tabaco. La OMS (2008) refiere que la mayor parte de los fumadores del mundo (más de 1000 millones de personas, de las cuales aproximadamente la cuarta parte son adultos) son adictos. Muchos quieren dejar el tabaco, pero pocos reciben la ayuda que necesitan. En sólo nueve países, donde vive el 5% de la población mundial, hay plenamente disponibles servicios para tratar la dependencia del tabaco. La cuarta es advertir de los peligros del tabaco, es de suma relevancia, ya que las advertencias amplias sobre los peligros del tabaco pueden modificar la imagen de éste, en especial entre los adolescentes y jóvenes. Las advertencias gráficas en los envases de tabaco son disuasivas, pero en sólo 15 países, donde vive el 6% de la población mundial, son obligatorias las advertencias ilustradas con imágenes (que abarcan al menos el 30% de la superficie principal) y en sólo 5 países, donde vive poco más del 4% de la población mundial, se satisfacen las exigencias más altas en materia de advertencias en los envases.

La quinta política consiste en hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio. Se tiene que, la industria tabacalera gasta cada año en el mundo entero decenas de miles de millones de dólares en publicidad, promoción y patrocinio. Las prohibiciones parciales de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco no resultan eficaces porque la industria simplemente reorienta sus recursos hacia otros canales de comercialización no reglamentados. Sólo una prohibición total permite reducir el consumo de tabaco y proteger a la población, en particular a los jóvenes, de las tácticas mercadotécnicas de la industria. Finalmente aumentar los impuestos al tabaco. Agrandar los impuestos, y por consiguiente los precios, es la manera más eficaz de reducir el consumo de tabaco, y especialmente de desalentar a los jóvenes de consumirlo. Un aumento de un 70% del precio del tabaco permitiría prevenir hasta la cuarta parte de las defunciones mundiales relacionadas con el tabaco. Un aumento de un 10% de los precios permitiría hacer bajar un 4% el consumo de tabaco en los países de ingresos altos y un 8% en los de ingresos bajos y medianos, mientras que los

ingresos procedentes de los impuestos al tabaco aumentarían pese a la reducción del consumo.

En nuestro país se ha procurado implementar estas políticas dentro del Convenio Marcos para el Control del Tabaco, sin embargo, de acuerdo a Camacho (2009) el avance ha sido lento, de manera mediocre y con rezagos importantes. La ley de Protección de la salud de los NO fumadores del DF se expidió apenas en 2008 y fue la primera entidad federativa 100% libre de humo de tabaco, marcando un hito mundial por su premura. Sin embargo, durante este año no ha sido aplicada correctamente en los estados y las violaciones en el DF no pudieron ser sancionadas. En las discusiones parlamentarias en el pleno por los legisladores contiene errores al no incorporar las medidas fiscales para disminuir la demanda y aumentar el precio de los productos del tabaco.

La Secretaria de Salud no ha terminado de publicar la inclusión de pictogramas e imágenes, con frases rotatorias de advertencia sanitaria breves e impactantes en el etiquetado de los productos del tabaco tal y como ha funcionado en otros países a pesar de contar con el sustento legal para hacerlo. En el mejor de los casos se contará con advertencias en el segundo trimestre del año 2010. La aplicación del Convenio Marcos es deficiente y aun esta en ciernes en diferentes estados de la república y no se sabe en realidad en qué momento contraerán el compromiso de su cumplimiento contraído mundialmente por la ratificación de dicho convenio. Por lo cual, es importante que organismos como la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) haga cumplir la ley y sancione a aquellos violadores del reglamento con mayor rigor y se lleven acciones contundentes para ejecutar este reglamento a lo largo de la república mexicana.

Con respecto a la opinión pública que los participantes de la ENA (2008) expresaron sobre las medidas de protección a la salud expresadas en el establecimiento de medidas para lograr lugares públicos libres de humo de tabaco, el 87% estuvo completa o medianamente a favor de que se establecieran en restaurantes y otros lugares en donde se expenden alimentos; 86.3%, en cines y otros lugares de espectáculos; 68.6%, en bares y otros lugares en donde se venden bebidas alcohólicas; 89.3%, en hospitales y otros centros de atención a la salud; 85.8%, en lugares de trabajo; 87.3%, en el transporte público. El 89.1% estuvo completa o medianamente a favor de que debería prohibirse el consumo de tabaco en cualquier lugar cerrado. Se obtuvieron proporciones semejantes al estratificar por edad, es decir, entre los adolescentes y los adultos. Por lo cual, estas opiniones están dando un paso positivo a la transición de ideas y opiniones en torno a las nuevas políticas en la población, aunque no se trate de un consenso generalizado, la mayor parte de la población está de acuerdo con estas políticas.

Conclusiones

Al realizar un análisis minucioso de las implicaciones que conlleva el consumo de tabaco resaltan diversos elementos cruciales que ponen énfasis en la extensión de

su padecimiento. No solo por representar una epidemia mundial con millones de muertes asociadas actuales y en ciernes, sino también por el impacto que tiene al estar coligada con otras problemáticas. La literatura internacional ha reportado al tabaco como droga de inicio, se sabe que mientras más temprano empieza una persona a fumar, mayor será su riesgo de convertirse en un fumador regular, desarrollar dependencia y sufrir consecuencias a largo plazo derivadas de este hábito. Según Medina Mora (2002) fumar del mismo modo se ha asociado con el riesgo de usar otras drogas, asimismo ha definido el tabaquismo como una enfermedad pediátrica debido a que la mayoría de los adultos empiezan a fumar en la adolescencia temprana por el hecho de que está siendo consumida cada vez más por jóvenes y la edad de inicio disminuye. Se sabe que la adolescencia es un período clave para la adopción de las pautas de uso de sustancias adictivas por lo cual el tabaco es, aunque no en un plano determinista, una droga de inicio para el consumo de otras sustancias.

Dado que los principales problemas asociados al consumo de tabaco son en materia de salud, por las múltiples enfermedades crónicas y cánceres que produce tanto para el que lo consume como para el fumador pasivo. El tabaco es una droga altamente perniciosa, aunque el impacto social no se perciba tan dramático e inquietante como en el caso del alcohol y las drogas, sí representa un fuerte problema de salud en la población y los costos socioeconómicos son alarmantes, asimismo, previamente se ha documentado acerca de la fuerte adicción que provoca la nicotina al ser considerada una droga altamente adictiva.

Los nuevos cursos de acción que siguen no pueden dejar de lado la instrumentación de programas de prevención efectivos principalmente dirigidos a niños y adolescentes. Ya que hasta el momento ninguno ha sido eficaz en su totalidad. Por tanto, es menester generar programas de prevención realmente efectivos multimodales en donde no solo el sujeto sea el único elemento participante, sino se forjen esfuerzos colectivos en la comunidad, escuela y familia, así como en los medios de comunicación o en entrenamiento en habilidades. Por lo cual, representa un gran reto en nuestro país instrumentar un programa de prevención de inicio temprano para el consumo de tabaco que verdaderamente funcione, a través de la identificación de los elementos y estrategias eficaces para desalentar y desmotivar el consumo de tabaco. Obviamente, este reto requiere incrementar los esfuerzos clínicos exhaustiva y de mayor investigación en esta área.

Existe un abanico de posibilidades de tratamientos exitosos de toda índole (farmacológicos, psicológicos, en línea, etc.) no obstante, aun falta difundir globalmente aquellos que han probado su efectividad en las personas que requieren un tratamiento adecuado para el cese del consumo de tabaco. No obstante, quizás aunque estén interesados en dejar el consumo pueden no tener una idea clara de dónde acudir, qué tratamientos están disponibles y cuál es el más conveniente para ellos. Por lo cual, es substancial difundir globalmente, no solo estas alternativas de tratamiento en centros de salud, clínicas especializadas, etc., es preciso que todo profesional de la salud en el manejo de las adicciones

enganche y motive a la población para que ingresen a tratamiento. Asimismo es importantísimo poner mayor énfasis en los componentes de dichos tratamientos con alternativas de prevención de recaídas en los usuarios, así como incluir elementos y componentes que traten aspectos de comorbilidad psiquiátrica como depresión y ansiedad.

Por otro lado, en la población en general de nuestro país, se redujo la prevalencia de su consumo, esto puede obedecer a varias causas. Una de ellas probablemente se deba a la aplicación de la Ley Antitabaco, en donde se han realizado grandes esfuerzos por implementarla cabalmente. A pesar de no ser llevada a cabo óptimamente y en todo el país ha tenido un impacto en la manera de consumir tabaco en la población y quizás explique este descenso en la prevalencia.

De la misma manera, se ha reportado un cambio incipiente en la percepción del consumo de tabaco, al sensibilizar a la población que el humo del tabaco no solo daña a quien lo consume sino al que lo aspira tal como es el caso más dramático en niños. No obstante, lamentablemente en nuestro país aun esta en ciernes la aplicación del Mpower y políticas del Convenio Marcos al encontrarse desperfectos, uno de ellos previamente reportados es la nimia alza a los impuestos y costo de los cigarros. Es bien sabido que las empresas tabacaleras se amparan con la ley para que no se les incremente los impuestos en la medida sugerida por el Mpower del 70% con el fin de que verdaderamente sea significativa. Ahora la pregunta flotante indica qué pasaría si se ejecutara cabalmente. El impacto probablemente sería significativo y podría percibirse una modificación acertada en pro de la salud de millones de mexicanos. En conclusión, es necesario incrementar los esfuerzos para que estas políticas se lleven a cabo y no solo redunden en intereses creados y de lucro por ciertos grupos sociales como las empresas tabacaleras. Asimismo, profesionales de salud y legislativos necesitan duplicar y aunar esfuerzos con el afán de erradicar esta problemática en la mayor parte posible.

CAPITULO 3: DROGAS ILÍCITAS Y ADICCIÓN: UN ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL

Introducción al consumo de sustancias ilícitas

En el mundo del consumo de sustancias psicotrópicas existen ciertas particularidades que engloban diferentes dimensiones de comprensión del fenómeno adictivo. Este fenómeno abraza diferentes problemáticas de diverso orden psicosocial, de salud pública, personal e interpersonal, etc., en la vida del consumidor y en particular por el tipo de sustancia. Si bien es cierto, las “drogas” no solo aluden a la clasificación común de sustancias ilegales, en los primeros capítulos se reportó, por un lado, la dimensión generalizada de dos de las sustancias legales que son consideradas drogas gracias a que alteran el sistema nervioso central y producen consecuencias negativas por su consumo (en el caso del alcohol sólo cuando se abusa de él), por el otro, por el potencial de adicción y/o abuso que pueden generar. En este capítulo se ponderarán y se conocerán las implicaciones en todo orden de las drogas ilegales más conocidas y de mayor impacto (mariguana, cocaína, heroína, etc.), otras drogas de un impacto más reciente pero no por ello menos perniciosas (drogas de diseño) y de las sustancias que son en ocasiones, empleadas con fines ya sea terapéuticos (fármacos de prescripción médica) o químicos empleados con fines industriales (inhalables) que son utilizados con fines de intoxicación y que al final de cuentas también generan adicción y una problemática en todo orden por su ingesta compulsiva.

En la primera parte de este capítulo se enunciará y se llevará a cabo un análisis integral de la relación en general que comparten estas sustancias tales como: proceso adictivo, (mismo que comparte, independientemente de la sustancia que se consuma, en el sujeto adicto ciertas características universales de la dependencia como: síndrome de abstinencia, tolerancia, búsqueda compulsiva por la droga a pesar de las consecuencias nocivas de su ingesta, etc.), los patrones de consumo que encierran: la ingesta de una sola sustancia psicotrópica o del policonsumo, asimismo, del consumo experimental hasta el crónico, además, los factores de riesgo y protección del consumo que conllevan estas sustancias en general; de los problemas asociados al consumo de drogas ilícitas, así como de las alternativas de tratamiento: prevención e intervenciones integrales como programas multicomponente.

En la segunda parte del capítulo se ahondará en las particularidades que involucra el marco taxonómico de las principales drogas (estimulantes, opiáceos, mariguana, inhalables, drogas de prescripción médica y drogas de diseño). Dado que cada sustancia psicoactiva afecta de diferente manera al sujeto no sólo en términos biológicos y físicos, sino también en cuanto a sus implicaciones psicosociales, cognitivas, interpersonales, económicas, etc. Es menester, exponer tangencialmente el impacto que ocasiona especialmente en cada una con el fin de generar acciones de tratamiento (prevención e intervenciones psicológicas y/o

farmacológicas) que respondan a las demandas de la problemática asociada a la adicción por tipo de sustancia. Por lo cual, no tendrá las mismas consecuencias e impacto revelar los problemas de adicción a la cocaína en relación a la heroína, los inhalables en relación a la marihuana o las drogas de patente, etc. en términos de los sectores de la población que la consumen, aquellos que están expuestos a mayor riesgo, tendencias y desarrollo de las prevalencias y morbi-mortalidades en todo el orbe y en el país, en los factores de riesgo y protección del consumo determinados, sus problemas asociados de toda índole (biopsicosocial), tratamientos, etc.

En la parte final de este capítulo se presentan en las conclusiones los nuevos cursos de acción en investigación psicosocial e intervención clínica con propuestas específicas de progreso científico y desarrollo integral para el manejo de la adicción a estas sustancias.

Comprensión del proceso adictivo

Hablar de adicciones implica conocer profundamente el proceso interno que involucra con el fin de evitar intrincar este fenómeno con otros procesos tales como abuso o con otros paradigmas asociados al consumo tales como delincuencia. Asimismo, es imperioso que todo profesional de la salud dedicado al manejo de las adicciones comprenda íntegramente este proceso no sólo, con el objeto de brindar un tratamiento óptimo en cuanto a prevención e intervención, sino para mantener un manejo adecuado y ético en todo sentido, ya que, como afirma Kranzler y Ting-Kai (2008) una desventaja del término adicción es que en ocasiones se ha empleado de manera peyorativa y puede llevar a los clínicos a evadir su uso por temor a estigmatizar a sus pacientes y a dañar su relación con ellos.

De acuerdo con el NIDA (2008) la adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas con periodos recurrentes de recaídas, a pesar de las consecuencias nocivas que su uso conlleva. De este modo, se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican su estructura y funcionamiento. Estos cambios, conocidos como neuroplásticos, pueden durar largo tiempo y llevar al sujeto no solo a comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas, sino a comportamientos compulsivos y pérdida de control. Tal como hace referencia Medina Mora (2002a) la adicción se refiere a los patrones de dependencia de una droga, sin diferenciar entre dependencia física y psicológica.

La diferencia de los términos dependencia y adicción es confusa. En realidad, como apunta Fernández (2002) la dependencia es el conjunto de cambios neurobiológicos que subyacen al consumo de la droga y que causan la adicción. Sin embargo, la adicción sería un grado elevado de dependencia (p. ej., la cafeína induce dependencia sin ser adictiva). En la presente revisión se utilizarán los

términos dependencia y adicción de modo indistinto, según la terminología DSM-IV, que considera que son equivalentes en lo que se refiere a las drogas adictivas.

Por lo general, los reportes e investigaciones recientes del NIDA (2008) indican que la decisión inicial de consumir drogas es voluntaria. Sin embargo, conforme el patrón de consumo se intensifica en cantidad y frecuencia, se ve afectada la capacidad individual para ejercer el auto control se vuelve sumamente deficiente. Los estudios de imágenes del cerebro de los sujetos adictos muestran cambios físicos en áreas del cerebro esenciales para el juicio, la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el control del comportamiento. Los científicos creen que estos cambios alteran la forma cómo funciona el cerebro y pueden explicar los comportamientos compulsivos y destructivos que resultan de la adicción.

Por otro lado, a fin de evaluar el nivel del daño ocasionado por el consumo de diferentes drogas, es necesario considerar la vía de administración, el tipo de tolerancia que ocasiona y la magnitud del síndrome de abstinencia asociado con el consumo de cada una de ellas. Medina Mora (2002a) ilustra que cuando las drogas se administran por vías que producen efectos placenteros más rápidamente, su potencial de adicción es más alto que cuando se utilizan por otras vías. Por ejemplo, el potencial adictivo de las drogas que se usan por inhalación o inyección intravenosa es más elevado en comparación con otras drogas que presentan igual potencial de dependencia.

Tal como ha sido documentado por investigaciones auspiciadas por el NIDA (2008) el abuso continuado de sustancias psicoactivas puede llevar a la tolerancia o a la necesidad de dosis más altas de la droga para producir el mismo efecto, asimismo, Medina Mora (2002a) confirma que la tolerancia está muy relacionada con la dependencia. Una persona que usa drogas con efectos psicoactivos usualmente quiere que los efectos deseados duren tanto como sea posible. La exposición repetida ocasiona que la droga se metabolice más rápido y que la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente. Con el uso crónico, la mayor parte de las drogas psicoactivas produce tolerancia, siendo necesario aumentar la cantidad de la droga para experimentar sus efectos con mayor intensidad. En el caso de LSD y alucinógenos se reduce el efecto sin importar que tan elevada sea la dosis, por lo cual los consumidores deben de dejar pasar varios días para obtener el efecto deseado.

Desde el punto de vista neurobiológico el NIDA (2008) reporta que con el uso consuetudinario de drogas el cerebro se ajusta a las oleadas abrumadoras de dopamina (y de otros neurotransmisores) produciendo menos dopamina o disminuyendo el número de receptores que pueden recibir y transmitir señales. Como resultado, el impacto de la dopamina sobre el circuito de gratificación del cerebro de una persona que abusa de drogas se puede volver muy limitado y puede disminuir su habilidad para sentir cualquier placer. Es por eso que el abusador eventualmente se siente triste, sin vida y deprimido y no puede disfrutar de las cosas que anteriormente le producían placer. Ahora necesita consumir drogas solamente para lograr que la función de la dopamina regrese a lo normal.

Es más, necesita tomar cantidades más grandes de la droga de lo que antes consumía para crear la euforia de la dopamina, efecto que se conoce como tolerancia.

Otro fenómeno inherente a la adicción referido por Kemp (2009) es que cuando existe dependencia a la sustancia el cuerpo empieza a experimentar el síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia varía de persona en persona y depende de cada sustancia, empero existen síntomas comunes a este como: sudoración, calambres, palpitaciones, dolores de cabeza, temblores y tensión muscular. Todos estos síntomas son desagradables, por lo cual, el adicto buscará mitigar esos síntomas al consumir de nueva cuenta. En algunas ocasiones la decisión de buscar la sustancia es suficiente para que amaine el craving.

Finalmente, la adicción no solo se circunscribe a los anteriores efectos neurobiológicos y muy propios del organismo, también posee elementos sociales cruciales que fungen como indicadores de que existe adicción en el sujeto. Tal como ha sido definido por el DSM-IV la adicción se caracteriza por la búsqueda compulsiva de la droga no obstante, las consecuencias negativas en la vida del sujeto y en el aspecto personal y psicosocial, serán descritos más ampliamente en los siguientes apartados.

Del consumo experimental al crónico

Es un hecho contundente que una persona que consumió una sola vez en su vida marihuana no puede ser considerada adicta, o una persona que consuma tranquilizantes todos los días ya presente adicción, el uso crónico y la adicción dependen de los patrones de consumo de las sustancias psicotrópicas.

Medina-Mora (2002) pone de manifiesto que existe el uso y abuso del consumo de las sustancias; la distinción entre uso y abuso dependencia en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición con fines de intoxicación de las diferentes sustancias. Esta autora pone de relieve que en el caso de las drogas ilegales, es común considerar que cualquier uso es abuso de la sustancia, este es el caso, cada vez con más frecuencia de los solventes inhalables, aunque no sean sustancias ilegales en el sentido estricto. De esta manera, la OMS introdujo la categoría de consumo perjudicial para definir aquel consumo que afecta la salud física (p. ej. Hepatitis asociada con la administración intravenosa de drogas) o mental (episodios de trastornos depresivos asociados a la ingesta excesiva) del consumidor, sin embargo, el sujeto, aun no cumple los criterios de dependencia.

De acuerdo Mathias y Swan (1995) otro punto clave es identificar los mecanismos psicológicos y físicos y factores de riesgo que promueven la progresión del consumo experimental de la sustancia a la dependencia a las drogas. Por ello es necesario conocer los patrones de consumo y el conjunto de variables que definen la relación entre los individuos y la sustancia que se autoadministran. Así, se puede discurrir cuál es la droga principal, qué otras drogas se presentan

mancomunadas, cuáles son las vías por la que se administran (oral, fumada, inhalada, inyectada y otras), qué cantidades se suele consumir, en qué estado físico se ocasiona el consumo, si la administración se genera en forma individual o en el marco grupal, en qué período temporal se produce el consumo, qué pautas de conducta van asociadas, qué normas y valores ejercen de soporte cultural al consumo, etc.

Botvin (1995) asegura que en sus primeras etapas el consumo de drogas es infrecuente y se limita a una sola sustancia, a medida que aumenta la implicación, el consumo se incrementa tanto en frecuencia como en cantidad y es factible que progrese a otras sustancias. Como previamente ha sido puntualizado existen drogas legales que aumentan la probabilidad que se consuman otras sustancias como la marihuana, estimulantes, alucinógenos, etc. Si bien la probabilidad de consumir una droga en particular aumenta con el consumo de cualquier otra, el consumo de una o más drogas no conduce, necesariamente, al de otras o a una implicación más acusada.

Otros elementos particulares de la dependencia difieren según el tipo de sustancia. Algunas drogas producen dependencia con relativa rapidez: pocas dosis seguidas bastan para crear la adicción (por ejemplo: la heroína), en tanto que otras que requieren más tiempo de consumo continuado para crear el mismo efecto (por ejemplo: el alcohol). La dependencia también varía con la dosis, es decir con la cantidad de sustancia activa real que contiene un producto. La forma de consumo también influye en el carácter de la dependencia. No produce el mismo grado de dependencia el consumo de droga por la vía intravenosa que por vía nasal. En el caso de la heroína, la administración intravenosa suele producir mayor dependencia en cualquier forma de absorción (Kranzler & Ting-Kai, 2008). Por tal razón, se hará una revisión de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias que catalizan los desordenes adictivos y la co-ocurrencia de la dependencia.

Tendencias globales del consumo de drogas ilegales

El Reporte Mundial de Drogas (2009) estimó que entre 172 y 250 millones de personas han utilizado drogas al menos una vez en el año pasado. Empero estas cifras incluyen consumidores experimentales que probablemente consumieron una sola vez durante todo el año. Dicho reporte (2009) indicó que existen entre 18 y 38 millones de consumidores problemáticos en un rango de edad de 15 a 64 años de edad en 2007. Las prevalencias de consumo varían de acuerdo a la región del mundo. Por ejemplo, en África y Oceanía en más personas se presentan a tratamiento debido a problemas con marihuana que cualquier otra sustancia (63% en África; 47% en Australia y Nueva Zelanda).

En contraste, según este reporte (2009) los opiáceos fueron la droga principal de tratamiento en Asia y Europa (65% y 60%, respectivamente). La cocaína fue tratada más prominentemente en Norte América (34%) y en Sudamérica (52%)

que en otras regiones. Los estimulantes tipo anfetaminas fueron tratados más en Asia (18%), Norteamérica (18%) y Oceanía (20%). La marihuana está jugando un papel muy contundente en Europa, Sudamérica y Oceanía desde 1990; el consumo de anfetaminas y el consumo de estimulantes tipo anfetaminas radica más en Norte América y Sudamérica que en el pasado.

El número de personas que usaron opiáceos al menos una vez en 2007 se estima un rango entre 15 y 21 millones de personas en el mundo. Más de la mitad de consumidores de opiáceos se cree que viven en Asia. El más alto nivel de consumo (en términos de la proporción de la población entre 15-64 años) se encuentra a lo largo las rutas de tráfico de esta sustancia cerca de Afganistán. Los opiáceos siguen siendo el principal problema del mundo en términos de tratamiento. Europa tiene el mayor mercado de opiáceos en términos económicos, y aunque el uso parece ser estable en muchos occidentales Los países europeos, los aumentos han sido reportados en Europa del Este (ONU, 2009).

De acuerdo a los datos arrojados por este reporte se tiene que la región del continente africano en donde se consumen más opiáceos es en la región este, representando un estimado de consumidores de 1,330,000 y en porcentaje un 1%. Empero en el sur es la región donde menos se consume, representando 310,000 consumidores y un 0.3%. En el continente Americano se tiene que el país que más consume opiáceos es EE.UU. con una frecuencia de usuarios de 1,360,000 lo cual representa 0.5% y en Centro América se reporta una cantidad menor de consumidores: 30,000, es decir, un 0.1%. En el continente asiático, se estima que en el medio oriente abunda una cantidad significativa de consumidores: 2,910,000 o un 1.2%, empero en sur de Asia hay menos prevalencia de consumo 0.3% (4,970,000). Previamente, se reportó la situación en Europa. Y finalmente en Oceanía la prevalencia anual del consumo es del 0.4%.

En cuanto al tipo de opiáceo, se tiene que la heroína es uno de los más consumidos, asimismo, se cuenta con tendencias mundiales, en donde, EE.UU. es el país donde se consumo de heroína es mayor. Se tiene que 1.2 millones de personas la consumen (0.6% de la población entre 15 y 64 años de edad). Asimismo se reportó el abuso de opiáceos de prescripción médica como oxicodona. En América Latina, el país que consume más heroína es Brasil con 635,000 usuarios (0.5% entre 12 y 65 años de edad. En países como México, Venezuela, Bolivia y Argentina, se están elevando los niveles de consumo. El consumo en Oceanía se muestra estable; en Australia ha disminuido considerablemente el consumo comparado con los años 90's. en África el consumo se ha ido elevando principalmente en países como: Kenia, República de Mauricio, Nigeria, Tanzania y Zambia.

El número total de personas que usaron cocaína al menos una vez en el año 2007 se estima que oscila entre 16 y 21 millones de personas. El principal mercado sigue siendo América del Norte, seguida por Europa Central y Occidental y América del Sur. Descensos significativos en el consumo de cocaína se registraron en América del Norte, especialmente en los EE.UU., que en términos

absolutos sigue representando el mayor número del mercado mundial de cocaína. La cocaína fue utilizada al menos una vez en el año pasado por 5.7 millones de personas en los EE.UU. en 2007. Tras los fuertes aumentos en los últimos años, una serie de encuestas en el oeste de Países europeos, mostraron los primeros signos de una estabilización, empero, el consumo de cocaína todavía parece estar en aumento en el América del Sur. Algunos países africanos, en particular en África occidental y meridional, parecen demostrar el aumento de los niveles de consumo de cocaína, aunque los datos son escasos (ONUDD, 2009).

El consumo de cocaína está disminuyendo en EE.UU. sin embargo, es el país del continente en donde se consume más esta droga, con 6,870,000 (2.3%), asimismo, gracias a los reportes de la ONUDD (2009) el consumo en 2007 era equivalente a 5.8 millones de usuarios entre 15 y 64 años de edad, representando un 2.8% del consumo. México y Canadá también son dos países en los que el consumo de cocaína disminuyó comparado con el año pasado. Sin embargo, la prevalencia de vida en nuestro país aumentó del 1.5% a 2.5%. En Europa Occidental se mostró una estabilización del consumo de cocaína, en países como: España, Inglaterra, Italia y Alemania. Empero, en Francia, República Checa, Irlanda, Eslovaquia, Ucrania y Portugal. En países de América Latina se encuentra un incremento en el consumo en países como: Venezuela, Ecuador, Brasil, Argentina, Uruguay, Guatemala, Honduras, Jamaica y Haití. Se observó un descenso en la prevalencia del consumo de cocaína en Chile, Perú, Paraguay y Costa Rica.

Por otro lado, de acuerdo a datos de este reporte (2009) el número global de personas que utilizan marihuana por lo menos una vez en el año 2007 se estima que entre 143 y 190 millones de personas. Los niveles más altos de uso permanecen en los mercados establecidos de América del Norte y del Oeste de Europa, aunque hay signos de estudios recientes que los niveles de consumo están disminuyendo en los países desarrollados, especialmente entre los jóvenes.

En cuanto a las tendencias de uso se tiene que en EE.UU. disminuyó la prevalencia de consumo de marihuana del 11% en 2002 a 10.1% en 2007 y por el momento se muestra una estabilización de los niveles de consumo. Empero, en países de América Latina está aumentando el nivel de consumo. Tal es el caso de países como Chile con prevalencia de consumo de (7.5%), Argentina (7.2%), Uruguay (6%), Bolivia (4.3%), Perú (0.7%) y Ecuador (0.7%). Por otro lado, el consumo de marihuana se está incrementando en todo el sur de África y cuentan con un 23.5% de demandas de tratamiento en el año 2008. En Europa, países como Inglaterra disminuyeron el índice de consumo del 10.9% a 7.4% en un periodo de 2002 a 2008. España igualmente presentó una disminución del 11.3% al 10.1% de 2003 a 2007. Países europeos como Polonia, República Checa y Eslovaquia permanecen estables. Empero se incrementó el consumo en Irlanda, Bulgaria, Portugal, Letonia y Finlandia. El caso de Italia es sorprendente el consumo de marihuana se duplicó de 2003 con un 7.1% a 14.6% en 2007.

La ONUDD (2009) estima que entre 16 y 51 millones de las personas entre 15-64 años consumieron anfetaminas y derivados al menos una vez en 2007, el número de personas que utilizan éxtasis y drogas de diseño, al menos, una vez que se estima entre 12 y 24 millones en todo el mundo. La anchura de estos intervalos es mucho mayor que el de la cocaína y la heroína, dado el alto nivel de incertidumbre en relación con este grupo de drogas en términos tanto del uso y la producción. Los usuarios de grupo de Anfetaminas en el Este y el Sudeste de Asia principalmente consumen metanfetamina. Las pastillas vendidas como captagon (Fenetilina) a menudo contienen anfetamina, y se utilizan en todo el Próximo y Oriente Medio. En Europa, los usuarios consumen principalmente anfetaminas, mientras que aproximadamente la mitad de los usuarios de estimulantes en América del Norte consumen de metanfetamina.

La ONUDC (2009) estima que los consumidores de metanfetamina son la mayoría y engloban el 54%-59% de los consumidores de anfetaminas y sus derivados; los consumidores propiamente dichos de anfetaminas van del 32%-35%; y el 8%-11% inespecíficos como metcatinona, estimulantes farmacéuticos, etc.

Este reporte informo que en Asia, el consumo de esas sustancias está disminuyendo. Por ejemplo en Japón, el número de dependientes y abusadores de esta sustancia está declinando del año 1998 a 2005 a un 11%. En las filipinas la prevalencia anual de consumo de metanfetaminas disminuyó del 6% en 2004 a 1.9- 2.4%. En Arabia Saudita se ha incrementado el consumo, reportes de un hospital especializado en tratamiento confirmó un aumento en un periodo de 1998 a 2006 del 25% al 73%. Asimismo, en la República Islámica de Irán, hubo un incremento en el consumo de metanfetaminas en forma de cristal, gracias a los reportes de hospitales, clínicas especializadas en adicciones y prisiones del 0% al 3.6%.

En Europa el consumo de anfetaminas es estable predominantemente y decreciente como ejemplo de lo anterior se encuentra el Reino Unido disminuyo de 3% en 1998 a 1% en 2008, empero en Escocia esto no sucedió así, ya que el consumo se incrementó del 0.5% en 2000 a 2.2% en 2006. Asimismo, se tiene el reporte de algunos países con incremento en el consumo como: Suiza, Austria, Eslovaquia, Ucrania y República de Moldava. En la República Checa se registró el consumo de metanfetamina proveniente de laboratorios clandestinos en casas y en Ucrania principalmente el consumo es por vía de administración intravenosa de estimulantes anfetamínicos como: metanfetaminas, metcatinona, catinona, etc. (ONUDD, 2009).

El sur de África se muestra señales de estabilización, pero muy poco se sabe del resto del continente, empero el consumo se ha manifestado en países como: Burkina Faso, Egipto, Gana, Nigeria, Senegal, Sierra León y Costa de Marfil. Asimismo en Nigeria, África es el país donde el consumo de metanfetamina es muy común y elevado, especialmente en jóvenes (10 a 19 años de edad con un 6.7% de prevalencia de vida) y estudiantes universitarios (2.1% de prevalencia de vida).

En cuanto al consumo de estas sustancias en el continente americano, EE.UU es el mayor consumidor, empero hay algunos estados en donde el consumo está declinando. En nuestro país, según este reporte, los problemas relacionados al consumo de metanfetaminas se están intensificando. Se percibe asimismo un aumento en el consumo en países como Argentina, Brasil, Ecuador y Paraguay.

Gracias al NIDA (2009) se cuentan con datos de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud en EE.UU. mismos que muestran que los abusadores primarios de la mayoría de los inhalantes son adolescentes de entre 12 y 17 años de edad. En el 2007, el 3.9% de adolescentes reportaron haber usado inhalantes en el año anterior a la encuesta. En los adultos jóvenes de entre 18 y 25 años de edad, hubo una disminución en la categoría de “consumo en el año anterior” del 1.8% en el 2006 al 1.6% en el 2007. De las 775,000 personas de 12 años de edad en adelante que habían probado inhalantes por primera vez en el año anterior, el 66.3% eran menores de 18 años la primera vez que los usaron.

Adolescentes y el consumo de drogas en el mundo

A continuación se llevará a cabo un breve resumen de la situación actual del consumo en los adolescentes. De acuerdo al Drug Worl Report (2009) el consumo de heroína en esta población. Se tiene que, la prevalencia de vida de consumo de heroína se reportó superior en los siguientes países: Haití (3%), Sudáfrica (2.2%), Bulgaria (2.2%), con el 2% de prevalencia se encuentran los siguientes países: Canadá, Republica Checa, Mónaco, Eslovenia, Portugal; seguido con un 1.9% Croacia, Albania (1.8%), Austria (1.7%), Hungría (1.6%), con un 1.5% se encuentra: Gibraltar, EE.UU y Eslovaquia; Lavita y Polonia con un 1.4%, Barbados (1.3%), Lituania (1.1%); con un 1%: Bolivia, Perú, Venezuela y Georgia. Nuestro país se ubica con un 0.7%, asimismo, los países con menor prevalencia son: Uruguay y Dinamarca con un 0.5%, Paraguay (0.3%); Liechtenstein y Myanmar con un 0.2%, Australia (0.1%) y Ucrania (0%).

El consumo de cocaína en los jóvenes se ha reportado de la siguiente manera: en cuanto a la prevalencia anual se tiene que el país con mayor índice de consumo es Sudáfrica 13%, seguido de Bulgaria (5.7%), EE.UU. (3.4%), Dinamarca (3.2%), Gana (2.9%), Chile (2.6%), Argentina (2.5%), Jamaica (2.1%), Israel (2%), Brasil (1.8%), Colombia (1.7%), Haití (1.6%), México y el Salvador (1.5%); Costa Rica y Paraguay (1.1%), Granada 1%; los países con menor prevalencia anual son: Republica Dominicana (0.6%), Bolivia y Australia (0.4%), Polonia y Bahamas (0.3%), San Vicente y Granadinas, Honduras, Guyana y Surinam (0.2%) y el menor reportado es Guatemala (0.1%) (ONUDD, 2009).

La incidencia acumulada o prevalencia de vida del consumo de marihuana se presenta de la siguiente manera: el país con mayor prevalencia es Republica Checa (45.1%), Eslovaquia (39.8%), España (36.2%), Suecia (33%), EE.UU (31%), Bulgaria (30.3%), Canadá (30.2%), Dominica (29.4%), Reino Unido (29%) Croacia (27.5%), Granada (27.5%), Estonia (26.3%), Dinamarca y Santa Lucia

(25.5%), Alemania (25.2%), Jamaica (25.1%), Antigua y Barbuda (24.9%), Sudáfrica (24.8%), Islas Turcas y Caicos (21.4%), Hungría (20.7%), Uruguay (19.5%), Austria (19.3%), Chile (18.7%), Kenia (18.9%), Egipto (18.9%), San Vicente y Granadinas (17.8%), Barbados (17.4%), Bahamas (14.1%), Etiopía (11%), Mauricio y Argentina (10.9%), México (8.8%), Belice (7.6%), Costa Rica (7.4%). Los países con menor prevalencia de consumo de marihuana son: Croacia (4%), Haití y Armenia (3%), Japón (0.4%), Kurdistán (0.3%) y los más bajos índices se encontraron en Corea y Nepal (0.1%).

En cuanto a la prevalencia lápsica o anual se tiene que República Checa (34.8%), Azerbaiyán (30%), España (29.8%), Eslovaquia (27.2%), EE.UU (24.6%), Luxemburgo (22.4%), Bulgaria (20.5%), Croacia (20.5%), Estonia (19.2%), Madagascar (18.5%), Dominica (17.9%), Gana (17.1%), Granada (15.9%), Santa Lucía (15.9%), Hungría (15.2%), Austria y Uruguay (14.8%), Chile y Jamaica (14.6%), Islas Turcas y Caicos (14.5%), Antigua y Barbuda (13.4%), Sudáfrica (12.9%), Lavita (11.8%), San Vicente, Lituania y Granadinas (11.7%), Polonia (10.9%), Malta y Barbados (10.6%), Colombia (8.4%), Argentina (7.6%), Australia (6.8%), Brasil (6.3%), Israel (5.8%), Costa Rica (4.6%), Líbano (4.4%), Ecuador (3.7%). En cambio, las naciones con menor prevalencia lápsica fueron: Haití (1.8%), Honduras y Venezuela (1.1%), Guatemala (1%), Myanmar (0.9%), Seychelles (0.3%), Nepal (0.1%) y Hong Kong (0%).

En cuanto al consumo de anfetaminas, se tiene la prevalencia de vida de la ingesta de estas sustancias, el país con un índice más elevado en el consumo fue Haití (24.4%), seguido de EE.UU. (11.1%), Bulgaria (9%), Sudáfrica (8.8%), Austria (7.9%), Honduras (7.4%), Guatemala (7.3%), Bolivia (7.1%), Colombia (6.4%), Jamaica (6.3%), Santa Lucía (6%), Dinamarca (5%), Costa Rica y Brasil (4.9%), Surinam (4.8%), Canadá y Argentina (4.5%), Chile (4.4%), Dominica (4.3%), Guyana (4.1%), Barbados y República Checa (3.5%), Trinidad y Tobago (3.4%), México (3.3%), Granada (3.1%), Ecuador y Colombia (3%), Antigua y Barbuda (2.6%). Los países de menor prevalencia de vida de consumo de anfetaminas son: Uruguay (1.7%), Australia, Federación Rusa, Finlandia, Noruega, Islas Faro (1%); Islas Turcas y Caicos (0.9%), Venezuela (0.9%), Kazakstán (0.8%), Bahamas (0.5%), Japón (0.4%), Myanmar (0.4%), El Salvador (0.3%), Groenlandia y Armenia (0%).

En particular, se tiene datos relevantes de la incidencia acumulada de los consumidores de éxtasis, primordialmente se destaca de la siguiente manera: Bulgaria y Croacia (7.5%), Canadá (6.2%), Estonia (5.5%), Dinamarca y EE.UU. (5.2%), Bélgica (5%), Albania (4.9%), República Dominicana y República Checa (4.5%), Colombia (4.3%), Chile (4%), Austria (3.8%), Croacia (3.5%), Sudáfrica (3.2%), Federación Rusa, Ucrania, Jamaica y Haití (3%), Israel (2.7%), Ecuador (2.4%), Islas Turcas y Caicos (2.2%), Barbados (1.8%), Bahamas y Antigua y Barbuda (1.2%). Los países con menor incidencia acumulada del consumo de éxtasis son Trinidad y Tobago y Guyana (0.9%), Lituania (0.7%), Dominica (0.6%), San Vicente y Granadinas, Nicaragua, El Salvador y Paraguay (0.5%), Tailandia, Kazakstán y Guatemala (0.3%) y por último Honduras (0.2%).

Por otro lado, hay reportes por parte del NIDA (2009) que ponen de manifiesto el consumo de otras sustancias como es el caso de los inhalables; en 2008, 2 millones de norteamericanos de 12 años y mayores han abusado de los inhalables. La encuesta norteamericana llamada Monitoring the Future mostró que el 8.9% de los alumnos de octavo grado, 5.9% de los de decimo y 3.8% de los de doceavo han abusado de los inhalables al menos una vez en el año anterior. Los adolescentes tienden a abusar de diferentes productos inhalables a diferentes edades. Los usuarios nuevos de 12 a 15 años de edad abusan con más frecuencia de los pegamentos, los productos para limpiar zapatos, las pinturas pulverizadas, la gasolina y los líquidos para encendedores. Los usuarios nuevos de 16 a 17 años de edad abusan con más frecuencia del óxido nitroso y los dispensadores de crema batida (“whippets”). En cambio, los adultos abusan con mayor frecuencia de inhalantes como los nitritos.

Ingesta de sustancias psicoactivas en México

El reporte más reciente que brinda datos sobre la situación actual del país es la Encuesta Nacional de Adicciones (2008), es importantísimo contar con elementos de análisis actuales que ayuden a forjar nuevos cursos de acción de maniobras de prevención y tratamiento. Los resultados de esta encuesta (2009) son consistentes con los estudios que se hacen en poblaciones especiales e 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%; el consumo de drogas médicas con potencial adictivo, usadas fuera de prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002.

La ENA (2008) documentó 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, acrecentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres solamente se incrementó de 8 a 8.8%. La mariguana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población. El consumo de la primera aumentó de 3.5 a 4.2%; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor: pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, que se duplicó entre ambas mediciones. Además, la incidencia acumulada de los inhalables lo sitúan en un 0.7%, seguidos muy de cerca por las metanfetaminas con un 0.5%, los alucinógenos con el 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.

Los hombres de edad media (entre 26 y 34 años) son los que presentan la mayor incidencia acumulada en relación con todas las drogas. Entre las mujeres, el consumo de cocaína, crack y metanfetaminas es mayor entre las más jóvenes (de 12 a 25 años) y los datos también señalan la menor historia de consumo en este grupo, especialmente de las sustancias de más reciente introducción al país. Los hombres también aventajan a las mujeres en el consumo de drogas médicas fuera de prescripción. Ambos prefieren los tranquilizantes y aquéllos de entre 26 y 34 años de edad son los que más han usado este tipo de sustancias. Entre las mujeres, el mayor consumo se observa entre las mayores de 35 años. Los datos señalan una historia más reciente de incorporación de los hombres al consumo de este tipo de sustancias (ENA, 2008).

Asimismo, esta encuesta (2008) documentó la percepción que tienen del problema los entrevistados, se obtuvo que: 58.5% y 60.4% estuvo de acuerdo en que necesitan ayuda. Una tercera parte los considera personas débiles; 30.6%, y 19.1% los percibe como delincuentes. Este indicador es sumamente importante, ya que pone de relieve los estigmas que puede tener una sociedad con relación a la adicción, al ser considerada de distintas maneras y no como una enfermedad que les permita a los usuarios buscar con mayor facilidad tratamiento. Asimismo, se indagó acerca de la percepción sobre el potencial adictivo de ciertas sustancias, el mayor consenso sobre el potencial adictivo de las drogas se observó para la marihuana (80.3%) y para la cocaína (75.8%); les sigue en importancia el alcohol (71.2%). Menor consenso se observó para el tabaco (66.4%), la heroína (60.3%), los inhalables (56.2%) y los alucinógenos (51.8%).

Asimismo, datos interesantísimos apuntan que en cuanto a las mejores opciones para rehabilitar a los adictos, la mayor parte de la población apuntó que deben ser enviados a granjas (50.2%), el 7.2% considera que deben curarse por su cuenta y el 2.1% en la cárcel. Por otro lado, la encuesta evaluó el consumo en el entorno de los individuos en muestra. Se encontró que una proporción importante informó problemas de consumo de alcohol en el padre (22%), y de consumo de drogas en el mejor amigo (12.9%) y en algún miembro de la familia (6.5%); 2 de cada 100 notificaron sobre un problema de consumo de alcohol en la madre. 17.7% de la población global de nuestro país, refirió haber estado en una situación en la que le ofrecieron drogas. Trascendió que la marihuana es la droga a la que la población se encuentra más expuesta. En relación con el género, las mujeres están menos expuestas que los hombres a la oportunidad de usar drogas: 6.8% de ellas indicó que le habían ofrecido marihuana regalada, en comparación con 27.3% de los hombres en el mismo caso. A 2.3% de las mujeres se le ofreció para que la compraran, en comparación con 10.4% de los hombres en el mismo caso. En cuestión de otras drogas, las proporciones fueron las siguientes: 7.6% mujeres y 28.6% hombres para la oferta regalada y 2.6% mujeres y 11.5% hombres para la oferta comprada (ENA, 2008).

Esta encuesta reportó la incidencia acumulada de uso de drogas entre la población de 12 a 65 años que habita en zonas rurales y urbanas de México es de 5.7%; esta proporción aumenta a 9.1% si sólo se considera a los hombres y

desciende a 2.6% si se considera sólo a las mujeres, quienes auténticamente han estado menos expuestas al consumo de estas sustancias en una razón de 3.5 hombres por cada mujer. Por grupos de edad, la mayor proporción se ubica entre la población de 18 a 34 años de ambos sexos: 12.1% para los hombres y 3.3% para las mujeres. Entre los hombres el siguiente grupo más afectado corresponde a aquéllos de 35 años o más (8.6%) y posteriormente se sitúa el de los adolescentes de 12 a 17 años (3.7%). Para las mujeres, la incidencia se da por igual entre las adolescentes y las que tienen 35 años o más (2.1%). La encuesta también estimó la prevalencia anual con base en el número de personas que informaron haber usado drogas durante el año previo al estudio. 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 año anterior a la encuesta 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 -34 años) (ENA, 2008).

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 aquéllos de 18 a 34 años y sólo 0.4% entre aquellos mayores de 35). Después de averiguar sobre la presencia de una o más ocasiones de consumo durante los doce meses previos al estudio, la encuesta indaga si este consumo ocurrió en los últimos 30 días. Los resultados indican que 62 de cada 100 casos activos en el último año también lo fueron durante el último mes.

Adolescentes y el consumo de drogas en nuestro país

Existen diversas encuestas que han puesto de manifiesto las prevalencias, indecencias, morbi-mortalidades del consumo de drogas ilegales en los adolescentes. En breve, se expondrán los datos más relevantes de la situación que experimentan los jóvenes del país, tanto estudiantes, aquellos que acuden en búsqueda de tratamiento, consumo de sustancias reportados por organizaciones no gubernamentales (ONG), Centros de Integración Juvenil (CIJ), Tutelar de menores, principalmente, no solo del DF, si no mostrando la panorámica global del consumo en el país de dicha población.

Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México (2006)

La Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México ha reportado los patrones de consumo de los adolescentes de las principales regiones del DF. Esta encuesta reportó un incremento importante en el consumo de drogas en los últimos tres años: del 15.2% ha pasado a 17.8%. Además, dentro del uso de cada sustancia se observan situaciones distintas. Por un lado, el incremento del uso de la marihuana y de los inhalables es grande, mientras que en los tranquilizantes el consumo se mantiene estable y el de la cocaína ha disminuido (Villatoro 2009).

Al analizar estos resultados según el sexo, se encontró que los niveles de consumo de drogas ilegales (mariguana e inhalables principalmente), en las mujeres, han aumentado y la cocaína se ha mantenido estable: en tanto que en los hombres también se han incrementado las dos primeras sustancias, pero el consumo de cocaína ha disminuido. Con respecto a las drogas legales se ha seguido la misma tónica en el consumo. En el caso del alcohol se ha incrementado en tanto que el consumo de tabaco se mantiene similar al 2003 (Villatoro 2009).

La prevalencia total de consumo de drogas fue del 17.8% en dicho año, representando así un porcentaje estadísticamente mayor al del 2003 en un 2.6%. Al revisar el consumo en el último año y en el último mes, las cifras fueron de 11.9% y 5.1%, respectivamente. De acuerdo a Villatoro (2009) los hombres fueron el subgrupo más afectado por el consumo actual con un 5.9%, en comparación con las mujeres: 4.3%. El 19.1% de los varones ha consumido de cualquier droga, alguna vez en la vida. De la población total, el 12.9% es usuario experimental y el 4.9% es usuario regular (ha probado drogas en más de cinco ocasiones). En cuanto a las drogas médicas (tranquilizantes y anfetaminas), su ingesta fue mayor en las féminas; en tanto que el consumo de drogas ilegales (mariguana, cocaína, alucinógenos, inhalables, metanfetaminas y heroína) fue mayor en los hombres y en general es mayor que el consumo de drogas médicas (Villatoro 2009).

Por lo que respecta a cada sustancia, el 8.8% de los adolescentes prefieren consumir mariguana, en segundo lugar se encuentra el consumo de inhalables con un 6.7%, seguido por el de tranquilizantes: 4.9% y finalmente el de cocaína 3.3%. Respecto a la prevalencia de vida se tiene que en ambos sexos se observó un incremento ligero en el consumo de tranquilizantes y un ligero decremento en las anfetaminas. Referente a las drogas ilegales, en el consumo en el último año, una proporción menor de mujeres ha experimentado con drogas, en ellas se observa en los últimos tres años, un incremento importante en el consumo de inhalables y mariguana, en tanto que el consumo de cocaína se ha mantenido estable. Además, se observa que en este lapso disminuyó la proporción de hombres que ha consumido cocaína del 2.5% a 1.8%, entretanto se ha acrecentado el consumo de mariguana del 5.6% al 7.5% y de inhalables de 2.4% a 4.6%. En cuanto a las preferencias del uso de drogas, para las mujeres las drogas de mayor preferencia fueron la mariguana con un 6.4%, seguida por los inhalables: 6.2%, los tranquilizantes: 5.8% y las anfetaminas: 3.4%. En tanto que, para los hombres el orden fue: mariguana: 11.2%, inhalables: 7.3%, cocaína y tranquilizantes: 4% para uno y otro. Anexamente, destaca el porcentaje de adolescentes hombres que han probado alguna vez crack que es del 1.9% (Villatoro 2009).

Finalmente Villatoro (2009) puso de manifiesto la radiografía regional de la Ciudad de México de esta problemática ha cambiado ligeramente. Las delegaciones más afectadas por el consumo de drogas fueron: Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Benito Juárez, Coyoacán y Tlalpan, las cuales han desplazado a Gustavo A. Madero,

Venustiano Carranza, Iztacalco y Miguel Hidalgo. En el caso de abuso de alcohol, también han cambiado las delegaciones más afectadas, actualmente son Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc, Benito Juárez, Cuajimalpa y Tlalpan.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) (2008)

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones de México (SISVEA) es un banco de datos, producto de la colaboración entre diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales que fue implementado en 1990, ha servido para proporcionar información periódica sobre el uso de tabaco, alcohol, drogas médicas e ilegales. La información del SISVEA ha permitido identificar grupos de riesgo, drogas nuevas, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo asociados con el uso y el abuso de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, heroína y otras drogas. El sistema inició sus actividades hace 13 años en sólo 8 ciudades (la mayoría de ellas localizadas en la frontera norte del país). Actualmente cuenta con información de 53 ciudades, de las cuales el 38% están localizadas en dicha frontera y las restantes en áreas metropolitanas y de recreación. Sus principales fuentes de información son: Centros de Tratamiento (Centros de Integración Juvenil y Organizaciones No Gubernamentales), Consejos Tutelares de Menores, Servicios Médicos Forenses y Servicios de urgencia de hospitales.

De acuerdo a los datos arrojados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) (2008) reportó el perfil sociodemográfico de la población que acude a los Centros de Tratamiento No Gubernamentales según droga de impacto, en el Distrito Federal (N=3349) la mayoría son de sexo masculino 82.5%, la droga más consumida es la cocaína (n=1469) 87.1% en hombres y 12.9% en mujeres, en segundo lugar el alcohol (n=837) en varones 82.5% y 17.5% en mujeres y en tercer lugar los inhalables (n=412) 75.5% en hombres y 24.5% en mujeres.

Las características sociales y tipo de infracción cometida por los menores infractores usuarios de drogas del Distrito Federal (N=3248) son las siguientes: la mayoría son hombres 93.2% y 6.8% en mujeres. La droga de mayor impacto consumida son los inhalables (n=761). 94.2% en varones y 5.8% en mujeres. En segundo lugar queda la marihuana (n=413), 97.3% en hombres y por último la cocaína (n=207) con un 96.6% en hombres y 3.45 en mujeres. En cuanto a las drogas legales el tabaco es consumido en 1er lugar (n=519) y el alcohol (n=486). (SISVEA, 2008).

Este mismo reporte pone de manifiesto el tipo de muerte bajo intoxicación según droga en el Distrito Federal. Con un total de 756 sujetos, la mayoría eran hombres 89.3% y mujeres el 10.7%. La mayoría de las muertes fueron por consumo de alcohol (n=645), en segundo lugar por consumo de cocaína (n=63), marihuana (n=28) y depresores del Sistema nervioso (n=21). Dentro de las muertes ocasionadas por el consumo de alcohol, la mayoría murió atropellado (17.1%) y en segundo lugar por choques con vehículo (12.2%), por armas de fuego (12.6%). En

cuanto a la cocaína, la mayoría pereció por asfixia (29%), en segundo lugar los que perecieron por arma de fuego (21%) y por arma blanca (12.9%); los consumidores de marihuana perecieron por arma blanca (17.9%), en segundo lugar atropellados (14.3%) y por arma de fuego el 10.7% (SISVEA, 2008).

A continuación se presentará perfil socio demográfico de la población que acudió a Centros de Integración Juvenil (CIJ) según droga de inicio, en total se reportaron 6,351 casos, el 74.3% hombres y el 25% mujeres. La droga que se reportó más consumida fueron los inhalables (n=501), después la marihuana (n=345) y la cocaína (n=92). En cuanto a drogas legales el tabaco (n=3,395) y el alcohol (1,974). La droga de impacto que más reportaron fue: inhalables (n=1,582), en segundo sitio la cocaína (n=1,377) y Marihuana (n=865). El reporte que se tiene de sustancias psicotrópicas lícitas son: alcohol (n=1,118) y tabaco (n=974) (SISVEA, 2008).

Observatorio Mexicano en Alcohol, Tabaco y otras Drogas 2003

En cuanto al consumo de drogas ilícitas por regiones en nuestro país, se cuenta con datos interesantes brindados por el Observatorio Mexicano en Alcohol, Tabaco y otras Drogas (Tapia-Conyer, 2003). El Observatorio recopila, sistematiza y analiza la información producto del trabajo de diferentes instituciones en materia de tabaco, alcohol y otras drogas, a la vez que estimula la obtención de la misma en aquellas áreas en que se requiere más información, con el fin de facilitar su acceso a los responsables de las políticas de salud, los prestadores de servicios, la comunidad académica y el público en general. Los datos más recientes con los que se cuenta han permitido integrar por zonas las ciudades que forman parte del SISVEA. Comenzando por la región norte se obtiene que los Organismos No Gubernamentales (ONG) abarcan 21 ciudades en las que se refiere la marihuana como droga de inicio en Ciudad Victoria, Reynosa, Nuevo Laredo, Nogales, Culiacán, Ciudad Juárez, Piedras Negras, Los Cabos, Tijuana, Mexicali y Ensenada, con porcentajes entre el 27.2 y el 64.7%.

La droga de impacto para esta misma población, como primera elección está la heroína en Nogales, Ciudad Juárez, San Pedro y Mexicali alcanzando el mayor porcentaje en esta última (59.7%). La cocaína se alcanzó en Hermosillo, Monterrey, Chihuahua y Piedras Negras con el mayor reporte (50%). El crack como droga de impacto, se registra en Reynosa con el 48.8%. La marihuana se observa como primera elección en Ciudad Victoria, Matamoros y Nuevo Laredo donde se registró el mayor porcentaje (44.1%). Por último se ubica al cristal, en Culiacán con el 31%, La Paz con el 41.1%, Tijuana con el 43.8% y Ensenada con el 41.9% (Tapia-Conyer, 2003).

En los Centros de Integración Juvenil (CIJ), las drogas de impacto identificadas son: Cristal en Durango (26.6%), Tijuana (61.2%) y Mexicali (58.2%); Inhalables en Monterrey, Saltillo y Apodaca, donde se registró el mayor porcentaje 52.9%. La cocaína se identifica en Tampico, Los Mochis, Culiacán, Tepic, Chihuahua y Torreón, con porcentajes entre 24.8% y el 50% registrado en la capital de Nayarit.

Referente a la marihuana, se observa La Paz con el 48.9%, sólo en Ciudad Juárez se identifica a la heroína con un 39.9%, y en Hermosillo el tabaco con un 32.4% (Tapia-Conyer, 2003).

Respecto a los inhalables se presentan únicamente en León, con un 60.3%. El tabaco como droga de inicio se reportó en Irapuato y en Aguascalientes con el 46.4% y 51.2% respectivamente; por último la marihuana se observa en Zacatecas, Guadalajara, Toluca, y Querétaro donde alcanzó el 39.5%. Las drogas de mayor impacto para esta misma población son el alcohol en Zacatecas, Tlaxcala, San Luis Potosí, Morelia, Pachuca, Salamanca, Celaya, y Colima, reportándose en Tlaxcala el mayor porcentaje (79.1%). Las drogas inhalables se presentan en San Francisco del Rincón en un 37.3% y León con el 58.4%. La cocaína fue reportada en orden decreciente en San Miguel de Allende, Irapuato, Querétaro, Guadalajara, Distrito Federal, Aguascalientes y por último en Cuernavaca con porcentajes entre el 53.1% y el 32.8%. La marihuana se presenta en Toluca con un 28.3%. En los CIJ de la zona centro se incluyen ciudades y municipios conurbados a la Ciudad de México. En Zacatecas, Zamora, Nezahualcóyotl, Ecatepec, Chalco, Celaya, Colima y Puerto Vallarta, Las drogas de impacto en esta zona fueron la cocaína registrándose en Ecatepec el mayor porcentaje, con 48%. El crack en Chalco y Salamanca con el 22.5 y 25.8% respectivamente. Los inhalables sólo se observan en Pachuca con un 24.7% (Tapia-Conyer, 2003).

Las ONG de la zona sur comprenden 12 ciudades y refieren a la marihuana como droga de inicio en 3 ciudades siendo Cholula la ciudad con más reportes (60%). Sólo en Villahermosa se inicia con drogas inhalables en un 37.7%. Con referencia a la droga de impacto la cocaína es referida en Mérida en un 37.6%, el crack en Villahermosa en un 30.8% y la marihuana en Cholula en un 40%. Los CIJ de la zona sur abarcan 8 ciudades, en seis de las cuales ubica el alcohol como droga de inicio, con una mayor proporción en Tuxtla Gutiérrez con el 45.5%. El tabaco se refiere en Poza Rica en un 59.6% y en Cancún con 36.4%. Las drogas de impacto que se identifican en este mismo grupo son, el alcohol en Poza Rica en un 25.6%, Xalapa con un 36.5%, Tehuacán con el 32.9%, Puebla con el 25.2%. La marihuana se refiere en Mérida en un 28.4% y en Tuxtla Gutiérrez en un 31.2%, la cocaína se presenta en Cancún en un 41.1% y en Acapulco en un 36.5% (Tapia-Conyer, 2003).

Sistema de reporte de información en drogas (SRID)

Finalmente existen otras fuentes de información que brindan datos interesantes y actuales en torno al consumo de drogas. Uno de ellos es el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID). De acuerdo a Ortiz (2007) proporciona un panorama diagnóstico de los cambios ocurridos en el consumo de drogas en la Ciudad de México. Se actualiza dos veces al año (junio y noviembre), y sus resultados dan una estimación de la trayectoria del problema desde una perspectiva de salud. El SRID inició su funcionamiento en 1986 y sus resultados

sirven además de fundamento para diseñar programas de prevención adecuados a la población mexicana.

Algunas de las instituciones participantes son: Centro de Atención al Alcohólico y su Familia CAAF (INPRF), Centro de Atención Especializada en Drogodependencias (CAEDRO), Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM), Centros de Integración Juvenil, AC, Clínica Especializada en Solucionar Alcoholismo y Dependencias (CESAD), Cruz Roja Mexicana, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Módulos de Toxicología, Monte Fénix, Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, Dirección General de Prevención y Readaptación Social, Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, Dirección General de Tratamiento a Menores y Procuraduría General de la República (Ortiz, 2007).

Como resultados principales de este estudio se obtuvo que entre 1987 y 2005 se llevó a cabo una evaluación de 19,350 casos, de ellos 10% fueron mujeres aunque se encontraron diferencias en esta proporción de acuerdo al tipo de sustancia. Los grupos de edad con mayor proporción son los de 15 a 19 años (nuestra población de interés) y de 30 o más. En el primer semestre de 1987 el nivel de consumo en mujeres, considerando toda la muestra, fue de 0.13% y el primer semestre del 2005 fue de 0.42%. En el caso de los varones el aumento es de 1.38% a 4.17%. En cuanto a la edad de inicio por sustancia se observó del consumo de marihuana que su uso inicia a edades más tempranas que la cocaína, principalmente en los grupos de 15 a 19 y de 12 a 14 años. Las tendencias del consumo permanecen relativamente estables. En cuanto a los inhalables, este autor (2007) consideró que son las sustancias de inicio a edades más tempranas ya que los grupos de mayor consumo son los menores de 19 años de edad. Es una sustancia que predomina entre los menores, pero su consumo tiende al aumento entre los mayores de 25 años de edad. En cuanto al consumo de sedantes–tranquilizantes los grupos de 25 años y más muestran una tendencia al aumento del consumo. Esta es una sustancia que prácticamente no usan los menores de 12 años, y su consumo es bajo entre el grupo de 12 a 14 años. Finalmente indica que el mayor número de usuarios es de cocaína son adolescentes (37.6%) en edades entre 15 y 19 años de edad.

Las drogas y sus particularidades

A continuación se llevará a cabo una breve descripción de las drogas y su clasificación con el fin de comprender sus efectos, potencial tóxico y de abuso, así como las nuevas sustancias que están cobrando mayor impacto, principalmente en los jóvenes.

Clasificación del consumo de sustancias

De acuerdo a Goode (2008) las drogas se pueden clasificar por sus efectos en el Sistema nervioso central en: estimulantes, depresores y alucinógenos. Los

estimulantes alteran el sistema nervioso central, de manera que el sujeto experimenta excitación, un incremento en el estado de alerta, elevación en el humor, etc. Ejemplos son: anfetaminas, cafeína, nicotina, cocaína, etc. Por otro lado, los depresores del sistema nervioso, podrían considerarse a los opiáceos, mismos que bloquean las señales de alerta y normalmente son analgésicos, es decir, liberan el dolor; hipnóticos sedantes: alcohol, agentes ansiolíticos, barbitúricos, antipsicóticos, antidepresivos e inhalables. Los alucinógenos alteran las funciones de percepción en el cerebro, ejemplos de lo anterior son: psilocibina, marihuana, peyote, LSD, etc.

Este mismo autor pone de relieve la clasificación legal de las sustancias impuestas por la DEA (1990). En el primer punto se encuentra: alto potencial de abuso, sin ningún uso médico, sin rango de seguridad: heroína, LSD, MDMA, marihuana, Metacualona. En el segundo se encuentran las drogas con alto potencial de abuso, con una utilidad médica, pero con alto riesgo de dependencia se encuentran: Opio, Morfina, Cocaína, Metadona y Metanfetamina; en el apartado 3 se encuentran aquellas que tienen un bajo potencial de abuso, utilidad médica y riesgo moderado de dependencia: Anfetamina, Barbitúricos, Benzodiacepinas, Esteroides anabólicos y Codeína. Y por último aquellas que tienen un potencial de abuso limitado, alta utilidad médica y riesgo de dependencia bajo: Hidroclorato, meprobanato, paraldehído, fenobarbital, etc. Asimismo se pueden clasificar por la variedad de su uso: algunas son legales para población mayor de 18 años (tabaco y alcohol) otras son consideradas ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.); algunas drogas solo están disponibles solo con prescripción médica (Anfetaminas, opiáceos, benzodiacepinas, etc.), otras varían de acuerdo a su situación sociocultural en las que se consuman: por ejemplo en ritos de iniciación (Hongos alucinógenos).

De acuerdo a la clasificación por impacto al Sistema Nervioso se hará referencia de los efectos inmediatos y adversos las sustancias más destacadas con el fin de comprender el impacto físico y mental en el sujeto, con el propósito de más tarde entender el impacto global de cada una de ellas.

Efectos e impacto del consumo de la cocaína

Los reportes del NIDA (2009) han indicado que la cocaína es una droga estimulante y altamente adictiva, su sal de clorhidrato, la forma en polvo de la cocaína, se puede inhalar o disolver en agua para inyectarse. “Crack” es el nombre callejero de la forma de cocaína que ha sido procesada para hacer una roca de cristal que al calentarse genera vapores que se fuman. El término “crack” se refiere al crujido que produce la roca cuando está caliente. La intensidad y la duración de los efectos de la cocaína, que incluyen un aumento de energía, disminución de la fatiga, además de agudeza mental, dependen de la forma de administración de la droga.

Estos reportes (2009) indicaron que los efectos de la cocaína se presentan casi inmediatamente después de una sola dosis y desaparecen en cuestión de minutos

u horas. Los que usan cocaína en pequeñas cantidades (hasta 100 mg.) generalmente se sienten eufóricos, energéticos, conversadores y mentalmente más alertas, particularmente con relación a las sensaciones visuales, auditivas y del tacto. La cocaína también puede disminuir temporalmente la necesidad de comer y dormir. Algunos usuarios sienten que la droga los ayuda a realizar algunas tareas físicas e intelectuales más rápido, mientras que a otros les produce el efecto contrario.

La forma en que se administra la cocaína determina el tiempo que dura el efecto inmediato de euforia. Mientras más rápida es la absorción, más intenso es el "high"; pero al mismo tiempo, cuanto más rápida es la absorción, menor es la duración del efecto de la droga. El "high" que produce la inhalación se demora en presentarse y puede durar de 15 a 30 minutos, mientras que el que se obtiene fumando puede durar de 5 a 10 minutos.

Los efectos fisiológicos a corto plazo que produce la cocaína son: contracción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas, y aumento en la temperatura corporal, en el ritmo cardíaco y en la presión arterial. Si se usan cantidades mayores (varios cientos de miligramos o más) se intensifica el "high" del usuario, pero también puede llevar a un comportamiento más extravagante, errático y violento. Estos usuarios pueden experimentar temblores, vértigos, espasmos musculares, paranoia y, con dosis consecutivas, una reacción tóxica muy similar al envenenamiento por anfetamina. Algunos usuarios reportan que se sienten intranquilos, irritables y sufren de ansiedad. En rara ocasión, la muerte súbita puede ocurrir cuando se usa la cocaína por primera vez o inesperadamente en usos subsiguientes. Las muertes ocasionadas por la cocaína suelen resultar por paros cardíacos o convulsiones seguidas de un paro respiratorio (NIDA, 2009).

La cocaína es una droga extremadamente adictiva. Por lo tanto, es muy difícil que la persona pueda predecir o controlar a qué extremo continuará deseándola o usándola. Se cree que los efectos adictivos y estimulantes de la cocaína son principalmente el resultado de su habilidad para impedir la reabsorción de la dopamina por las células nerviosas. El cerebro emite la dopamina como parte de su sistema de gratificación, y la misma está directa o indirectamente involucrada en las propiedades adictivas de todas las principales drogas de abuso. Se puede desarrollar una tolerancia considerable al "high" de la droga y muchos adictos reportan que, aunque tratan, no obtienen el mismo placer que como cuando la usaron por primera vez. Algunos usuarios a menudo aumentan la dosis para intensificar y prolongar la euforia. Aunque puede ocurrir una tolerancia al "high", también los usuarios pueden desarrollar más sensibilidad ("sensitización") a los efectos anestésicos y convulsivos de la cocaína, sin tener que haber aumentado la dosis. Este aumento en la sensibilidad puede explicar por qué algunas muertes ocurren después del uso de dosis de cocaína aparentemente pequeñas. Cuando la cocaína se usa repetidamente y en dosis cada vez mayores, puede conducir a un estado de irritabilidad, inquietud y paranoia. Esto puede causar un episodio total de psicosis paranoica en que la persona pierde el sentido de la realidad y sufre de alucinaciones auditivas (NIDA, 2009).

Metanfetamina y sus efectos

Los efectos de la metanfetamina han sido documentados en numerosos estudios de investigación científica. El NIDA (2009) ha reportado algunos de sus efectos más sobresalientes, empero, primero es necesario definir las características principales de esta sustancia psicoactiva. En primer lugar, la metanfetamina es un estimulante sumamente adictivo que afecta el sistema nervioso central. La metanfetamina se conoce comúnmente como “anfeta”, “meta” y “tiza” en español o como “speed”, “meth” y “chalk” en inglés. La vía de administración fumable es conocida como “hielo” (“ice”), “cristal” (“crystal”), “arranque” (“crank”) y “vidrio” (“glass”). Es un polvo blanco, cristalino, sin olor, y con sabor amargo que se disuelve fácilmente en agua o licor. La droga fue desarrollada a comienzos del siglo pasado como derivado de la anfetamina y originalmente se usó en descongestionantes nasales e inhaladores bronquiales. Al igual que la anfetamina, la metanfetamina aumenta la actividad y el habla, disminuye el apetito y produce una sensación general de bienestar. Sin embargo, la metanfetamina difiere de la anfetamina en que, cuando se usan en dosis similares, son mayores los niveles de metanfetamina que entran al cerebro, haciéndola una droga estimulante más poderosa con efectos más duraderos y dañinos sobre el sistema nervioso central.

A un en dosis pequeñas, la metanfetamina es un estimulante poderoso que puede disminuir el sueño y el apetito e incrementar la actividad física. También puede causar una variedad de problemas cardiovasculares, incluyendo un aumento en la frecuencia cardíaca, latido irregular del corazón y elevación de la presión arterial. Una sobredosis de la droga puede elevar la temperatura del cuerpo a niveles peligrosos (hipertermia) y producir convulsiones, que si no se tratan inmediatamente pueden resultar fatales. También se cree que la liberación elevada de dopamina producida por la metanfetamina contribuye a los efectos nocivos de la droga sobre las terminales nerviosas en el cerebro. Los efectos inmediatos son: aumento de atención y reducción de fatiga, aumento de actividad física, disminución del apetito y del sueño, sensación de euforia o “rush”, aumento de la frecuencia respiratoria, latidos cardíacos rápidos o irregulares, hipertermia (NIDA, 2009).

Los abusadores crónicos de la droga demuestran síntomas que pueden incluir ansiedad, confusión, insomnio, trastornos emocionales y comportamiento violento. También pueden demostrar varias características psicóticas, incluyendo la paranoia, alucinaciones auditivas, visuales, y delirio (por ejemplo, la sensación de que insectos le caminan por debajo de la piel). Los síntomas psicóticos a veces duran hasta meses o años después de haber dejado de usar la metanfetamina y se ha comprobado que el estrés precipita una recurrencia de la psicosis por metanfetamina en los antiguos abusadores psicóticos de esta droga (NIDA, 2009). Además, puede provocar accidentes cerebrovasculares debido a hemorragias o vaso espasmos y edema cerebral. La droga asimismo puede provocar cambios neurodegenerativos en el cerebro del adicto (Cadet, 2007).

Los estudios recientes de abusadores crónicos de metanfetamina también revelan severos cambios estructurales y funcionales en las áreas del cerebro asociadas con las emociones y la memoria, lo que puede explicar muchos de los problemas emocionales y cognitivos que se observan en los abusadores crónicos de metanfetamina (NIDA, 2009).

Afortunadamente, algunos de los efectos del abuso crónico de metanfetamina parecen ser por lo menos parcialmente reversibles. Un estudio reciente de neuroimágenes mostró una recuperación en algunas regiones del cerebro después de una abstinencia prolongada (a los dos años, pero no a los seis meses). Esta recuperación estaba asociada con un mejor rendimiento en las pruebas motoras y de memoria verbal (NIDA, 2009).

Otras consecuencias que pueden resultar indirectamente del abuso de la independiente a esta sustancia que se inyectan la droga pueden transmitir el VIH y otras enfermedades infecciosas a través de agujas o jeringuillas contaminadas u otros equipos utilizados para inyectar la droga, cuando éstos se comparten entre varias personas. (NIDA, 2009).

Drogas de diseño

Nuevas drogas pululan en el mercado de consumo de sustancias hoy en día, previamente se ha documentado su impacto epidemiológico no solo en nuestro país sino en el mundo entero especialmente de los derivados de las anfetaminas, sin embargo, conocer en detalle el impacto que conlleva el consumo de estas sustancias es un punto crucial para el entendimiento de las nuevas vertientes de prevención y tratamiento. El término drogas de diseño es el más utilizado en los medios de comunicación, así como en los diferentes foros científico-divulgativos, empero en realidad son drogas de síntesis, ya que estas son psicotrópicos sintéticos producidos en laboratorios clandestinos, semejantes a algunas drogas ilegales o ilícitas de amplio consumo y que pueden generar vasta demanda. Estas drogas son consumidas generalmente en ambientes juveniles de raves y tecno dance. Las fiestas “rave”, que pueden durar incluso varios días, se caracterizan por celebrarse en locales, salas de conciertos, playas, bosques, en los que se reúnen centenares de jóvenes y bailan durante horas música electrónica (“hardcore”, “techno”, “trance”...) (Gamella, 1997).

De acuerdo a este autor (1997) los jóvenes de 12 a 17 años representan la parte más vulnerable de la ampliación de los mercados de estimulantes en general (desde el cigarro hasta las metanfetaminas). En los últimos 10 años se ha incrementado la cantidad de adictos en general, y de adictos a drogas químicas en particular. Ex profeso, es importante dar a conocer los resultados de las investigaciones más recientes en cuanto a efectos de drogas de diseño, con el afán de prevenir su consumo en la población que está siendo más afectada.

Clasificación de las drogas de diseño

La evidencia empírica muestra que son sustancias que producen daños neurotóxicos cerebrales importantes y que el consumo continuado produce problemas tanto de tipo fisiológico como de tipo psicológico. Empero, es menester tener en claro la taxonomía de estas drogas, puesto que, se destacará los efectos que ocasiona cada una.

Existen las drogas de diseño derivadas de las anfetaminas: MDMA o Éxtasis, MDA o Píldora del Amor, MDEA o Eva, MBDB o Nuevo Éxtasis, DOM, DOET, PMA, Cat, etc. pueden recordar a la anfetamina como a los alucinógenos clásicos, sin embargo, cada una presenta variaciones en cuanto a efectos buscados, efectos neuropsiquiátricos, conductuales y fisiológicos. Los derivados amfetamínicos son estimulantes simpaticomiméticos como el metilfenidato y la fenmetracina, intervienen propiedades estimulantes, similares a las de la anfetamina y alucinógenas similares a las de la mescalina. Surgieron como alternativas farmacológicas frente al control internacional de las anfetaminas y la prohibición de los estimulantes hechos a partir de la coca (NIDA, 2009).

Por otro lado se encuentran los alucinógenos como LSD (dietilamida del ácido lisérgico) también conocido como Casper, Simpsons, Holandesas, esta droga es una de las principales drogas en la categoría de los alucinógenos. Los alucinógenos causan alucinaciones-distorsiones profundas en la percepción de la realidad. Logran sus efectos interrumpiendo la interacción de las células nerviosas y el neurotransmisor serotonina. El sistema de serotonina está distribuido en el cerebro y la espina dorsal, y está involucrado en el control de los sistemas de la conducta, percepción y regulación, incluyendo el estado de ánimo, el hambre, la temperatura corporal, el comportamiento sexual, el control muscular y la percepción sensorial (NIDA, 2009).

De acuerdo a Cánovas (2004) otras sustancias como opiáceos sintéticos se podrían considerar drogas de diseño, entre esta clasificación se encuentra: China Blanca, Meperidina, Speed Ball. Se consideran análogos del fentanilo y meperidina. El fentanilo es conocido como china blanca, se trata de un analgésico muy potente, de 20 a 40 veces más fuerte que la heroína, y entre 100 y 1.000 veces más que la morfina. Algunos derivados del fentanilo se utilizan hoy en día como tranquilizantes o anestésicos en intervenciones quirúrgicas y son, por tanto, legales. Esto es debido a que los derivados empleados como el alfentanil y el sufentanil apenas resultan agresivos para el corazón. Los consumidores de derivados del fentanilo buscan normalmente los mismos efectos que en la heroína, de hecho pueden llegar a utilizarlos como sustitutivos. Fundamentalmente se trata de una breve sensación de euforia seguida del efecto analgésico y cierta somnolencia. Los principales efectos negativos son: depresión respiratoria, náuseas, vómitos. Al mismo tiempo son responsables de cuadros depresivos, al provocar una depleción de dopaminas y endorfinas.

El Speedball es un combinado de heroína y cocaína con efectos psicológicos muy intensos y repercusión criminal destacable, por la perturbación mental que ocasiona al individuo. Los consumidores intentan evitar los efectos desagradables de la heroína, manteniendo el efecto de euforia, alegría y potencia que proporciona la cocaína. En otros casos el consumo conjunto de ambos tóxicos se realiza para estar de fiesta y para evitar el efecto sedante de la heroína. La mezcla de un depresor con un excitante, ambos de gran potencial, provoca un estado de aturdimiento general, incoherencia, visión borrosa, estupor, sopor y estado general de confusión. Esta unión provoca descontrol y descoordinación psicomotriz, con riesgo de coma, excitación desmesurada y muerte. Pueden presentarse cuadros delirantes paranoides, así como depresiones de gran intensidad, alucinaciones auditivas, sensoriales y visuales (Cánovas, 2004).

En otro tipo de sustancias de diseño se encuentran los Anestésicos disociativos, dentro de esta categorización se halla: El PCP (Fenciclidina), Ketamina, GBH o éxtasis líquido. Estas sustancias distorsionan las percepciones visuales y auditivas produciendo un sentimiento de estar separado o "disociado" del medio ambiente y de uno mismo. Las drogas disociativas actúan alterando la distribución del neurotransmisor glutamato en el cerebro. El glutamato está involucrado en la percepción del dolor, las respuestas al ambiente y la memoria (NIDA, 2009).

Existen otras sustancias conocidas como drogas verdes, entre estas destacan: Herbal Ecstasy, Ultimate Xphoria, Nexus, Ritalin. Son conocidas como drogas ecológicas, son compuestas por diferentes combinaciones de plantas y en comercializadas en herbolarios. Están compuestas por sustancias obtenidas como efedra, la guaraná, ginseng, yombina y se venden como la alternativa natural a las drogas de diseño (Cánovas, 2007).

Teniendo una perspectiva general de la clasificación de las drogas de diseño, a continuación se brindará, de acuerdo a los resultados de estudios experimentales los principales efectos fisiológicos, psiquiátricos y conductuales de las sustancias más representativas como: MDMA, LSD, Ketamina, GBH y PCP.

Éxtasis (MDMA) y sus efectos

El Éxtasis (MDMA), es una droga recreacional consumida primordialmente por jóvenes; es un derivado de las anfetaminas conocido como 3-4 metildioximetanfetamina (MDMA). Como efectos principales destacan aquellos derivados de la mescalina-anfetamina. Las denominaciones de esta sustancia son: droga del amor, XTC, Adán, frijoles, equis, banana, delfin, etc. (Cánovas, 2007).

De acuerdo a reportes del NIDA (2009), a veces se comercializa el Éxtasis por otras drogas de estructura química semejante, como la MDA (Metilenedioxianfetamina) y la PMA (Parametoxianfetamina). Estas drogas pueden ser neurotóxicas o crear riesgos adicionales a la salud del consumidor de MDMA. Las tabletas de Éxtasis pueden contener otras sustancias además de la principal,

como la efedrina (estimulante); el dextrometorfano (DXM, supresor de la tos); la Ketamina, cafeína, cocaína.

Efectos buscados del Éxtasis

Rogel (2000) pone de manifiesto que el Éxtasis (MDMA) es activo en los humanos a partir de los 70-100 mg y comienza a producir sus efectos en menos de media hora, los cuales desaparecen entre cuatro y seis horas más tarde. Sus efectos inmediatos principales son euforia, tensión física, excitabilidad, sociabilidad, empatía y resistencia al desgaste físico. El Éxtasis (MDMA) facilita hablar y entender a los demás, además que produce arrebatos de sinceridad. Sus efectos duran tres horas aproximadamente. Puede causar un aumento peligroso en la temperatura corporal que puede llevar a un fallo renal. El Éxtasis (MDMA) también puede aumentar la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la tensión en las paredes del corazón). En cuanto a la tolerancia y dependencia, en los consumidores más regulares se observa que ingieren dosis cada vez mayores buscando los mismos efectos que en las primeras ingestas. La tolerancia existe, de tal forma que sus efectos buscados son cada vez más difíciles de alcanzar (Cánovas, 2007).

En relación a la neurotoxicidad las investigaciones con modelos animales reportan que el MDMA es neurotóxico, es decir, es una sustancia tóxica o destructora del tejido nervioso del cerebro o de las neuronas, propiamente dicho. Con humanos aun siguen investigaciones en puerta. El MDMA ejerce sus efectos primarios sobre las neuronas en el cerebro que usan el neurotransmisor serotonina. Las investigaciones con animales vinculan la exposición al MDMA con daño a largo plazo a las neuronas involucrados en el estado de ánimo, el pensamiento y el juicio. Un estudio con primates no humanos muestra que haber sido expuestos a esta sustancia por solo 4 días causa daño a las terminales nerviosas de la serotonina que son evidentes 6 o 7 años después (NIDA, 2009).

En humanos, existe evidencia que el uso regular del MDMA está asociado con desordenes del sueño, depresión, debilitamiento de la memoria y atención, que persisten durante prolongados periodos de abstinencia. Estos déficits son causados por la neurotoxicidad que produce el MDMA, por una depleción de serotonina, misma que a la larga déficits cognitivos severos (Ramaekers et al., 2006).

El MDMA y sus efectos fisiológicos

Los reportes de sus efectos a corto plazo incluyen reacciones fisiológicas como hipertermia, hepatotoxicidad, estimulación cardíaca, En la mayoría de los casos el Éxtasis (MDMA) ha contribuido a muertes por deshidratación, hipertermia, taquicardias y arritmias (Cadet, et al., 2007).

Albadejo y colaboradores (2003) refieren que algunos efectos indeseables a corto plazo son: fatiga, pesadez de piernas, boca seca, pérdida de apetito, insomnio,

somnolencia, debilidad, tensión muscular, falta de energía, dificultad para concentrarse y cefalea. Se pueden alcanzar niveles dañinos de la droga ya que interfiere en el propio metabolismo del consumidor, incluyendo tensión muscular, apretamiento involuntario de los dientes, náusea, visión borrosa, desmayo, y escalofríos o sudor. Asimismo, en un estudio de Gamella y Álvarez (2002), se encontró que la experiencia producida por el MDMA suele conllevar una serie de efectos adversos colaterales somáticos los primeros engloban la sensación de calor, boca seca o pastosa, movimientos involuntarios de mandíbula entre otros; todos ellos pueden desaparecer horas después de la ingesta si no se producen reacciones adversas agudas u otro tipo de complicaciones.

Efectos psicológicos del MDMA

Elementos farmacodinámicos indican que el MDMA actúa sobre el circuito de la serotonina, un importante regulador del estado de ánimo, pero también alcanza otro mecanismo; en un cerebro normal, la serotonina es recaptada por el transportador, esto permite a la sinapsis mantenerse preparada para la recaptura, empero El MDMA bloquea el transportador de serotonina, por lo cual un torrente de serotonina se vierte sobre la neurona, provocando el efecto de empatía y alegría. El problema es que las reservas de serotonina se vacían completamente, las neuronas ya no pueden funcionar como antes, lo provoca estados de ansiedad y depresión (Escohotado, 2005).

También, se relacionan con inquietud, ansiedad, pérdida del control de las acciones y agobio. Algunos efectos psicológicos pueden incluir confusión, depresión, problemas para dormir, Craving (Deseo vehemente por consumir la droga), y ansiedad severa. Estos problemas pueden ocurrir al momento de usar el Éxtasis (MDMA) y a veces hasta varios días o semanas después. (Ramaekers et al., 2006). Así como reacciones psicológicas como agitación, visión borrosa, depresión, ansiedad, agresión y anormalidades del sueño (Cadet et al., 2007).

Efectos cognitivos del éxtasis

En la actualidad, existe un gran interés por sus efectos neurotóxicos en humanos, principalmente hipertermia e intoxicación por consumo excesivo de agua. No obstante, aun predomina la preocupación de otros efectos neurotóxicos a largo plazo como psicopatología y daño cognitivo, especialmente en pérdida de memoria y fallas en la atención. De esta manera, se ha reportado que el Éxtasis (MDMA) puede generar un detrimento en las funciones cognitivas en consumidores consuetudinarios (Golding et al., 2007).

Las investigaciones auspiciadas por el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2009) brindan los últimos hallazgos de los posibles peligros del Éxtasis (MDMA). Señala principalmente que los usuarios crónicos de Éxtasis (MDMA) tienen un rendimiento por debajo de los que no usan esta sustancia en ciertos tipos de tareas cognitivas o que involucran la memoria. Jeffrey y Fetter (2005) llevaron a cabo un estudio con primates no humanos en el que se mostró que haber sido

expuestos al MDMA por sólo 4 días les causó daño en las terminales nerviosas de la serotonina evidentes aun 6 ó 7 años después.

LSD y sus características generales

El LSD (Dietilamida del ácido lisérgico) es una de las principales drogas en la categoría de los alucinógenos. Los alucinógenos causan alucinaciones-distorsiones profundas en la percepción de la realidad. Los alucinógenos logran sus efectos interrumpiendo la interacción de las células nerviosas y el neurotransmisor serotonina. El sistema de serotonina está distribuido en el cerebro y la espina dorsal, y está involucrado en el control de los sistemas de la conducta, percepción y regulación, incluyendo el estado de ánimo, el hambre, la temperatura corporal, el comportamiento sexual, el control muscular y la percepción sensorial (NIDA, 2009).

Efectos buscados del LSD

Bajo la influencia de los alucinógenos, las personas ven imágenes, oyen sonidos y sienten sensaciones que parecen reales pero que no lo son. Algunos alucinógenos también producen cambios emocionales rápidos e intensos. Entre las sustancias químicas que alteran el estado de ánimo, la LSD es una de las más potentes. Descubierta en 1938, se fabrica a partir del ácido lisérgico, encontrado en el cornezuelo, un hongo que crece en el centeno y otros cereales (NIDA, 2009).

Según Escohotado (2005) esto se debe a la acción neurobiológica y farmacodinamia que ejerce el LSD en el cerebro. El LSD se fija a los receptores 2A de la serotonina y provoca una hipersensibilidad a los colores, a los sonidos y tacto. El LSD perturba también los circuitos de los otros neurotransmisores. El glutamato es un acelerador de la información, su activación expone la rapidez y los problemas del raciocinio; la estimulación de los circuitos de dopamina explica la sensación de euforia.

Efectos adversos del LSD

Los efectos del LSD son impredecibles de acuerdo al NIDA (2009) dependen de la cantidad ingerida; de la personalidad, estado de ánimo y expectativas del usuario; y del ambiente en el que se usa la droga. Por lo general, el usuario siente los primeros efectos de la droga de 30 a 90 minutos después de tomarla. Los efectos físicos incluyen dilatación de las pupilas, sudoración, falta de apetito, insomnio, sequedad en la boca, temblores y aumento de la temperatura corporal, frecuencia cardíaca y presión arterial. Las sensaciones y los sentimientos cambian de forma mucho más drástica que las señales físicas. Es posible que el usuario sienta varias emociones diferentes a la vez o que pase rápidamente de una emoción a otra. Si se toma en una dosis suficientemente alta, la droga produce delirio y alucinaciones visuales. El sentido del tiempo y el de sí mismo cambian en el usuario. Las sensaciones parecen "cruzarse", dando al usuario la impresión de oír los colores y ver los sonidos. Estos cambios pueden ser atemorizantes,

causándole pánico al usuario. Los usuarios le dan el nombre de "viaje" a su experiencia con la LSD y le llaman "mal viaje" a las reacciones adversas agudas. Estas experiencias son prolongadas y por lo general empiezan a desaparecer al cabo de unas 12 horas.

Algunas personas que usan LSD sufren pensamientos y sensaciones sumamente aterradoras, tienen miedo de perder el control, de volverse locos y de la muerte, y se sienten angustiados. Han ocurrido algunos accidentes mortales durante estados de intoxicación con LSD. Muchos usuarios de LSD padecen de "flashbacks" o "deja vues", es decir, recurrencias de ciertos aspectos de sus experiencias, sin haber ingerido nuevamente la droga. Un "flashback" sucede súbitamente, sin previo aviso y puede ocurrir desde unos días hasta un año después de haber usado LSD. Los "flashbacks" generalmente ocurren en personas que usan alucinógenos en forma crónica o que tienen trastornos mentales subyacentes. Sin embargo, a veces hay personas que no tienen problemas de salud adicionales y que usan LSD ocasionalmente que también tienen "flashbacks". Los "viajes malos" y los "flashbacks" son sólo parte de los riesgos de usar LSD. Los usuarios de LSD pueden manifestar síntomas persistentes parecidos a los de la esquizofrenia o la depresión aguda. Es difícil determinar el alcance y el mecanismo de acción de la LSD con relación a estas enfermedades (NIDA, 2009).

De acuerdo a Escohotado (2005) la mayoría de los usuarios de LSD disminuyen o abandonan voluntariamente su uso con el transcurso del tiempo. El LSD no se considera una droga adictiva, ya que no causa un comportamiento compulsivo tendiente a la búsqueda de la sustancia, tampoco produce un síndrome de abstinencia, como sucede con la cocaína, las anfetaminas, la heroína, el alcohol y la nicotina, no obstante, sí puede ocasionar una dependencia psicológica. Con todo, el LSD produce tolerancia, de manera que algunas personas que usan la droga repetidamente deben tomar dosis cada vez más fuertes para lograr el mismo estado de intoxicación que lograban anteriormente. Dada la naturaleza impredecible de la droga, esta práctica es sumamente peligrosa.

El GHB (Acido Gamahidroxitirato) y sus características generales

Aproximadamente desde 1990, en los Estados Unidos se ha abusado del GHB (el ácido gamahidroxitirato) por sus efectos eufóricos, calmantes y anabólicos (incrementan la masa muscular). Es un depresor del sistema nervioso central que se encontraba con gran facilidad sin necesidad de receta médica en las tiendas naturistas durante los años 80 y hasta 1992. En su mayoría, lo compraban los fisiculturistas para ayudar a reducir la grasa corporal y aumentar la musculatura (NIDA, 2009).

En síntesis se puede decir que el ácido gamahidroxitirato (GHB) es una droga de abuso con propiedades ansiolíticas, miorelajantes, analgésicas y anestésicas. Los usuarios describen sus efectos similares al consumo de alcohol, empero existen episodios de pérdida de conciencia después del uso de esta sustancia.

Sus efectos amnésicos han contribuido a que sea considerada una droga facilitadora de abuso sexual "date rape drug" (Miotto et al., 2001).

Sus nombres callejeros incluyen "G", "líquido X", "gama G" y "éxtasis líquido" en español y "Liquid ecstasy", "soap", "easy lay", "vita-G" y "Georgia Home Boy" en inglés. El abuso del GHB puede resultar en que el usuario entre en coma o tenga convulsiones (NIDA, 2009).

Camacho y colegas (2005) han puesto de relieve que estos productos se pueden obtener en Internet, tiendas de nutrición, algunos gimnasios, raves, antros y discos, colegios. Son muy populares en ambientes gay. Esta sustancia generalmente se mezcla con el consumo de alcohol, por lo cual no son fáciles de detectar en estudios de toxicología.

Efectos buscados del GBH

Miotto (2001) y colegas reseña que los efectos más buscados son: euforia, desinhibición. Induce también un estado de relajación, tranquilidad sin el efecto de la resaca. Efectos adicionales incrementan la sensualidad y desinhibición, por lo cual es tan popular (Viera et al., 1999). Asimismo, esta sustancia está siendo estudiada por diferentes usos terapéuticos en modelos de animales y con humanos.

Efectos fisiológicos del GBH

Cuando se usa conjuntamente con otras drogas como el alcohol, puede causar náuseas y dificultad para respirar. El GHB también produce síntomas del síndrome de abstinencia, incluyendo insomnio, ansiedad, temblores y sudoración, así como tolerancia. El GHB y dos de sus precursores, la gama butirrolactona (GBL) y el 1.4 butenodiol (BD), han sido implicados en envenenamientos, sobredosis, facilitamiento de abuso sexual ("date rapes") y muertes (NIDA, 2009).

Miotto y colaboradores (2001) refiere que los usuarios que han tenido sobredosis de esta sustancia que han llegado a emergencias presentan náuseas, bradicardia y un marcado nivel de disminución de la conciencia. Recobrar la conciencia tarda aproximadamente 5 horas. El GHB fue desarrollado como un anestésico general, empero su uso fue discontinuado por los efectos secundarios. 10 mg de GHB se puede considerar una dosis ansiolítica y miorelajante, sin embargo, la amnesia como efecto colateral ha sido reportada en esta dosis. Una dosis de 20-30 mg induce sueño y 50 mg produce efectos anestésicos. El coma es reportado en una dosis mayor a 50 mg.

Ketamina y sus características generales

El clorhidrato de Ketamina es un anestésico intravenoso que se ha venido utilizando en medicina y veterinaria desde los años 60. Jansen y Theron (2003) indican que es una arilciclohexidina, relacionada químicamente con la fenciclidina

y ciclohexamina. Poco tiempo después de su aparición, la ketamina se convirtió en una droga asequible para la subcultura del consumo de drogas de la década de 1960, siendo vendida como “rockmesc” (es decir, “rock mescalina”).

La Ketamina estructuralmente emparentada con la Fenciclidina, tiene también propiedades analgésico-anestésicas, pero provoca menos efectos indeseables, por lo que se utiliza ocasionalmente en medicina, sobre todo en aquellos pacientes que no toleran los efectos de la depresión cardiovascular de otros anestésicos (Julien, 1995). Gamella (1997) revela que la Ketamina provoca efectos de disociación con el entorno, con intensa analgesia y amnesia, así como una serie de alteraciones cognitivas que algunos autores comparan con ciertas psicosis endógenas. Su uso no terapéutico se ha constatado en diversos grupos norteamericanos y europeos, asociándose en los últimos años con algunas modas musicales y festivas dentro de la escena techno, sobretodo en Gran Bretaña.

De acuerdo a estos autores (2003) en los últimos quince años ha aumentado el consumo de Ketamina vinculado al crecimiento de la cultura dance (clubs techno/ fiestas/ raves) (Dotson y col., 1995; Gross y col., 2002; Jansen, 1993; Skovmand, 1996; Moore y col., 2001; Riley y col., 2001; Weiner y col., 2000). La ketamina es un estimulante en dosis bajas, lo que permite bailar. En los lugares públicos, su funcionamiento se ve ayudado por la combinación con otros estimulantes (anfetaminas, cocaína y MDMA -éxtasis), que reducen el efecto disociativo de la ketamina.

Efectos de la Ketamina

El nombre químico de la ketamina es 2-(2-clorofenil)-2-(metilamino) ciclohexanona. Su principal efecto se produce en el receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), a nivel central, y en la sustancia gelatinosa de la médula espinal, el mismo receptor de la fenciclidina, lo que genera un antagonismo no competitivo de dicho receptor. Actúa sobre múltiples sistemas neurotransmisores, como noradrenalina, serotonina y colinérgicos muscarínicos del sistema nervioso central. Además, tiene una acción aún poco conocida, sobre los receptores opiáceos. En dosis de inducción anestésica provoca un aumento de la presión intracraneana, intraocular, pulmonar y arterial, y aumenta la frecuencia cardíaca.

Ketamina y sus efectos físicos

Los efectos empiezan alrededor de 30 segundos después de una inyección intravenosa; 2-4 minutos después de una inyección intramuscular (i.m.), 5-10 minutos después de su consumo intranasal, y 10-30 minutos después de una dosis oral en un estómago vacío. La duración de los efectos psicodélicos oscila entre 10 minutos, 1 hora (i.m.) y 4 horas (oral). Los efectos pueden tener una duración mucho menor en personas que han desarrollado una tolerancia, y el poder de la ketamina puede ser diluido (cortado) con otras sustancias. Los efectos pueden, asimismo, ser más duraderos en algunas personas. La cantidad de Ketamina pura que suele ser absorbida por vía intranasal es difícil que sobrepase

los 100 mg. Las dosis psicodélicas después de una i.m. suelen oscilar entre 25 y 85 mg, mientras que las dosis orales no suelen exceder los 350 mg. Los consumidores crónicos con tolerancia a la droga pueden tomar cantidades mucho mayores, mientras que algunas personas son muy sensibles a ella y acusan importantes efectos con dosis menores. Mala pronunciación, incremento de la frecuencia cardíaca, aumento de presión arterial, falta de coordinación, rigidez muscular, molestia al respirar, parálisis, anormalidades de la frecuencia cardíaca (incrementando el riesgo de un ataque cardíaco o apoplejía), coma y muerte. (Jansen & Theron, 2003).

Efectos Psicológicos de la Ketamina

La Ketamina distorsiona las percepciones de muchas cosas de una persona, como del dolor, el propio cuerpo, tiempo y entorno. Estas distorsiones llevan a un sentimiento de aislamiento o a una sensación de desprendimiento del mundo. Otros efectos psicológicos incluyen: Alucinaciones, estados como de ensueño, sensaciones de invulnerabilidad, experiencias psicológicas casi de muerte, paranoia y delirios paranoides, conducta agresiva memoria dañada.

El consumo de Ketamina se ha vinculado a una gran variedad de problemas de salud mental, que incluyen ansiedad, ataques de pánico, flashbacks, trastorno de estrés postraumático, cambios perceptivos persistentes, manía, depresión, suicidio, insomnio, pesadillas, terrores nocturnos, un desagradable sentimiento de ser irreal o de que el mundo es irreal, delirios paranoides, alucinaciones persistentes, comportamiento automático, fragmentación de la personalidad y agresividad (Jansen & Theron, 2003).

Mariguana y sus efectos

Gracias a la serie de reportes del NIDA (2009) se tiene que la mariguana es la droga ilícita de abuso más frecuente en los Estados Unidos. Es una mezcla gris verdosa de flores, tallos, semillas y hojas secas y picadas de la planta de cáñamo llamada "Cannabis sativa", la cual puede ser ingerida por distintas vías de administración, una de ellas es fumada en forma de cigarrillo (porros, canutos, churros o "joints" o "nail" en inglés), o en pipa ("bong"). Asimismo, puede ser fumada en forma de "blunts", los cuales son puros o cigarros a los que se les saca el tabaco y se rellenan con mariguana, a menudo mezclada con otra droga. Otra forma de consumirse es por medio de infusiones o mezclada con comida. También existe una forma resinosa y concentrada llamada hachís y en la forma de líquido negro pegajoso se conoce como aceite de hachís. Los alias con los que generalmente se le apoda a esta sustancia son numerosos, entre ellos: mota, hierba, pasto, maría, en español, y "pot", "herb", "weed", "grass", "widow", "ganja" y "hash", en inglés, así como términos derivados de variedades de Cannabis con marcas registradas como "Bubble Gum", "Northern Lights", "Fruity Juice", y diversas variedades de "Skunk".

Los reportes más recientes del NIDA (2009) han puesto de relieve los efectos a corto plazo del uso de marihuana, éstos pueden incluir problemas con la memoria y el aprendizaje; la percepción distorsionada; dificultad para pensar y solucionar problemas; pérdida de la coordinación; y un aumento en el ritmo cardíaco. Los hallazgos de las investigaciones sobre el uso a largo plazo de la marihuana indican algunos cambios en el cerebro similares a aquellos que se ven después del uso a largo plazo de otras de las principales drogas de abuso. Por ejemplo, la abstinencia de los cannabinoides (el THC o formas sintéticas del THC) en animales que han sido expuestos crónicamente a esta sustancia, lleva a un aumento en la activación del sistema de respuesta al estrés y a cambios en la actividad de las células nerviosas que contienen dopamina.

Por otro lado, de acuerdo a los reportes del NIDA (2009) un estudio revela que durante la primera hora después de haber fumado marihuana, el riesgo de sufrir un ataque al corazón se cuadruplica. Los investigadores sugieren que tal resultado puede ocurrir debido a los efectos de la marihuana sobre la presión arterial y el ritmo cardíaco así como por la reducción resultante en la capacidad sanguínea para transportar oxígeno. Un estudio de 450 personas mostró otros efectos del consumo a largo plazo, al reportar que quienes fuman marihuana tienen más problemas de salud y pierden más días de trabajo que los no fumadores. Muchos de estos días adicionales de enfermedad entre los fumadores de marihuana en el estudio fueron debido a enfermedades respiratorias. Aún el uso infrecuente puede causar quemazón y ardor en la boca y en la garganta, a menudo acompañados de una tos fuerte. Alguien que fuma marihuana regularmente puede tener muchos de los mismos problemas respiratorios que los que tienen los fumadores de tabaco, como tos y producción de flema a diario, mayor frecuencia de enfermedades agudas del pecho, un riesgo más alto de infecciones pulmonares y una tendencia mayor a la obstrucción de las vías respiratorias.

Fumar marihuana puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de la cabeza o del cuello. Un estudio que compara 173 pacientes con cáncer y 176 personas saludables produjo evidencia que el fumar marihuana duplica o triplica el riesgo de desarrollar estos tipos de cáncer. El uso de marihuana tiene el potencial para causar cáncer de los pulmones y de otras partes de las vías respiratorias porque contiene irritantes y carcinógenos. De hecho, el humo de la marihuana contiene entre 50 y 70 por ciento más hidrocarburos carcinógenos que el humo del tabaco (NIDA, 2009).

Asimismo, de acuerdo a Tashkin (2009) la marihuana es la segunda sustancia psicoactiva fumada en todo el mundo después del tabaco dado que la marihuana y el tabaco comparten componentes químicos con la excepción del tetrahidrocanabinol, propiedad química exclusiva de la marihuana, dado estas similitudes existe una preocupación acerca de los daños a la salud del consumo regular de la marihuana a aquellos ocasionados por el consumo de tabaco como el EPOC y otras enfermedades crónico-degenerativas. Una asociación entre el consumo de marihuana y el EPOC ha sido sugerido por la evidencia existente concerniente a el daño que produce en las vías respiratorias como eritema mayor,

edema y secreciones mucosas observada durante la broncoscopia, de los consumidores de marihuana, sin embargo, no hay suficiente evidencia para apoyar que el consumo de marihuana conlleve a enfermedades como el EPOC.

Las investigaciones demuestran claramente que el uso de marihuana tiene el potencial para causar problemas en la vida diaria o para empeorar los problemas que ya tiene el usuario. La depresión, la ansiedad, y las alteraciones en la personalidad están todas asociadas con el uso de la marihuana. Ya que la marihuana afecta la habilidad para aprender y recordar información, y mientras más marihuana emplee una persona, mayor es la probabilidad de que se retrase el desarrollo de las habilidades intelectuales, laborales o sociales. Es más, las investigaciones han mostrado que el impacto adverso de la marihuana sobre la memoria y el aprendizaje puede durar días o semanas después de que los efectos agudos de la droga hayan desaparecido (NIDA, 2009).

Luzi y colaboradores (2008) ponen de manifiesto que los diversos tipos de cannabis difieren en su concentración del psicoactivo principal componente, 9-tetrahidrocannabinol (THC), y el otro ingrediente principal, el cannabidiol (CDB). La nueva ingeniería del cultivo de esta planta ha maximizado los niveles de de THC, lo que aumenta la potencia de sus efectos de esta sustancia. Es bien sabido que la intoxicación breve por cannabis puede causar síntomas psicóticos como paranoia, mientras la evidencia reciente muestra que el uso intensivo de cannabis aumenta el riesgo de psicosis crónicas como la esquizofrenia; la vulnerabilidad genética parece predisponer a algunas personas a un mayor riesgo.

Heroína y sus efectos

El NIDA (2009) ha informado de los principales efectos a corto, mediano y largo plazo del consumo de la heroína. En principio, manifiesta que la heroína es una droga opiácea y sintética que es altamente adictiva. Es un derivado de la morfina, una sustancia natural que se extrae de la bellota de la amapola, también conocida como "adormidera asiática". La heroína suele presentarse en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra y pegajosa conocida como "alquitrán negro". La heroína se puede inyectar, inhalar o fumar, estas vías de administración son las que aseguran una transmisión rápida de la droga al cerebro. Inyectar es usar una aguja para liberar la droga directamente en el torrente sanguíneo. Inhalar o "snorting" consiste en aspirar el polvo de la heroína por la nariz, donde se absorbe por el torrente sanguíneo a través de los tejidos nasales. Fumar la heroína es inhalar el humo directamente a los pulmones. Los tres métodos de consumo pueden llevar a la adicción a la heroína y a otros problemas graves de salud.

Al entrar al cerebro, la heroína se convierte en morfina y se adhiere a los receptores opioides. Estos receptores se encuentran localizados en muchas áreas del cerebro (y del cuerpo), especialmente en aquellas áreas involucradas en la percepción del dolor y de la gratificación. Los receptores opioides también están localizados en el tallo cerebral, que controla procesos autónomos esenciales para

la vida como la respiración, la presión arterial y la excitación. Con frecuencia, la sobredosis de heroína implica la supresión de la respiración. Después de una inyección intravenosa de heroína, el consumidor reporta sentir una oleada de euforia ("rush") acompañada por sequedad bucal, un enrojecimiento caliente de la piel y pesadez en las extremidades. Después de esta euforia inicial, el usuario pasa a una sensación de estar volando ("on the nod"), un estado en el que se alterna estar entre completamente despierto o adormecido. Las facultades mentales se turban. Los usuarios que no se inyectan la droga podrían no sentir la euforia inicial, pero los demás efectos son los mismos (NIDA, 2009).

Cravioto y colegas (2003) exponen los principales problemas de salud, agudos y crónicos producidos por la heroína. Las complicaciones médicas asociadas con el uso de este tipo de sustancias incluyen diversos problemas: a) relacionados con sus propiedades farmacológicas: sobredosis, lesiones por accidentes bajo su influencia, dependencia; b) por sus vías de administración: hepatitis, abscesos e infecciones, celulitis y el VIH-SIDA, por el uso de jeringas no esterilizadas, Cabe enfatizar, que por lo que reporta Medina-Mora (2003) el abuso de ésta y de otras sustancias que se aplican por vía intravenosa constituyen en la actualidad el mayor vector para la transmisión de enfermedades infecciosas, en particular del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la hepatitis y la tuberculosis y c) por actitudes como conductas delictivas, problemas familiares, abandono escolar y falta de trabajo constante, trayendo consigo serias implicaciones para la salud, tanto individual como pública, sobre todo si se toma en cuenta que muchos de estos problemas pueden ser tratados, y que todos son prevenibles.

El consumo crónico de la heroína produce dependencia física, un estado en el que el organismo se adapta a la presencia de la droga, por lo que pueden presentarse síntomas agudos del síndrome de abstinencia si se disminuye o se descontinúa abruptamente el uso. Estos síntomas pueden comenzar a las pocas horas de la última administración de la droga e incluyen desasosiego, dolores en los músculos y en los huesos, insomnio, diarrea y vómito, escalofríos con piel de gallina ("cold turkey") y movimientos en forma de patadas ("kicking the habit"), entre otros (NIDA, 2009).

Finalmente, es muy común la sobredosis de heroína, Sporer (1999) indica que el síndrome por sobredosis de heroína consiste en un estado mental anormal, decremento en la capacidad respiratoria, pupilas con miosis. la mayor parte de las sobredosis ocurren en la compañía de otras drogas, así como alcohol.

Inhalables y sus efectos

Los reportes del NIDA (2009) muestran que los inhalables son un grupo diverso de sustancias volátiles, cuyos vapores químicos se pueden inhalar produciendo efectos psicoactivos, es decir, que alteran el sistema nervioso central. Si bien, hay muchas otras sustancias de abuso que se pueden inhalar, el término "inhalables" se utiliza para describir aquellas sustancias que rara vez o nunca se consumen

por una vía diferente. Coexiste una variedad de productos que se encuentran comúnmente en la casa y en el trabajo que contienen sustancias que se pueden inhalar con el propósito de drogarse. Sin embargo, muchos no los consideran drogas ya que los productos como las pinturas en aerosol (pinturas pulverizadas), los pegamentos y los líquidos de limpieza, no fueron creados con la finalidad de usarse para obtener un efecto intoxicante. Sin embargo, los niños y los adolescentes los pueden obtener fácilmente y son quienes tienen mayor probabilidad de abusar de estas sustancias extremadamente tóxicas.

Acorde al NIDA (2009) los inhalantes se dividen en las siguientes categorías: “Disolventes volátiles” son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente; disolventes industriales o caseros, entre ellos, los disolventes de pinturas, los quita-grasas, los líquidos para lavado en seco, la gasolina y los líquidos para los encendedores y solventes para usos artísticos o de oficina, incluyendo los líquidos correctores, los líquidos de los marcadores con punta de fieltro, los productos para la limpieza de contactos eléctricos y los pegamentos. “Aerosoles”, son aerosoles que contienen propulsores y disolventes, así como propulsores de aerosoles caseros, tales como aquellos en las pinturas pulverizadas, productos para el cabello, desodorantes, protectores de telas, productos para la limpieza de computadoras y los rociadores de aceite vegetal. “Gases” se encuentran en productos caseros o comerciales y también se usan como anestésicos médicos. Pueden ser gases usados en productos caseros o comerciales, entre ellos, los gases en los encendedores de butano y los tanques de gas propano, los aerosoles o dispensadores de crema batida (“whippets”) y los gases refrigerantes, así como gases anestésicos de uso médico, como el éter, el cloroformo, el halotano y el óxido nitroso (“gas hilarante”).

“Nitritos” son una clase especial de inhalables que se utilizan principalmente para intensificar el placer sexual. Los Nitritos orgánicos o alifáticos incluyen el nitrito ciclohexílico, el butílico y el amílico. Son volátiles y comúnmente se conocen como “reventadores” o “poppers”. El nitrito amílico todavía se usa para ciertos procedimientos de diagnóstico médico. Los nitritos orgánicos frecuentemente se comercializan para uso ilícito en pequeñas botellas cafés con la designación de “limpiador de videos” (“video head cleaner”), “desodorante ambiental” (“room odorizer”), “limpiador de cuero” (“leather cleaner”) o “aroma líquido” (“liquid aroma”) (NIDA, 2009).

En general, los inhalables son productos contienen una gran variedad de sustancias químicas, entre ellas: Tolueno (pinturas pulverizadas, cemento de contacto, gasolina), hidrocarburos clorados (químicos para el lavado en seco, líquidos de corrección), hexano (pegamentos, gasolina), benceno (gasolina), cloruro de metileno (removedores de barnices, diluyentes de pintura), butano (gas para los encendedores, desodorantes ambientales), y óxido nitroso (dispensadores de crema batida en aerosol, cilindros de gas). Los inhalantes se pueden inhalar por la nariz o por la boca de diferentes maneras (lo que se conoce como “huffing”). Por ejemplo, aspirando (“sniffing”) o inhalando (“snorting”) los vapores del envase, rociando los aerosoles directamente en la nariz o en la boca,

o colocando un trapo en la boca que ha sido impregnado con un inhalante. También se pueden aspirar o inhalar los vapores de un globo o una bolsa de plástico o de papel que contenga un inhalante. Ya que la intoxicación que se produce por los inhalantes dura apenas unos minutos, muchas personas tratan de prolongar la euforia inhalando repetidamente a lo largo de varias horas (NIDA, 2009).

Los efectos de los inhalantes son parecidos a los del alcohol e incluyen dificultad para hablar, euforia, mareo y falta de coordinación. Las personas que abusan de los inhalantes también pueden sentirse aturdidas, tener alucinaciones y delirio. Con el uso repetido de los inhalantes, muchos usuarios se sienten menos cohibidos y con menos control. Otros se sienten somnolientos por varias horas o tienen un dolor de cabeza persistente. Las sustancias químicas que se encuentran en los diferentes tipos de productos que se inhalan pueden producir una variedad de efectos, como confusión, náuseas o vómito. Al desplazar el aire de los pulmones, los inhalantes le quitan oxígeno al organismo, lo que se conoce como hipoxia. La hipoxia puede lesionar las células corporales, siendo las células del cerebro especialmente vulnerables. Los síntomas de hipoxia cerebral varían de acuerdo a la región del cerebro afectada. Por ejemplo, el hipocampo ayuda a controlar la memoria, por lo que la persona que usa inhalantes repetidamente puede perder la habilidad de aprender cosas nuevas o puede tener dificultad de llevar a cabo una conversación sencilla (NIDA, 2009).

Conforme a Howard y Perron (2009) el uso de inhalantes se ha implicado en los casos documentados de insuficiencia cardíaca, renal y toxicidad hepática y hepatorenal, disfunción intestinal y vesical, supresión de médula ósea, insuficiencia cardíaca irreversible congestiva, daño neurológico severo y disfunción cognitiva. Los efectos en los hijos de madres consumidoras de esta sustancia son similares a los del síndrome de alcoholismo fetal y una serie de trastornos psiquiátricos, alteraciones sociales, académicas e interpersonales funcionales, también están fuertemente asociados.

El uso a largo plazo de inhalantes puede destruir la mielina, el tejido graso que forma la envoltura protectora de algunas fibras nerviosas. La mielina ayuda a estas fibras nerviosas a transportar sus mensajes con rapidez y eficacia. Al dañarse la mielina se pueden presentar espasmos musculares y temblores, incluso puede haber dificultad permanente para realizar actividades básicas como caminar, agacharse y hablar. En resumen, el uso repetido de inhalantes puede llevar a la adicción (NIDA, 2009).

Hay pruebas consistentes de que la utilización crónica a largo plazo puede resultar en déficit neurológico y deterioro cognitivo, incluyendo deterioro de la atención, la velocidad de procesamiento de la información, la coordinación psicomotriz, el aprendizaje y la memoria, habilidades ejecutivas (incluyendo la memoria de trabajo), así como las pruebas de inteligencia verbal [Chadwick et al., 1989; Maruff et al., 1998; Cairney et al., 2002, Rosenberg et al., 2002; Yücel et al., 2008 citado en Lubman, Yücel & Lawrence (2008)]. Curiosamente, muchos de los déficit

neuropsicológicos comúnmente observados (por ejemplo, alteraciones en la velocidad de procesamiento, la atención sostenida recuperación de la memoria, la función ejecutiva y el idioma) son consistentes con la patología de la materia blanca del cerebro, más el apoyo a la idea de que el tolueno afecta preferentemente a la materia blanca (en relación la materia con gris) y las demás estructuras cerebrales.

La aspiración de cantidades altamente concentradas de las sustancias químicas que se encuentran en los disolventes o aerosoles puede provocar insuficiencia cardíaca y muerte a los pocos minutos de una sesión de inhalación. Este síndrome, conocido como “muerte súbita por inhalación”, puede resultar de una sola sesión de uso de inhalantes por parte de un joven en condiciones saludables. La muerte súbita por inhalación está asociada particularmente con el abuso de butano, propano y las sustancias químicas en los aerosoles. Las concentraciones altas de inhalantes también pueden provocar la muerte por asfixia al desplazar el oxígeno de los pulmones, ya que puede causar pérdida de conciencia y paro respiratorio. La inhalación deliberada usando una bolsa de plástico o de papel, o en un área cerrada, aumenta enormemente la posibilidad de asfixia. Aun cuando se empleen los aerosoles y los productos volátiles en usos legítimos (por ejemplo, para pintar o limpiar), es aconsejable que se haga en un cuarto bien ventilado o al aire libre (NIDA, 2009).

Efectos de las drogas médicas

Es bien sabido que los medicamentos de prescripción como los analgésicos, tranquilizantes, estimulantes y sedantes, son herramientas terapéuticas sumamente útiles pero en ocasiones los pacientes no los toman siguiendo las indicaciones, pudiendo volverse adictos (NIDA, 2009). Los analgésicos hacen posible la cirugía y permiten que muchas personas con dolor crónico lleven una vida productiva. La mayoría de las personas que toman medicamentos de prescripción lo hacen responsablemente. Sin embargo, el uso inapropiado o no médico de estos medicamentos constituye un asunto de grave preocupación en el campo de la salud pública. El uso no médico de ciertos medicamentos de prescripción como los opiáceos, los depresores del sistema nervioso central (SNC) y los estimulantes, puede llevar a la adicción, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de estos medicamentos.

Aunque muchos medicamentos de prescripción se prestan al abuso o al uso indebido, las siguientes tres clases son las que se abusan con más frecuencia: los “opiáceos” son comúnmente recetados con frecuencia para tratar el dolor; “depresores del SNC” se emplean para tratar la ansiedad y los trastornos del sueño y los “estimulantes” son recetados para tratar la narcolepsia y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Opiáceos

Los opiáceos se recetan con frecuencia por la eficacia de sus propiedades analgésicas, es decir, por su capacidad para aliviar el dolor. Muchos estudios han demostrado que el uso médico adecuado de los compuestos analgésicos opiáceos es seguro y rara vez causa adicción. Si se toman siguiendo las instrucciones exactamente, los opiáceos pueden usarse para manejar el dolor eficazmente (NIDA, 2009).

De acuerdo a Byrne y colegas (2009) los medicamentos opiáceos de prescripción para el dolor incluyen principalmente: hidrocodona (Lorcet, Lortab, Vicodin), oxycodona (OxyContin, Percocet, Percodan), codeína (Tylenol 2S, 3S, y 4s), fentanil (Duragesic), y la morfina (MS Contin). Estas drogas son comúnmente prescritas para el dolor agudo (por ejemplo: dolor de dientes, lesiones, o el dolor post-cirugía) o el dolor crónico (por ejemplo, dolor de espalda o dolor de asociados con cáncer). La metadona, que es utilizada tanto para el tratamiento de la dependencia de opiáceos y para el dolor, está aumentando como principal droga de abuso. Otra variedad de medicamentos acorde a los reportes del NIDA (2009) son: el propoxifeno (Darvón), la hidromorfona (Dilaudid) y la meperidina (Demerol), que no se utiliza tan a menudo debido a sus efectos secundarios. Además de sus propiedades analgésicas tan eficaces, se pueden usar algunos de estos medicamentos para aliviar la diarrea aguda (por ejemplo, el Lomotil, que es el nombre comercial del difenoxilato) o para la tos fuerte (la codeína).

Dado que los medicamentos opiáceos pueden afectar regiones del cerebro que determinan lo que nosotros percibimos como placer, resultan en la euforia inicial, también pueden producir somnolencia, causar constipación y, dependiendo de la cantidad ingerida, disminuir la frecuencia respiratoria. La ingestión de una sola dosis muy grande podría causar una depresión respiratoria aguda o la muerte. El uso de opiáceos a largo plazo puede llevar a la dependencia física, es decir, que el cuerpo se adapte a la presencia de la sustancia y si se reduce su uso abruptamente, aparecen los síntomas del síndrome de abstinencia. Esto también puede resultar en el desarrollo de tolerancia al medicamento (NIDA, 2009).

Barbitúricos y Benzodiacepinas

Conforme al NIDA (2009) existen otro tipo de medicamentos de prescripción médica que se consideran depresores del SNC estos medicamentos disminuyen la función normal del cerebro. En dosis más altas pueden convertirse en anestésicos generales. Los tranquilizantes y los sedantes son ejemplos de depresores del SNC. Ejemplos de estos medicamentos son: barbitúricos, como el mefobarbital (Mebaral) y el pentobarbital sódico (Nembutal), que se utilizan en el tratamiento de la ansiedad, la tensión y los trastornos del sueño. Y las benzodiacepinas, como el diazepam (Valium), el clordiazepóxido HCl (Librium), y el alprazolam (Xanax), las cuales pueden ser utilizadas para tratar la ansiedad, las reacciones agudas al estrés, y los ataques de pánico. Las benzodiacepinas con efecto más sedante, como el estazolam (ProSom), se pueden recetar para el tratamiento a corto plazo de trastornos del sueño.

De acuerdo a Busto (2000) el uso prolongado de las benzodiazepinas causa preocupación debido a la poca evidencia existente de eficacia prolongada, los trastornos de memoria y el riesgo de accidentes que se asocian a su uso y el posible abuso y dependencia que pueden causar. El uso crónico de las benzodiazepinas ha llevado a causar la impresión de que las benzodiazepinas tienen un alto potencial de abuso, cuando en realidad la incidencia de abuso es pequeña en comparación a sus legítimos usos médicos.

En cuanto a la adicción a los barbitúricos, sus primeros estudios reportados por Isbell y Fraser (1950) revelaron el potencial adictivo de esta sustancia e indicaron, asimismo, el potencial adictivo y los peligros para la salud que implicaban. El cuadro clínico de intoxicación crónica con barbitúricos se parece al de la intoxicación crónica con alcohol y se caracteriza por la insuficiencia de la capacidad mental, deterioro del control emocional, la regresión psíquica y peligrosos síntomas neurológicos. La retirada de los barbitúricos de personas crónicamente intoxicadas por el consumo de sustancias es seguida por un tipo muy definido y grave del síndrome de abstinencia que se caracteriza principalmente por la aparición de convulsiones y delirio.

Hindmarch (1972) reportó que en el Reino Unido, desde 1965, se reportaba que las muertes de sobredosis accidental y suicidio y por consumo de barbitúricos se habían duplicado y del total anual de las intoxicaciones medicamentosas dos terceras partes se debían exclusivamente a los barbitúricos. El abuso de los barbitúricos parecía ser más agudo en usuarios de la mediana edad, que eran adictos psicológicamente y fisiológicamente a otras drogas duras. Se encontró evidencia de un aumento de la dosis en un 12 % de los pacientes en un grupo de barbitúricos práctica prescrita.

En general, reportes del NIDA (2009) indican que tanto las benzodiazepinas como los barbitúricos producen el efecto de somnolencia o de calmante. A pesar de estos efectos beneficiosos para las personas que sufren de ansiedad o de trastornos del sueño, los barbitúricos y las benzodiazepinas pueden ser adictivas y se deben utilizar solamente siguiendo las indicaciones del médico.

Si se combinan pueden deprimir la respiración o deprimir al mismo tiempo, el ritmo cardíaco y la respiración, lo que podría ser mortal. Suspender el uso prolongado de dosis altas puede causar que se manifiesten síntomas del síndrome de abstinencia. Ya que funcionan disminuyendo la actividad cerebral, una posible consecuencia del abuso es que, cuando se dejan de tomar, la actividad del cerebro puede alterarse al punto de que pueden ocurrir convulsiones. Cuando una persona está considerando dejar de usar un depresor del SNC, o ha dejado de usarlo y está presentando los síntomas del síndrome de abstinencia, debe hablar con un médico y buscar tratamiento. A menudo el abuso de los depresores del SNC ocurre en conjunto con el abuso de otras sustancias o drogas, como el alcohol o la cocaína. En estos casos de abuso de varias drogas, el enfoque del tratamiento debe estar dirigido a las múltiples adicciones (NIDA, 2009).

Medicamentos de prescripción médica de orden estimulante

Otro tipo de medicamentos de prescripción médica que encierran potencial adictivo son de índole estimulante, es bien sabido que su efecto en el sistema nervioso central aumenta la agudeza mental, la atención y la energía, y estos cambios se acompañan de acrecentamientos en la presión arterial, la frecuencia cardíaca, y la frecuencia respiratoria. Históricamente, los estimulantes se usaban para tratar el asma y otros problemas respiratorios, la obesidad, los trastornos neurológicos, y una variedad de dolencias adicionales. Al hacerse evidente el potencial que tenían para el abuso y la adicción, su uso disminuyó. Actualmente se recetan los estimulantes solamente para tratar unos cuantos problemas de salud, incluyendo la narcolepsia, el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), y algunos casos de depresión que no responden a otros tratamientos. También se pueden usar para el tratamiento a corto plazo de la obesidad y para ciertos pacientes con asma (NIDA, 2009).

En cuanto al metilfenidato, las investigaciones del NIDA (2005) muestran que las personas con TDAH no se vuelven adictas a los medicamentos estimulantes cuando los toman en la forma y las dosis prescritas por el médico. De hecho, se ha reportado que la terapia con estimulantes en la niñez está asociada con una disminución en el riesgo de sufrir trastornos relacionados con el uso de drogas y alcohol. Los estudios también han encontrado que en comparación con las personas con TDAH que no reciben tratamiento, aquellas personas con TDAH tratadas con estimulantes como el metilfenidato tienen menos probabilidades de abusar de las drogas y el alcohol cuando son mayores.

Sin embargo, debido a sus propiedades estimulantes, en años recientes ha habido informes de abuso del metilfenidato por personas que no requieren de este medicamento. Lo abusan por sus efectos estimulantes: supresión del apetito y del sueño, aumento de atención/enfoque, y euforia. Los abusadores toman las tabletas por vía oral o las pulverizan y las inhalan. Algunos disuelven las tabletas en agua, inyectándose la mezcla, lo que puede ocasionar complicaciones debido a que los aditivos insolubles que se encuentran en las tabletas pueden bloquear los vasos sanguíneos delgados. La adicción al metilfenidato parece ocurrir cuando se producen aumentos considerables y acelerados de la dopamina en el cerebro (NIDA, 2005).

Las consecuencias del abuso de estimulantes pueden ser extremadamente peligrosas. Tomar dosis altas de un estimulante puede resultar en un ritmo cardíaco irregular, temperaturas corporales peligrosamente altas, falla cardiovascular o convulsiones. Tomar repetidamente dosis altas de algunos estimulantes en un período corto de tiempo puede llevar a la hostilidad o paranoia en algunas personas. De acuerdo al NIDA (2009) los estimulantes no deben mezclarse con antidepresivos o con medicamentos para los resfriados que contengan descongestionantes y que se vendan sin receta médica. Los antidepresivos pueden aumentar los efectos del estimulante, mientras que la

combinación de estimulantes con descongestionantes puede elevar la presión arterial a un nivel peligroso o puede causar un ritmo cardiaco irregular.

Problemas asociados al consumo de drogas ilícitas

Previamente se han reportado los efectos adversos a corto, mediano y largo plazo de las principales sustancias de abuso, mismos que son considerados consecuencias negativas y problemas asociados al consumo de dichas drogas, sin embargo, la ingesta de drogas ilícitas trae aparejado un sinnúmero de problemáticas de diversa índole y no solo en términos de la salud física. No obstante, además de estas consecuencias físicas existen otras de índole social, legal, cognitivas y psiquiátricas. En breve se mencionarán las más destacadas.

En este sentido y en forma de resumen se puede afirmar que, en cuanto a los problemas médicos asociados de los usuarios adictos a las drogas, en general, se puede mencionar que con frecuencia tienen uno o dos problemas médicos asociados con la adicción, incluyendo enfermedades pulmonares y cardiovasculares, apoplejía o ataques cerebrovasculares, diferentes tipos de cáncer y trastornos mentales. Las imágenes neurológicas, las radiografías del tórax y los análisis de sangre muestran los efectos dañinos del abuso de drogas en todo el cuerpo (NIDA, 2008).

Uno de las consecuencias dañinas que pueden sufrir otras personas además del adicto son los problemas graves de salud a otras personas. Dos de las consecuencias más devastadoras e inquietantes de la adicción acorde al NIDA (2008) son los efectos negativos de la exposición prenatal a las drogas en los bebés y los niños, es probable que algunos de los niños expuestos a drogas necesiten apoyo educacional en el aula para sobreponerse a lo que puede ser un déficit sutil en las áreas del desarrollo como el comportamiento, la atención o la cognición. Se están realizando investigaciones sobre si los efectos de la exposición prenatal sobre el cerebro y el comportamiento se extienden a la adolescencia también causando problemas en el desarrollo durante ese período

También una mayor propagación de enfermedades infecciosas. Más de la tercera parte de todos los casos nuevos de SIDA son el resultado del hábito de inyectarse drogas como la heroína, cocaína y metanfetamina. El uso de drogas inyectables también es un factor importante en la propagación de la hepatitis C, una enfermedad grave y potencialmente fatal del hígado, que constituye un creciente problema de salud pública. Pero, el uso de drogas inyectables no es la única manera que el abuso de drogas contribuye a la propagación de enfermedades infecciosas. Todas las drogas de abuso causan alguna forma de intoxicación, que interfiere con el juicio y aumenta la probabilidad de comportamientos sexuales de riesgo. Esto, a su vez, contribuye a la propagación del VIH/SIDA, la hepatitis B y C y otras enfermedades de transmisión sexual (NIDA, 2008).

Otro problema asociado se puede considerar la comorbilidad o patología dual, con frecuencia se encuentra la coexistencia del abuso de drogas y los trastornos

mentales. En algunos casos, las enfermedades mentales pueden preceder a la adicción; en otros casos, el abuso de drogas puede disparar o exacerbar los trastornos mentales, particularmente en personas con vulnerabilidades específicas (NIDA, 2008).

Los problemas asociados por tipo de sustancia de consumo de acuerdo al World Drug Report (2009) indican que la cocaína se suele consumir en "atracones", mientras que con la heroína los adictos necesitan un suministro confiable para evitar los síntomas del síndrome de abstinencia. Estas diferencias dan forma al mercado de consumo y sus consecuencias. Los adictos a la heroína tienen el tiempo y disposición para planear y ejecutar delitos contra la propiedad, como robos. Los usuarios de cocaína en polvo o crack operan a mucho más corto horario, y son más propensos a cometer asaltos o robos. Los adictos a la heroína pueden intercambiar sexo por drogas, pero el crack es mucho más adecuado para el trabajo sexual, ya que el consumo de esta sustancia brinda energía, un estado de alerta, y confianza de todos los requerimientos para la negociación de las operaciones delicadas en las calles.

Estas diferencias son reales y tienen implicaciones para el control de estrategias de prevención, tratamiento y políticas en torno a las drogas, pero no debe confundirse con las propiedades intrínsecas de la droga. La misma droga puede tener tipos muy diferentes de los impactos en diferentes contextos sociales. El ejemplo clásico es el alcohol, que se asocia con la violencia y la agresión sexual en algunos las sociedades, pero no en otras. La marihuana también se asocia con la violencia en algunas sociedades, un hecho que los consumidores occidentales pueden encontrar difícil de creer. El consumo de cocaína entre los ricos tiene implicaciones muy diferentes que el consumo de cocaína entre las personas de niveles socioeconómicos bajos o pobres. Cualquier estrategia en torno al consumo y mercado de drogas específico debe tener en cuenta el contexto local (ONU, 2009).

Tal como lo refiere Barragán (2005) y en suma, el consumo de sustancias psicoactivas conlleva pérdidas en diferentes áreas del funcionamiento de vida cotidiana: social, psicológica, legal, personal, familiar, económica y laboral; depresión, ansiedad, alteraciones en el sueño, pérdida de redes de apoyo, suicidio, violencia, homicidios, divorcio, pérdida de empleo, hospitalizaciones, encarcelamientos, etc. En sí, el consumo de drogas conlleva un costo muy grave en todas las áreas del individuo y no solo eso, impacta de manera social e interpersonal de manera directa e indirecta no solo al adicto sino a la sociedad entera.

Factores de riesgo y protección del consumo de drogas ilícitas

Existen diferentes tipos de factores de riesgo y protección que afectan el consumo de drogas ilícitas en los adolescentes, los cuales han sido agrupados tradicionalmente, en factores individuales, interpersonales y contextuales

(González, García-Señorán, González, 1996; Hawkins, Catalano & Miler, 1992; Moncada, 1997; Petterson, Hawkins & Catalano, 1992 citado en Álvarez, 2008).

En primera instancia, es necesario identificar claramente la definición de dichos factores. Los factores asociados con un mayor potencial de consumo de drogas son llamados “factores de riesgo”, mientras que aquellos factores asociados a reducir el potencial de consumo son llamados “factores de protección”. Cabe destacar que muchos individuos con riesgo de consumir sustancias no emplean las drogas o son adictos, también, un factor de riesgo para una persona puede no serlo para otra (NIDA, 2003). Asimismo, Álvarez (2008) brinda un concepto de ambos de manera más amplia, en donde un factor de riesgo es una característica (personal, familiar, grupal o social) cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno, en este caso, el consumo de drogas. Los factores protectores se refieren a aquellas condiciones del ambiente o variables individuales del sujeto que de una a otra forma impiden o los hacen más resistentes a caer en el consumo de drogas.

Factores de riesgo y protección de índole individual

A continuación, se exhibirán los factores de riesgo individuales, es decir, aquellos que están centrados “en el individuo”, se refieren tanto a las características del sujeto como a los procesos intrínsecos, y determinan una mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de este tipo de sustancias (González, 1996).

1. De acuerdo a este autor, la edad es una variable fuertemente relacionada con el consumo de drogas; y la precocidad en el uso de sustancias es uno de los principales predictores del abuso en la adolescencia. La edad crítica en el inicio del consumo de drogas podemos situarla entre los 11-12 y los 15-16 años, aproximadamente, y varía en función de la sustancia. Villatoro (2009) apunta que si además el consumo se inicia a menor edad, esto incrementa en gran medida las probabilidades de consumir drogas médicas e ilegales.
2. La búsqueda de sensaciones es otro factor más, ya que los consumidores puntúan más alto en las escalas que miden dicho constructo que los no consumidores. Luengo, Otero-López, Romero et al (1996) citados en Martínez y Alonso (2003) encontraron en población escolar que el factor de búsqueda de sensaciones más relacionado con el consumo de drogas legales es la desinhibición y el más relacionado con el consumo de cannabis es la búsqueda de experiencias.
3. El locus de control externo es otro factor de riesgo relacionado. Las personas que sustentan una expectativa de control interno perciben los eventos y sus consecuencias como contingentes a sus propias conductas. Los adolescentes con un locus de control externo son más influenciados

por los amigos, favoreciendo de este modo el consumo de sustancias (González, 1996).

4. La impulsividad se considera como otro factor de riesgo, donde se presentan problemas a la hora de resolver problemas o tomar decisiones y las dificultades para demorar la gratificación. En este concepto se conjugan aspectos como las dificultades para considerar las consecuencias de la propia conducta, un estilo rápido y poco meditado a la hora de tomar decisiones, dificultades para planificar el propio comportamiento e incapacidad para ejercer un autocontrol sobre él. (McCown, Johnson & Shure, 1993; Wood et al, 1995 citado en Álvarez, 2008).
5. También en población escolar, Graña y Muñoz-Rivas (2000) citado en Álvarez (2008) confirmaron que los principales factores de riesgo psicológicos para explicar el consumo de drogas legales eran la baja autoestima, la presencia de conductas antisociales y la desinhibición, los factores de protección más importantes el concepto positivo de uno mismo, el nivel de sinceridad y la práctica religiosa. (Grana & Muñoz, 2000).
6. En cuanto a los trastornos afectivos y comorbilidad psiquiátrica, la relación del consumo de drogas con la depresión es un factor antecedente que ha sido ampliamente estudiado y documentado.
7. Lo mismo se ha llevado a cabo con la asociación del consumo con el estrés y la tensión psicosocial (Unger et al, 1998; Wagner, 1994 citados en Álvarez, 2008).
8. También este autor (2008) reporta que las conductas problemáticas a edades tempranas son un buen predictor del consumo de drogas en la adolescencia y juventud.
9. Es más frecuente que los consumidores de drogas estén implicados en actividades delictivas que los no consumidores. Por otra parte, el uso de una droga es un buen predictor del uso de cualquiera de las otras.
10. Así ocurre con diversos estudios que muestran que el consumo de las drogas legales como previamente se sustentó, el uso de alcohol y/o tabaco, son un importante factor de riesgo para el uso de sustancias ilegales.
11. Iniciar el uso de drogas suele estar precedido por actitudes favorables hacia el consumo; además, los individuos con mayor riesgo de involucrarse en estas conductas tienden a sobrestimar la prevalencia de consumo en su entorno (Álvarez, 2008) Y es que, por lo que respecta a los jóvenes se han flexibilizado las actitudes reprobatorias hacia el uso de la cannabis a la vez que aumenta la distorsión de la percepción de riesgo del consumo de alcohol entre los propios usuarios de derivados canábicos.

12. Las expectativas también juegan un papel importante como factor de riesgo. Existe una relación funcional entre las expectativas y el uso de drogas; aquellos individuos que abusan de las drogas tienen unas expectativas diferentes a los que no las utilizan respecto a los efectos de dichas sustancias (Novacek, Raskin & Hogan, 1991 citados en González, 1999). En la medida en que las expectativas son más positivas y el individuo espera conseguir resultados más satisfactorios puede observarse un mayor consumo.

Los factores de protección individuales se podrían considerar los atributos de la persona, como la buena autoestima, la seguridad y la capacidad de comunicación, y los externos son los proporcionados por el medio, como una red de apoyo familiar o de amigos, la cercanía de un adulto significativo y la integración social y laboral. De esta manera, el término con que se distinguió la capacidad para enfrentar con éxito la adversidad y la fuerza flexible que permite resistir y rehacerse fue el de “resiliencia”. Es una palabra que en español y francés se utiliza en la metalurgia, la ingeniería y la física para describir la capacidad de algunos metales para recobrar su forma original después de sufrir una presión deformante. Enfoque de resiliencia o “del desafío” se centra en la utilización de una especie de escudos protectores (factores de protección) que evitan los daños permanentes en la persona. Éste es el mecanismo por el cual se transforma una situación negativa en un factor de superación (Munist, 1998, citado en Solórzano, 2007).

Becoña (2007) pone de manifiesto otros factores de protección importantes: Información sobre el tabaco, alcohol y drogas y las consecuencias en la salud, Conocimiento de los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco, alcohol y drogas, conocer y detectar los factores de riesgo y protección para todo el grupo y para ciertos individuos del grupo. Propiamente en los programas de prevención sugiere el entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de los drogas en general, entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana, toma de decisiones y compromiso de no consumo, promover estilos de vida saludables , más allá de la escuela: incidir en los amigos, padres y comunidad , implicar en la medida de lo posible a la familia, implicar a toda la escuela en el programa (profesores que no fumen, que no consuman otras sustancias, que promuevan estilos de vida saludables).

Factores de riesgo y protección interpersonales

Los factores de riesgo interpersonales se refieren a aquellos contextos más inmediatos en los que el sujeto participa directamente. Tienen que ver con el ámbito escolar, con el grupo de amigos y con el ámbito familiar y juegan también un papel primordial en el inicio y el mantenimiento de las conductas de uso de drogas (González et al., 1996).

Uno de los factores de riesgo más preponderantes que predisponen un mayor involucramiento en el consumo de los adolescentes, son las influencias de los compañeros y amigos. Los amigos desempeñan un papel muy importante en el mundo del adolescente; este hecho ha sido demostrado repetidamente al observar la similitud del comportamiento entre los miembros de un grupo o pandilla. La mayoría de los adolescentes que consumen drogas son introducidos en el consumo por sus amigos, bien porque sus compañeros los presionan o porque necesitan sentirse aceptados por su grupo. Por ello tratarán de desarrollar las actividades valoradas por sus compañeros, sean éstas admitidas socialmente o no. Una serie de investigaciones detectaron la influencia de los amigos como el más claro predictor del consumo de drogas en el adolescente (Brook et al., 1989; Bailey & Hubbard, 1991; Epstein, Botvin, Díaz & Schinke, 1995; García-Pindado, 1993; García-Señorán, 1994).

La presión de los iguales como grupo de referencia más fuerte, que les proveen las bases de compromiso, negociación y socialización para confirmar su identidad, intimidad y conducta pública apropiada. La desaprobación de los amigos tiene un impacto mayor en el inicio del uso que la de los padres, y si esas actitudes están en conflicto con las de los iguales, ellos tienen más influencia (Martínez y Villar, 2004). Sobre la relación con pares, Villatoro, Medina-Mora, et al (2001) corroboran en México que cuando los pares de un adolescente usan drogas, este tiene una alta probabilidad de usarlas también aunque no estén presentes otros factores de riesgo. Las redes sociales positivas funcionarían como factor de protección y el involucramiento en actividades recreativas (Álvarez, 2008).

Por otro lado, se podrían considerar a las influencias parentales como factores de riesgo interpersonales, puesto que la familia ejerce una gran influencia sobre el consumo de drogas en sus miembros pudiendo actuar como elicitador, neutralizador o inhibidor de tales conductas (Denton & Kampfe, 1994 citado en González, 1996). El modelo directo de los padres, las relaciones familiares deficitarias, actitudes de sobreprotección materna con conducta paterna ineficaz, prácticas educativas inadecuadas caracterizadas por una excesiva permisividad o dureza, incomunicación y tensión, se encuentra relacionados con un mayor consumo de drogas (Hualde, 1990, citado en González, 1996).

En cuanto al vínculo afectivo existen otras variables intervinientes la mayoría de los estudios coinciden en que las interacciones padres-hijo caracterizadas por la ausencia de conexión (Brook et al., 1990; Pons, Berjano & García, 1996) y por la sobreimplicación maternal en las actividades con los hijos (Recio et al., 1992) parecen estar relacionadas con la iniciación de los jóvenes adolescentes en el uso de drogas. De forma contraria, las relaciones familiares positivas basadas en un profundo vínculo afectivo entre padres e hijo correlacionan con una menor probabilidad de que la juventud presente problemas de conducta (Tasic, Budjanovac & Mejovsek, 1997 citados en Muñoz, 2001).

Asimismo, la disciplina familiar es una variable control o seguimiento paterno ha sido asociada a la etiología del abuso de drogas en la adolescencia. Kandel y

Andrews (1987) encontraron que factores como la ausencia de implicación maternal, la ausencia o inconsistencia de la disciplina parental y bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos, predecían su iniciación en el uso de drogas. La cohesión familiar se defiende que, con respecto al consumo de tóxicos, la probabilidad de que los jóvenes manifiesten dicho comportamiento disminuye a medida que aumenta su participación en las decisiones familiares y por el contrario, se incrementa conforme lo hace el grado de discrepancia en la familia (Alonso & Del Barrio, 1994). Conflicto familiar, de forma genérica, se sostiene que la crianza de los niños en familias con alto nivel de conflicto es un factor de riesgo importante tanto para el desarrollo de trastornos de conducta en general (Bragado, Bersabé & Carrasco, 1999) como para el consumo de sustancias (Otero, Mirón & Luengo, 1989 citados en Muñoz, 2001).

En contraparte, el NIDA (2003) señala como factores de protección más importantes dentro de la familia: lazos fuertes de afecto entre el niño y su familia, involucramiento parental en la vida del niño, apoyo parental que implica soporte emocional, económico, cognitivo, de necesidades sociales y claros límites y consistencia en la disciplina. Se considera que las habilidades de comunicación y el establecimiento de normas en el hogar son recursos que se identifican como trascendentales para el fortalecimiento de la autoestima y capacidad de enfrentamiento a los problemas de la vida diaria, se les consideran como atributos valiosos que le ayudan a los individuos a tomar decisiones y resolver los problemas con asertividad (Martínez & Villar, 2004).

En lo que se refiere a la protección frente al consumo de drogas ejercida por las variables de carácter familiar, se confirman gran parte de las conclusiones que se han presentado de forma consistente en la literatura con respecto a la importancia de la cohesión familiar, especialmente en el consumo de drogas legales. En esta dirección, los resultados obtenidos coinciden con los presentados por Alonso y Del Barrio (1994), que señalaron era menos probable que los hijos de familias altamente cohesionadas recibieran ofertas de tabaco y alcohol, probaran o consumieran estas sustancias y se embriagarán o tuvieran intención de fumar o beber en un futuro.

Asimismo, la existencia de una relación positiva y un estrecho vínculo afectivo entre el adolescente y sus padres (en el caso del consumo de drogas médicas prevalece el lazo de unión materno frente al paterno) (Brook et al., 1986; Coombs & Landsverk, 1988; Otero et al., 1989; Comas, 1990, Pons et al., 1996), el hecho de que el adolescente busque el apoyo de sus padres a la hora de solucionar problemas personales manteniendo un buen nivel de comunicación familiar (Noller y Callan, 1991; Alonso y del Barrio, 1994) y el que los padres muestren una actitud no permisiva al respecto del consumo de drogas de sus hijos y, además, éstos prevean una reacción negativa de ellos en el caso de que supieran que consumen (Brook et al., 1986; Hansen et al., 1987; Pons et al., 1996), parecen señalar una menor implicación del joven en el consumo de cualquiera de las sustancias estimadas tanto legales como médicas o ilegales. (Muñoz & Graña, 2001).

Factores de riesgo y protección contextuales o ambientales

Como factores de protección interpersonales se encuentran: monitoreo parental de la conducta social del niño, supervisión de los padres sobre las actividades del niño fuera de casa, conocimiento de sus amigos, reforzamiento de las reglas en casa, asimismo, éxito en actividades académicas y extracurriculares, lazos fuertes con instituciones pro sociales como la escuela o instituciones religiosas y aceptación de las normas convencionales contra el consumo de drogas. Para mermer estos factores el NIDA (2003) propone acciones de la comunidad en tres vías: Los padres pueden usar la información sobre factores de riesgo y de protección para ayudarles a desarrollar acciones positivas de prevención a sus hijos (por ejemplo, hablando de las reglas de la familia) antes de que ocurran problemas. Los educadores pueden fortalecer el aprendizaje y la vinculación a la escuela por hacer frente a los comportamientos agresivos y la pobre concentración, manejo de los riesgos asociados con la posterior aparición de abuso de drogas y problemas relacionados. Los dirigentes comunitarios pueden evaluar el riesgo de la comunidad y los factores de protección asociados con problemas de drogas para mejorar los servicios de prevención.

En cuanto a factores escolares, el consumo de drogas se relaciona con un bajo rendimiento en el medio escolar, fracaso escolar, un mayor ausentismo y, en general, una baja implicación en las actividades académicas. Además, estos sujetos tienden a mostrar un cierto desapego emocional respecto al entorno escolar, muestran actitudes más negativas hacia él, tienen expectativas negativas respecto a su éxito académico y perciben la educación académica como poco útil o relevante (Álvarez, 2008). Por lo cual, el NIDA (2003) propone como factores protectores escolares: Mayor compromiso con las actividades de la escuela, promover la competencia académica e implementar políticas de anti-consumo de drogas en la escuela.

Por otro lado, los factores contextuales o ambientales son los factores de riesgo externos al individuo, de carácter socio estructural, socioeconómico, sociocultural, que condicionan la calidad de vida e influyen en la conducta adictiva convirtiéndola en un proceso no estático. Ejemplos de estas variables serían las regulaciones legales sobre la venta y el consumo de drogas, los factores culturales, geográficos y económicos, la influencia de los medios de comunicación o los factores de tipo comunitario (González, 1996).

De esta manera, los medios de comunicación juegan un importante papel en el aprendizaje de cuestiones relacionadas con el tema de las drogas en los adolescentes, y son percibidos por los jóvenes como una fuente fidedigna de información (González et al., 1996). Se sabe, por ejemplo, que la exposición a mensajes que invitan a consumir sustancias promueve actitudes favorables al consumo.

De acuerdo al estudio realizado de la encuesta de estudiantes de la ciudad de México, se tiene que, sigue habiendo un bajo nivel de percepción de riesgo y alta

tolerancia social ante el consumo de tabaco y alcohol, que son precursores importantes del consumo de otras drogas. (Villatoro, 2009).

Disponibilidad y accesibilidad de las sustancias es otro factor más. Como indica Becoña (2000) para que se pueda producir el consumo tiene que estar presente la sustancia, poder estar disponible y acceder a ella. La forma, el tamaño, la presentación, el modo de obtenerla, así como el precio, son variables importantes para el consumo. Se considera que la disponibilidad de drogas, cuando tiene efecto, lo hace a través de la presión de los iguales, el abuso de sustancias en la familia, el género, el estatus socioeconómico y la aculturación (Kail, 1993 citado en Álvarez, 2008). En distintos estudios se ha encontrado que la facilidad del acceso a las sustancias se asocia con un mayor consumo en los adolescentes (Dewey, 1999; Maddahian, Newcomb & Bentler, 1988). Así, cuando el precio es bajo la probabilidad del consumo es mayor. Cuando es alto, la probabilidad del consumo es menor (Álvarez, 2008).

Finalmente, como indica Solórzano (2007) las diversas estrategias de prevención estarán dirigidas, por tanto, a reducir los factores de riesgo y estrés a nivel personal y ambiental y favorecer los factores de protección, y las potencialidades del individuo y de la comunidad, reforzando las estrategias y habilidades para afrontar los problemas, incrementar soportes, ayudas y apoyos personales y sociales o mejorar las habilidades y capacidades interpersonales, desde los ámbitos de mayor influencia, cercanía y accesibilidad al individuo: personal, familiar, escolar, grupos de amigos, comunidad, etc. Los factores protectores, aplicados en programas preventivos del abuso de drogas, apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estilos de vida saludables, que determinan normas, valores y patrones de comportamiento contrarios al consumo de drogas, y que a su vez sirven de amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo.

Policonsumo e ingesta de una sola sustancia psicoactiva

Entender los patrones de consumo permite identificar los riesgos y efectos que involucra no solo el consumo de una sola sustancia sino la combinación o el llamado policonsumo, lo anterior ayuda a ubicar nuevas estrategias de intervención que se enfocan en la interacción de dos o más sustancias. De acuerdo a Byqvis, (2006) los patrones de uso de una sustancia y poliuso no forman un constructo unificado, por lo cual es difícil comparar diferentes estudios ya que estos están afectados por la población a la que van dirigidos y por las medidas que emplean. Para algunas personas su primer droga (o droga de uso inicial) puede convertirse en la droga principal para el resto de sus vidas mientras que otros usuarios utilizan su droga de inicio en combinación de otras drogas o cambian completamente por el uso de otras drogas.

De acuerdo al NIDA las mezclas de drogas van desde la administración conjunta de drogas legales, como el alcohol y la nicotina o la mezcla peligrosa de medicamentos de prescripción al azar, hasta la combinación letal de heroína o

cocaína con fentanil (un opioide analgésico). No importa el contexto, es esencial reconocer que debido a las interacciones de una droga con otra, estas prácticas con frecuencia crean riesgos significativamente mayores que los ya peligrosos de cada droga individual.

Byqvist, (2006) refiere que algunas veces la droga principal de consumo es el punto de partida para la iniciación al policonsumo y en ocasiones es solo una droga la que produce el efecto deseado. En la investigación del policonsumo en el campo de las clasificaciones como categorías de tiempo (el policonsumo en una perspectiva de tiempo podría ser entendido como: simultáneamente, alterantemente o acumulativamente). Asimismo, en cuanto a sus efectos farmacológicos los efectos de una droga pueden ser incrementados por el uso de una segunda, este efecto es conocido como sinérgico; antagonista es cuando dos drogas tienen efectos opuestos; aditivas es cuando cuentan con el mismo efecto y este se duplica o supra-aditivo es el efecto combinado de dos drogas de sinergia es mucho mayor que la suma de sus dosis.

En una revisión del consumo tratamientos para la metadona Beswick, Best, Rees, Coomber, Gossop y Strang (2001) la Investigación de Resultados de Tratamiento del Reino Unido (NTORS) en un estudio reciente encontró que la mayoría de los participantes fueron poliusuarios, empleaban a menudo crack, cocaína y alcohol Además de heroína, con una amplia gama de sustancias que puedan estar involucrados en las historias de drogas como así como los patrones de uso actual de los solicitantes de tratamiento. El uso de cocaína crack, generalizada entre los pacientes el tratamiento con metadona y entre las muestras de los usuarios de la calle, se asocia con alto riesgo de conductas para el VIH y tasas más bajas de la heroína la abstinencia en el mantenimiento con metadona, mientras que reducciones en el consumo de opiáceos no son siempre acompañados por reducciones en el consumo de crack. La investigación también ha identificado alcoholismo generalizado entre las drogas los usuarios en el tratamiento, que se ha asociado con el fracaso del tratamiento, la actividad delictiva y la patología psicológica mayor.

Asimismo, se tiene que, recientemente, las drogas de club, incluyendo la Ketamina y otras drogas usadas en la escena Rave, se han identificado como sustancias clave en los nuevos tipos de patrones de poliuso. Aunque el concepto de uso múltiple de drogas constituye la utilización de prácticas que puedan repercutir en los riesgos para la salud. La Ketamina, una droga de club frecuentemente administrada por vía nasal, entre los jóvenes por sus propiedades disociativas, ha surgido como una droga cada vez más frecuente entre una población de nuevos usuarios de drogas inyectables. Lankenau y Clatts (2005) realizaron un estudio etnográfico en donde entrevistaron a 40 jóvenes menores de 25 años consumidores de Ketamina en Nueva York durante el período 2000-2002 para describir los riesgos potenciales para la salud asociados con la Ketamina y el uso de múltiples drogas. Los resultados indican que la Ketamina era típicamente inyectada o inhalada en el contexto de un evento usando múltiples drogas. La

mariguana, el alcohol, el PCP, y el Speed (Metanfetamina) se encuentran entre los fármacos más comúnmente utilizados en combinación con la Ketamina.

Es bien sabido que el uso, abuso y dependencia de estas sustancias psicoactivas produce un profundo costo en vida de los sujetos que las consumen en prácticamente todos los ámbitos de su vida, desde su salud, productividad laboral y escolar, así como en las relaciones familiares, etc. Por lo cual, en términos globales es necesario conocer las magnitudes de impacto de esta problemática.

De acuerdo a datos arrojados por el NIDA (2008) algunas de las principales consecuencias médicas del abuso de sustancias psicoactivas son con frecuencia uno o dos problemas médicos asociados con la adicción, incluyendo enfermedades pulmonares y cardiovasculares, apoplejía o ataques cerebrovasculares, diferentes tipos de cáncer y trastornos mentales. Las imágenes neurológicas, las radiografías del tórax y los análisis de sangre muestran los efectos dañinos del abuso de drogas en todo el cuerpo. Por ejemplo, algunas drogas de abuso, como los inhalables son tóxicas a las células nerviosas y pueden dañar o destruir muchas de las neuronas cerebrales o del sistema nervioso periférico. Asimismo, con frecuencia se encuentra la coexistencia del abuso de drogas y los trastornos mentales. En algunos casos, las enfermedades mentales pueden preceder a la adicción; en otros casos, el abuso de drogas puede disparar o exacerbar los trastornos mentales, particularmente en personas con vulnerabilidades específicas.

Programas de prevención del consumo de drogas

De acuerdo con los datos e información más reciente reportada por la literatura científica existen diversos programas de prevención para las adicciones que han resultado efectivos. Es de suma importancia conocer a profundidad los componentes más destacados de dichos programas que han sido valorados como exitosos. Ex profeso, en el siguiente apartado se documentarán aquellos más relevantes que han aportado elementos sustanciales no solo al conocimiento empírico, sino, que han ayudado a acrecentar los esfuerzos por mermar el problema de las adicciones.

Es preciso señalar que las fuentes de información consultadas cuentan con un renombre científico y se han encargado de evaluar con gran rigor y objetividad las nuevas propuestas de programas de prevención. No obstante, es preciso hacer hincapié en que se distinguirán los programas por tipo, es decir, aquellos que son universales, selectivos e indicados y también hacer la separación de aquellos internacionales y nacionales. Se hará una revisión sistemática de los programas de prevención efectivos que incluyan por un lado, múltiples componentes, aquellos que incorporen elementos de influencia social, otros con un enfoque más enfático en la participación de pares, otros que involucren una respuesta afectiva, los de mercadeo social, así como aquellos que empleen en sus técnicas y contenidos técnicas interactivas.

Entrenamiento en habilidades

Life Skills Training (LST) (Botvin et al., 2003) es un programa que ha demostrado la reducción en la prevalencia del consumo de sustancias a largo plazo al 66%. Varios estudios han demostrado su efectividad en población juvenil caucásica y con algunas minorías étnicas. Una versión apropiada a la edad del LST para estudiantes de secundaria fue desarrollado y demostró la reducción del consumo de tabaco y alcohol (Botvin et al., 2003).

El NIDA (2003) ha puesto de relieve que el LST está diseñado para tratar una amplia gama de factores de riesgo y de protección, mediante la enseñanza general de las habilidades personales y sociales, junto con habilidades de resistencia de pares y la educación normativa. Este programa universal consiste en un currículo de prevención de 3 años para los estudiantes de primaria o secundaria. LST contiene 15 sesiones durante el primer año, 10 sesiones de refuerzo durante el segundo, y 5 sesiones durante el tercer año. El programa puede ser enseñado en los grados 6, 7, y 8 (para la escuela media) o los grados 7, 8 y 9 (para escuelas secundarias). LST abarca tres grandes áreas de contenido: (1) habilidades de resistencia de pares e información, (2) habilidades de autocontrol y (3) en general las habilidades sociales. El programa ha sido probado extensamente en los últimos 20 años y los hallazgos indican que se redujo la prevalencia de tabaco, alcohol y uso ilícito de drogas respecto a los controles de un 50% a un 87%. Cuando se combinan con sesiones de refuerzo, LSF ha demostrado reducir la prevalencia del abuso de sustancias a largo plazo hasta en un 66%, con beneficios más allá de los años de escuela secundaria. Por otra parte, una edad en la versión adecuada del programa de LST para estudiantes de la escuela primaria ha sido recientemente desarrollado y demostrado reducir el consumo de tabaco y el alcohol (Botvin et al., 2003).

Project Charlie (Chemical Abuse Resolution Lies in Education) (Hurry, 1997). Es un programa que basa sus lecciones en el entrenamiento en habilidades sociales como: autoestima, toma de decisiones, habilidades de resistencia a pares y conocimientos sobre drogas. Faggiano (2006) reportó que ésta fue una de las intervenciones basadas en entrenamiento de habilidades que ayudó a mejorar las habilidades para la toma de decisiones ($=0.09$) (Hurry, 1997) a los tres años de seguimiento, también mejoró la resistencia a la presión de los compañeros y aumentó ligeramente la autoestima ($p = 0.32$) en comparación con el currículo habitual después de la intervención. Lo mismo fue reportado por la intervención previamente reportada de Botvin (Life Skills Training).

La Intervención Basada en la Cultura (Botvin et al., 1995), es un programa de prevención de tipo social, se basa principalmente en entrenamiento en habilidades, brinda conocimiento acerca de las sustancias. Su base teórica radica en la Teoría del aprendizaje social, la Teoría de Solución de Problemas y Teoría de la Comunicación. Se enfoca en la prevención del consumo de alcohol y drogas. Los componentes claves de este programa son: sesiones en clase que apunten a

un desarrollo personal y entrenamiento en habilidades sociales, con un énfasis particular en las influencias sociales y la presión para utilizar sustancias (por medio de la enseñanza habilidades cognitivo-conductuales para elevar la autoestima, resistencia al consumo por parte de compañeros, manejo de estrés y ansiedad, comunicación efectiva y desarrollo de relaciones personales positivas.

El método y resultados arrojados por los estudios metaanalíticos del Cochrane (Foxcroft, 2006) indicaron que el tipo de diseño que emplearon fue experimental, con un grupo control, seguimiento a los 2 años. En la línea base se contó con 757 estudiantes, en el seguimiento se contó con 456 (60%). La población fueron jóvenes de 7mo grado (media de edad en el seguimiento de 14.96 años), el 53% mujeres, N = 757 (6 escuelas de EE.UU.) en el grupo de Entrenamiento en habilidades genérico se empleó educación normativa y de sustancias, así como entrenamiento en habilidades, y en el grupo basado en la cultura, se dio más énfasis en esta última. Al grupo control solo se le brindó información, en 5 sesiones. Las primeras dos contaron con 15 sesiones más 8 sesiones de reforzamiento y en el grupo control 5 sesiones más 3 de reforzamiento. El staff estaba compuesto por entrenadores externos y compañeros líderes. Y en cuanto a los resultados, se reportó una reducción significativa de la frecuencia del consumo de alcohol, cantidad de la ingesta, reducción en la frecuencia de periodos de embriaguez y en la proporción de bebedores frecuentes. La intervención basada en la cultura demostró mejores resultados, sin embargo, las limitaciones del estudio de generalización aun son limitadas (Foxcroft, 2006).

Programas multicomponente

Las revisiones sistemáticas realizadas por los estudios metaanalíticos de Cochrane (Foxcroft, 2006) han subrayado la efectividad de ciertos programas de prevención que en sus contenidos han manejado múltiples componentes. Esto se refiere a que no sólo se basan, por ejemplo en currículos escolares, sino que entrelazan más elementos como la participación de la familia, la comunidad, etc. con el propósito de lograr un mayor impacto en su intervención. Uno de ellos es el programa de prevención efectivo evaluado por el SAMHSA (2009) es el llamado Guiding Good Choices (GGC) (Haggerty, Kosterman, Catalano & Hawkins 1999). Sus objetivos principales son: educar a los padres en cómo reducir factores de riesgo y fortalecer lazos familiares, entrenamiento en habilidades de rehusarse al consumo, manejo de conflictos dentro de la familia: estrategias de manejo de ira, fortalecimiento de lazos familiares, específicamente a través del involucramiento de los hijos en mantenimiento familiar, salud, economía y otras tareas de responsabilidad. Las técnicas empleadas de aplicación con los sujetos participante consistieron en: discusiones grupales, rol-playing y retroalimentación.

En cuanto a su evaluación y resultados, el Dr. Richard Spoth de la Universidad del estado de Iowa evaluó esta intervención para padres de comunidades rurales y demostró ser efectivo al inhibir el consumo de marihuana y alcohol. Se demostró que esta intervención fue efectiva en promover la comunicación proactiva de los padres a los hijos. Y en mejorar la calidad en la relación de padres e hijos,

asimismo, ayudó a reducir las interacciones negativas de las madres con sus hijos (SAMHSA, 2009).

Otro programa exitoso propuesto por el NIDA (2003) es el Skills, Opportunity, And Recognition (SOAR) (Lonczak et al., 2002; Hawkins et al., 1999). Consiste en un programa de prevención universal basado en la escuela, para niños de primaria. Tiene por objeto reducir los riesgos de la infancia de la delincuencia y el abuso de drogas mediante la mejora de los factores de protección. La intervención de múltiples componentes combina la formación de profesores, padres y niños durante los grados de primaria para promover la vinculación de los niños a la escuela, el comportamiento positivo en la escuela, y el rendimiento académico. Estas estrategias están diseñadas para mejorar las oportunidades, habilidades y recompensas por la participación pro-social de los niños en la escuela y sus familias.

Proyecto STAR [Chou et al 1998; Lapin & Pentz (2000)]. El proyecto STAR es un amplio programa de prevención del uso de drogas en la comunidad añadiendo componentes de las escuelas, padres, organizaciones comunitarias y las políticas de salud. Un componente adicional de los objetivos de los medios de comunicación para alentar a conocer los esfuerzos positivos para la prevención de drogas. El componente de la escuela media es un programa de estudios de influencia social que se incorpora a la enseñanza en clase por profesores capacitado a más de 2 años. En el programa de los padres, éstos trabajan con los niños en las tareas, aprenden habilidades de comunicación en la familia, y participan en acciones comunitarias. Las estrategias van desde el cambio a nivel individual, tales como la enseñanza de habilidades de resistencia con pares en los alumnos, aprovechamiento académico y acciones en la comunidad el cambio, incluyendo limitar el acceso de los jóvenes al consumo de alcohol o las drogas. Los estudios de seguimiento a largo plazo mostraron reducciones significativas en el consumo de drogas entre los participantes, en comparación con los adolescentes en la comunidad que no habían recibido la intervención de prevención (NIDA, 2003).

Programas que involucran una respuesta afectiva

De acuerdo a las revisiones metaanalíticas de Faggiano (2006) se llevó a cabo una comparación de programas de prevención de corte currículum habitual y de respuesta afectiva.

Un estudio realizado por Jones (1990) citado en Faggiano (2006), mostró que las intervenciones basadas en habilidades sociales fueron mejores que aquellas basadas en la respuesta afectiva para aumentar la autoeficacia, pero no el conocimiento sobre las drogas después de la intervención.

Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) (Greenberg y Kusché 1998). Es un programa integral para promover la salud emocional y las competencias sociales, reducir la agresividad y problemas de conducta en los niños de escuela

primaria, así como el mejoramiento del proceso educativo en el aula. Este plan de estudios está diseñado para su uso por los educadores y consejeros en un modelo de varios años, de orden de prevención universal. Aunque principalmente va dirigido a las escuelas y las aulas, las actividades de información también se incluyen para el uso con los padres. PATHS ha demostrado mejorar los factores protectores y reducir los factores de riesgo de comportamiento en los niños así como en las conductas problema impacto. Los estudios informan reducción de conductas agresivas, mayor auto-control, y una mayor capacidad de tolerar la frustración y el conflicto de uso de estrategias de resolución (NIDA, 2003).

Un programa exitoso reconocido por el SAMHSA (2009) es el Coping Power (Lochman & Wells 2002). Es un programa de componentes múltiples dirigido a niños y los padres de familia de intervención preventiva dirigida a los niños pre-adolescentes en alto riesgo de la agresividad y el abuso de drogas en los años y la delincuencia. El componente de niño es derivado de un programa de hacer frente a la ira, sobre todo probado con niños muy agresivos y mostró efectividad para reducir el consumo de sustancias. Las sesiones de grupo suelen aparecer antes o después de la escuela o durante los períodos no académicos. La formación se centra en enseñar a los niños a identificar y hacer frente a la ansiedad, la ira, el control de la impulsividad, y el desarrollo social, académico y habilidades de solución de problemas en la escuela y el hogar. Los resultados indican que la intervención produce tasas relativamente bajas de consumo de sustancias en post-test en contraste con los controles. Además, los niños de familias que recibieron la intervención mostraron una reducción significativamente del comportamiento agresivo, según la evaluación de los padres y maestros.

Programas que emplean técnicas interactivas

En el estudio metaanalítico llevado a cabo por Fagianno (2006) se compararon las técnicas interactivas versus pasivas empleadas en los distintos programas de prevención para el consumo de drogas. Se encontró que solamente tres estudios (Botvin 1994; Jones 1990; Sussman 2002) proporcionaron datos adecuados para el metanálisis: los resultados no fueron estadísticamente significativos con respecto al conocimiento sobre las drogas, las habilidades para la toma de decisiones, la autoestima, la autoeficacia y el consumo de marihuana. Sin embargo, las técnicas interactivas fueron más efectivas para reducir el consumo de drogas duras en el estudio de Sussman (2002) llamado Project Towards No Drug abuse (TND).

De acuerdo al análisis de modelos de programas realizado por el SAMHSA (2009) Project Towards No Drug abuse (TND) es un programa de prevención del consumo de drogas lícitas e ilícitas dirigido a jóvenes de secundaria. La versión actual del plan de estudios está diseñada para ayudar a los estudiantes a desarrollar el autocontrol y habilidades de comunicación, adquirir recursos que les ayuden a resistir al consumo de drogas, mejorar las estrategias de toma de decisiones, y desarrollar la motivación para no usar drogas. Emplea sesiones interactivas de 12 de 40 enseñadas por profesores o educadores de salud. El plan

de estudios TND fue desarrollado para estudiantes de alto riesgo de consumo de escuelas secundarias.

Experiencias con programas de prevención en México

Existe un programa de prevención basado en entrenamiento en habilidades para la vida, dirigido a niños de primaria llamado “Dejando Huellitas en tu vida” (Gutiérrez, Villatoro, Gaytán & Sandoval, 2009). Dicho programa propone una intervención efectiva enfocada a los/as niños/as, para el desarrollo de diversas habilidades sociales, como la asertividad, el apego a la escuela, la aceptación de los otros, la motivación al logro, el autocontrol, entre otras, con el propósito de ayudar a controlar y disminuir los índices de los problemas de consumo de sustancias adictivas.

De acuerdo a estos autores (2009), los resultados muestran que el programa “Dejando Huellitas en tu vida” favoreció el ambiente escolar y promovió positivamente las habilidades sociales de los/as alumnos/as expuestos al mismo, con un alto grado de aceptación e involucramiento por parte de la comunidad. En este contexto, se observa cómo el trabajo con la población infantil es importante para promover estilos de vida más saludables, que se espera a largo plazo ayuden a prevenir problemas de salud mental en la población. El costo de la instrumentación de la intervención es bajo, por lo que es factible como una herramienta de prevención universal. Adicionalmente, es importante ampliar el programa para tener más distintos tipos de habilidades sociales que se vayan desarrollando a lo largo del ciclo escolar, de manera especial, aquellas en las que la intervención no fue tan efectiva.

Finalmente, se tiene que este estudio es prometedor para el objetivo que se pretende, empero está en ciernes la evaluación final a dos años, por lo cual, aún no se puede llegar a conclusiones definitivas en cuanto a si ayuda efectivamente a prevenir el consumo de drogas. Por lo cual, aún hay mucho que hacer en nuestro país, ya que en México no existía cultura de la prevención y son muy recientes los esfuerzos colectivos que se han hecho al respecto, así como los resultados alcanzados.

Tratamientos psicológicos efectivos

Dado que la adicción a sustancias psicoactivas es un problema no solo de salud pública, sino de orden biopsicosocial sumamente severo y que en la actualidad existen sujetos que viven día a día el proceso adictivo y que requieren una intervención especializada y eficaz, hoy en día existen miríadas de opciones de tratamiento psicológico y farmacológico que pretenden mermar oportunamente el problema de adicción de raíz, sin embargo, no todas las intervenciones que tratan adicciones son efectivas, ex profeso en este apartado se documentaran aquellos que han demostrado efectividad a través de la constante evaluación de los programas, asimismo, se reportarán en primer lugar los tratamientos de corte psicológico.

El Modelo Matriz

Este programa ha demostrado su efectividad para la adicción a sustancias psicoactivas, especialmente con estimulantes como la cocaína y la metanfetamina, según los reportes del NIDA (2007). Consiste en 16 semanas de intervención que incluye sesiones de terapia grupal e individual, misma que promueve cambios conductuales basados en el mantenimiento de la abstinencia, prevenir recaídas y el establecimiento de un nuevo estilo de vida libre de drogas. Cuando ha sido aplicado a consumidores de metanfetamina ha tenido muy buenos resultados al reducir el consumo de esta sustancia

Otras características de este modelo es que los pacientes aprenden sobre asuntos críticos de la adicción y de la recaída, reciben dirección y apoyo de un terapeuta entrenado, se familiarizan con los programas de auto ayuda, y son supervisados para controlar el uso de drogas por medio de los análisis de orina. El programa incluye instrucción para los miembros de la familia que han sido afectados por la adicción (NIDA, 2001).

El terapeuta funciona simultáneamente como profesor y entrenador, fomentando una relación positiva con el paciente, y empleando esa relación para fortalecer un cambio de comportamiento beneficioso. La interacción entre el terapeuta y el paciente es realista y directa pero sin ser de confrontación ni paternal. Los terapeutas están entrenados para conducir las sesiones de tratamiento de una manera que fomenten la autoestima del paciente, su dignidad, y su valor. Una relación positiva entre el paciente y el terapeuta es un elemento crítico para la retención del paciente en el programa. Este enfoque incluye elementos que pertenecen a las áreas de prevención de recaídas, terapias familiares y de grupo, enseñanza sobre drogas, y participación de auto ayuda. Los manuales detallados del tratamiento contienen hojas de trabajo para las sesiones individuales. Otros componentes incluyen grupos educacionales para la familia, grupos de técnicas de recuperación temprana, grupos de prevención de recaídas, sesiones combinando varios elementos, exámenes de orina, programas de 12 pasos, análisis de recaídas y grupos de apoyo social.

Numerosos proyectos han demostrado que los participantes tratados con el modelo Matriz muestran estadísticamente una reducción significativa en el uso de drogas y de alcohol, un mejoramiento de los indicadores psicológicos y un descenso en el comportamiento sexual peligroso relacionado con la transmisión del VIH. De acuerdo al SAMHSA (2009) los resultados más contundentes se reportan en la retención al tratamiento, 38% de los participantes de este modelo permanecieron en el tratamiento comparado con los usuarios que recibieron un tratamiento usual de consejería. Asimismo la mayoría completó el tratamiento 27% contra el grupo control. Por otra parte, los indicadores de consume de estimulantes se redujeron durante el tratamiento, la frecuencia del uso de metanfetamina, medida por la media de consumo en los últimos 30 días declino considerablemente, puesto que los participantes de este modelo produjeron más muestras de orina libres de drogas.

La Terapia de Refuerzo basada en Comprobantes

Esta intervención ayuda a los pacientes a lograr y mantener abstinencia de las drogas ilegales, entregándoles un boleto cada vez que ellos proporcionan una muestra de orina sin indicios de drogas. El comprobante tiene valor monetario y puede ser cambiado por mercadería y servicios que sean consistentes con las metas del tratamiento. Inicialmente, el valor de los comprobantes es bajo, pero su valor aumenta de acuerdo al número de muestras negativas consecutivas que el paciente entregue. En caso de haber alguna muestra de orina con resultado positivo de cocaína o heroína, el valor de los comprobantes regresa a su precio bajo inicial. El manejo de contingencias con incentivos está diseñado específicamente para reforzar períodos sostenidos de abstinencia de drogas (NIDA, 2009).

Según los reportes del SAMHSA (2009) este programa se basa en una construcción central a la psicología conductual conocido como condicionamiento operante, o el uso de consecuencias para modificar la aparición y la forma de comportamiento. El programa se ha aplicado en usuarios que abusan principalmente estimulantes (especialmente cocaína) u opiáceos (especialmente heroína) o poliusuarios. Durante un período de 3 meses, se les toman a los pacientes muestras de orina y aliento tres veces a la semana por al menos los 6 semanas y una vez o dos veces por semana después. Para cada muestra que de resultados negativos para la droga de destino (estimulantes u opiáceos), los clientes reciben chips de plástico y son depositados en un recipiente para la oportunidad de ganar un premio con valores de \$1 a \$100. Los clientes también pueden recibirlos cuando cumplen con sus sesiones de terapia individual o grupal y completando metas semanales de actividades propuestas en sesión. Aunque los ensayos originales de incentivos de premio se llevaron a cabo durante 3 meses, la intervención puede ser usada con muestras de orina y aliento recogidas de una a tres veces semanalmente para mayor duración.

Los estudios del NIDA (2009) demuestran que los pacientes que recibieron los comprobantes por las muestras de orina sin indicios de drogas lograron un número significativamente más alto de semanas de abstinencia en general así como de semanas de abstinencia sostenida, que aquellos pacientes que recibieron los comprobantes independientemente de los resultados de los análisis de la orina. En otro estudio, los análisis positivos de heroína disminuyeron significativamente cuando el programa de los comprobantes comenzó y volvieron a aumentar significativamente cuando el programa se suspendió.

Psicoterapia de apoyo y expresiva

Este es otro programa importante reportado por el NIDA (2009) es una psicoterapia dirigida de tiempo limitado que ha sido adaptada para individuos adictos a la heroína y a la cocaína. La terapia tiene dos componentes principales: Técnicas de apoyo para ayudar a los pacientes a sentirse cómodos cuando hablan

de sus experiencias personales y técnicas expresivas para ayudar a los pacientes a identificar y a resolver cuestiones de relaciones interpersonales.

Se le presta atención especial al papel que desempeñan las drogas con relación a los sentimientos y comportamientos problemáticos, y cómo se pueden resolver los problemas sin recurrir a las drogas. La eficacia de la psicoterapia individual de apoyo y expresiva ha sido examinada en pacientes que estaban recibiendo tratamiento de mantenimiento basado en la metadona y que tenían problemas psiquiátricos. En una comparación con pacientes que recibían solamente terapia para las drogas, los dos grupos tuvieron resultados similares con relación al uso de los opiáceos. Sin embargo, el grupo de psicoterapia de apoyo y expresiva demostró menor uso de la cocaína y necesitó menos metadona. Además, los pacientes que recibieron la psicoterapia de apoyo y expresiva mantuvieron muchos de los éxitos que habían logrado. En un estudio anterior, cuando se agregó la psicoterapia de apoyo y expresiva a la terapia de drogas, mejoraron los resultados de los adictos a los opiáceos con problemas psiquiátricos moderadamente severos, que estaban en el tratamiento con base en la metadona.

La terapia Individualizada de drogas

Directamente se concentra en reducir o detener el uso de drogas ilícitas. También abarca a las áreas relacionadas a funcionamiento deteriorado –como capacidad de trabajo, actividades ilegales, relaciones familiares y sociales– además de que supervisa el contenido y la estructura del programa de recuperación del paciente. A través de su énfasis en las metas de comportamiento a corto plazo, la terapia individualizada de drogas ayuda al paciente a desarrollar estrategias de enfrentamiento así como medios para abstenerse del uso de drogas y después para conservar esa abstinencia. El consejero alienta al paciente para que participe en el programa de los 12 pasos y lo refiere a servicios complementarios médicos, siquiátricos, laborales u otros. Se aconseja a los pacientes que asistan a las sesiones de terapia una o dos veces por semana. En un estudio que comparaba a los adictos de los opiáceos que solamente recibían metadona con otros que recibían metadona conjuntamente con terapia, los individuos que recibían sólo metadona mostraron un mejoramiento mínimo en la reducción de su uso de opiáceos. Sin embargo, se produjo una mejoría significativa al añadirse la terapia de drogas. Cuando se añadieron servicios médicos/siquiátricos, laborales y para la familia en el mismo sitio del tratamiento, los resultados mejoraron aún más. En otro estudio con adictos a la cocaína, la terapia individualizada de drogas, combinada con la terapia de drogas en grupo, fue bastante efectiva para reducir el uso de la cocaína. Por eso, parece ser que este enfoque tiene gran utilidad en los tratamientos fuera del hospital con los adictos a ambas, la heroína y la cocaína (NIDA, 2009).

La Terapia de Comportamiento para Adolescentes

Esta intervención incorpora el principio de que se puede cambiar el comportamiento no deseado mediante una demostración clara del comportamiento

que se desea adquirir, conjuntamente con una premiación afín para cada paso adicional que se toma para lograr esta meta. Las actividades terapéuticas incluyen el cumplimiento de tareas específicas, ensayos de los comportamientos deseados, y grabación y revisión del progreso logrado, con elogios y privilegios concedidos cuando se cumplan las metas asignadas. Se recolectan muestras de orina regularmente para supervisar si hay algún uso de drogas. La terapia pretende equipar al paciente para que adquiera tres tipos de control: El control del estímulo, que ayuda a los pacientes a evitar situaciones asociadas con el uso de drogas y a aprender a pasar más tiempo en actividades incompatibles con el uso de drogas. El control del impulso, que ayuda a los pacientes a reconocer y a cambiar los pensamientos, los sentimientos y los planes que los llevan al uso de drogas.

El control social, que involucra a miembros de la familia y otras personas que sean importantes para el paciente para que le ayuden a evitar las drogas. Cuando sea posible, uno de los padres o la pareja acompaña al paciente a las sesiones de tratamiento y le asiste con las tareas de terapia y el refuerzo del comportamiento deseado. De acuerdo con los estudios de investigación, esta terapia ayuda a los adolescentes a llegar a ser libres de drogas y aumenta su habilidad para mantenerse sin usar drogas una vez que el tratamiento haya terminado. Los adolescentes también demuestran una mejoría en varias otras áreas, concurrencia al trabajo/escuela, relaciones familiares, depresión, necesidad de ser confinado a una institución, y uso de alcohol. Estos resultados tan favorables se atribuyen en gran parte a la participación de los miembros de la familia en la terapia y a los premios que se otorgan por la abstinencia de drogas, verificada a través de los análisis de orina (NIDA, 2009).

La Terapia Multisistemática (MST)

Es otro programa reportado por el NIDA (2009), esta intervención maneja los factores asociados con comportamientos serios antisociales en niños y adolescentes que abusan de drogas. Estos factores incluyen características del adolescente (por ejemplo, actitudes favorables hacia el uso de drogas), de la familia (mala disciplina, conflictos familiares, abuso de drogas por parte de los padres), de los compañeros (actitudes positivas hacia el uso de drogas), de la escuela (abandono de la escuela, malas calificaciones), y del vecindario (subcultura criminal). Cuando participan en tratamientos intensivos en ambientes naturales (en sus casas, escuelas, y la vecindad), la mayoría de los jóvenes y sus familias completan un curso entero de tratamiento. La MST reduce significativamente el uso de drogas en los adolescentes durante el tratamiento y por lo menos hasta seis meses después del mismo. El costo de este servicio se ve recompensado por la reducción en el número de encarcelamientos y de colocaciones de jóvenes en hogares fuera de los suyos y por el hecho de que mantiene baja la carga de casos de los clínicos.

Tratamiento diurno con contingencias para la abstinencia y con comprobantes

Acorde al NIDA (2009) es otra intervención efectiva, fue concebida para tratar a los adictos de "crack" que viven en las calles. Durante los primeros dos meses, los participantes tienen la obligación de pasar 5.5 horas diarias dentro del programa, el cual además les provee un almuerzo y transportación de ida y vuelta a los albergues. Entre las intervenciones que forman parte de este tratamiento están incluidos una evaluación individual y el establecimiento de metas, terapia individual y de grupo, grupos múltiples psicoeducacionales (por ejemplo, grupos educacionales sobre recursos comunitarios, vivienda, cocaína, y prevención del VIH/SIDA; el establecimiento y revisión de metas personales de rehabilitación; prevención de recaídas; planificación de los fines de semanas); y reuniones comunitarias gobernadas por los pacientes durante las cuales los pacientes revisan las metas de los contratos y se dan apoyo y estimulación entre ellos. Los pacientes reciben terapia individual una vez a la semana y sesiones de terapia de grupo tres veces a la semana.

Después de dos meses de tratamientos diarios y de por lo menos dos semanas de abstinencia, los participantes se gradúan de esta etapa y continúan con un componente de trabajo de cuatro meses que les paga un salario que puede ser utilizado para alquilar viviendas baratas en un lugar libre de drogas. El sistema de comprobantes también recompensa actividades recreativas y sociales que sean libres de drogas. Se comparó este tratamiento diurno innovador con un tratamiento que consistía en terapia individual dos veces a la semana y terapia de grupo de 12 pasos, exámenes médicos y tratamiento además de referir a los pacientes a recursos comunitarios de vivienda y servicios vocacionales. El tratamiento diurno innovador seguido por trabajo y vivienda contingentes en la abstinencia de drogas tuvo un efecto más positivo en el uso de alcohol, de la cocaína y en el número de días en que los pacientes pasaron en la calle.

Prevención de Recaídas

En el primer capítulo se reportó la como una terapia de comportamiento cognitivo, desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y adaptada después para adictos a la sustancias psicoactivas. Las estrategias de comportamiento cognitivo son basadas en la teoría que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptableidad. Los individuos aprenden a reconocer y corregir los comportamientos problemáticos. La prevención de recaídas abarca varias estrategias cognitivas conductuales que facilitan la abstinencia al igual que proveen ayuda para personas que experimentan recaídas.

En resumen se tiene que el enfoque de prevención de recaídas para el tratamiento de la adicción sustancias psicoactivas, consiste de una serie de estrategias que sirven para incrementar el auto control. Entre las técnicas específicas están la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de la droga, el auto monitoreo ayuda a identificar el craving por la droga lo más pronto

posible y poder ubicar las situaciones de alto riesgo causadas por el uso de la droga y el desarrollo de estrategias para que el individuo se pueda enfrentar y evitar las situaciones de alto riesgo, así como el deseo por la droga. Un elemento céntrico de este enfoque es poder anticipar las dificultades que los pacientes puedan encontrar y ayudarles a desarrollar estrategias efectivas para hacerle frente a estos problemas. Las investigaciones indican que los pacientes logran mantener las habilidades que aprenden a través de la terapia de prevención de recaídas aún después de haber completado el tratamiento. En uno de los estudios, la mayoría de los pacientes que recibieron este método de tratamiento de comportamiento cognitivo mantuvieron los éxitos que habían conseguido en el tratamiento durante el año siguiente al mismo (NIDA, 2009).

Intervenciones efectivas en México

En nuestro país se han generado esfuerzos importantes para reducir la problemática de las adicciones en forma y contenido. Es importante destacar las características de las intervenciones sistemáticas y empíricamente validadas que den cuanta de efectividad, así como de utilidad y fácil acceso a las poblaciones a las que van dirigidas. Antes de ir al detalle en las intervenciones, vale la pena hacer un paréntesis y conocer a un nivel más molar los fundamentos teóricos y la justificación de las intervenciones efectivas para el tratamiento de la adicción que se emplean en nuestro país, como dos de las intervenciones más destacadas: El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) dirigido a poblaciones con dependencia media o severa a una o múltiples sustancias y el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) dirigido a consumidores de cocaína y a otros modelos de tratamiento previamente citados como: Modelo de Detección temprana e intervención breve para bebedores problema (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997), Programa de Intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez et al., 2006).

Es de suma relevancia hacernos la pregunta de ¿Por qué dichos programas de tratamiento funcionan? En primera instancia, es importante mencionar que la evidencia empírica señala que diversos estudios basados en la aplicación de técnicas cognitivo conductuales reportan resultados favorables para la disminución del comportamiento adictivo (Allen, Litten & Fertig, 1995; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1997; Botvin, Barker, Dusenbury, Botvin & Díaz, 1995, citados en Barragan et al, 2006). Las técnicas y procedimientos empleados de corte cognitivo-conductual se basan en teorías del comportamiento y cognitivas probadas científicamente, a través de diversos estudios preocupados en obtener evidencia empírica.

Los tres enfoques empleados son: conductual, el cognitivo y el cognitivo social. La teoría conductual, de acuerdo a Skinner, 1938, 1953; Staddon, 2001, citados en Oropeza (2003) incluye dos principios de aprendizaje relevantes para la adquisición y mantenimiento de conductas adictivas: el condicionamiento clásico que analiza los aspectos reflejos del consumo en términos de respuestas fisiológicas o el *craving* y el condicionamiento operante que estudia el fenómeno

adictivo en relación al análisis de la conducta y sus consecuencias, como reforzadores, castigo y extinción; la teoría cognitiva se centra en los pensamientos, los esquemas cognitivos, las creencias, las actitudes y atribuciones que influyen en los sentimientos y median las relaciones entre los antecedentes y las conductas; la teoría del aprendizaje social explica el consumo de acuerdo a conductas aprendidas socialmente y su interacción continua de conductas, pensamientos y el ambiente; además de los procesos de autoeficacia que sugieren que la percepción del individuo influye su consumo.

Ya entrando en materia de las intervenciones, se detallarán las características de una de las intervenciones más destacadas y efectivas en nuestro país: Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC). De acuerdo a su autor (Oropeza, 2003) es un tratamiento flexible, de bajo costo y de corta duración. Se ha aplicado a una variedad de usuarios y se ha observado un mayor número de días en abstinencia. El cambio en el estilo de vida de los usuarios aumenta su autocontrol y disminuye los daños asociados al consumo, como conflictos familiares, laborales, económicos entre otros.

Este tratamiento comienza con las sesiones de Admisión y Evaluación en la cual se pretende precisar las características del consumo del usuario y lograr una comprensión de la problemática, de acuerdo con el modelo terapéutico, asimismo, se identifica el funcionamiento psicosocial actual. El terapeuta revisa de manera cuidadosa la evaluación junto con el usuario sobre su forma de consumo. Por medio de la evolución se pretende identificar si el TBUC es la mejor opción de tratamiento para el usuario o hay otra opción más adecuada a sus necesidades.

Para la sesión de admisión se lleva a cabo el llenado de ciertos instrumentos como la ficha de identificación, en donde el usuario brinda sus datos personales, cuestionario de preselección para ubicar si el usuario cumple los criterios de inclusión, características generales del consumo de cocaína y otras drogas, en donde se revisa el motivo de consulta, las características del consumo de tratamientos previos. Un apartado de historia familiar y social, consiste en indagar aspectos relacionados a ubicar las características de las redes sociales que fomenten o desalienten el consumo. Se aplica el Inventario de Síntomas del Consumo, Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias, Cuestionario de Abuso de Drogas, consentimiento de participación, autoregistro y por último la aplicación del Inventario de Consumo de Drogas (ISCD).

Para el proceso de evaluación del consumo de acuerdo a Oropeza (2003), se exploran áreas de situación laboral y residencia, historia del consumo de cocaína, problemas relacionados con el consumo de cocaína en el último año, historia de consumo de alcohol y drogas. Aplicación de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) y Cuestionario de Autoconfianza del Uso de Drogas (CACD). La información obtenida del proceso de admisión y evaluación, es valiosa para entender aspectos del consumo del usuario y dirigir el tratamiento. También, es útil para conocer los recursos actuales del usuario para el manejo de situaciones de riesgo y las áreas de déficit que demandan mayor atención.

Una vez completada esta fase inicial se procede el inicio de la intervención con los tópicos del tratamiento. En total son 8 tópicos de tratamiento, cuyo objetivo primordial es dotar de herramientas genéricas suficientes para enfrentar exitosamente las diferentes situaciones de riesgo de consumo. Los tópicos son: *Balance Decisional y establecimiento de la meta, Manejo del consumo de cocaína, Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína, Identificación y manejo del deseo de consumir cocaína, Habilidades asertivas de rechazo, Decisiones Aparentemente Irrelevantes (DAI), Solución de problemas, Restablecimiento de la meta y planes de acción*, (Oropeza, 2003).

Cabe señalar que de acuerdo a este autor esta intervención conjuga técnicas cognitivo-conductuales, así como la entrevista motivacional, misma que pretende mantener elevada la motivación del usuario al cambio durante toda la intervención. El TBUC es flexible pues cada tópico puede involucrar más de una sesión de tratamiento, asimismo, es pertinente mencionar que es fundamental tomar en cuenta: la continuidad entre las sesiones, la asignación de las tareas y el manejo de la agenda, lo cual permitirá identificar la importancia y utilidad de cada uno de los tópicos diseñados para el manejo del consumo.

Tratamientos en línea

Previamente se han reportado tratamientos en línea exitosos para el tratamiento de la adicción a drogas legales. A continuación se referirán los tratamientos en línea más novedosos y de éxito en el mundo y en nuestro país para sustancias psicoactivas ilegales.

El tratamiento *Quit the shit: an Intervention program for cannabis addicts* (Tensil, Jonas & Tossman, 2009) es una intervención en línea dirigida a consumidores de marihuana que pretenden controlar su consumo. Para demostrar la efectividad del tratamiento se llevó a cabo un ensayo clínico controlado y aleatorizado. La intervención se aleatorizó en los participantes y se contó con un grupo control. En las primeras sesiones se indagó respecto a aspectos sociodemográficos, patrón de consumo, autoeficacia para enfrentar situaciones de riesgo y datos concernientes al bienestar psicológico (nivel de depresión, ansiedad, satisfacción de vida, etc.). El seguimiento, se llevó a cabo 3 meses después, las mismas variables fueron medidas. Como resultados se obtuvo que los sujetos que habían tomado la intervención lograron un mayor éxito en el logro de abstinencia que el grupo control. Fuertes efectos en el consumo de marihuana y medianos efectos en el consumo de esta sustancia relacionada con la autoeficacia fueron encontrados. Finalmente la intervención logró ser exitosa al ayudar a consumidores de marihuana a controlar su consumo, así como los problemas relacionados al mismo.

E-get going es otra intervención en línea certificada por el SAMHSA (2009) está diseñada para personas que buscan tratamiento profesional para la dependencia

de alcohol o de drogas por primera vez y de aquellos usuarios que necesitan fortalecer su recuperación. Los terapeutas promueven experiencia fácil de entender, proveen una introducción al proceso de recuperación y ayudan a los clientes a establecer un estilo de vida sobrio. Las sesiones en línea proporcionan a los usuarios la oportunidad de compartir y discutir sus sentimientos personales, ideas, y las dificultades que pueden experimentar en el mantenimiento de la abstinencia.

Aborda cuestiones de motivación al cambio, adicción, consecuencias del uso de drogas, el craving y el uso de psicotrópicos, tolerancia, aspectos médicos, manejo de emociones como la ira, manejo de la ira, prevención de recaídas, asumir la responsabilidad, el sabotaje de Pensamiento, tipos de recaída y mantenimiento de la abstinencia. Consta de 24 sesiones a través de 12 semanas de tratamiento, discusiones en chat con los tutores respecto a prevención de recaídas y adquisición de habilidades de enfrentamiento, foros de discusión grupal, 1 hora de terapia individual. Empero aun no está comprobada su efectividad, dado que no se ha evaluado propiamente dicho esta intervención, es un medio de contención y auxilio para la población a la que va dirigida.

La generación de innovaciones en el sistema de salud para el tratamiento de las adicciones en línea se llevó a cabo en Alemania a través de la organización de Brijder "*Dutch Healthcare Organization for Addiction Treatment*" (Zinn & Meijnckens, 2009) ha alcanzado una posición líder en el manejo de las adicciones, cuyo reto principal consistía en ofrecer estrategias importantes de solución de problemas para el tratamiento de las adicciones. El reto consistía en generar 20% de las ventas de Brijder a través de internet dentro de 3 años y generar un decremento de los costos por tratamiento. Como resultado se obtuvo en 2008 un total de 1476 usuarios nuevos se inscribieron al curso en línea. Complementando lo anterior un nuevo grupo potencial de pacientes había sido reclutado por internet. En 2009, 300 pacientes han completado exitosamente el tratamiento.

En 2009 Brijder (Zinn & Meijnckens, 2009) generó un programa de tratamiento eficaz con diversas opciones de visualización (películas y comics) mismos que tienen un peso relevante en el E-Learning. Ofrece intervención para la adicción a diversas sustancias como: alcohol (<http://www.alcoholondercontrole.nl/>), tabaco, drogas cocaína, éxtasis, metanfetaminas y GBH (<http://www.drugsondercontrole.nl/>), marihuana ([www.cannabisondercontrole.nl.](http://www.cannabisondercontrole.nl/)) y juego. El contenido general de las sesiones en línea consisten en 7 pasos, el primero consiste en un registro del usuario y evaluación de la conducta blanco, en este caso la adicción a la droga, el segundo paso consiste en identificar las ventajas y desventajas del consumo, el paso 3 consiste en el establecimiento de la meta de consumo, ya sea reducción del mismo o el logro de abstinencia, el paso 4 consiste en la identificación de las situaciones de riesgo, planes de acción para las principales situaciones de riesgo, el paso 6 es establecer un plan de emergencia y prevención de recaídas y el último paso se lleva a cabo la evaluación por parte del usuario hacia el tratamiento. Finalmente se efectúan los seguimientos a los 3 y 6

meses, por medio de un e-mail que se les hace llegar al correo electrónico de los usuarios.

Por otro lado, en nuestro país se han llevado a cabo capacitaciones en línea dirigidas a profesionales de la salud de tratamiento de las adicciones conocidas como intervenciones comunitarias en adicciones y salud mental. Uno de ellos es el manual de “*Como reducir el consumo de sustancias con intervenciones breves*” (Tiburcio et al., 2009). Se divide en 6 unidades, en la primera se expone una de las definiciones más aceptadas de lo que constituye una droga psicoactiva, clasificaciones, efectos, etc. En la segunda unidad esclarece algunos conceptos básicos como uso abuso y dependencia, etc. En la tercera unidad se incluyen elementos para realizar la detección temprana, se definen algunos instrumentos que pueden ser empleados para este propósito, se establecen las estrategias para instituir un programa de detección temprana en diferentes contextos. La cuarta unidad expone de manera sencilla algunos de los principios psicológicos que sustentan las intervenciones breves y explican bajo qué condiciones el cambio de conducta es posible. Por último, las dos postreras unidades están orientadas al desarrollo de habilidades para la intervención de las personas que abusan del alcohol y drogas, al aplicar las técnicas explicadas en las primeras unidades. Este programa aun se encuentra en proceso de evaluación.

Finalmente, se reportaron algunas de las intervenciones en línea efectivas o prometedoras en donde la evaluación de la efectividad aún está en ciernes, sin embargo, se ha demostrado que es una forma útil y practica de intervenir con estas problemáticas de manera costo-efectiva a corto y mediano plazo.

Tratamientos farmacológicos

Dar cuenta de las intervenciones farmacológicas que fungen tanto para la reducción de síntomas de abstinencia y el mantenimiento de la sobriedad, es de suma relevancia, ya que permite identificar las intervenciones adecuadas para cada tipo de dependencia a sustancias y enarbolar los nuevos senderos de investigación en torno a las nuevas aportaciones farmacológicas con la meta principal que sean útiles y efectivas a corto, mediano y largo plazo.

Los tratamientos farmacológicos efectivos para el mantenimiento de la abstinencia reconocidos por el NIDA (2009) son los dirigidos para la adicción a los opiáceos (heroína, medicamentos de prescripción), aun no se reconoce como efectiva ninguna farmacoterapia con respecto a las demás sustancias, empero, las investigaciones de nuevas alternativas están en ciernes.

Existen diversas alternativas para el tratamiento farmacológico para consumidores de opiáceos, estas provienen de las investigaciones para el tratamiento de la adicción a la heroína (NIDA, 2009). En síntesis, se tiene el empleo de la metadona, esta sustancia es un opiáceo sintético que bloquea los efectos de la heroína y otros opiáceos, elimina los síntomas del síndrome de abstinencia y alivia

el deseo por la droga. Ha sido utilizada por más de 30 años para tratar exitosamente a personas adictas a los opiáceos. La buprenorfina, otro opiáceo sintético, es un nuevo componente del arsenal terapéutico para el tratamiento de la adicción a la heroína y a otros opiáceos. La naltrexona es un bloqueador de opiáceos de larga duración que se usa a menudo con personas altamente motivadas en programas de tratamiento que promueven la abstinencia total. La naltrexona también se utiliza para prevenir recaídas. La naloxona contrarresta los efectos de los opiáceos y se utiliza para tratar las sobredosis.

Aunque no existen tratamientos farmacológicos aprobados para la adicción a la cocaína, una serie de medicamentos han sido probados con algunos resultados prometedores de acuerdo a lo que reportan Sofuoglu y Kosten (2005). Entre los fármacos promisorios se encuentran los medicamentos dopaminérgicos como GABA, los antagonistas de los receptores adrenérgicos, vasodilatadores e inmunoterapias. Entre los agentes dopaminérgicos para el tratamiento farmacológico probado la cocaína se encuentra el disulfiram, este medicamento ha disminuido el consumo de cocaína en una serie de estudios. La amantadina, otro medicamento con efectos dopaminérgicos, también puede ser eficaz en los consumidores de cocaína con gravedad en los síntomas de abstinencia.

Estos autores (2005) han mostrado que algunos medicamentos anticonvulsivos con efectos GABAérgicos como la tiagabina y tompiramato, han dado resultados positivos en los ensayos clínicos. Baclofeno, un agonista de los receptores GABA, también es prometedor, sobre todo en aquellos con un consumo severo de cocaína. Algunos efectos fisiológicos de la cocaína están mediados por la activación del sistema adrenérgico. Entre ellos, el propranolol, un antagonista de los receptores adrenérgicos β -, tuvo efectos promisorios en los individuos con síntomas más severos de abstinencia de la cocaína. Los vasodilatadores cerebrales son otro objetivo potencial de la farmacoterapia de la cocaína. Los usuarios de cocaína al seguir este tratamiento redujeron el flujo sanguíneo cerebral y el déficit de la perfusión cortical. El tratamiento con los vasodilatadores amilorida o isradipina ha reducido alteraciones de la perfusión en la cocaína los usuarios. Es pertinente destacar la importancia funcional de estas nuevas propuestas no obstante, es necesario seguir investigado. En contraste, las inmunoterapias para la adicción a la cocaína se basan en el bloqueo de los efectos de la cocaína, procuran prevenir o al menos frenar la entrada de cocaína en el cerebro. Una vacuna contra la cocaína es una opción realmente promisoriosa para la adicción a la misma. La eficacia de esta vacuna para la prevención de recaídas está bajo investigación. Muchos de los resultados iniciales prometedores necesitan ser replicados en grandes ensayos clínicos controlados.

A este respecto se tiene que los investigadores han estado trabajando en vacunas anti-adicción desde 1974. De acuerdo a Orson (2008) existen cuatro formulas: tres para la adicción a la nicotina y una para la adicción a la cocaína han llegado a la fase I y fase II de desarrollo en los ensayos clínicos, empero, los ensayos de fase III están previstos; las vacunas contra la droga están diseñadas para permitir que los anticuerpos del sistema inmunitario reconozcan y se unan a las moléculas de

drogas, de modo que se vuelvan demasiado grandes para penetrar la barrera hematoencefalica. La esperanza es que esto puede ayudar a reducir los efectos placenteros de los el consumo de drogas y e craving posterior. Aunque el planteamiento es prometedor, todavía no está probada y la investigación está en las primeras etapas. Los investigadores también están investigando la inmunización pasiva por la inyección de drogas de anticuerpos monoclonales específicos, en lugar de tratar de estimular al sistema inmune a fabricar sus propios anticuerpos. Los anticuerpos monoclonales a la metanfetamina ahora se están probando en líneas celulares de laboratorio y en animales. Dado el ritmo de descubrimiento de fármacos, es poco probable que alguna de estas vacunas llegue al mercado en breve.

Género

En el primer capítulo se puso de relieve la necesidad de incluir en las intervenciones de prevención y tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas mecanismos de género que permitan cubrir las demandas de tratamiento para las mujeres. Por lo cual se distinguirán las principales diferencias de género que requieren ser tratadas pertinentemente en los dichos programas, así como los factores de riesgo que llevan a las mujeres a consumir, así como las consecuencias propias del género femenino.

Según el Harvard Mental Health (2010) hasta principios de 1990, la mayoría de la investigación sobre el abuso y dependencia de sustancias ha estado centrado en los hombres. Gracias a los datos epidemiológicos mundiales y del país se tiene en cuenta que los hombres son más propensos que las mujeres a convertirse en adictos. Sin embargo, hay un porcentaje de mujeres adictas que presentan factores de riesgo particulares a la condición femenina que exhortan ser tomados en cuenta. Conforme a Lara et al (2009) están la depresión, antecedentes de maltrato físico y sexual, haber sido víctimas de violencia domestica, haber sido víctimas de catástrofes naturales (y perdidas asociadas a ello) y tener una pareja que respalda el uso de drogas.

Pero en otros aspectos, las mujeres enfrentan retos más difíciles. De acuerdo al Harvard Mental Health (2010) las mujeres tienden a progresar más rápidamente del abuso de drogas a la adicción (un fenómeno conocido como telescopía). También desarrollan consecuencias médicas o sociales de la adicción más rápido que los hombres, a menudo les resulta más difícil para dejar de consumir sustancias adictivas y son más susceptibles a la recaída. Estas cuestiones de género las diferencias pueden afectar el tratamiento.

Asimismo, otras consecuencias negativas del consumo en las mujeres de acuerdo a Lara y colaboradores (2009), es que las mujeres son más propensas a enfrentar situaciones que complican aún más su estado de salud física y psicológica, por ejemplo, bajo la influencia de ciertas drogas se exponen a tener relaciones sexuales sin protección, lo cual, implica el riesgo de contagio de enfermedades

sexualmente transmisibles, así como riesgo de ser víctima de violencia (física o sexual) por parte de los hombres. En cuanto a la salud mental, el consumo de drogas psicoactivas en las mujeres genera una mayor propensión a desarrollar depresión, en gran medida por su condición de género. Unánimemente estas autoras reportan que en las mujeres embarazadas y en las que están amamantando, el consumo de drogas implica un gran riesgo para ellas y el bebé por la exposición a las drogas y el daño que ocasionan en el feto.

Por tipo de sustancia se sabe, gracias a los reportes del NIDA (2009) que la magnitud de los efectos de la exposición prenatal a la cocaína en un niño no se conocen por completo, pero muchos estudios científicos han documentado que los bebés nacidos de madres que consumen cocaína durante el embarazo suelen ser nacer prematuramente, tienen bajo peso al nacer y la circunferencia de cabeza más pequeña es más corta en longitud que los bebés nacidos de madres que no consumen cocaína. Las madres consumidoras de crack tienen bebés que sufren un sutil pero significativo déficit en ciertas funciones cognitivas, procesamiento de información y habilidad en la atención en las tareas importantes para el desarrollo pleno en los niños.

El uso indebido de heroína durante el embarazo se ha asociado con consecuencias adversas, incluyendo el peso bajo al nacer, un factor de riesgo importante para más tarde el retraso del desarrollo. El tratamiento a base de metadona, junto con la atención prenatal y un programa de tratamiento de drogas integral puede mejorar muchos de los resultados maternos y neonatales perjudiciales relacionados con el uso indebido de heroína sin tratar, a pesar de que los bebés expuestos a la metadona durante el embarazo normalmente requieren tratamiento para los síntomas de la abstinencia (NIDA, 2009).

La investigación ha demostrado que algunos bebés nacidos de mujeres consumidoras de marihuana durante sus embarazos nacen con alteración de respuestas a estímulos visuales, temblores y un grito agudo, lo cual, puede indicar problemas con el desarrollo neurológico. Durante los años prescolares, se ha observado que los niños expuestos a la marihuana tienen problemas de atención constante al realizar tareas y una memoria pobre en relación a los niños no expuestos. En los años escolares, estos niños tienen más probabilidades de presentar déficits en habilidades para resolver problemas, memoria y la capacidad de permanecer atentos (NIDA, 2009).

En relación a las metanfetaminas desafortunadamente, los hallazgos al respecto son limitados (NIDA, 2009). Los pocos estudios humanos que existen han demostrado el aumento de las tasas de parto prematuro, placenta, retraso en el crecimiento fetal y anomalías de corazón y cerebro. Sin embargo, estos estudios son difíciles de interpretar debido a cuestiones metodológicas, como el pequeño tamaño de la muestra y el consumo materno de otras drogas. Las investigaciones en curso requieren estudiar los resultados del desarrollo tales como la cognición, relaciones sociales, las habilidades motoras y condiciones de salud de los niños expuestos a la metanfetamina antes del nacimiento.

Por otro lado, existen además, diferencias de género por tipo de adicción a las diferentes sustancias psicotrópicas, entre ellas, la evidencia es mixta sobre las diferencias de género en la adicción a las drogas ilícitas o medicamentos con receta como son los opiáceos y benzodiacepinas (Harvard Mental Health, 2010). Con relación a los estimulantes, hombres y mujeres tienen la misma probabilidad de abuso de estimulantes como la cocaína y la metanfetamina. Pero las diferencias de género existen, por ejemplo, las mujeres consumen cocaína utilizando a edades más tempranas que los hombres. Las pruebas preliminares en las personas y en modelos animales también sugieren que las mujeres desarrollan más rápidamente dependencia a los estimulantes y se más propensas a recaer después de dejar el hábito.

Para los opiáceos, según el Harvard Mental Health (2010) es bien sabido que las mujeres son más propensas que los hombres a recibir recetas de opiáceos, tal vez porque es más probable que sufran de condiciones de dolor crónico como la fibromialgia. Las mujeres son más propensas que los hombres a ingresar en las salas de emergencia por haber abusado de los opiáceos, lo que sugiere (aunque no se ha demostrado) que sufren más consecuencias médicas. Si bien existen medicamentos para tratar la dependencia de opiáceos, pocos estudios han examinado las diferencias de género en la respuesta al tratamiento. Respecto a la marihuana, los hombres tienen casi tres veces más probabilidades que las mujeres a fumar marihuana diariamente. Aunque la investigación preliminar sugiere que las mujeres pueden sufrir más efectos médicos adversos y el progreso más rápidamente a la dependencia, el único consenso hasta ahora es que se requiere mayor investigación acerca de las diferencias de género en el consumo de marihuana.

Herramientas de prevención deben ser tomadas en cuenta para la atención de la problemática de adicción en las mujeres, conforme lo indica Lara y colegas (2009) existen diversos tipos de ayuda que se pueden ofrecer a las mujeres que han iniciado ya sea el consumo experimental de alguna droga, para prevenir, detener o reducir el consumo, entre ellas: se encuentra la *identificación temprana del problema*, la cual implica la canalización oportuna a algún tipo de intervención, la *identificación de mujeres víctimas de abuso físico y/o sexual*, involucra adoptar las medidas necesarias como la canalización a centros de atención especializados y por último, la *instrumentación de programas orientados a ofrecer asesoría legal, apoyo psicológico y educativo*, para enseñar a las que sean madres a cuidar y proteger a sus hijos en casos en los que no se cuenten con estas habilidades.

El tratamiento del abuso de drogas con perspectiva de género, de acuerdo a las investigaciones del NIDA (2000) debe no sólo atender las diferencias biológicas, sino también a factores sociales y ambientales, que pueden influir en las motivaciones para el consumo de drogas, las razones para solicitar tratamiento, los tipos de entornos en los que se obtiene del tratamiento, las intervenciones que son más eficaces, y las consecuencias de no recibir tratamiento. Muchas circunstancias de la vida que predominan en las mujeres como un grupo, puede

requerir un enfoque de tratamiento especializado. Por ejemplo, la investigación ha demostrado que el trauma físico y sexual, seguido por el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es más común en las mujeres adictas a las drogas que en los hombres que buscan tratamiento. Otros factores exclusivos de las mujeres que pueden influir en el proceso de tratamiento incluyen las cuestiones relacionadas con el embarazo y el cuidado de niños, la independencia financiera, y cómo entran en el tratamiento (como las mujeres son más propensas a buscar la ayuda de un profesional de la salud general y mental).

En relación a las implicaciones para el tratamiento, se tiene que por más de 20 años, un creciente cuerpo de evidencia revela que las mujeres que son adictas a sustancias a menudo se enfrentan a retos y dificultades en contraste con los hombres (Harvard Mental Health, 2010). Una mejor apreciación de las diferencias de género debe ayudar a las mujeres a evitar los escollos del uso de sustancias y brindar de estas habilidades, herramientas y estrategias a los profesionales de salud dedicados al manejo de las adicciones para ayudar a las mujeres con adicción a lograr no solo la abstinencia, sino una calidad y satisfacción de vida apropiada.

Conclusiones finales del consumo de drogas ilícitas

A través de este bosquejo del proceso adictivo de drogas ilícitas y las implicaciones que conllevan, aún quedan cursos de acción y retos por resolver ante el aumento en el consumo de drogas, para ello, se contó con estrategias metodológicas como las encuestas nacionales e internacionales que ponen en evidencia las necesidades que hay que atender desde una perspectiva integral.

En el mundo, se ha descrito que el aumento de consumo y sus problemas asociados de drogas ilícitas varía de acuerdo a la región del mundo de la que se trate, el consumo de opiáceos afecta y es más contundente en Asia y Europa, la ingesta de cocaína afecta más a Norte América y en Sudamérica, la marihuana en Europa, Sudamérica y Oceanía y las drogas tipo anfetaminas en Norte América y Sudamérica. Sin embargo, el consumo en algunos países se ha estabilizado y ha disminuido. Un claro ejemplo es EEUU., país en el que ha descendido el consumo de algunas drogas como marihuana y cocaína, esto responde probablemente a que cuentan con diversos programas de prevención que han resultado efectivos, no obstante, las prevalencias actuales de consumo en dicho país aún continúan siendo altas en relación a países como el nuestro. Otros países desarrollados también han disminuido el consumo de drogas como Inglaterra y Alemania. En países en desarrollo como algunos de América Latina y en África está aumentando considerablemente el consumo de marihuana, así como las necesidades urgentes de atender las problemáticas que el uso de esta sustancia soporta. Así como el aumento en el consumo de cocaína en América del sur, como de algunos opiáceos, sobretodo heroína en Brasil. Es en estos países donde radica la premura de establecer programas de prevención de todo orden y contar con intervenciones especializadas al nivel de consumo que se presente.

Los datos y reportes de encuestas internacionales (ONU 2009) en torno al estatus actual del consumo en México son consistentes con las encuestas nacionales (2008) ya que en ambas se reporta el aumento en las prevalencias lápsicas y actuales de drogas como la marihuana, la intensificación en el consumo de metanfetaminas (especialmente en la frontera del país y más agudamente en estados como Baja California Norte y Sur) y el consumo elevado de inhalables principalmente en población joven.

La mayoría de adolescentes no consumen en el mundo y en nuestro país, no obstante, hay países en los que el uso de sustancias es una necesidad primordial que hay que atender por su aumento y consecuencias adversas en dicha población. Ejemplos claros son: la elevada ingesta de heroína en Haití y Sudáfrica, cocaína en países como Bulgaria y EEUU, Argentina, por mencionar algunos con prevalencias más altas; la marihuana en España, EE.UU., Canadá, etc.; anfetaminas en Haití y EE.UU. el éxtasis en Bulgaria, Canadá y EE.UU. haciendo referencia a los más significativos. Se propone que en los programas de prevención se trabaje particulares factores de riesgo a través del modelamiento y entrenamiento en las habilidades sociales más útiles por tipo de consumo. Es

pertinente mencionar, que aún queda mucho por hacer en poblaciones en riesgo consumidoras de inhalables, ya que los usuarios de esta sustancia la mayoría son adolescentes, y más en nuestro país, se da el consumo de inhalables en niños en situación de calle. Por lo cual, se sugiere promover y constantemente evaluar estas intervenciones para esta población en nuestro país. Como la intervención de breve: *“Como prevenir y desalentar el consumo de sustancias en adolescentes, niños y niñas que subsisten en la calle”* (Gutiérrez, 2009).

Haciendo referencia a la situación actual de México, aumentó en toda la nación el consumo de marihuana y cocaína, se efectuaron cambios los en patrones de consumo, especialmente de drogas de prescripción médica; anteriormente las mujeres llevaban la delantera en la incidencia y prevalencia de este tipo de sustancias, sin embargo, ahora los hombres presentan índices de consumo más destacado, principalmente de tranquilizantes. Tener en consideración las distintas aristas de impacto de la adicción, permite la comprensión por un lado la evolución de la problemática de acuerdo a la población a la que se atiende y cómo hacer estrategias efectivas para su solución. En suma, hay un mayor consumo de drogas ilícitas en los hombres, empero, las mujeres están presentando aumento en los consumos de drogas ilegales como es el caso de la marihuana. Se había reportado como factor protector de consumo en la mujer la cultura misma y los imaginarios sociales que la circundan, no obstante, con los cambios en los roles de la mujer, su camino a la emancipación y mayor independencia han tenido como resultado patrones de mayor consumo en este género. Llama la atención que no solo las mujeres mayores de edad, también en las mujeres adolescentes se presenta este patrón de consumo, así como en el consumo excesivo de alcohol.

Por otro lado, es importante hacer la reflexión en torno al proceso de adicción, se puede considerar como una experiencia placentera o de empoderamiento artificial, en otras palabras, una estrategia de enfrentamiento ante diversas situaciones, de tipo disfuncional, gracias a que la adicción produce consecuencias negativas, sin embargo, es una conducta que cumple una o varias funciones. Resumidamente, la adicción es un proceso de pérdida de control y autoadministración compulsiva de la sustancia. Se reportó que desde el punto de vista neurobiológico la adicción representa una usurpación patológica de los procesos neurales implicados en el aprendizaje relacionado con el refuerzo (Ripoll, 2009). Es decir, la adicción es doblemente reforzante, por un lado, funge como reforzador positivo porque aumenta las sensaciones agradables de placer, euforia, en algunos casos, situaciones sociales gratas como la aceptación e identificación con el grupo, etc. y es, al mismo tiempo, un reforzador negativo, ya que elimina la tensión, particularmente, los síntomas de abstinencia, la ansiedad, lo cual se presenta en sujetos que perciben el consumo como una experiencia poco placentera y sólo se consume para eliminar los síntomas desagradables de la retirada y a la enorme tensión que produce.

De acuerdo a los hallazgos científicos, la adicción es una enfermedad que altera la morfología del cerebro, en donde éste, sufre anomalías en la corteza prefrontal y otras áreas del cerebro, lo cual altera el control inhibitorio y la toma de

decisiones en el consumidor, lo cual lleva al adicto a seleccionar reforzadores inmediatos sobre aquellos de acción retardada y eso contribuye a la pérdida de control de la ingesta (Nestler, 2005). Todo esto se vincula con los objetivos de los tratamientos, deben proporcionar un caudal amplio de habilidades sociales y de enfrentamiento para las distintas situaciones, así como reforzadores naturales agradables y placenteros que compitan con el consumo.

Un objetivo de este capítulo fue describir la salud mental, psicológica, física, y los efectos sociales de la las sustancias psicoactivas en la persona que utiliza y otras personas significativas del usuario. Las particularidades del consumo de sustancias tienen un impacto diferente. Por ejemplo, en cuanto al consumo de inhalables tiene un peso distinto en las consecuencias que se producen, que el consumidor de drogas de diseño, sólo por mencionar un ejemplo. La adicción a las sustancias y sus peculiaridades engloba ciertas características que deben ser tomadas en cuenta en los distintos programas de prevención y tratamiento.

El conocer las dimensiones de los distintos niveles de consumo, permite tomar decisiones acertadas en cuanto a las necesidades de tratamiento y herramientas de evaluación y detección temprana, las cuales contribuyen a detener el progreso en el consumo del abuso a la dependencia a la droga. Por eso, es fundamental, tener en cuenta que ante el uso de sustancias en donde se presenten riesgos se puede impartir intervenciones breves, ante problemas severos y/o dependencia se propone llevar a cabo intervenciones integrales y más intrusivas como el PSC.

CAPITULO 4 APLICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN DISTINTOS ESCENARIOS (FORMULACIÓN DE PROGRAMAS)

Introducción

Uno de los elementos fundamentales de la residencia en adicciones es llevar a la práctica las intervenciones efectivas para el tratamiento de las adicciones. El propósito esencial de la práctica clínica es brindar la atención oportuna a la población que más lo necesita, en este caso, los usuarios de los diferentes centros de tratamiento. También que el alumno adquiera y perfeccione sus habilidades clínicas para llevar a cabo la intervención. Y por último difundir y disseminar los programas de tratamiento exitosos que han sido instrumentados en nuestro país.

Por tal motivo, en este capítulo se destacará de manera breve los resultados de las intervenciones llevadas a la práctica de las diferentes sedes y los nuevos cursos de acción en términos de diversas propuestas de mejoramiento.

De esta manera, se consideró la experiencia adquirida en diversas sedes dedicadas a brindar atención en problemas de dependencia a sustancias, tanto en su estudio como en su tratamiento. Principalmente en el área clínica se contó con la sede "CAIS Torres de Potrero", la cual permitió la aplicación de diversos programas de intervención como Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) (Barragán, 2006) e Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1997). Esta residencia forma parte de la maestría en psicología de las adicciones de la facultad de Psicología de la UNAM con duración de un año.

Otra sede importante fue el Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA), clínica a cargo de la facultad de Psicología de la UNAM, en la cual se pudo llevar a la práctica el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) (Oropeza, 2006), la Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1997), el Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (Lira, 2009), el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez et al., 2006) y el Modelo de Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas (Natera et al., 2003).

La manera en la que se procederá a presentar los principales resultados de las intervenciones antes señaladas será por sede de tratamiento, la primera en aludirse será el *Centro de Atención e Integración Social (CAIS) "Torres de Potrero"* y en segunda instancia el *Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA)*. Se describirán previamente las características de dichas instituciones, el número de casos atendidos, los instrumentos de medición empleados, una descripción de las intervenciones aplicadas, los principales resultados y las conclusiones.

El Centro de Atención e Integración Social (CAIS) “Torres de Potrero”

En los CAIS se otorga servicios de salud pública a diversas poblaciones con alta vulnerabilidad y problemáticas sociales como: enfermos psiquiátricos crónicos, sujetos en situación de calle, ancianos, niños con problemas de maltrato infantil, mujeres con problemáticas de salud mental y jóvenes postrados en abandono social, brindándoles servicios de salud psicológica, médica y psiquiátrica, actividades socio recreativas y talleres ocupacionales.

En el CAIS “Torres de Potrero”, se proporciona tratamiento psiquiátrico y psicológico tanto individual como de corte grupal a sujetos dependientes a una o múltiples sustancias psicotrópicas (Alcohol y/o drogas), ya sea en su modalidad de tratamiento de consulta externa o en internamiento por 40 días. Al terminar su internamiento se les motiva a que continúen con su tratamiento por medio de consulta externa durante un año y se adhieran a un grupo de ayuda mutua.

En esta sede, los usuarios reciben varias intervenciones tanto psicológicas como farmacológicas de manera conjunta y en ocasiones simultaneas, de esta manera, se puede considerar como un modelo mixto. El propósito fundamental de este modelo de tratamiento consiste en que el usuario logre su recuperación e reintegración social por medio de psicoterapias individuales de corte psicoanalítico, psicodinámico y cognitivo-conductual, terapia grupal de índole psicodinámica, psicoanalítica y familiar, tratamiento farmacológico, así como actividades recreativas y deportivas complementarias.

Los requisitos de admisión son: tener problemas relacionados con sustancias, adictivas como alcohol y otras drogas, acudir voluntariamente, no tener problemas legales ni enfermedades mentales graves, respetar el reglamento de la institución y favorecer la participación de la familia.

Asimismo, conllevan otras funciones y actividades básicas como: pláticas y talleres grupales sobre diversos temas relacionados con el consumo de sustancias, el proceso de adicción y rehabilitación, orientación sobre instituciones a las que pueden acudir para lograr la reinserción social, laboral y educativa.

Intervenciones psicológicas aplicadas

El PSC es una intervención efectiva en México adaptada del Community Reinforcement Approach (CRA), una intervención exitosa probada en EE.UU. Los principales antecedentes y generalidades de ambas intervenciones se han expuesto en el capítulo 1 (pag. 36). A continuación se describirá detalladamente cada uno de los componentes del PSC, los procedimientos que maneja así como, la descripción grosso modo de las técnicas conductuales, cognitivas y motivacionales que emplea. Cabe destacar que la intervención se aplicó en todos los usuarios tratados como parte de la residencia en adicciones en la sede “CAIS Torres de Potrero” con base en los criterios de inclusión de ingreso.

Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)

En este apartado se señalará brevemente el contenido de cada uno de los componentes que maneja el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) (Barragán, 2006), así como, los procedimientos y las técnicas empleadas. Cabe señalar que está integrado por una sesión de admisión, dos sesiones de evaluación y la aplicación de los siguientes componentes de intervención: *Análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo, muestra de abstinencia, Metas de vida cotidiana, Rehusarse al consumo, Solución de problemas, Habilidades de comunicación, Control de emociones (tristeza, ansiedad, enojo, celos), búsqueda de empleo, consejo marital, habilidades sociales y recreativas, prevención de recaídas, entrenamiento con el otro significativo* y 4 seguimientos. En la tabla 1 se aprecian a detalle los principales objetivos y técnicas de cada componente del PSC.

Tabla 1.

Objetivos y técnicas de intervención del PSC

Objetivo del componente	Técnicas de intervención utilizadas
ADMISIÓN:	
Evaluar por medio de la entrevista conductual y la aplicación de instrumentos si el usuario es candidato al Programa de Satisfactores Cotidianos. Ubicar el nivel de dependencia a la droga, funcionamiento cognitivo y nivel de satisfacción de vida.	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Escucha reflexiva ✧ Disonancias cognoscitivas ✧ Reforzamiento positivo ✧ Retroalimentación ✧ Autoregistro ✧ Programación y control de actividades semanales (Planes de acción) ✧ Ensayos conductuales de planes de acción
EVALUACIÓN:	
Valorar el patrón de consumo del usuario, las situaciones de riesgo de consumo y el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo; así como el nivel de depresión, ansiedad, enojo y calidad de vida del usuario, a través de la aplicación de diversos instrumentos de evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Escucha reflexiva ✧ Reforzamiento positivo ✧ Retroalimentación ✧ Programación y control de actividades semanales (Planes de acción) ✧ Ensayos conductuales de planes de acción
ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO Y NO CONSUMO	
Analizar la conducta de consumo del usuario y elaborar planes de acción	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Análisis funcional de la conducta ✧ Escucha reflexiva ✧ Disonancias cognoscitivas ✧ Reforzamiento positivo ✧ Retroalimentación ✧ Autoregistro

Objetivo del componente	Técnicas de intervención utilizadas
<p>para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas de sobriedad; así como analizar una conducta satisfactoria no relacionada con el consumo para resaltar sus beneficios y motivar al usuario a mantenerla e incrementar su frecuencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Programación y control de actividades semanales (Planes de acción) ✧ Ensayos conductuales de planes de acción
<p>MUESTRA DE ABSTINENCIA Que el usuario establezca su muestra de abstinencia por un período viable que de preferencia le cubra 90 días sin consumo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Escucha reflexiva ✧ Disonancias cognoscitivas ✧ Reforzamiento positivo ✧ Retroalimentación ✧ Programación y control de actividades por tres meses (Planes de acción) ✧ Ensayos conductuales de planes de acción
<p>METAS DE VIDA COTIDIANA Que el usuario adquiera habilidades para establecer metas en las diferentes áreas de su vida cotidiana, planes y períodos para su consecución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Escucha reflexiva ✧ Reforzamiento positivo ✧ Retroalimentación ✧ Programación y control de actividades semanales (Planes de acción) ✧ Ensayos conductuales de planes de acción
<p>REHUSARSE AL CONSUMO Que el usuario aprenda estrategias de rechazo del consumo de manera adecuada y efectiva en situaciones de presión social (precipitadores externos) y de presión interna (precipitadores internos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Escucha reflexiva ✧ Reforzamiento positivo ✧ Retroalimentación ✧ Instrucción verbal de de rehusarse al consumo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Negarse asertivamente, sugerir alternativas, cambiar el tema de la plática, ofrecer justificación, interrumpir interacción, confrontar al otro ✧ Modelamiento conductual de las habilidades de rehusarse al consumo ✧ Ensayo conductual de las habilidades de rehusarse al consumo ✧ Reestructuración cognitiva ✧ Programación y control de

Objetivo del componente	Técnicas de intervención utilizadas
	<p>actividades semanales (Planes de acción)</p> <p>Ensayos conductuales de planes de acción</p>
<p>ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Mejorar la comunicación entre el usuario y las personas con las que interactúa y convive, para que logre una comunicación efectiva y positiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Escucha reflexiva ✧ Reforzamiento positivo ✧ Retroalimentación ✧ Instrucción verbal de las habilidades de comunicación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Iniciar Conversaciones, Escuchar a otras personas, Ofrecer Entendimiento o Empatía, Asumir o compartir responsabilidad de la situación, Ofrecer Ayuda, Dar reconocimiento, Recibir reconocimiento, Compartir Sentimientos, Hacer Críticas, Recibir críticas, Solicitar apoyo (material, moral, académico y Expresar Desacuerdo. ✧ Modelamiento conductual de las habilidades de comunicación ✧ Ensayo conductual de las habilidades de comunicación ✧ Programación y control de actividades semanales (Planes de acción) <p>Ensayos conductuales de planes de acción</p>
<p>ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Enseñar al usuario conductas efectivas de enfrentamiento ante situaciones difíciles de su ambiente y vida cotidiana que le permitan resolverlas, controlar su ambiente, disminuir tensión y consecuentemente mantenerse abstinerente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Técnica de solución de problemas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Definir el problema, buscar alternativas, evaluar ventajas y desventajas de cada opción, elegir la mejor opción y aplicación de la solución. ✧ Ensayo conductual ✧ Retroalimentación ✧ Reforzamiento positivo ✧ Programación y control de actividades semanales (Planes de acción) <p>Ensayos conductuales de planes de</p>

Objetivo del componente	Técnicas de intervención utilizadas acción
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS Logro de conductas por parte del usuario que le permitan establecer actividades que compitan con el consumo y que apoyen la abstinencia.	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Modelamiento ✧ Ensayo conductual ✧ Retroalimentación ✧ Reforzamiento positivo ✧ Programación y control de actividades semanales (Planes de acción) ✧ Ensayos conductuales de planes de acción
CONTROL DE LAS EMOCIONES (ENOJO) Que el usuario aprenda estrategias y habilidades para el control del enojo	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Instrucción verbal de las Técnicas de control de enojo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiempo fuera, distracción del pensamiento, autoinstrucciones positivas ✧ Modelamiento de las Técnicas de control de enojo ✧ Ensayo conductual de las Técnicas de control de enojo ✧ Retroalimentación ✧ Reforzamiento positivo ✧ Programación y control de actividades semanales (Planes de acción) Ensayos conductuales de planes de acción
CONTROL DE LAS EMOCIONES (TRISTEZA) Que el usuario aprenda estrategias y habilidades para el control de la tristeza	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Instrucción verbal de las Técnicas de control de tristeza: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cambio de Pensamientos Equivocados (Reestructuración cognitiva), Realización de Actividades Agradables y Búsqueda de lo Positivo ✧ Modelamiento de las Técnicas de control de tristeza ✧ Ensayo conductual de las Técnicas de control de tristeza ✧ Retroalimentación ✧ Reforzamiento positivo ✧ Programación y control de actividades semanales (Planes de acción)

Objetivo del componente	Técnicas de intervención utilizadas
CONTROL DE LAS EMOCIONES (ANSIEDAD) Que el usuario aprenda estrategias y habilidades para el control de la ansiedad	<p style="text-align: center;">Ensayos conductuales de planes de acción</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Instrucción verbal de las Técnicas de control de ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Respiración Profunda, Relajación Muscular Progresiva ó de Tensión-Distensión y Relajación Mental ó por Imaginación ✧ Modelamiento de las Técnicas de control de ansiedad ✧ Ensayo conductual de las Técnicas de control de ansiedad ✧ Retroalimentación ✧ Reforzamiento positivo ✧ Programación y control de actividades semanales (Planes de acción) <p style="text-align: center;">Ensayos conductuales de planes de acción</p>
CONTROL DE LAS EMOCIONES (CELOS) Que el usuario aprenda estrategias y habilidades para el control de los celos	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Instrucción verbal de las Técnicas de control de celos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cambio de Conductas, Cambio de Pensamientos y Otras técnicas preventivas ✧ Modelamiento de las Técnicas de control de celos ✧ Ensayo conductual de las Técnicas de control de celos ✧ Retroalimentación ✧ Reforzamiento positivo ✧ Programación y control de actividades semanales (Planes de acción) <p style="text-align: center;">Ensayos conductuales de planes de acción</p>
CONSEJO MARITAL Que los cónyuges incrementen su satisfacción marital mediante el aprendizaje de habilidades que les permitan mejorar su comunicación, intercambiarse gratificantes recíprocos y resolver problemas	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Instrucción verbal de Conductas de Reconocimiento Diario: <ul style="list-style-type: none"> ○ Iniciar temas de conversación que le agradan a su pareja, Escuchar conversaciones que inicie la pareja, Dar reconocimiento por conducta,

Objetivo del componente	Técnicas de intervención utilizadas
mediante el establecimiento de acuerdos.	<p>Reconocimiento por una cualidad, Dar una sorpresa agradable, Expresar afecto positivo y Ofrecer ayuda sin que la pida mi pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Modelamiento de Conductas de Reconocimiento Diario ✧ Ensayo conductual de Conductas de Reconocimiento Diario ✧ Instrucción verbal, Modelamiento y ensayo conductual de peticiones positivas ✧ Retroalimentación ✧ Reforzamiento positivo ✧ Programación y control de actividades semanales (Planes de acción) <p>Ensayos conductuales de planes de acción</p>
<p>BÚSQUEDA Y MANTENIMIENTO DE EMPLEO Que los usuarios adquieran habilidades para conseguir o mantener un empleo satisfactorio y libre de precipitadores al consumo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Instrucción verbal de habilidades de búsqueda de empleo: ✧ Modelamiento de habilidades de búsqueda de empleo ✧ Ensayo conductual de habilidades de búsqueda de empleo ✧ Escucha reflexiva ✧ Reforzamiento positivo ✧ Retroalimentación ✧ Programación y control de actividades semanales (Planes de acción) <p>Ensayos conductuales de planes de acción</p>
<p>PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Que el usuario aprenda a prevenir el consumo de alcohol y/o drogas, identificando posibles situaciones de riesgo y haciendo planes de acción para prepararse a enfrentar con eficiencia y sin consumo situaciones difíciles a futuro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Análisis funcional de la conducta ✧ Instrucción verbal de Sistema de advertencia temprana ✧ Modelamiento de Sistema de advertencia temprana ✧ Ensayo conductual de Sistema de advertencia temprana ✧ Reestructuración cognitiva
OTRO SIGNIFICATIVO	✧ Escucha reflexiva

Objetivo del componente	Técnicas de intervención utilizadas
Enseñar al otro significativo (un familiar o amigo no consumidor) conductas eficientes que apoyen la abstinencia del consumidor, que favorezcan un ambiente agradable de entendimiento, colaboración, y apoyo. El otro significativo aprende a aplicar habilidades de análisis funcional respecto a la conducta de consumo del usuario, de comunicación, solución de problemas, control de las emociones y estrategias de advertencia temprana para la prevención de recaídas en el usuario.	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Reforzamiento ✧ Modelamiento ✧ Instrucción verbal ✧ Retroalimentación

Una vez descritas las características principales de los componentes, así como sus procedimientos y técnicas, cabe señalar que después de las dos primeras sesiones (evaluación y admisión) los componentes son impartidos en la sesión dependiendo de la evaluación y los precipitadores o situaciones de riesgo de consumo del usuario, por lo cual no hay un orden en particular, sino se imparten los componentes tratando de cubrir las necesidades más urgentes de los usuarios. Por ejemplo, si el usuario en su evaluación arrojó altos índices de depresión y ansiedad, es menester comenzar con las sesiones de control emocional que permitan solucionar de manera inmediata estas problemáticas.

Instrumentos de evaluación

Dado que en cualquier intervención psicológica se pretende que el usuario modifique su conducta de consumo, no sólo en su patrón de consumo y en la abstinencia, sino cambiar aspectos intrínsecos relacionadas al mismo como satisfacción de vida, niveles de depresión-ansiedad, autoeficacia, situaciones de riesgo de consumo, por lo cual es necesario tal como apunta Barragán (2006) medir antes de la intervención la ocurrencia e intensidad de la conducta blanco para tener un punto de comparación posterior a la intervención y notar de esta manera el impacto de la intervención. Por lo cual, se reseñarán los principales instrumentos de medición que midan las variables antes referidas del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) y que se utilizan en las primeras sesiones de Admisión y Evaluación.

La **Entrevista Conductual (Smith & Meyers, 1995)**. Tiene como meta primordial evaluar la motivación al cambio que presenta el usuario, abordando las consecuencias negativas que le ha ocasionado el consumo de alcohol y/o drogas en todas las áreas de vida como: personal, físico, psicológico, económico, interpersonal, laboral, legal, etc. También pretende identificar el perfil del usuario,

recabando información sobre datos personales, nivel socioeconómico, historia de consumo y problemas asociados al mismo. Permite identificar la probable comorbilidad con trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad, etc.

Para medir el funcionamiento cognitivo de los usuarios, ha sido empleadas las **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 Weschler” (WAIS) la cual evalúa el coeficiente intelectual de adultos entre 16 y 74 años de edad y se conforma por 11 subescalas, la escala de repetición de dígitos forma parte de las 6 subescalas verbales; y símbolos y dígitos forma parte de 5 subescalas de ejecución. Las subescalas de repetición de dígitos y símbolos 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. El puntaje mínimo para poder ser candidato al programa es igual o mayor a 6 puntos en ambas subescalas.

El Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD) (Skinner, H, 1982, adaptado por Fuentes & Villalpando 2001), es un instrumento de auto-informe está compuesto por 20 preguntas con respuestas dicotómicas. Proporciona un índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas. El objetivo del instrumento es medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas, permitiendo discriminar clínicamente entre los más involucrados en el consumo y los menos, así como con fines de evaluación en el tratamiento. En cuanto a sus propiedades psicométricas se obtuvo un índice de confiabilidad de .95 a .86.

La **Escala de Satisfacción General (Azrin, Nester & Jones, 1973)** es un instrumento que sirve para valorar porcentualmente la satisfacción actual de diversas áreas de vida cotidiana. Las áreas de vida que se evalúan son las siguientes: 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. Como instrucción general se le insta al usuario que indique del 1 al 10 como se siente en cada área de su vida. En donde el 1 refleja el nivel más bajo de satisfacción y el 10 el máximo. Su confiabilidad es de .76.

La **Línea Base Retrospectiva (LIBARE) (Sobell & Sobell, 1992 adaptada al español por Echeverría, Oviedo & Ayala, 1998)** 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. La instrucción general de aplicación consiste en que el usuario registre la cantidad estándar que ingirió día a día hasta un año antes de la fecha actual. En alcohol se considera tragos estándar y para otras drogas ilegales como

la marihuana se consideró como criterio de cantidad estándar, el número de cigarros, en el de la cocaína la cantidad de gramos, en la de los inhalables la cantidad en mililitros y en otras sustancias como las benzodiazepinas, anfetaminas, metanfetaminas, drogas de diseño en número de pastillas. Para que facilitar el llenado de este registro se le solicita al usuario que recuerde días de asueto, fiestas, cumpleaños, celebraciones, vacaciones, periodos de abstinencia por juramento, internamientos. Tiene una confiabilidad test-retest de .91 (Barragán, 2006).

El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) (Annis, Graham & Martín, 1988 adaptado a población mexicana por De León & Pérez en el 2001) es un instrumento de 60 reactivos que ubica las principales situaciones de riesgo de los usuarios de consumo que pueden catalizar una recaída; el usuario tiene que indicar la frecuencia, con la que consumió drogas ante cada una de las situaciones que se le presentan. Los reactivos de las ocho categorías de situaciones de consumo de drogas: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad o tentación de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. Se pueden jerarquizar las tres situaciones de riesgo más altas, como las de mayores riesgos de consumo en el usuario. Este instrumento mostró una confiabilidad test-retest de .98 y nivel de significancia de todos sus reactivos al .000 (Barragán, 2006).

El Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) (Annis & Graham, 1987, adaptado a población mexicana por Echeverría & Ayala, 1977) es un instrumento cuyo objetivo es evaluar el nivel de auto-eficacia en las diferentes situaciones de riesgo. Las cuales se engloban en ocho subescalas: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. 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. Este instrumento presenta validez y confiabilidad adecuada (Barragán et al., 2006).

El Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer & Garbin 1998, adaptado al español Jurado et al., 1998) es un instrumento que identifica el nivel de depresión de los sujetos a través de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El individuo selecciona una o varias que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación. Se califica sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y clasificando la sumatoria. Su confiabilidad fue de .87 y un nivel de significancia de .000 (Barragán, 2006).

El Inventario de Beck Ansiedad de Beck (Beck, Steer & Garbin 1988, fue adaptado al español por Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001) es un cuestionario de 21 reactivos que permite evaluar síntomas de ansiedad. El tiempo

de aplicación varía de entre cinco a diez minutos. 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. Ha demostrado una alta consistencia interna con un Alpha de Cronbach de .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 (Barragán, 2006).

Casos atendidos

En esta institución se atendieron 20 usuarios dependientes a una o múltiples sustancias, algunos provinieron de la unidad residencial, es decir, estaban internados y otros usuarios se atendieron a través de la consulta externa del Centro de Atención e Integración Social (CAIS) “Torres de Potrero”. A todos los usuarios se les aplicó el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) (Barragán, 2006) una vez por semana, con una duración por sesión de 1 hora aproximadamente.

Procedimiento

Previamente se ha referido que a todos los usuarios se les aplicó el programa PSC, gracias a que cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

1. Nivel de dependencia medio – severo (22-47 puntos) EDA
2. Nivel de abuso sustancial – severo (11-20 puntos) CAD
3. Consumo: 14 o más copas por ocasión y/o 20 o más copas promedio a la semana en Hombres y de 10-12 por ocasión y/o 15 o más copas promedio a la semana en Mujeres.
4. Problemas en las diferentes áreas de funcionamiento: (Familiar, emocional, laboral, económica, legal, personal, social, comunicación, salud)
5. Recaídas y tratamientos previos ó intentos fallidos por dejar la sustancia

Cabe destacar que el orden de las sesiones reportadas no es fijo y lineal, ya que la secuencia de los componentes por sesión varió de acuerdo a la evaluación de cada usuario (patrón de consumo, precipitadores y autoeficacia) y por tanto se cubrió con las necesidades más urgentes de manera individualizada.

Resultados

A continuación se presentan los resultados generales de la intervención del PSC, con la población previamente definida, en primer lugar se expondrán las características sociodemográficas, los factores asociados al consumo, se explorará grosso modo los resultados de la pre evaluación del PSC.

Características sociodemográficas de los usuarios

La mayoría de los usuarios atendidos fueron hombres (80%), el resto fueron mujeres (20%). El rango de edad de los usuarios osciló entre los 18 a 49 años. El porcentaje más alto se ubicó en el rango de edad de 21 a 30 (55%) y el menor de 31 a 40 años (20%). La mayor prevalencia por nivel de escolaridad se ubicó en secundaria (65%) y bachillerato (10%), la menor fue en licenciatura (5%).

Con relación al estado civil, de los veinte usuarios 8 (40%), cinco casados (25%), 6 separados (25%) y solo uno viudo (5%). Con respecto a su ocupación, la mayoría de la población tenía empleo estable (30%), un 30% tenía negocio propio como: venta de comida corrida, venta de esquimos, venta de dulces, café internet, chofer de taxi y microbús, 4 usuarios desempleados (25%), 2 amas de casa (10%) y 1 estudiante (5%). En la tabla 2 se describen más a detalle las principales características sociodemográficas de los usuarios.

Tabla 2.

Características sociodemográficas de los usuarios

Variable	Resultado
Edad	De 18 a 49 años \bar{X} = 33 años
Sexo	Hombres= 80% Mujeres= 20%
Escolaridad	Primaria= 5% Secundaria= 65% Preparatoria= 10% Lic. Trunca= 10% Lic. Terminada= 5%
Estado civil	Soltero = 40% Separado= 30% Casado = 25% Viudo = 5%
Ocupación	Empleado= 30% Negocio propio= 30% Desempleado = 25% Hogar = 10% Estudiante = 5%
Tipo de dependencia	Alcohol = 25% Cocaína = 30% Inhalables= 5% Opiáceos = 5%
Droga	Múltiples sustancias= 35% Alcohol=25% Cocaína= 25% Inhalables= 5%

Tipo de atención	Heroína=5% Alcohol y cocaína= 35% Alcohol, cocaína y mariguana= 5% Unidad residencial= 55% Consulta externa= 45%
------------------	--

Características del consumo

Respecto a la percepción de la problemática de consumo, la mayoría de la población consideró su problemática de consumo como un gran problema (50%), un 30% lo consideró como un problema mayor, 30% lo percibió como un pequeño problema y un problema menor solo el 10%.

En relación a la edad de inicio de consumo, la mayoría de usuarios comenzaron el consumo a una edad temprana de 16 a 20 años (35%), un 20% de los usuarios inició en un rango de edad entre 10 y 15 años, otro 20% de los 21 a los 25 años, el 15% comenzó de los 26 a 30 años y solo el 10% de los 31 a 35 años.

En cuanto a las razones de inicio de consumo, se obtuvo que 12 usuarios iniciaron su consumo por curiosidad (60%), seguido de presión social (15%), socializar con el grupo de pares (15%), por problemas y evasión de los mismos un (10%).

Referente a las influencias parentales y familiares con relación al consumo se extrajo que el 30% de los usuarios reportó que el padre consumía sustancias, el 25% hermanos y primos (25%), tíos (10%), ambos padres (5%) e hijos (5%).

Al indagar los tratamientos previos que habían solicitado antes de tomar la intervención del PSC, se obtuvo que la mayoría de los usuarios había estado en anexo (45%) el 20% había tomado el 4to y 5to paso de AA, el 10% había tomado consulta externa en algún centro de salud pública y solo el 5% jamás había tomado algún tratamiento para el manejo de la adicción.

Asimismo, se inquirió en aspectos psicológicos como la depresión, la mayoría presentó un nivel de depresión severo (60%) los síntomas más frecuentes fueron: irritarse más fácilmente, perder interés en la gente, obligarse a hacer las cosas, cansarse más fácilmente de lo habitual, criticarse por sus errores, dificultad para tomar decisiones, querer llorar y no poder hacerlo, ideas suicidas y sentirse culpable la mayoría de las veces. En cuanto a las ideas suicidas que el 65% manifestó haberlas tenido, sin embargo, respecto a los intentos suicidas, solo el 25% reportó haberlos llevado a cabo.

Explorando el nivel de ansiedad se obtuvo que la mayoría de los usuarios presentó un nivel moderado (50%) los síntomas más destacados de este grupo de usuarios fue: miedo a que pase lo peor, opresión en el pecho, inseguridad, nerviosismo, dificultad para relajarse, manos temblorosas y debilidad. Por otro

lado, el nivel cognitivo que presentaron fue de 7 puntos en su mayoría (30%). En la tabla 3 se puede apreciar con mayor detalle las características del consumo:

Tabla 3.
Características del consumo (N= 20)

Variable	Resultado
Percepción de la problemática	Un gran problema = 50% Un problema mayor = 30% Un pequeño problema= 30% Un problema menor =10%.
Edad de inicio	\bar{X} = 21 años 16 a 20 años = 35% 10 y 15 años = 20% 21 a los 25 años= 20%, 26 a 30 años = 15% 31 a 35 años = 10%
Razones de inicio de consumo	Curiosidad = 60% Presión social = 15% Socializar = 15% Huir de los problemas = 10%
Consumo de familiares	Padre = 30% Hermanos = 25% Primos = 25% Tíos = 10% Ambos padres = 5% Hijos = 5%
Tratamientos previos	Anexo= 45% 4to y 5to paso de AA el =20% Consulta externa = 10% Ninguno = 5%
Nivel de depresión	Severo = 60% Moderado = 30% Leve = 10%
Variables relacionadas al suicidio	Ideas suicidas = 65% Intentos suicidas = 25%
Nivel de ansiedad	Moderado= 50% Severo= 40% Mínima= 5% Leve= 5%
Nivel cognitivo	7 puntos = 30%

Al medir el nivel de *satisfacción* en general, considerando una escala del 1 al 10 donde 1 es nada satisfecho y 10 es totalmente satisfecho, la media fue de 3 puntos. Donde puntuaron más bajo los usuarios fue en las áreas de vida de consumo, en el aspecto social, familiar, emocional, comunicación, en el aspecto

laboral, económico y de hábitos personales obtuvieron 4 puntos y el aspecto con mayor satisfacción fue el legal con 8 puntos.

Como *tipo de dependencia* el 35% de los casos atendidos presentó dependencia a cocaína y el otro 35% presentó dependencia a múltiples sustancias, el 20% tenía dependencia al alcohol, 5% a inhalables y 5% a opiáceos. Con relación a la principal sustancia de consumo se obtuvo a la cocaína en primer lugar con un 65% de consumidores, alcohol con 25%, y con los 5% opiáceos e inhalables cada uno. A continuación se presentaran las características particulares del consumo por tipo de sustancia.

Usuarios de cocaína

En cuanto al nivel de dependencia, el 76.6% fue sustancial, el 23.1 % restante manifestaba un nivel moderado.

El patrón de consumo de los usuarios de **cocaína** se puede sintetizar de la siguiente manera en la tabla 4.

Tabla 4.

Patrón de consumo de usuarios de cocaína (n= 12)

Promedio	Resultado
Cantidad de consumo por ocasión	2 gr.
Consumo semanal	17.4 gr.
Total anual del consumo	185 gr.
Días en abstinencia	48 días
Días en consumo	127 días
Años con problemas por el consumo	3 años
Tiempo de consumo por dosis	3 minutos
Promedio de tiempo de consumo entre dosis	1.5 minutos
Duración del episodio de consumo	30.8% medio día y 15.4% 2 o 3 días consecutivos, 53.8% consumía todo el día
Gasto mensual en consumo	\$4,646.00

Las cuatro situaciones de mayor riesgo para los usuarios de cocaína y de menor autoeficacia para enfrentarlas sin consumir se describen en la Tabla 5:

Tabla 5.

Nivel de situaciones de riesgo y autoeficacia de los usuarios de cocaína (n= 12)

Situaciones de riesgo de consumo	Precipitadores mas destacados	Niveles más bajos de autoeficacia
Emociones desagradables	61%	32%
Necesidad física	59%	45%
Probando autocontrol	56%	44%
Conflicto con otros	46%	30%

Usuarios de alcohol

En cuanto a los usuarios de **alcohol** y su nivel de dependencia el 80% presentó un nivel medio y el 20% restante severo.

En cuanto al patrón de consumo, en la tabla 6 se pueden apreciar las principales características para esta población:

Tabla 6.

Patrón de consumo de usuarios de alcohol (n= 6)

Promedio	Resultado
Cantidad de consumo por ocasión	15 tragos estándar (t.e.)
Consumo semanal	66 t.e.
Total anual del consumo	1776 t.e.
Días en abstinencia	93 días
Días en consumo	101 días
Años con problemas por el consumo	5.4 años
Tiempo de consumo por dosis	3.2 minutos
Promedio de tiempo de consumo entre dosis	1.2 minutos
Duración del episodio de consumo	60% consumía todo el día, 40% medio día
Gasto mensual en consumo	\$2,780.00

Las cuatro situaciones de mayor riesgo para los usuarios de alcohol y de menor autoeficacia para enfrentarlas sin consumir se describen en la Tabla 7:

Tabla 7.

Nivel de situaciones de riesgo y autoeficacia de los usuarios de alcohol (n= 6)

Situaciones de riesgo de consumo	Precipitadores más destacados	Niveles más bajos de autoeficacia
Emociones desagradables	71%	4%
Presión social	57%	32%
Probando autocontrol	43%	16%
Necesidad física	49%	20%

Usuario de heroína

Por otra parte, se trabajó con un usuario que presentó dependencia a **heroína**, los resultados son los siguientes:

Presentó un nivel de dependencia medio. Su patrón de consumo se observa en la tabla 8:

Tabla 8.

Patrón de consumo del usuario de heroína (n= 1)

Promedio	Resultado
Cantidad de consumo por ocasión	1 gr.
Consumo semanal	8 gr.
Total anual del consumo	379 gr.
Días en abstinencia	0 días
Días en consumo	365 días
Años con problemas por el consumo	3 años
Tiempo de consumo por dosis	10 min
Promedio de tiempo de consumo entre dosis	15 min.
Duración del episodio de consumo	Consumía todo el día

Promedio	Resultado
Gasto mensual en consumo	\$3,000.00

Asimismo, en cuanto al nivel de autoeficacia para afrontar situaciones de riesgo y precipitadores, se puede resumir de la siguiente manera en la tabla 9:

Tabla 9.

Nivel de situaciones de riesgo y autoeficacia de usuario de heroína (n= 1)

Situaciones de riesgo de consumo	Precipitadores más destacados	Niveles más bajos de autoeficacia
Emociones placenteras	100%	30%
Emociones displacenteras	57%	10%
Tiempo placentero con otros	53%	40%
Necesidad física	50%	0%

Usuario de inhalables

Se trató un solo usuario con consumo de inhalables, a continuación se presentarán sus características principales: el usuario presentó un nivel de dependencia de 14 puntos el cual equivale a dependencia sustancial con síntomas de: síndrome de abstinencia, lagunas mentales, problemas de pareja, familiares, pérdida de empleo, llevar varios intentos de abandonar el consumo, así como varios tratamientos previos.

El patrón de consumo de inhalables en el usuario se puede apreciar en la tabla 10 con mayor detalle su patrón de consumo en el último año.

Tabla 10.

Patrón de consumo de usuarios de inhalables (n= 1)

Promedio	Resultado
Cantidad de consumo por ocasión	1 lata de PVC de 250 ml
Consumo semanal	3.3 latas de PVC de 250 ml
Total anual del consumo	110 latas de PVC de 250 ml
Días en abstinencia	30 días
Días en consumo	335 días
Años con problemas por el consumo	3 años

Tiempo de consumo por dosis	30 min
Promedio de tiempo de consumo entre dosis	Inmediato
Duración del episodio de consumo	Consumía todo el día
Gasto mensual en consumo	\$500.00

A continuación se presentan las principales situaciones de riesgo y el nivel de autoeficacia del usuario ante estas situaciones en la tabla 11.

Tabla 11.

Nivel de situaciones de riesgo y autoeficacia del usuario de inhalables (n= 1)

Situaciones de riesgo de consumo	Precipitadores más destacados	Niveles más bajos de autoeficacia
Emociones displacenteras	73%	50%
Prueba de control personal	60%	60%
Necesidad y tentación de consumo	56%	20%
Conflicto con otros	52%	50%

Descripción del Tratamiento

En este apartado se reportará la frecuencia de los componentes aplicados a los usuarios. Dicha frecuencia varió en relación a los resultados de la evaluación y de la continuidad de las sesiones de tratamiento.

Los componentes de admisión y evaluación se aplicaron a todos los usuarios, ya que son los componentes con los que se inicia el tratamiento. Los componentes de análisis funcional de la conducta de consumo y de no consumo son fundamentales para la identificación de precipitadores internos y externos, así como la elaboración de planes de acción, por lo cual fue de los componentes más administrados en los sujetos.

La muestra de abstinencia es un componente fundamental para el establecimiento de la abstinencia a través de un periodo de tiempo en el que los usuarios se sintieran seguros de cumplir y contaran con planes de acción adecuados, por lo cual, se aplicó a la mayoría de los sujetos. De esta manera, los componentes de

control emocional fueron de los más aplicados a los usuarios, gracias a los reportes de su evaluación.

Las emociones más impactantes y que requerían proporcionar técnicas para su control son: tristeza, ansiedad, enojo y por último celos. Los componentes que se aplicaron a casi la mitad de sujetos fueron los de metas de vida, rehusarse al consumo, habilidades de comunicación y solución de problemas y variaron dependiendo de las necesidades que presentaba cada sujeto.

Los componentes menos aplicados fueron: consejo marital, ya que no todos los usuarios tenían pareja o estaban casados, búsqueda de empleo: había usuarios desempleados pero no representaban la mayoría, habilidades socio-recreativas, algunos ya tenían ocupado su tiempo con actividades productivas, lo cual los mantenía ocupados gran parte del tiempo.

El componente del otro significativo no se aplicó, ya que la mayoría de los familiares estaban siendo atendidos en terapia familiar o en pláticas de codependencia brindadas por la institución. Finalmente en la figura 1 se describen a mayor detalle los principales componentes llevados a cabo en las sesiones.

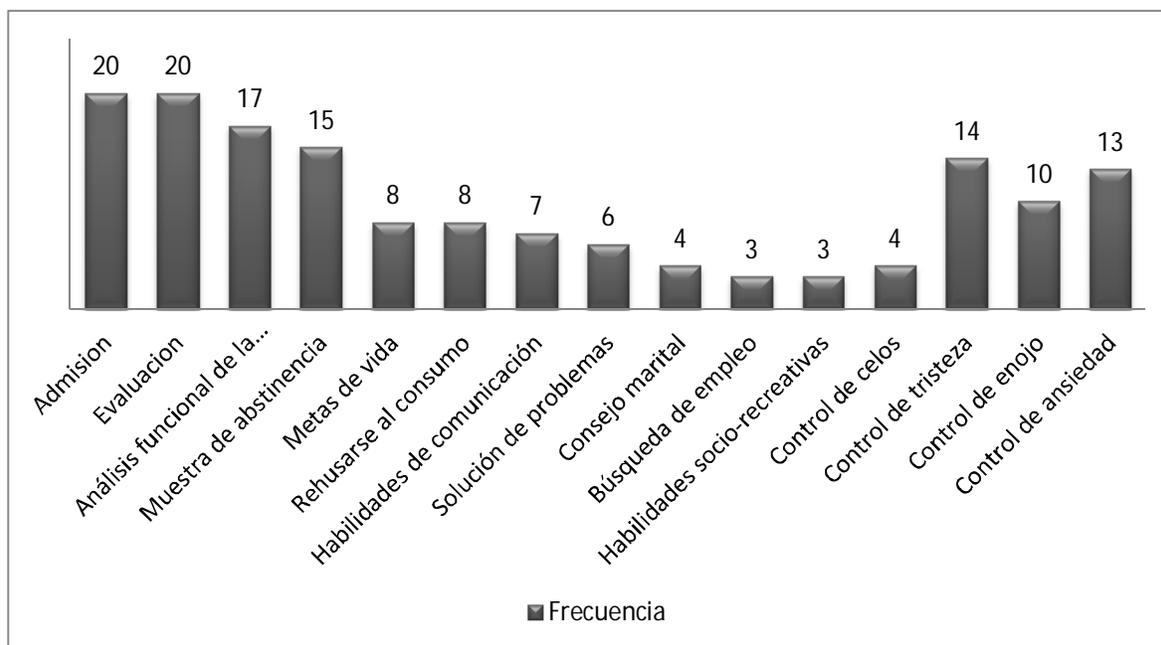


Figura 1. Frecuencia de los componentes administrados del PSC.

Estatus del tratamiento

A continuación se describirá brevemente el estatus del tratamiento y los casos terminados. Se tiene que el 55% de los usuarios ingresó su tratamiento en unidad residencial y el 45% ingresó al servicio de consulta externa. De los usuarios internados el 100% concluyó su tratamiento en unidad residencial. El 37.5% de los usuarios concluyó su tratamiento en consulta externa y llegó uno de ellos hasta el

3^{er} seguimiento y dos de ellos hasta el 1^{er} seguimiento. El resto no continuó con la terapia por razones personales como cambio de domicilio, ingreso a trabajos de tiempo completo, etc.

Efectividad de la intervención

Una medida de suma relevancia e impacto de éxito de la intervención fue el cambio en el consumo de los usuarios, es decir, el logro de abstinencia. A continuación, se presentarán los resultados generales del patrón de consumo de los usuarios antes, durante y después del tratamiento. Los datos se mostrarán por grupos de usuarios por droga principal de consumo, es decir, usuarios de cocaína, usuarios de alcohol, heroína e inhalables.

En la figura 2 se puede apreciar la evolución del consumo de los usuarios de cocaína. Antes del tratamiento, la media de consumo de todos los usuarios (n= 12) se ubicaba en 185 gr. Durante el tratamiento todos se mantuvieron en abstinencia. Posterior al mismo, solo 2 usuarios de los que continuaban en consulta externa recayeron y la media de su consumo se ubicó en 2 gr.

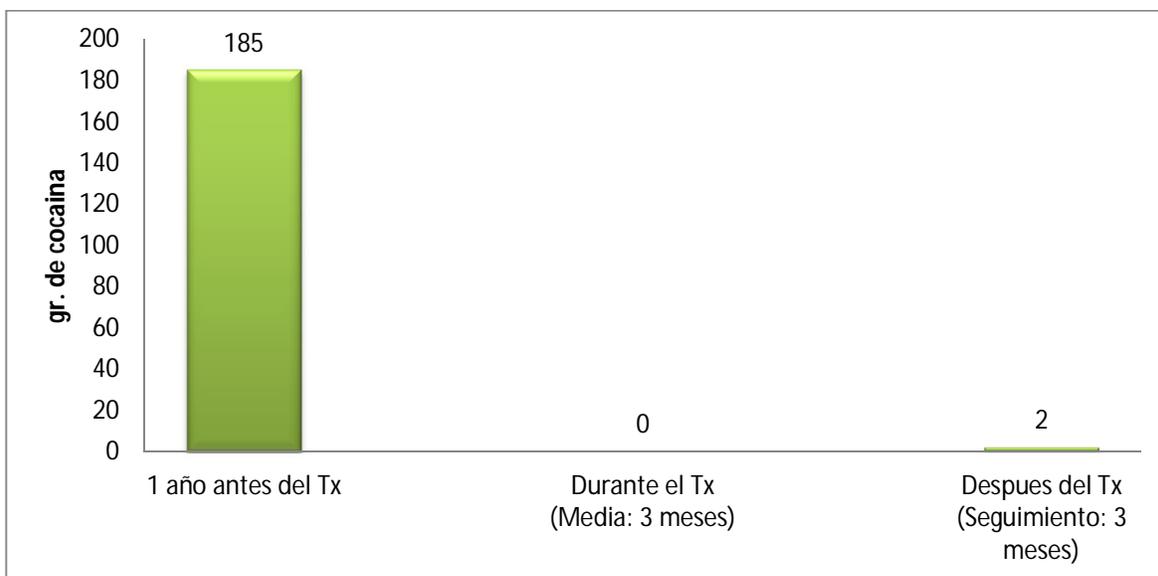


Figura 2. Media del consumo antes, durante y después del Tratamiento (Tx) de los usuarios de cocaína (n= 12).

En la figura 3 se puede apreciar la transición del consumo antes, durante y después del tratamiento de los usuarios de alcohol (n = 6). El promedio de consumo previo al tratamiento se ubicó en 1,776 tragos estándar, durante el tratamiento se mantuvieron en abstinencia y después del mismo, en un periodo de 6 meses hubo 2 recaídas por parte de los usuarios, ante lo cual, el promedio de su consumo se ubicó en 6 tragos estándar.

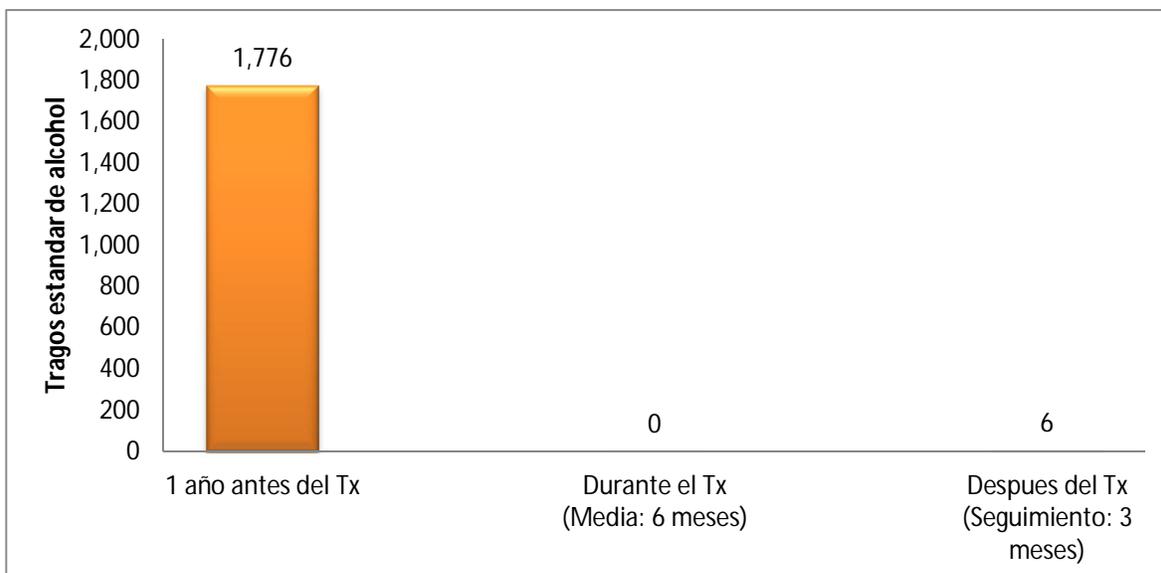


Figura 3. Promedio del consumo antes, durante y después del Tratamiento (Tx) de los usuarios de alcohol (n= 6).

En la figura 4 se exhibe el cambio en el consumo del usuario de heroína. Previo al tratamiento, la media del consumo en un año fue de 379 gr. Durante el tratamiento se mantuvo en abstinencia, mientras estaba internado y en consulta externa. Se mantuvo 8 meses asistiendo a sesiones, aunque no de manera constante y semanalmente, asistía a sesión aproximadamente 1 vez al mes. Durante todo este tiempo se mantuvo en abstinencia gracias a la aplicación de los planes de acción y estrategias vistas en sesión. Ya no concluyó el tratamiento gracias a que ingresó a la escuela de tiempo completo y realizaba actividades recreativas los fines de semana. Tras varios monitoreos telefónicos, reportó continuar en abstinencia.

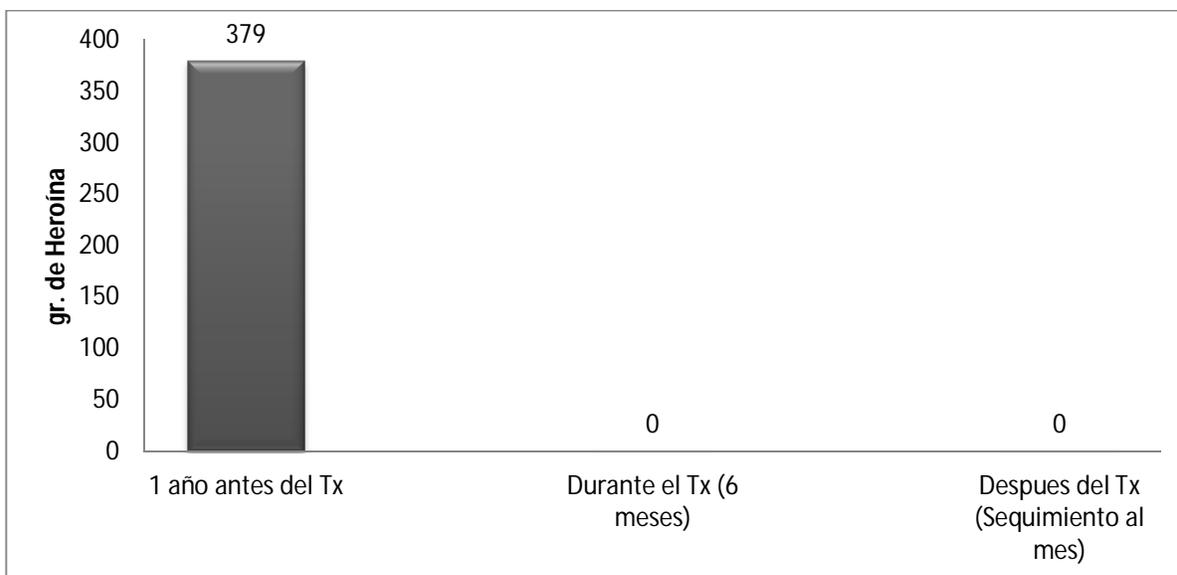


Figura 4. Media del consumo antes, durante y después del Tratamiento (Tx) del usuario de heroína (n= 1).

Por último, con relación al patrón de consumo antes, durante y después del tratamiento del usuario de inhalables, se observa en la figura 5, que previo a la intervención, la media del consumo un año antes fue de 110 latas de PVC de 250 ml. Durante el tratamiento asistió a 6 sesiones de consulta externa, una vez por semana, en este periodo se mantuvo en abstinencia. Dejó de asistir a tratamiento, gracias a que ingresó a trabajar y su nuevo horario le dificultaba asistir a sesión entre semana. Al monitorear su progreso telefónicamente reportó haber consumido en dos ocasiones media lata de 250 ml.

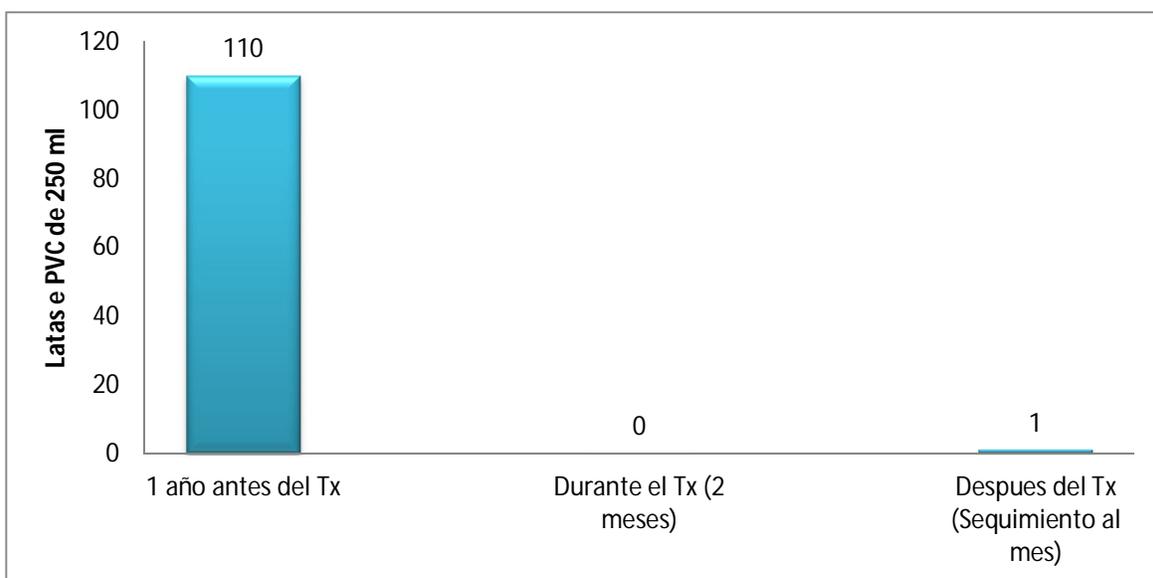


Figura 5. Media del consumo antes, durante y después del Tratamiento (Tx) del usuario de inhalables (n= 1).

En resumen, todos los usuarios (consulta externa y de internamiento) presentaban altos índices de consumo de drogas previo al tratamiento, durante el tratamiento mostraron un cambio positivo en su consumo al lograr la abstinencia. Posterior al tratamiento, los usuarios que continuaron en abstinencia fueron evaluados nuevamente en cuanto al patrón de consumo. Hubo algunas recaídas, sin embargo, el nivel de consumo fue mucho menor al reportado un año previo al tratamiento.

Otra medida de impacto de efectividad de la intervención fue el nivel de autoeficacia, el cual denota la seguridad con la cual los usuarios podrán enfrentar exitosamente las diversas situaciones de riesgo, cabe señalar que a todos los usuarios se les midió el nivel de autoeficacia antes y después del tratamiento. A continuación se presentarán los principales resultados del porcentaje del nivel de autoeficacia en diversas áreas, una de ellas fue: emociones desagradables, el nivel de autoeficacia aumentó del 25.7% al 85.7% en todos los usuarios; en malestar físico también hubo un incremento en el nivel de autoeficacia del 57.4% al 87.5%; en emociones agradables se acrecentó del 50.7 al 94.2% y en probando autocontrol aumentó del 40.5% al 81.2%. Estos datos se pueden observar a detalle en la figura 6:

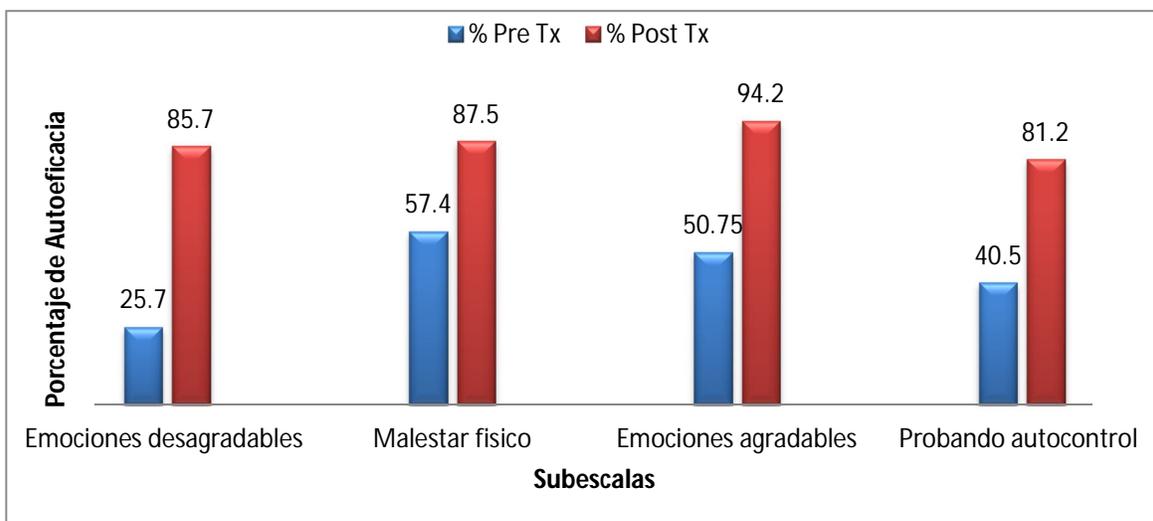


Figura 6. Nivel de Autoeficacia ante: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables y probando autocontrol.

En la figura 7 se presentan otras situaciones en donde aumentó la autoeficacia en todos los usuarios tratados con el PSC: Necesidad física (del 35.5% al 83%), conflicto con otros (30.3% al 93%), presión social (del 52.2% al 90.5%) y momentos agradables con otros (del 50.9% al 87.2%).

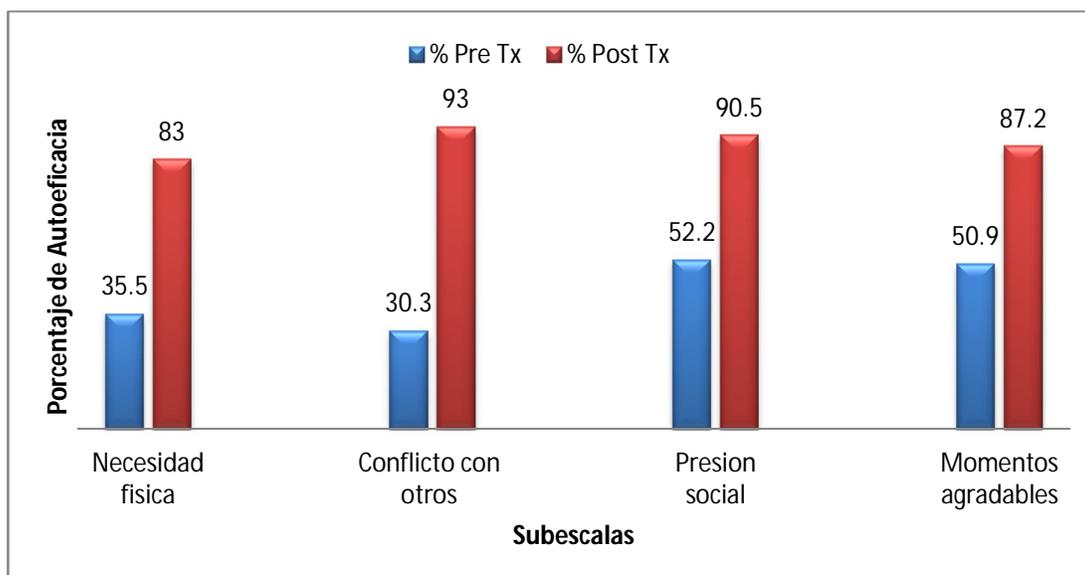


Figura 7. Nivel de Autoeficacia ante: necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros.

Discusión

El PSC contribuyó junto con otras intervenciones psicológicas y psiquiátricas a que todos los usuarios internados terminaran su tratamiento en la unidad residencial. De estos usuarios el 25% abandonó el tratamiento y el resto continuó asistiendo a consulta externa, si bien, no llegaron a concluir con todos los componentes del programa por razones laborales o personales, se llevaron las sesiones más importantes de acuerdo a las necesidades de atención que presentaban. De seis usuarios que ingresaron a consulta externa, tres terminaron el tratamiento en consulta externa. Cabe señalar que los usuarios de consulta externa no tenían otra intervención psicológica, únicamente el PSC y tratamiento farmacológico.

Previamente en los resultados se presentaron las variables de mayor impacto de eficacia de la intervención: logro de abstinencia y nivel de autoeficacia. En la primera todos los usuarios lograron permanecer en abstinencia durante la intervención y en algunos casos hubo recaídas, sin embargo, el consumo que experimentaron los usuarios no fue de la misma envergadura en cuanto a la cantidad y frecuencia en ese momento que un año previo al tratamiento. Por lo cual se puede deducir que hubo un cambio significativo en el patrón de consumo y logro de abstinencia. Asimismo en cuanto al nivel de autoeficacia, se reportó un aumento significativo en todas las áreas, principalmente en: emociones agradables, conflicto con otros y presión social.

Si bien, el PSC no fue la única intervención aplicada (los usuarios internados recibían terapia familiar, en algunos casos psicoanálisis y tratamiento farmacológico), es difícil medir únicamente la efectividad de la intervención, solo se puede aducir que contribuyó adecuadamente a la modificación de variables relacionadas al consumo como: abstinencia, nivel de autoeficacia, nivel de dependencia, satisfacción de vida etc. No obstante, demostró el PSC efectividad en la terminación de 3 casos, dos de ellos terminados hasta 1er seguimiento (al mes) y uno hasta el tercer seguimiento (a los seis meses) todos ellos en consulta externa, por lo cual, se puede deducir que logró impactar en el patrón de consumo, síntomas de dependencia, depresión, ansiedad, satisfacción de vida y autoeficacia. Cabe destacar que los usuarios de consulta externa únicamente llevaron PSC como intervención psicológica y farmacoterapia.

Se propone continuar la investigación al respecto de la efectividad de cada tratamiento, en donde, se compare el PSC con otras intervenciones psicológicas y con base en ello, se pueda determinar su efectividad y otras formas de mejora del tratamiento.

Asimismo, se pretende ahondar en la investigación con relación a las variables que influyen para que los usuarios continúen o no en el tratamiento. De acuerdo a la experiencia clínica en la residencia es importante anticiparse a los factores que afectan la adhesión al tratamiento como: cambio de domicilio, problemas de horario, problemas económicos, etc. Todas estas variables y otras son de vital

importancia tenerlas en cuenta en futuras investigaciones, para con ello prevenir su ocurrencia y así, fomentar la adherencia al proceso terapéutico y con esto garantizar que la mayoría termine satisfactoriamente sus sesiones de tratamiento.

Por otro lado, dada la experiencia en la aplicación del programa es importante señalar como sugerencias de mejora instaurar un componente de sexualidad que trate: insatisfacción sexual, abuso sexual, perversiones, etc. Ya que en algunos usuarios este elemento se consideró como situaciones de riesgo, que merecen ser tratados con un caudal mayor de herramientas psicológicas que lamentablemente el programa no cubre en su totalidad.

Otra sugerencia es implementar otros procedimientos cognitivo-conductuales en otras emociones como culpa, estrés post-traumático, resentimiento y duelo, ya que estas emociones se presentan continuamente en diversos usuarios. De la misma manera, es menester contar con instituciones de apoyo, especializadas en estas problemáticas.

Es relevante destacar que el trabajo interdisciplinario con otros terapeutas y psiquiatría resulta imprescindible para el manejo integral de esta problemática, ya que cada uno contribuye de manera importante en la recuperación del usuario en cuestión al aportar elementos funcionales para cada fragmento del problema.

En nuestro papel de psicólogos clínicos es de suma relevancia motivar al usuario no solo a continuar su tratamiento psicológico, sino a resaltar la importancia a la adhesión al tratamiento farmacológico, ya que en algunos casos se presenta gran resistencia a tomar su medicamento en tiempo y forma.

Es relevante destacar que no en todos los casos se debe aplicar tal cual la entrevista motivacional, es necesario realizar ajustes en técnicas de motivación con sujetos con conducta sociópata que presenten conductas seductoras, manipuladoras, mentirosas, hostiles, etc. Ya que estas estrategias motivacionales pueden ser malinterpretadas y no permitir que surta el efecto deseado. Sin embargo, con el resto de los usuarios, se propone que, ante resistencia al cambio trabajar con disonancias cognoscitivas, la paradoja de Miller y otras técnicas motivacionales.

Otra experiencia esencial extraída de la práctica clínica y al haber realizado la residencia en una institución, es que resulta imprescindible poder romper con barreras institucionales para generar investigación. En el CAIS “Torres de Potrero” había una gran incompreensión y falta de motivación en desarrollar nuevas estrategias de prevención e intervención por parte de las autoridades de dicha institución. Lo cual impidió utilizar el bagaje clínico en aras de una mejora de los tratamientos y sistemas del manejo de las adicciones.

En el CAIS “Torres de Potrero” fue muy difícil llevar a cabo el trabajo en conjunto con el otro significativo, dado que la mayoría de los usuarios llevaba terapia familiar, por lo cual, esta se presentó como otra barrera institucional a vencer por

parte de las autoridades competentes. Se propone para las nuevas generaciones de residentes, que tengan a la mano una propuesta inicial de sesiones individuales o talleres grupales y psicoeducación.

Finalmente, ya que la mayoría de usuarios comenzó a consumir por curiosidad, las necesidades de atención apuntan a la generación de más programas de prevención universal en niños, adolescentes, así como con padres de familia.

Centro de prevención y atención de adicciones (CEPREAA)

El CEPREAA es una clínica en adicciones de UNAM que desde 1993 ofrece modelos de tratamiento de corte breve dirigidos a evitar el desarrollo de la dependencia severa en personas que consumen alcohol, tabaco y/o drogas ilegales. Estos modelos están sustentados en la Teoría Cognitivo Social y son los siguientes: Modelo de habilidades sociales y prevención de adicciones para adolescentes, Intervención breve para adolescentes que se inician en el consumo del alcohol y otras drogas, Intervención breve para bebedores problema (mayores de 18 años), Tratamientos breves para usuarios de tabaco, cocaína y/o marihuana, Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) para personas con dependencia severa, Programa para familia.

En esta institución se llevó a cabo el programa: intervención breve para adolescentes que se inician en el consumo del alcohol y otras drogas, Intervención breve para bebedores problema (mayores de 18 años), Programa de intervención breve motivacional para fumadores y Tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC).

Casos atendidos

A continuación se presentará un informe de los casos atendidos en dicha sede y por tipo de programa de intervención. En la tabla 12 se aprecian claramente los 4 casos atendidos, las intervenciones aplicadas y el estatus del tratamiento.

Tabla 12.

Programas psicológicos aplicados y estatus del tratamiento

Participantes por Casos	Programa aplicado	# de sesiones aplicadas
Caso 1	Programa de intervención breve para adolescentes	<u>13 sesiones:</u> <ul style="list-style-type: none"> • 1 de Admisión • 1 de Evaluación • 4 de tratamiento • 1er seguimiento al mes • 2do seguimiento a los 3 meses • 4 sesiones extra al Tx • 1 Seguimiento informal a los 6 meses
Caso 2	Programa de intervención breve motivacional para fumadores	<u>6 sesiones:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Admisión • Evaluación • 4 de tratamiento

Participantes por Casos	Programa aplicado	# de sesiones aplicadas
		<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento informal al mes
Caso 3	Tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC)	<u>5 sesiones:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Admisión • Evaluación • 3 de tratamiento
Caso 4	Programa Familia	5 sesiones 1 seguimiento informal (vía telefónica)

Caso 1

El primer caso presentado es de un usuario varón adolescente que solicitó tratamiento en el CEPREAA, llevado por sus padres por problemas de consumo de inhalables. Fue candidato idóneo para el *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*¹. Gracias a que cumplía con los siguientes criterios de inclusión: Ser joven estudiante de nivel medio y medio superior entre 14 y 18 años de edad, consumidor de alguna droga (Alcohol, cocaína, marihuana e inhalables), que reporte problemas relacionados con su consumo y que presente dependencia hacia la droga de consumo.

Instrumentos aplicados

A continuación se hará una breve descripción de los instrumentos del programa, con el fin de conocer su objetivo y características principales.

El **Cuestionario de tamizaje de los problemas en adolescentes POSIT (Mariño, González-Forteza, Andrade & Medina-Mora, 1997)**. Es un cuestionario de tamizaje de 81 reactivos, contempla siete áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia. Para los objetivos de este programa sólo se utilizó el área de uso/abuso de sustancias que contiene 19 reactivos cuya opción de respuesta es dicotómica (si/no). Su característica psicométrica principal es buena consistencia (Alpha de Cronbach: .90).

La **Entrevista inicial (Campos, Martínez & Ayala, 2001)**. La entrevista consta de 58 reactivos que miden 10 diferentes áreas: datos de identificación, historia de tratamiento, historia de consumo de drogas, área de la salud, área escolar, área laboral, área social y familiar, área de sexualidad, satisfacción en la vida, evaluación del entrevistador y recomendaciones para iniciar el tratamiento. La

¹ En la pagina 33, en el Capitulo 1 se ha descrito con mayor detalle este programa

validez del instrumento fue a través de jueces expertos. El acuerdo entre jueces fue del 100%. Este instrumento es aplicado por el terapeuta de forma individual.

El **Composite International Diagnostic Interview (CIDI)** es una entrevista diagnóstica desarrollada por la OMS para evaluar y clasificar desórdenes mentales y problemas relacionados con el consumo de alcohol u otras drogas en población mayor de 15 años. El CIDI está basado en el ICD-10 y el DSM-IV (Martínez, K. 2005). Para los objetivos de este programa solo se utilizó la sección 1 que se encarga de medir los trastornos debidos al consumo de alcohol (F 10) y la sección L que mide los trastornos debido al consumo de sustancias ilegales (F 11- F16, F 18 y F 19). Es recomendable que el terapeuta aplique este instrumento. La forma de aplicación es sumando los reactivos de abuso y dependencia.

El **Auto-registro de consumo de Alcohol y otras drogas (Echeverría & Ayala, 1997)**. El objetivo de este instrumento es revisar junto con el adolescente los días en los que consumió, la cantidad consumida y las situaciones bajo las cuales ocurrió el consumo. La validez del auto-registro se obtiene de su aplicación clínica al encontrar un patrón de convergencia, cuando el auto-reporte es comparado con reportes de otros informantes (padres y maestros) y de reportes en la escuela, también se ha encontrado una consistencia a través del tiempo. Se administra de forma individual y es recomendable que el terapeuta lo aplique para poder obtener la información necesaria y ahondar en los puntos en los que podría ser valiosa la ayuda.

La **Línea Base retrospectiva (LIBARE) (Sobell & Sobell, 1992 adaptada al español por Echeverría, Oviedo & Ayala, 1998)²**.

El **Inventario de situaciones de riesgo de consumo de alcohol (ISCA) o Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISDC-A) (Adaptado a población adolescente por Martínez, Ruiz & Ayala, 2003)**. Previamente se ha reportado el objetivo y características globales de estos inventarios, sin embargo, se reportará brevemente su adaptación en población adolescente. El inventario final se conformó por 27 reactivos, repartidos en cuatro categorías: emociones agradables con otros, emociones desagradables, búsqueda de bienestar y momentos agradables con otros, obtenidos a partir de análisis factorial realizado al instrumento. El en caso del ISDC-A se tienen 4 opciones de respuesta que van de 0 (nunca) a 3 (casi siempre). La confiabilidad del instrumento fue de 0.92. Es un instrumento auto aplicable.

El **Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS) (Annis & Martin, 1985, traducción y adaptación al español por Echeverría & Ayala, 1997)** tiene como objetivo obtener la percepción del grado de confianza de la persona en cada una de las ocho situaciones de riesgo relacionadas con el consumo o con el consumo en exceso. El usuario localiza a lo largo de un continuo que va de 0% a 100% su propio porcentaje de seguridad en dichas situaciones. El 0% representa

² En la pagina 174 se ha descrito con anterioridad el objetivo y características de este instrumento

que “Definitivamente consumiría” en tanto que el 100% representa que “Definitivamente no consumiría”, es decir, que percibe con una gran seguridad abstenerse en esa situación.

Procedimiento

Específicamente, las sesiones fueron llevadas a cabo en las instalaciones del CEPREAA, con duración de 1 hora 1 vez por semana. Cabe señalar que el programa se estructuró de la siguiente manera: se llevó a cabo una sesión de Admisión y otra de Evaluación, se aplicó la inducción al Programa, se llevaron a cabo las siguientes sesiones de tratamiento. Sesión 1: Balance decisional y establecimiento de meta de consumo; Sesión 2: Situaciones de riesgo y planes de acción; Sesión 3: Establecimiento de metas de vida y consumo de Alcohol y otras drogas y Sesión 4: Restablecimiento de metas. Asimismo se llevó a cabo seguimientos a 1 y 3 meses. Y un seguimiento informal a los 6 meses vía telefónica, ya que el usuario no pudo asistir a sesión, por problemas de horario.

Resultados del tratamiento

Características socio demográficas

Usuario de sexo masculino de 17 años de edad, con un máximo grado de estudios de secundaria. En esos momentos no estudiaba y tampoco trabajaba. Sus padres lo apoyaban económicamente. Su nivel socioeconómico es medio. En la tabla 13 se aprecian estas características.

Tabla 13.

Características socio demográficas

Sexo	Edad	Máximo grado de estudios	Nivel socioeconómico
Masculino	17 años	Secundaria	Medio

Motivo de consulta

El motivo de consulta, reportado por el usuario consistía en dejar de consumir inhalables, sin embargo, cuando ingresó al tratamiento no estaba muy convencido de dejar el consumo, por un lado, se sentía presionado por sus padres para dejar de consumir, en algunos momentos llegó a sentirse obligado a hacerlo y por otro lado sí identificaba algunas razones de cambio, entre ellas: llevarse mejor con sus padres y no destruirse a sí mismo, es decir, sufrir deterioros y pérdidas en diferentes áreas de vida. De acuerdo a Prochaska y Diclemente (1992), su estado de cambio era contemplativo.

Historia del consumo

La edad en la que inicia el consumo fue a los 15 años de manera experimental, su consumo frecuente inicia a los 17 años (2 veces por mes aproximadamente 1 lata de 250 ml.), cabe destacar que en los últimos dos meses su consumo había aumentado, así como las consecuencias negativas del mismo. Sus principales situaciones de consumo eran en la unidad habitacional donde vive, en fiestas y en la azotea de su casa.

El PVC no es la única sustancia consumida, también la ingesta alcohol en exceso (2 caguamas o 6 tragos estándar) 2 o 3 veces al mes, sin embargo, mencionó en la primer sesión no querer abandonar el consumo de alcohol.

Patrón de consumo

A continuación en la tabla 14 se presentan las características de su consumo de PVC e meses antes de tomar el tratamiento.

Tabla 14.

Patrón de consumo de PVC

Variable	Resultado
Cantidad máxima por ocasión de consumo	1 lata de PVC de 250 ml
Cantidad mínima por ocasión de consumo	3 monas
Consumo total en los últimos 6 meses	11 latas de 250 ml
Días en abstinencia en los últimos 6 meses	60 días
Días en consumo en los últimos 6 meses	15 días
Años con problemas por el consumo	1 año
Tiempo de consumo por dosis	10 min (1 mona)
Promedio de tiempo de consumo entre dosis	Inmediato
Duración del episodio de consumo	12 horas
Gasto mensual en consumo	\$80.00

De acuerdo a los resultados del CIDI, el usuario presentaba 8 indicadores de dependencia a la sustancia. Uno de los más destacados es una vez que comenzaba a consumir PVC, no podía detener su consumo voluntariamente a pesar de las consecuencias negativas, sufrir síntomas de abstinencia de: sudoración y ansiedad, requerir de dosis mayores para sentir el mismo efecto y tener consecuencias sociales como: abandonar la escuela, problemas familiares y laborales.

Con relación a sus principales situaciones de riesgo, el usuario reportó: Momentos agradables con otros, emociones desagradables y necesidad física. Estas situaciones se pueden apreciar de manera más detallada en la tabla 15:

Tabla 15.

Principales situaciones de riesgo de consumo de PVC

Situaciones de riesgo	Pre-tratamiento
Momentos agradables con otros	80%
Emociones desagradables	70%
Necesidad física	75%

En cuanto al nivel de autoeficacia, a continuación en la tabla 16 se reportan las principales situaciones de menor nivel de autoeficacia, las cuales son: Emociones desagradables, conflicto con otros y presión social.

Tabla 16.

Nivel de autoeficacia de PVC

Situaciones de menor nivel de autoeficacia	Pre-tratamiento
Emociones desagradables	25%
Conflicto con otros	30%
Presión social	52%

Durante todo el tratamiento asistió puntual a su citas, se mantuvo atento y colaborador, pudo mantenerse en abstinencia en las 4 sesiones de tratamiento, así como en su primer y segundo seguimiento, solo que presentó consumos excesivos de alcohol, por lo cual se dieron sesiones adicionales al tratamiento.

Resumen de sesiones

Una vez descritas las principales características del consumo del usuario, previo al tratamiento, se brindara un breve esbozo de las sesiones de tratamiento y las estrategias llevadas a cabo.

Sesión inducción

En esta sesión el usuario conoció a detalle los efectos nocivos del PVC a nivel físico y psicológico, de esos efectos adversos identificó en el mismo los más graves a nivel físico y psicológico, entre ellos destacó: alucinaciones visuales y auditivas, menor trabajo en el corazón, dificultad para respirar, ardor de garganta; psicológicamente: delirios de persecución, dificultad para concentrarse y para recordar cosas. Cabe señalar que generó en el usuario un gran impacto algunas consecuencias del consumo de inhalables a largo plazo como el daño irreversible al cerebro. Tomó en cuenta sus principales situaciones de riesgo y realizó planes de acción para mantener su abstinencia, entre esos planes se destacan: mantener la mayor parte de su tiempo ocupado, pedir informes para ingresar a clases de natación, clases de guitarra y alejarse de situaciones de riesgo: no pasar por donde viven sus vecinos consumidores y en dado caso de encontrárselos resistirse a la presión, asimismo, no quedarse solo el fin de semana y no consumir alcohol en exceso, máximo 3 copas por ocasión.

Sesión 1 Balance decisional y establecimiento de meta de consumo

El usuario identificó más consecuencias negativas del consumo en relación a las positivas del mismo. Reportó haber presentado diversas consecuencias negativas por su consumo de inhalables, entre ellas: pérdida de confianza con sus familiares, ser despedido en dos ocasiones del trabajo por presentarse intoxicado al mismo, faltas en la escuela y abandonar sus estudios de bachillerato (llegó hasta el 4to semestre), físicamente sentirse cansado la mayor parte del tiempo y débil, dolor de garganta, psicológicamente presentar lagunas mentales, delirios de persecución e inseguridad.

Las consecuencias positivas de su consumo eran principalmente: *“Tener buenos viajes”*, *“Cotorrear con los amigos”*, olvidarse de los problemas y evadir responsabilidades.

Su meta de consumo de PVC es abstinencia, sus planes de acción para lograr esto fueron: ingresar a las clases de natación, tomar un curso de guitarra y alejarse de situaciones de riesgo. Su nivel de confianza para lograr la meta de abstinencia fue del 50%.

A pesar de que al inicio del tratamiento se mostró renuente de mantener su abstinencia del consumo de alcohol, accedió a reducir gradualmente su consumo dado que reportó al inicio de la sesión haber consumido en exceso y tener como consecuencia verse involucrado en una riña y sufrir golpes con otra persona. Para motivar al cambio en su consumo se analizaron otras consecuencias negativas del consumo de alcohol en otras ocasiones como: exponerse a riesgos (riñas, contagio sexual, asaltos, etc.), pleitos con sus padres y malestar físico (resaca). Por lo cual, se aprovechó esta sesión para dar las principales técnicas de

moderación del consumo de alcohol y establecer una meta de consumo para la siguiente semana. En donde su consumo máximo sería 4 tragos estándar.

Sesión 2: Situaciones de riesgo y planes de acción

El usuario identificó dos principales situaciones de riesgo de consumo de PVC. La primera fue consumir en su casa. Estableció como planes de acción, mantenerse acompañado la mayor parte del tiempo cuando este en casa y dedicar sus horas libres a actividades recreativas. La segunda situación de riesgo es consumir con sus vecinos, como principal plan de acción estableció evitar a toda costa pasar por donde consumen y en caso de encontrarse con ellos rehusarse al consumo al romper la interacción con ellos y poner un pretexto para irse.

En esta sesión el usuario reportó sentirse sin deseos de consumir la sustancia y haber aplicado sus planes de acción para las situaciones de riesgo de las previas sesiones como: alejarse de vecinos consumidores e inscribirse a clases de natación.

En cuanto al consumo de alcohol llevó a cabo estrategias de moderación como, consumir un trago estándar por hora. Reportó haber consumido en una ocasión 3 tragos estándar.

Sesión 3: establecimiento de metas de vida

En esta sesión el usuario reportó experimentar beneficios de mantenerse en abstinencia al ocuparse de actividades recreativas como la natación, tener una mejor relación con sus padres, sentir su cuerpo con mayor energía y relajado. Sus metas más importantes fueron: terminar el bachillerato, conseguir un empleo y tener amigas no consumidoras, de ser posible conseguir novia. En la tabla 17 se pueden apreciar a detalle los pormenores para el logro de estas tres metas:

Tabla 17.

Establecimiento de metas de vida

Metas	Razones de logro	Obstáculos para el logro de metas	Planes de acción para consumir sus metas
Terminar el bachillerato en línea	Poder encontrar un mejor trabajo en el futuro y hacer una licenciatura	Falta de computadora	Pedir informes de la inscripción al bachillerato, averiguar el inicio a clases, costo de colegiatura, etc. a través de internet o con conocidos

Metas	Razones de logro	Obstáculos para el logro de metas	Planes de acción para consumir sus metas
Conseguir un empleo	Tener recursos para sus necesidades económicas	Que esté retirado el empleo, en una zona peligrosa o complicado el horario	que actualmente estén estudiando el bachillerato. Buscar empleos que estén libres de situaciones de riesgo como encargado de tienda por diferentes medios como teléfono e internet, preparar su CV a partir de ese mismo día.
Conseguir amigos/novia no consumidores	Pasar momentos agradables de manera sana	Que vivan en una zona de peligro	Iniciar conversaciones con chicas que asistan a las clases de natación.

El usuario reportó el logro de estas metas como muy importante e identificó que recaer en el consumo de PVC echaría a perder el logro de las mismas puesto que se alejaría de nuevo de la escuela, no tendría trabajo y se alejaría de las chicas de su edad y no consumidoras.

Sesión 4: Restablecimiento de metas

En esta sesión se llevó a cabo una recapitulación de los elementos más importantes del programa como: principales razones de cambio, ventajas y beneficios del mantenimiento de la abstinencia, situaciones de riesgo, estrategias efectivas para cambiar, metas de vida y medios eficaces para alcanzarlas. Se dio reforzamiento positivo por todas aquellas conductas eficientes y estrategias que le permitieron continuar en abstinencia. El usuario revisó su gráfica de consumo de antes y durante el tratamiento, en la cual todo ese tiempo estuvo en abstinencia. Continuó con la meta de permanecer en abstinencia de PVC. Su nivel de autoeficacia aumentó a 100% en todas las situaciones, gracias a que se ha alejado de situaciones de riesgo, llevó a cabo sus planes de acción e identificó más ventajas y gratificación de llevar una vida libre del consumo de drogas.

En cuanto al consumo de alcohol se le recordaron las estrategias de moderación y estableció como meta la misma.

Medidas de impacto de la intervención

A continuación se presentaran las medidas de efectividad del caso, en principio de cuentas, el usuario reportó mantenerse en abstinencia durante todo el tratamiento, en ningún momento recayó durante y después del tratamiento. En la figura 8 se puede apreciar su patrón de consumo.

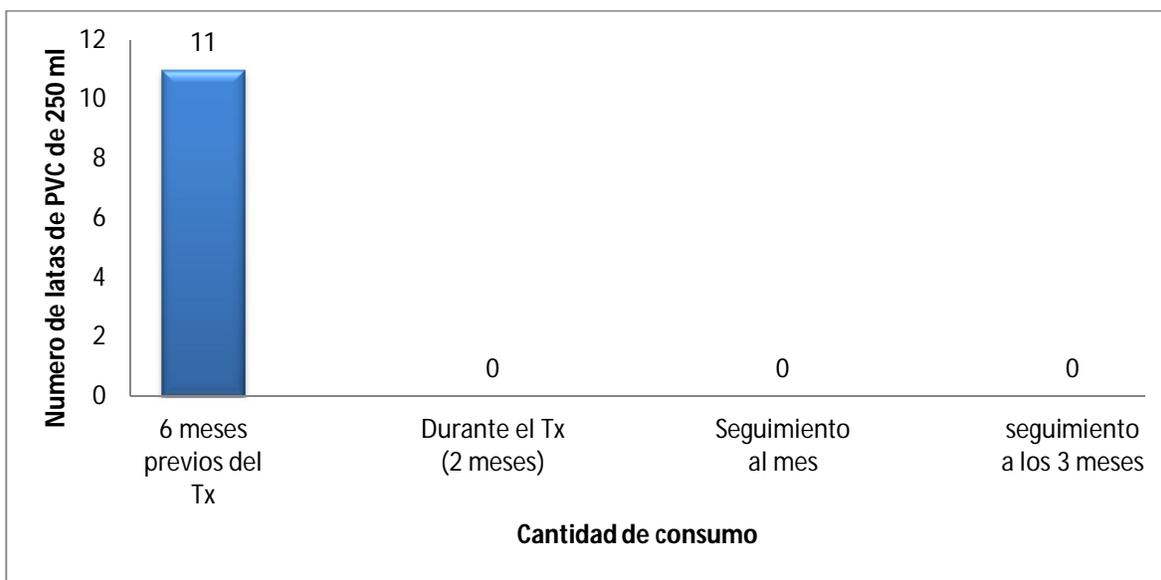


Figura 8. Patrón de consumo de PVC.

En la figura 9 se aprecian las principales situaciones de menor autoeficacia y su transición después del tratamiento, hasta el segundo seguimiento.

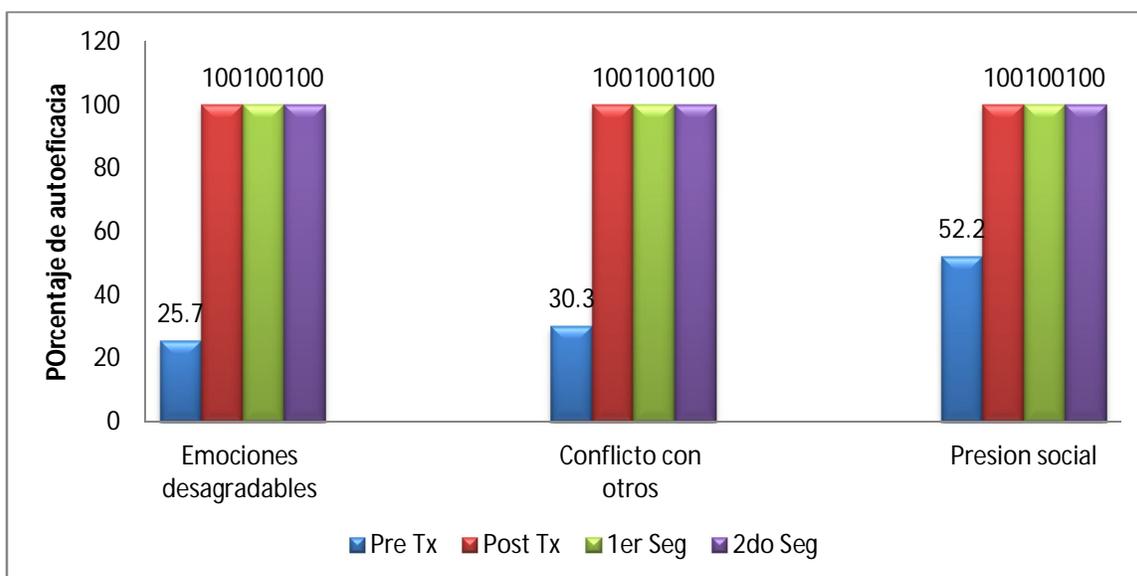


Figura 9. Nivel de Autoeficacia ante: emociones desagradables, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros.

Discusión

El usuario presentaba renuencia a dejar de consumir al inicio del tratamiento, asistió al mismo por presión de sus padres, sin embargo, a lo largo de las sesiones se encontraba más convencido de dejar de consumir por él mismo y no por la obligación o la presión de alguien más de hacerlo. Durante el tratamiento fue experimentando las ventajas de estar en abstinencia como: llevarse mejor con sus padres, físicamente sentirse con mayor energía y sin malestar, sentirse tranquilo y relajado, poder cumplir gran parte de sus metas y tener más amigos. Sus principales metas cumplidas son: haber encontrado un empleo con su papá en un sitio de taxis y después en un zoológico, inscribirse a un curso de regularización para ingresar a la preparatoria, actividades recreativas como prepararse para entrar en un concurso de rap, clases de natación y jugar x-box.

Gracias a que llevo a cabo sus planes de acción con constancia y atención, pudo superar sus principales situaciones de riesgo como momentos agradables con otros (vecinos de su unidad) al evitar compañías consumidoras, emociones desagradables (mencionaba en las sesiones que consumía normalmente cuando se sentía aburrido por no tener nada que hacer, enojo por pleitos con sus padres y tristeza por percibir pocas positivas en su vida como no estudiar y problemas en su familia).

Por tal razón sus niveles de autoeficacia aumentaron a 100% en todas las situaciones de riesgo de consumo, y se mantuvo así en los dos seguimientos posteriores al tratamiento. Asimismo su patrón de consumo cambió después de la intervención, ya que en ningún momento recayó y mantuvo su meta de abstinencia. Esto ayudo a que desaparecieran los síntomas de dependencia con los que inició su tratamiento.

Las sesiones extra al tratamiento consistieron primariamente en brindar estrategias de moderación del consumo de alcohol y planes de acción para las principales situaciones de riesgo de consumo. Durante el tratamiento bebió en exceso en dos ocasiones y posterior a ello consumió pero en menor cantidad, logrando la moderación. Las estrategias de moderación que le funcionaron fueron: beber un trago estándar por hora, comer antes de beber y durante y espaciar la bebida con bebidas sin alcohol como agua y refresco.

Finalmente, se llevó a cabo un tercer seguimiento a los seis meses vía telefónica, dado que el usuario trabajaba tiempo completo en el zoológico y se le complicaba por tiempos asistir a sesión. Mencionó seguir en abstinencia durante ese tiempo y seguir con sus metas de entrar al bachillerato. Sus planes de acción para seguir en abstinencia eran las mismas que había establecido en las sesiones previas al tratamiento (alejarse de sus vecinos consumidores y mantener su tiempo ocupado en actividades recreativas y productivas). Reportó haber bebido alcohol de en dos ocasiones en exceso (6 copas por ocasión) y en otras más ha cumplido su meta de moderación al llevar a cabo sus estrategias.

Caso 2

En esta institución se aplicó el *Programa de intervención breve motivacional para fumadores*³ a un usuario que buscaba el tratamiento con el fin de dejar de fumar. Ingresó al tratamiento gracias a que cumplía con los siguientes criterios de inclusión: saber leer y escribir, presentar un nivel de dependencia bajo o medio a la nicotina, no presentar trastornos psiquiátricos, acceder en participar en la intervención, así como estar de acuerdo con el consentimiento informado.

Instrumentos aplicados

Los Instrumentos aplicados se han descrito en el capítulo 2, en el apartado de Evaluación del hábito tabáquico, en la página 75.

Procedimiento

Las sesiones fueron llevadas a cabo en las instalaciones del CEPREAA, con duración de 1 hora 1 vez por semana. El programa se estructuró de la siguiente manera: se llevó a cabo una sesión de Admisión y otra de Evaluación, se llevaron a cabo las siguientes sesiones de tratamiento. Sesión 1: Tomando la decisión de dejar de fumar; Sesión 2: Identificando mis situaciones relacionadas con fumar; Sesión 3: Planes de acción para dejar de fumar y Sesión 4: manteniéndome sin fumar. Asimismo se llevó a cabo seguimientos a 1 y 3 meses vía telefónica. Y puesto que el usuario se encontraba trabajando y no podía asistir a sesión por dificultades de horario.

Resultados del tratamiento

Características socio demográficas

Usuario de sexo masculino de 30 años de edad, con un máximo grado de estudios de preparatoria. Su ocupación era: subgerente operativo de un cine. Su nivel socioeconómico es medio. En la tabla 18 se aprecian estas características.

Tabla 18.

Características socio demográficas

Sexo	Edad	Máximo grado de estudios	Nivel socioeconómico
Masculino	30 años	Preparatoria	Medio

Motivo de consulta

³ En la pag. 81 se desglosa a detalle los pormenores de esta intervención

Se había decidido a dejar de fumar porque una conocida sufría de enfisema pulmonar y esa situación le había impactado sobremanera. Empero, aún destacaba ventajas de seguir fumando, ya que refería en sesión que era algo que disfrutaba. Su ambivalencia lo sitúa en un estado de cambio contemplativo (Prochaska & Diclemente, 1992). No obstante, en la primera sesión comentó que tenía dos razones personales para cambiar: por cuestión económica (ahorrar el dinero gastado en cigarros) y para evitar problemas de salud, en esos momentos presentaba irritación de la garganta.

Historia del consumo

La edad en la que inicia el consumo fue a los 15 años de modo ocasional, sin embargo, llevaba 3 años de consumir 8 cigarros al día aproximadamente. Recientemente había aumentado la cantidad de consumo, básicamente en el último año, fumando un promedio de 10 cigarrillos al día.

Patrón de consumo

A continuación en la tabla 19 se presentan las características de su consumo de tabaco e meses antes de tomar el tratamiento.

Tabla 19.

Patrón de consumo de tabaco

Variable	Resultado
Media del consumo por ocasión	10 cigarros
Cantidad máxima por ocasión de consumo	20 cigarros
Consumo total en los últimos 60 días	469 cigarros
Días en abstinencia en los últimos 60 días	Ninguno
Años con problemas por el consumo	3 años
Tiempo de consumo por dosis	10 minutos
Promedio de tiempo de consumo entre dosis	1 hora
Duración del episodio de consumo	Todo el día
Gasto mensual en consumo	\$250.00

En la tabla 20 se muestran datos de la evaluación con relación al Nivel de dependencia, depresión, ansiedad, situaciones de riesgo de consumo.

Tabla 20.
Resultados de la evaluación

Variable	Resultado
Nivel de dependencia	Bajo
Depresión Ideas suicidas	Moderada Presentó hace un año por frustración en general con su vida y sentimientos de soledad.
Ansiedad Situaciones principales de consumo	Leve Necesidad física Conflicto con otros Malestar físico
Nivel de autoeficacia	Conflicto con otros 10% Necesidad física 20% Malestar físico 40%

Resumen de sesiones

A continuación se presentara un breve esbozo de las sesiones de tratamiento y sus resultados principales con el fin de una mejor comprensión del plan de tratamiento y los resultados de toda la intervención.

Sesión 1 Tomando la decisión de dejar de fumar

En esta sesión, el usuario estableció la decisión de dejar de fumar. Antes de llegar a tomar una decisión se le brindó una hoja con los resultados de su evaluación. Para el usuario fue muy impactante darse cuenta de la cantidad de cigarrillos consumidos en los dos meses y la cantidad de dinero gastada en cajetillas de cigarros. Al llevar a cabo el balance decisional, encontró más ventajas de dejar de fumar que de continuar con su consumo actual. Al establecer la meta del tratamiento eligió la reducción gradual del 30% en cada sesión, hasta llegar a la abstinencia. Su meta de consumo para esa semana fueron 6 cigarrillos máximos. Las ventajas que encontró para dejar el hábito fueron: mayor ahorro económico, ocupar el tiempo empleado en fumar para resolver otros problemas, reducción de malestar físico y evitar problemas en establecimientos por la ley antitabaco. Como desventajas únicamente encontró sentirse ansioso y evitar los rituales de convivencia a los que estaba acostumbrado.

Sesión 2: Identificando mis situaciones relacionadas con fumar

Se identificaron sus situaciones relacionadas con fumar. En esa sesión, al revisar el auto-registro, el usuario reportó haber consumido 5 cigarros al día, cantidad menor a la establecida en su meta semanal. Identifico sus principales de riesgo: estrés laboral, momentos agradables con otros como en fiestas y en momentos de soledad como escribir. Se redujo nuevamente la meta de consumo al 30%, es decir, fumar máximo 4 cigarrillos.

Sesión 3: Planes de acción para dejar de fumar

En esta sesión se llevaron a cabo planes de acción para cada situación de riesgo. La sesión se dividió en 2. En la primera parte se elaboraron planes de acción para sus situaciones principales de riesgo. En la siguiente sesión se le modelaron y ensayaron al usuario técnicas de relajación para el manejo de la ansiedad como: relajación muscular progresiva o con tensión-distensión y relajación mental o por imaginación. De esta manera, en la tabla 21 se aprecia a detalle los planes de acción para cada una de sus situaciones de riesgo, completando así las dos sesiones.

Tabla 21.

Planes de acción para las situaciones de riesgo

Situación de riesgo	Plan de acción
Estrés laboral y conflicto con otros	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar dinero justo para el pasaje y comida • No comprar cajetilla de cigarros • Evitar a amigos consumidores y solicitarles su apoyo para que no le ofrezcan • En los recesos del trabajo NO exponerse a situaciones de riesgo como: salir al lugar donde fumaba • En lugar de salir con compañeros fumadores, salir con amigos no consumidores a otro descanso • Ver alguna película para relajarse (Al trabajar en el cine tenía esos privilegios) • Otras estrategias para relajarse consistieron en platicar con compañeros de trabajo de algún tema simple y checar su correo electrónico
Momentos agradables con otros como en fiestas con amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir a lugares en donde está prohibido fumar públicamente • Solicitar apoyo a amigos para no ser invitado a consumir cigarros

Situación de riesgo	Plan de acción
Momentos de soledad como escribir	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar líquidos como agua o refresco • Deshacerse de encendedores, ceniceros, etc. (toda la parafernalia relacionada a fumar tabaco) • En caso de ansiedad tomar un café o té • Pensar en consecuencias positivas de lograr la abstinencia • Pensar en las consecuencias negativas y en los costos de seguir fumando

Sesión extra

En esta sesión se llevaron a cabo planes de acción extra para reducir su consumo a 2 cigarrillos y preparar al usuario para la abstinencia. Entre ellos destaca primordialmente ante el craving tomar muchos líquidos, pedirle a su mejor amigo que no le ofreciera tabaco, ir a logares públicos en donde estuviera prohibido fumar, no salir del edificio en donde se reúnen los compañeros fumadores del trabajo, seguir aplicando sus planes de acción previos, así como las técnicas de relajación.

Sesión 4: Manteniéndome sin fumar

En esta sesión se estableció como meta la abstinencia, al revisar sus planes de acción se concluyó que el usuario fumó en una ocasión un cigarro, después de haber presentado un problema muy fuerte en el trabajo. En particular, para esta situación, estableció planes de acción por si se llegara a presentar un evento similar en el futuro y mantenerse en abstinencia, propuso como plan en lugar de hacer corajes, hablar con la persona con la que presente el desacuerdo en términos positivos, no pasar por lugares en donde vendan tabaco y en consecuencia, tomar caminos más seguros. Interrumpir interacciones con compañeros consumidores e irse a un lugar más tranquilo a respirar profundamente y analizar la situación que generó el enojo con mayor calma.

Medidas de impacto de la intervención

A continuación se presentan los resultados de la evaluación post-tratamiento, en variables como autoeficacia y patrón de consumo.

En cuanto a su patrón de consumo pasó de 8 cigarrillos al día a 0 cigarros. Al terminar el tratamiento se llevó a cabo un seguimiento informal vía telefónica en el cual reportó continuar en abstinencia, en el segundo seguimiento reportó haber fumado esporádicamente 1 cigarro al día, esta recaída según lo que explicaba era debido a que quería seguir fumando de manera ocasional, ya que era un hábito que disfrutaba, sin embargo, reconocía las consecuencias negativas a corto, mediano y largo plazo, por lo cual decidió fumar de manera esporádica. La reducción gradual del consumo y los resultados del tratamiento se muestran en la figura 10:

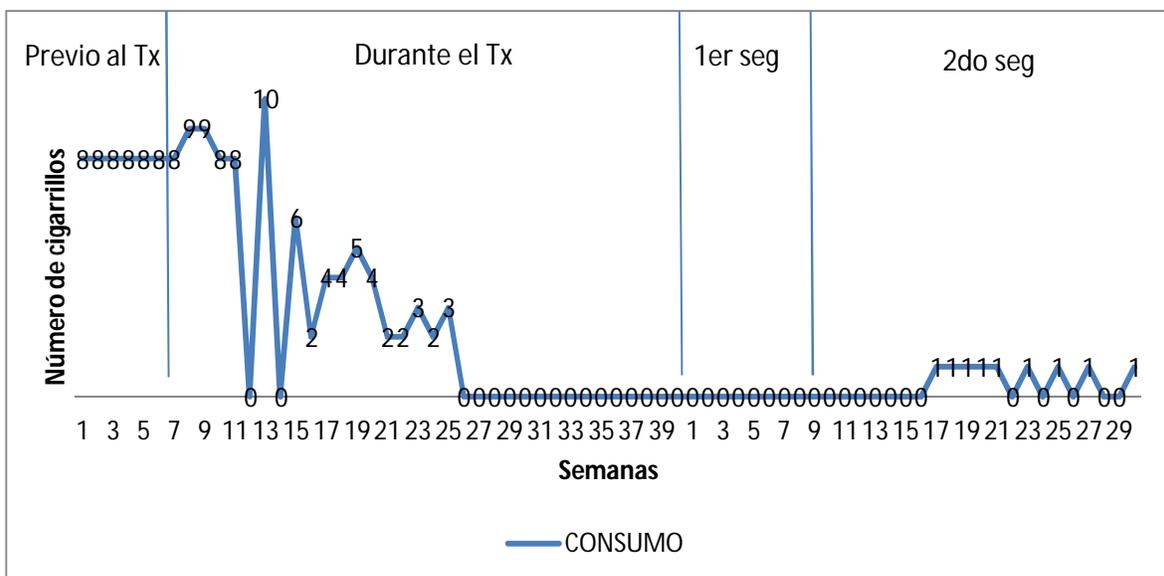


Figura 10. Patrón de consumo de tabaco, antes, durante y después del tratamiento.

En cuanto al nivel de autoeficacia, se aprecia en la figura 11 este aumento antes del tratamiento y después del mismo en las situaciones de emociones desagradables (85%), malestar físico (97%), emociones agradables (100%) y probando autocontrol (100%).

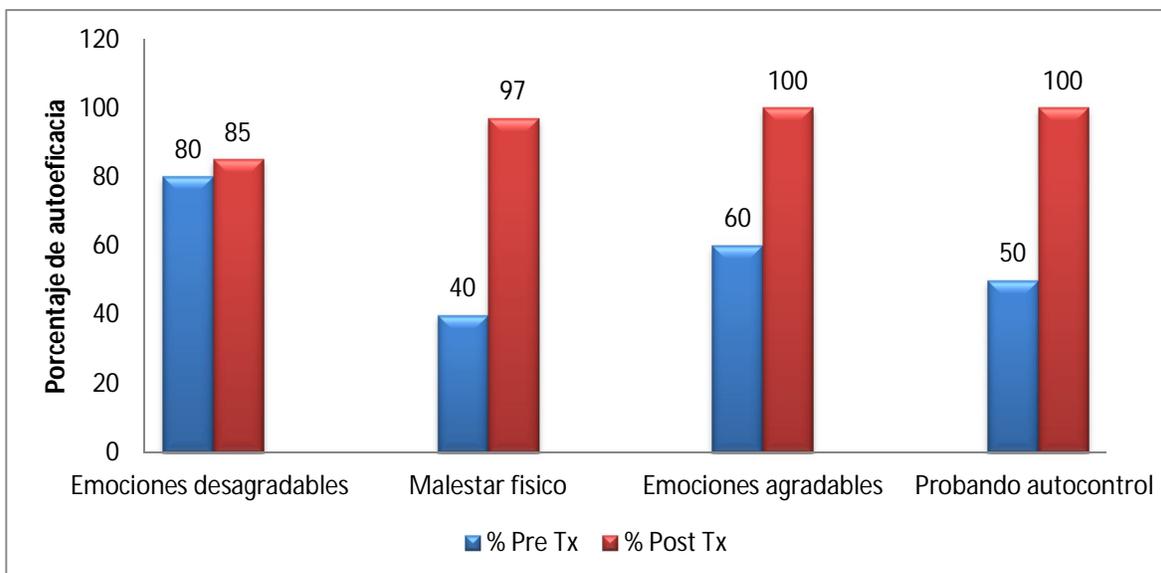


Figura 11. Nivel de Autoeficacia ante: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables y probando autocontrol.

Siguiendo esta misma tónica, se tiene el nivel de autoeficacia incrementado en otras cuatro situaciones de riesgo: necesidad física (98%), conflicto con otros (100%), presión social (100%) y momentos agradables con otros (98%). Se aprecia esta comparación en la figura 12:

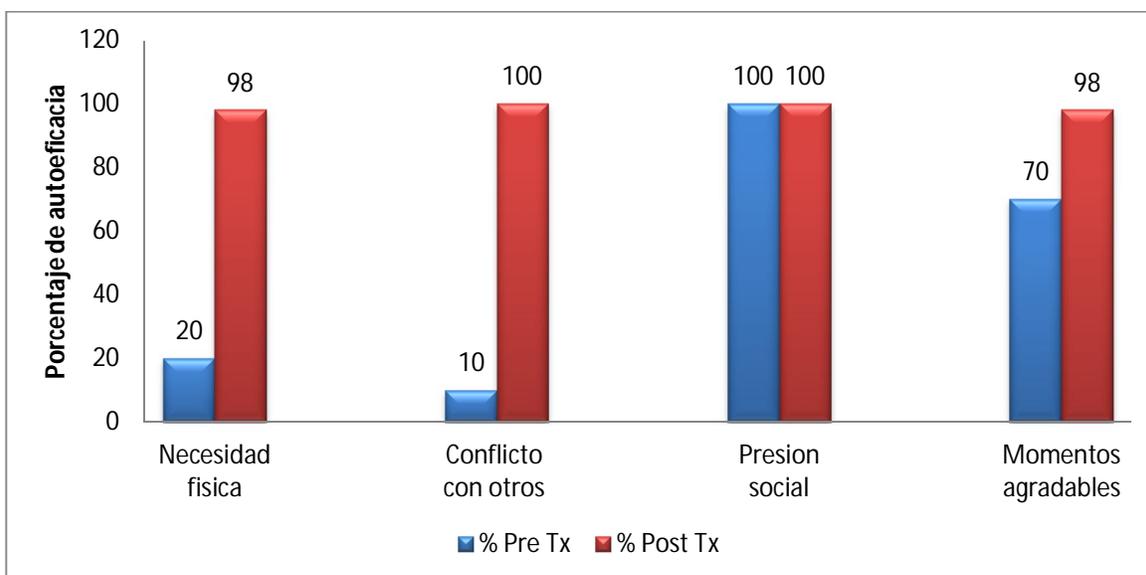


Figura 12. Nivel de Autoeficacia ante: necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros.

En cuanto a otras variables asociadas al consumo de tabaco, se tiene que en cuanto al nivel de dependencia, desaparecieron los síntomas e indicadores de la misma. El nivel de depresión y ansiedad disminuyó a mínima. Asimismo, reportó no tener ningún problema de salud y mermó contundentemente el malestar inicial con el que inició el tratamiento.

Discusión

Se puede mostrar que durante el tratamiento, el usuario mostró cuidado y constancia en la aplicación de sus planes de acción y los ejercicios de la sesión, lo cual favoreció que continuara adherido al tratamiento y consiguiera un descenso gradual en su consumo de tabaco. Sin embargo, dado que esta es una intervención breve hizo falta, dentro de la misma, contar con componentes de habilidades que ayuden al mantenimiento de la abstinencia como: control emocional (ansiedad, ira y tristeza). Se sugiere que se incorporen estos elementos, adaptándolos a las necesidades de los usuarios de tabaco. No obstante, en sesiones extra del tratamiento se le modelaron y enseñaron algunas habilidades de control emocional, dado que las emociones desagradables fueron de las principales situaciones de riesgo.

Al tomar en cuenta los resultados del tratamiento, se tiene que el tratamiento ayudó considerablemente a disminuir el patrón de consumo hasta llegar a la abstinencia y a su vez incrementó la autoeficacia en sus principales situaciones de riesgo como: conflicto con otros al pasar de 10% a 100%, necesidad física de 20% a 98% y malestar físico de 40% a 97%.

Al llevar a cabo el seguimiento informal al mes, el usuario reportó continuar en abstinencia y refirió haber hecho un juramento de que se iba a mantener libre de tabaco, ya que la persona que sufría enfisema pulmonar y por la cual había comenzado el tratamiento, estaba hospitalizada y a punto de morir, por tanto, mientras siguiera viva esta persona él seguiría en abstinencia. Se le hizo el hincapié que su decisión de dejar de fumar estaba en función de eventos externos (como el padecimiento de esta persona) y no en función de su propia responsabilidad. Se le exoneró a considerar las consecuencias de volver a fumar y si estaba dispuesto a pagar el precio. Refirió que en dado caso de volver a fumar sufriría las mismas consecuencias negativas de cuando fumada consuetudinariamente y eso significaría echar por la borda el esfuerzo y trabajo invertido en lograr su meta, así como la pérdida de las ventajas de estar en abstinencia. Por lo cual, reportó que continuaría en abstinencia.

En este seguimiento, se llevaron a cabo planes de acción con el fin de que continuara en abstinencia. Entre los que destacaba: alejarse de situaciones de riesgo en el trabajo (evitar los descansos en las zonas de fumar), mantener su tiempo ocupado en actividades sanas como caminar por el parque, leer y escribir poemas. Asistir a lugares públicos en donde esté prohibido fumar (momentos agradables con otros) y solicitar ayuda a sus amigos de no invitarle cigarros.

Posteriormente, en el segundo seguimiento a los tres meses, el usuario reportó haber tenido una recaída, dado que la persona había fallecido y él se había dado el permiso de volver a fumar porque el juramento había desaparecido. Al hablar abiertamente acerca de su decisión de volver a fumar finalmente aceptó que era una decisión personal de volver al hábito, sin embargo, refirió que para no sentir ni

experimentar las consecuencias negativas en toda su magnitud, no pasaría de fumar un cigarro, de hecho, el consumo que había tenido no pasaba de 1 cigarro y tampoco lo hacía diario, en promedio refirió haber consumido 1 cigarro cada tercer día. Se abrió la posibilidad de retomar la meta de abstinencia al hacer nuevamente un balance decisional, al darse cuenta de las consecuencias negativas que acarrearía el fumar tabaco. Comentó que se trataba fundamentalmente de daños a la salud (merma en su condición física, garganta irritada y piel reseca) y gasto económico, aunque ya no en la misma magnitud que al principio.

Al retomar las consecuencias del consumo de 1 cigarrillo indicó como meta fumar como máximo 1 cigarro por ocasión 2 veces por semana. Tomó esta decisión, ya que era un acto que disfrutaba. Al final de la llamada de seguimiento, asumió por entero su responsabilidad al asumir los pros y contras de su conducta y no poner en manos de alguien más su decisión de fumar o no y reconoció que solo él tenía el poder de moderar su consumo o continuar en abstinencia.

Se puede mencionar de este caso que el tratamiento sirvió para en algunos meses lograr la abstinencia e incrementar el nivel de autoeficacia en las primordiales situaciones de riesgo. Al aplicarse los principales preceptos de la entrevista motivacional como las disonancias cognoscitivas, la escucha reflexiva, empatía y reformulación, el usuario finalmente asumió su responsabilidad y pudo disminuir su patrón de consumo a 1 cigarro ocasionalmente.

Caso 3

En esta institución se llevó a cabo el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC)⁴ a que a un usuario que había sido llevado por su mamá para que fuera atendido para dejar el consumo de cocaína. Los criterios de inclusión para ingresar al tratamiento son: solicitar el servicio por problemas con el consumo de cocaína, ser hombre o mujer mayor de 18 años, en caso de que haya consumo de otras sustancias, la cocaína debe ser la sustancia de preferencia, es menester saber leer y escribir, acceder en participar en la intervención, así como estar de acuerdo en lo planteado del consentimiento informado. Como criterios de exclusión se encuentran: que el usuario requiera de desintoxicación o que tenga alguna complicación orgánica y/o psiquiátrica. El usuario cumplía con los criterios de inclusión, sin embargo, cabe señalar que previo a este tratamiento había sido diagnosticado con un problema de trastorno bipolar y en esos momentos estaba tomando medicamentos, por tal razón, fue aceptado en el programa.

Instrumentos de evaluación

Los Instrumentos aplicados fueron: Cuestionario de Abuso de Drogas, el Inventario de situaciones de consumo de drogas y la Línea base retrospectiva (LIBARE), mismos que se han descrito previamente en este capítulo en la página.

⁴ En la pag. 153 se desglosa a detalle los pormenores de esta intervención

No obstante, algunos otros instrumentos no se han descrito y que son importantes para la evaluación de este programa, los cuales son:

El Cuestionario de Autoconfianza del Uso de Drogas (CACD) Annis & Martin (1985), adaptado al español por De León, Pérez, Oropeza & Ayala (2001) se conforma por 60 afirmaciones sobre situaciones de consumo de drogas. El objetivo del CACD es conocer la confianza que tiene el usuario para rehusarse al consumo. Debido a la longitud del cuestionario se le pide al usuario que lo conteste en casa, en un momento en que esté tranquilo para que pueda imaginarse cada una de las situaciones que se le presentan. Los resultados del CACD se discuten con el usuario como parte de las actividades del primer tópico.

El Autoregistro (Méndez, Vázquez & Oropeza, 2006) en el TBUC se emplea un autorregistro, del consumo de cocaína y del deseo de consumir; se le entrega al usuario desde la sesión de admisión y constituye una de las tareas a realizar, sesión a sesión, durante todo el tratamiento.

El Inventario de Síntomas de Consumo (Ángel & Oropeza, 2006) incluye un total de 81 síntomas físicos y psicológicos que experimentan algunos usuarios de drogas después del consumo, tanto a corto como a largo plazo. El objetivo es conocer los síntomas que ha presentado el usuario después de consumir cocaína al mes y en los últimos 12 meses. El terapeuta aplica el instrumento preguntando la frecuencia de los síntomas y la intensidad en una escala del uno al cinco, en la que uno representa la menor intensidad y cinco la mayor.

El Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias es un cuestionario que está basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV, American Psychiatric Association), consta de 13 preguntas cuyas opciones de respuesta son SI o NO. El objetivo del instrumento es conocer si el usuario tiene dependencia a la cocaína o si reúne los criterios de abuso de drogas. Las preguntas las hace el terapeuta y se refieren a situaciones de consumo durante los últimos 12 meses. La forma de calificación consiste en contar las respuestas SI en cada una de las siguientes tres categorías: Abuso: este diagnóstico es propio para los usuarios que hayan contestado SI a las primeras cuatro preguntas y hasta dos de la cinco a la 13. Dependencia: se infiere que existe dependencia si el usuario contestó SI a tres o más preguntas de la cinco a la 13. Dependencia fisiológica: esta categoría se emplea cuando el usuario contestó SI a las preguntas cinco a ocho (Oropeza, 2006).

Procedimiento

Las sesiones fueron llevadas a cabo en la clínica del CEPREAA, con duración de 1 hora 1 vez por semana. El programa se constituyó de la siguiente manera: se llevó a cabo una sesión de Admisión y otra de Evaluación, se llevaron a cabo las siguientes sesiones de tratamiento: balance decisional y establecimiento de metas, Identificar y manejar pensamientos sobre cocaína y Decisiones aparentemente irrelevantes.

Resultados del tratamiento

A continuación en la tabla 22 se muestran de manera resumida los resultados de las sesiones de admisión y evaluación en las cuales se destacan primordialmente las características sociodemográficas más importantes como: sexo, edad, escolaridad y ocupación, así como el motivo de consulta y razones de cambio.

Tabla 22.
Resultados de Admisión

Sexo	Edad	Escolaridad y ocupación	Consumo de otras sustancias	Motivo de consulta
M	20	Bachillerato trunco (2do semestre) Desempleado	Alcohol ocasionalmente y no en exceso (máximo 4 t. e.) Mariguana ocasionalmente (1 o 2 veces al mes) en cantidad de medio cigarro a un cigarro completo	Mantener su abstinencia del consumo de cocaína (llevaba 4 meses en sobriedad). Dado que era llevado por su madre, se mostraba un tanto ambivalente de dejar el consumo, puesto que mencionaba que le daba una sensación placentera recordar cuando consumía y del “ <i>destrampe</i> ”, por lo cual, ingresó al tratamiento en un estado de disposición al cambio contemplativo (Prochaska & Diclemente, 1992).

Es importante señalar que el usuario había estado en tratamientos previos para dejar el consumo de alcohol y drogas, entre los principales: anexo y en grupos de autoayuda. En el momento de recibir el tratamiento psicológico por parte del TBUC, el usuario seguía viviendo en una residencia tipo “granja” en la que no maltrataban a las personas adictas y podían vivir tranquilamente por un tiempo. Cabe señalar que solo lo dejaban salir bajo autorización de su mamá por unas cuantas horas. Asimismo, había estado hospitalizado un año previo al tratamiento por haber combinado varias drogas como: cocaína, mariguana, alcohol y los medicamentos que tomaba (clonazepam y risperdal) y haber sufrido una parálisis motora y grave intoxicación. Posterior a ello lo internaron en un psiquiátrico por dos meses al presentar una crisis esquizofrénica (No indicó que diagnóstico le dieron en esos momentos).

Asimismo, estaba convencido de que la sustancia principal era la cocaína, ya que en previas ocasiones había desatado episodios de manía extrema y psicosis aguda, al consumirla sola o en combinación de otras sustancias, por lo cual tuvo que ser hospitalizado y presentó severas consecuencias en todas las áreas de vida. Ex professo, su principal razón de no consumir cocaína era evitar ser

anexado nuevamente en alguna granja de AA, estar hospitalizado en un psiquiátrico, tomar otros medicamentos para las crisis psiquiátricas y por último, llevarse mejor con su mamá.

Cabe señalar que como consecuencias negativas de su consumo apuntó que en tres áreas principales de vida se había visto más afectado, entre las que se encuentran: escolar: haberse cambiado de escuela 4 veces en el último año; familiar: robo a su mamá, agresividad física (haber roto varios vidrios de su casa); personal: deterioro físico e intento de suicidio; en la amistad: haberse alejado de amigos no consumidores.

Patrón de consumo

A continuación se presentaran en la tabla 23 las características principales del patrón de consumo del usuario previo al ingreso del tratamiento.

Tabla 23.

Patrón de consumo de cocaína

Variable	Resultado
Media del consumo por ocasión	1.5 gr.
Cantidad máxima por ocasión de consumo	2.5 gr.
Consumo total en los últimos 6 meses	68.5 gr.
Días en abstinencia en los últimos 6 meses	138 (4 meses y medio)
Años con problemas por el consumo	3 meses
Tiempo de consumo por dosis	15 minutos
Promedio de tiempo de consumo entre dosis	5 minutos
Duración del episodio de consumo	2 horas
Gasto mensual en consumo	\$14,000.00

Resultados de Admisión y evaluación

Es relevante mencionar que el usuario a pesar de llevar poco tiempo consumiendo, fue casi inmediato que comenzara a tener problemas relacionados

con el consumo de cocaína, así como haber desarrollado una dependencia por la sustancia, que al ser evaluada dio como resultado: severa. Asimismo, se presentan a continuación en la tabla 24 sus principales situaciones de riesgo.

Tabla 24.

Principales situaciones de riesgo de consumo de PVC

Situaciones de riesgo	Pre-tratamiento
Necesidad física	61%
Emociones desagradables	57%
Tiempo placentero con otros	47%

Discusión

El usuario sólo completó tres sesiones de tratamiento, en las cuales le costaba trabajo poner atención y concentrarse en los ejercicios, por lo cual, se decidió que solo algunos ejercicios se llevaran a cabo y adaptar otros a su nivel de comprensión. Desde el comienzo, el usuario manifestó gran resistencia por seguir tomando el medicamento para su enfermedad psiquiátrica, mencionaba que eso lo volvería más adicto incluso que la cocaína. En todo momento que surgían estos pensamientos se llevó a cabo una reestructuración cognitiva, en la cual se refuto cada pensamiento y se buscó evidencia para cada uno de ellos. Por lo que, cambió muchos pensamientos relacionados al uso de medicamentos. Sin embargo, en una ocasión faltó a su cita y no se comunicó, posterior a ello, gracias a informes de su madre reportó que el usuario había consumido marihuana en exceso (de 2 a 5 cigarros al día) y había dejado de tomar sus medicamentos. Asimismo, se rehusaba a ir sesión psicológica.

Posteriormente se reanudó la comunicación, el usuario afirmó que seguía consumiendo marihuana y que no quería retomar las sesiones de tratamiento. Empero, se llevó a cabo una breve intervención telefónica en la que se realizaron disonancias cognoscitivas y técnicas motivacionales con el fin de que reconsiderara la opción de estar en abstinencia de marihuana y de cualquier sustancia como la cocaína. También el hecho de retomar sus sesiones con el psiquiatra para que ajustara la dosis del medicamento que requiriese tanto para síntomas de abstinencia como para el trastorno psiquiátrico que requiriese.

En este caso de comorbilidad psiquiátrica era fundamental la adhesión a ambos tratamientos para lograr éxito tanto en la abstinencia como en el control del padecimiento psiquiátrico. Finalmente, el usuario accedió a retomar sus sesiones psicológicas, en la cual reportó haber consumido en esa semana en menor cantidad y frecuencia. Se le había solicitado que asistiera libre de consumo a la sesión. En la sesión no presentó síntomas o señales de haber consumido, sin embargo, manifestó señales de poca concentración a los ejercicios y su habla era incoherente. Por lo cual, la sesión se detuvo y se mantuvo comunicación con la madre, en la que se le instó a que continuara su hijo el tratamiento farmacológico, ya que de lo contrario sería imposible continuar con las sesiones de tratamiento

psicológico. Se le explicó el riesgo de algún brote psicótico, un intento de suicidio, se agudizara la enfermedad psiquiátrica y se intensificara su dependencia a la sustancia con todos los problemas que esto implica. Se le dieron opciones de tratamientos accesibles y gratuitos como varios hospitales psiquiátricos (Fray Bernardino Álvarez e Instituto Nacional de Psiquiatría, centros toxicológicos, consulta privada, etc.). La madre acordó en convencerlo y llevarlo lo antes posible con el fin de anticiparse a estos graves problemas.

A la semana siguiente, la madre del usuario mencionó que hijo había tenido un brote psicótico en el cual tuvo un intento de suicidio al querer aventarse del quinto piso; con la ayuda de vecinos y ella misma impidió que cayera del edificio. El usuario se había negado por completo a llevar a cabo un tratamiento psiquiátrico adecuado a sus necesidades por el miedo a ser internado y seguir tomando medicamentos, asimismo, siguió consumiendo marihuana. Por lo cual, como consecuencia inminente tanto los problemas psiquiátricos como de la adicción se agudizaron a tal grado de tener un intento de suicidio.

Por esta situación fue internado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz por dos meses para el control de su padecimiento psiquiátrico. Posterior a ello, al ser dado de alta, continuó con el tratamiento farmacológico sólo por una semana, en la cual, volvió a consumir marihuana. El usuario se empeñó en continuar consumiendo y no ingresar a ningún tratamiento psiquiátrico o psicológico. En un intento desesperado su madre lo internó en el Centro de Integración y Atención a la Juventud (CIAJ) en Irapuato, dado que en otra clínica como el CAIS Torres de Potrero, la permanencia en el centro es voluntaria y el usuario no quería internarse en ningún lugar. Por lo cual, ante esta situación está internado en este anexo. Con la madre se mantuvo la comunicación, hasta la fecha y se ha extendido el apoyo de continuar en terapia más adelante.

Caso 4

El tratamiento a familiares de consumidores de alcohol y/o drogas es fundamental para el manejo de tensión, estrés y secuelas negativas vividas como resultado de la adicción de su familiar, en el CEPREAA se aplicó el Modelo de Intervención Breve para Familiares de usuarios de Alcohol y Drogas⁵ con la madre de un usuario consumidor ocasional de marihuana. Por lo cual, se describirá el estudio de caso del familiar, su evolución desde el inicio de la intervención y una representación significativa de las sesiones de tratamiento.

Procedimiento

Las sesiones fueron llevadas a cabo en la clínica del CEPREAA, con duración de 1 hora 1 vez por semana. El programa se constituyó de la siguiente manera: se

⁵ En la pag. 51 se desglosa a detalle los pormenores de esta intervención

llevó a cabo una sesión de Admisión y otra de Evaluación, así como 5 sesiones de tratamiento.

Resumen de sesiones

Sesión 1

El propósito principal de esta sesión consistió en indagar el motivo de consulta, la problemática que vivía en su hogar, principalmente por el consumo de su hijo, asimismo, se indagó más acerca de la historia del consumo, así como, explorar las expectativas que tenía acerca del tratamiento. A continuación, se presentan los principales datos socio-demográficos, expuestos detalladamente en la Tabla 25:

Tabla 25.

Datos sociodemográficos

Sexo	Edad	Escolaridad:	Ocupación:	Estado Civil	Parentesco con el usuario
M	51 años	Técnico en secretariado	Empleada domestica	Casada	Madre

El Motivo de consulta consistió principalmente preocupación por que descubrió a su hijo bajo el efecto de la mariguana y quería que él ingresara a un tratamiento especializado para el consumo de sustancias.

La familiar solicitó información a Locatel, con el afán de que le facilitaran los datos de algún centro de atención para los consumidores de drogas, ahí le dieron el teléfono de una trabajadora social y ésta le proporcionó los datos del CEPREAA. Fue ahí donde solicitó una cita para ella, buscando ante todo que le ayudaran a convencer a su hijo de que asistiera a Tratamiento.

La familiar es originaria de Puebla, se ha desempeñado como empleada domestica por varios años, a pesar de haber estudiado técnico en secretariado, nunca ejerció su profesión y se dedico única y exclusivamente a ser ama de casa. Es madre de cuatro hijos el mayor (26 años) encargado de un deportivo, el siguiente hijo (24 años), estudiante de ingeniería mecánica en el IPN, su hijo E. (22 años) está terminando sus estudios en la escuela normal para maestros, es el usuario en cuestión y su hija menor M. (15 años), es estudiante de bachillerato. Su esposo (52 años) es chofer del RTP.

En principio de cuentas la familiar comentó sentirse muy preocupada porque hace dos meses (antes de ingresar al tratamiento) descubrió a su hijo bajo los efectos de sustancias, específicamente de la mariguana. Ese fue el principal motivo para solicitar ayuda. Comentó que la ocasión en que lo descubrió bajo los efectos de la mariguana fue un día en el cual su hijo llegó más tarde de lo habitual a su casa,

ella lo notó un tanto raro, porque según lo que expresa la familiar, tenía la mirada perdida, los ojos rojos y se mostró exageradamente relajado, posteriormente su hijo entró al baño y tardó más de media hora en salir. Esta situación le preocupó sobremanera, por lo cual, lo instigaba para que saliera del baño y le diera una explicación de qué era lo que estaba pasando. Una vez que su hijo salió del baño, ella lo confrontó y lo acusó de haber llegado drogado a su casa. La reacción de su hijo en un primer momento fue de consternación, pero posteriormente asumió que si se había drogado, diciéndole a la familiar "*Sí mamá vengo drogado*". En ese momento crucial, su hijo se metió a su cuarto y actuó como si no pasara nada. Ante esta confesión la familiar se sintió alarmada, muy enojada y desesperada por buscar ayuda porque le parecía una problemática mayúscula.

De este modo la familiar refirió que esta situación de alguna manera ya la esperaba porque hacía un año aproximadamente había descubierto en el cuarto de su hijo "*unas semillitas*", las cuales se le hacían muy raras, al no tener una clara idea de que podría ser se las enseñó a su marido y este le dijo que era droga, mariguana específicamente. La familiar también reportó haber notado que hacía un año aproximadamente su hijo prendía velas aromáticas e incienso en su cuarto, suponiendo que lo hacía para disimular el olor producido por la mariguana, y que también pasaba mucho rato en el baño fumando mariguana. Ella encaró la situación en múltiples ocasiones pero su hijo le decía que solo lo hacía para armonizar su ambiente y que no pasaba nada.

Una vez que la problemática no fue encubierta más y que su hijo aceptó haber consumido mariguana, le prometió a su mamá que ya no lo haría nuevamente y que se comprometería a dedicarse más a sus estudios y a otras actividades que no estuvieran relacionadas con el consumo. Sin embargo, la familiar no le creyó y constantemente revisaba su mochila, su habitación y cosas personales, hasta que dos días después del incidente halló en su mochila una bolsita con mariguana, la cual le confiscó a su hijo y empleó para sus reumas colocándola en una botella de alcohol. Posterior a ello cuando su hijo llegó de la escuela le comentó que había encontrado una bolsa con mariguana, él se molestó porque su mamá le revisó sus cosas y ella justificó su acción por que ella no creía que su hijo había dejado de consumir.

La familiar reportó sentirse muy angustiada, se le dificultó conciliar el sueño y lleva varios días con insomnio, mucha angustia y gastritis. Lo que más le angustia es que su hijo siga consumiendo sustancias y que se junte con "*los vagos de la esquina*" que según comentó la familiar, son jóvenes consumidores de alcohol y drogas y por ende, una mala influencia para su hijo.

La familiar insistió para que su hijo ingresara a tratamiento y le iba a comentar que requería que la acompañara a un lugar pero no le iba a decir a donde iría, justo en el momento de estar en el CEPREAA le iba a comentar a su hijo de que se trataba todo. La entrevistadora hizo hincapié en las posibles consecuencias negativas que eso implicaría, empero la familiar hizo caso omiso y aseguro que sería la única manera de que su hijo asistiera a sesión.

Su hijo bebe alcohol, por lo que ella comenta moderadamente, no más de tres copas por ocasión, pero lo que no le agrada a la familiar es que lo haga con los vecinos, mismos que ella considera muy mala influencia para su hijo.

La familiar siente que ella ha hecho algo malo como madre, tiene mucha culpa porque según ella, no cumplió suficientemente bien su papel de madre, asimismo, comentó con lágrimas en los ojos *“No sé que hice o que no hice para que mi hijo esté en esta situación, en qué falle como madre”* porque su hijo consumió drogas, lo cual ella considera como algo muy malo. En este momento, se llevó a cabo una reflexión en torno a la culpa que sentía dado que la mayoría de los padres y madres creen que son responsables de la conducta de los hijos y esto genera malestar. Por lo cual, se le instó a reflexionar que según los estudios de jóvenes consumidores de alguna droga se llegó a la conclusión de que los hijos que tenían padres disfuncionales consumían drogas, los hijos que tenían padres moderadamente disfuncionales también consumían drogas y los hijos que tenían padres maravillosos también consumían drogas. Este comentario fue pertinente, ya que le permitió recapacitar en que ella no era culpable ni responsable de su hijo, de ser así, todos sus hijos serían adictos a sustancias, delincuentes o cuestionados por el estilo.

Cabe destacar que los únicos miembros de la familia que saben del consumo de su hijo son ella y su esposo, la familiar considera que no es pertinente que sus otros hijos se enteren de que su hijo consumía drogas porque puede ser mal ejemplo para ellos. Su esposo ante esta situación habló con su hijo una vez y le aconsejó que es malo drogarse, que ya no lo hiciera más.

Finalmente, se le mencionó que el objetivo de las sesiones consiste básicamente en que la persona no solo aprenda a enfrentar adecuadamente el consumo de sustancias, sino que encuentre satisfacción en diversas áreas de su vida como al nivel personal, afectivo, físico, etc. y que el principal propósito era no solo ayudar a su hijo sino primordialmente a sí misma.

Sesión 2

Antes de iniciar la sesión la familiar llevó a su hijo para que se le hiciera una entrevista en el CEPREAA, la entrevistadora habló con el joven explicándole que sólo se trataba de una breve charla acerca de su consumo y una leve evaluación, de esta manera pasó con otro terapeuta del centro para que se le hiciera la entrevista.

Una vez más se le recordó a la familiar que el objetivo principal del tratamiento consistía en no sólo tener formas más efectivas de enfrentamiento con la problemática de su hijo, sino ayudarla a ella a sentirse más satisfecha y plena como persona. La familiar inició la sesión comentando que su hijo se había molestado sobremanera con ella porque no lo dejó ir a un concierto, en el cual según la familiar se consumiría grandes cantidades de droga, ella no le permitió a

su hijo esa salida y le dijo que si no tenía nada que ocultar que fuera con ella al concierto de otra manera no le permitiría asistir al mismo. Su hijo se resignó a no ir pero la dejó hablando sola en la calle. Ella se sintió muy mal por esta situación y refirió estar muy “sentida con su hijo” y no quererle hablar porque para ella había sido una gran ofensa su desplante. Asimismo, requirió a la terapeuta que a su hijo se le haga un antidoping para estar 100% segura de que no consume, porque ella no cree en que él dejó el consumo. También solicitó a la entrevistadora de que requiera conocer la información de las sesiones de tratamiento de su hijo, con el afán de saber cómo tratarlo para no tener conflictos. Se le indico que esa era información confidencial y que solamente competía en la sesión tratar asuntos sobre ella, no tanto con respecto a asuntos particulares de las sesiones que lleva su hijo.

En esta sesión se le explicó acerca de los diferentes maneras de enfrentamiento, y se analizó cuales eran las ventajas y desventajas de enfrentar de la manera en la que lo había estado haciendo, es decir, de una forma muy controladora e invasiva con la privacidad de su hijo. Al analizar las ventajas encontró que era una manera efectiva de descubrir las cosas indebidas de sus hijos, por ejemplo mencionó que al mayor le encontró una revista pornográfica y un CD XXX, también a su hijo le descubrió la droga, entonces para ella es una manera efectiva de descubrir las “cosas malas” que hacen sus hijos. Como desventaja encontró que sus hijos se molesten por invadir su espacio, aunque refiere que el enojo es momentáneo y que luego se les pasa. De esta manera ella comentó que prefería enfrentar de esta forma aunque generara animadversión de sus hijos.

También comentó no sentir ni el menor gramo de confianza por las actividades que hacía su hijo, por esta cuestión le revisaba su cartera y cosas íntimas como su mochila. Basaba su falta de confianza en que ella le había dado dinero a su hijo para que comprara ciertas cosas que iba requiriendo ya sea para la escuela o para su tratamiento de ortodoncia, y posteriormente, día siguiente le revisaba su cartera y se daba cuenta de que aún tenía el dinero que le había dado el día anterior, por lo que ella deduce que era dinero para comprar droga. Se le cuestionó acerca de esta idea, si realmente tenía bases y fundamentos o pudo haber sido otra razón por la cual su hijo tenía el dinero, ella afirma que la única respuesta posible es que su hijo quería el dinero para obtener marihuana, dado que él no genera dinero y ella es su única fuente de financiamiento económico. Se le hizo notar que posiblemente su hijo podría haber estado ahorrando dinero, ante lo cual, ella indica que es poco probable esto puesto que ella le da únicamente lo exacto para sus gastos de la escuela. De esta manera mostró demasiada renuencia a aceptar otras opciones alternas a su creencia infundada.

La familiar refirió que su papel como madre ha sido salvaguardar la seguridad de sus hijos, proveerles buenos ejemplos, y alejarnos de lo que ella considera pernicioso. Generalmente les pone de ejemplo a los vecinos, los cuales los considera como unos vagos, que no pasaron de estudiar la secundaria y son obreros en la actualidad. Y ella les hace notar que si es exigente con ellos es a causa de quiere que sean hombres de bien, que estudien y sean independientes.

Empero, seguía sin reconocer que algunas conductas que manejo con sus hijos son confrontativas, persecutorias y controladoras (revisarles sus cosas, cerciorarse con pruebas tangibles que sus hijos le dijeran la verdad), lo cual ha generado que sus hijos se alejen de ella y en ocasiones hagan todo lo opuesto a lo que ella les exige y sugiere. En algunas ocasiones se le había hecho notar esto con fundamentos objetivos, no obstante, ella seguía pensando que hacia lo correcto.

Comentó sentirse mal no solo por la pelea que tuvo con su hijo, sino por el hecho de extrañar a su hijo mayor que actualmente vivía en unión libre con una mujer que ella considera muy mala para su hijo ya que tiene 32 años, es divorciada y tiene 2 hijos y el solo 26. Ella ve mal esta relación y por tanto su hijo se ha alejado de ella y ella sufre mucho en este sentido ya que comenta que él la acompañaba a todos lados y siempre estaban juntos.

Finalmente se le hizo notar de manera reflexiva, es decir, con ejemplos reales de su relación con su hijo, que ese estilo de enfrentamiento ha generado únicamente resentimiento, nula confianza de sus hijos para con ella y distanciamiento, sin embargo perseveró en la idea que ella lo hacía por su bien y los beneficiados solo serian ellos. Se le dejó de tarea reflexionar en los costos de este comportamiento, así como en todas las desventajas que le ha traído, para que en la siguiente sesión se establecieran formas más funcionales de enfrentamiento que le pudieran aportar mayores beneficios.

Sesión 3

En esta sesión se exploró más a profundidad los estilos de enfrentamiento se le explicó a detalle aquellos que son más propositivos y funcionales como el independiente y el asertivo, asimismo, se exploró las desventajas que le ha ocasionado el enfrentamiento controlador y confrontativo. Al iniciar la sesión se hizo un puente con la anterior y se le solicito que comentara el análisis de las desventajas de su manera de confrontar controladoramente, ella negó que hubiera alguna desventaja y que solo le había favorecido a evitar que sus hijos hicieran algo malo.

Se le hizo hincapié que la manera de enfrentamiento era confrontativa y controladora, lo cual le ha ocasionado no solo que su hijo se aleje de ella, no le tenga confianza, sino que la relación se desgaste más hasta llegar a la separación definitiva, un mayor resentimiento de su hijo para con ella, así como un desgaste emocional, traducido en angustia y malestares físicos como los dolores de cabeza, insomnio y gastritis. Se le advirtió también que el papel como madre no es ser una mujer policía que solo viva a la expectativa de que los demás hagan lo que ella considera correcto, sino que la función de los padres es dotar de armas a sus hijos para que pudieran salir adelante en la vida para que ellos se encargaran de defenderse en la vida así, como asumir las consecuencias de sus actos, tanto correctos como equivocados. Empero, ella se molestó bastante porque de alguna

manera se le confrontó, especialmente porque ella refirió que desde que sus hijos eran chicos les esculcaba sus pertenencias, tanto las cosas de su habitación, mochila y demás cosas personales, con el afán de saber que no estuvieran haciendo cosas indebidas.

La familiar necesita cerciorarse de que su hijo le está diciendo la verdad, al llamarle por teléfono a ver si esta con la persona que dice estar. Por ejemplo, cuando él le dice que está con su novia ella le llama por teléfono y le dice “a ver pásame a tu novia quiero hablar con ella”, él lo hace a pesar le molesta bastante lo que hace su madre, por temor a engendrar un problema mayor. Ella comenta que hace esto porque su hijo generalmente le miente, en una ocasión él le dijo que iría a ver a su novia y ella llamó para asegurarse de que era verdad, descubrió que su hijo estaba con unos amigos en una fiesta. La familiar le dijo: *“Tu me estas mintiendo, no estás con tu novia, pásame a la persona con quien estas”*

Por otro lado, la familiar ilustró que su infancia fue muy difícil, vivió en el campo y a los 12 años tuvo que venir a la ciudad a trabajar, vivía ella sola y tenía que hacerse cargo de su supervivencia, porque no había nadie que velara por ella ni por su seguridad, comenta que esto la hizo muy fuerte y una mujer de bien, que jamás llegó a caer en “vicios” o relacionarse con gente problemática, es por ello que les exige a sus hijos lo mismo, que sean hombres de bien, especialmente teniendo todo el apoyo de sus padres, por esta razón ella se ha sentido defraudada y desvalida, cree que sus hijos le han pagado mal y no consideran todo el esfuerzo que ha hecho ella para sacarlos adelante.

Refirió que sus padres eran alcohólicos y que vivió mucha violencia intrafamiliar, ejercida del padre a su madre, ya que constantemente la ofendía, gritaba y golpeaba. Ambos padres fallecieron de cirrosis hepática, su madre a los 46 y su padre a los 50. Esto la marcó muchísimo, ella considera que se quedó “traumada” por el consumo de alcohol excesivo de sus padres y es por ello que en su niñez y adolescencia procuraba no relacionarse con personas consumidoras de alcohol y otras sustancias, refirió que su esposo no bebe y por esta razón sentirse a gusto con él.

Al analizar diversas fuentes de apoyo social, la familiar explicó no sentir apoyo social de ninguna persona, ni siquiera de su esposo, que siempre le había dejado el papel de educar y cuidar a sus hijos. Asimismo, mencionó no tener amigos y tener graves problemas con sus vecinos, ya que en el pasado tuvieron un problema legal, ya que su vecina demandó a la familiar por haber roto el parabrisas de su auto, así como de haberse metido en su casa y romper vidrios, muebles y vasos de cristal, lo cual mencionó la familiar, fue una calumnia, sin embargo no procedió esta demanda y ella salió favorecida. Asimismo la percepción de apoyo en su familia comentó no llevarse bien con uno de sus hermanos al cual lleva más de 7 años sin hablarle por problemas con la herencia de su la casa de sus padres, y con sus demás hermanas a pesar de llevarse bien con ellas, viven muy lejos y tienen muchos más problemas que ella para ayudarla en momentos de necesidad.

Por último, se le dejó de tarea dejar de revisar las cosas personales de sus hijos y cuando tuviera sospechas de que le estuvieran mintiendo en algo, se acercara a ellos y les platicara sus dudas. Así como, buscar algún tipo de actividad recreativa como en algún centro comunitario, cursos de algo que a ella le interesara así como un deporte. Ella se mostró reacia y poco convencida de estas tareas pero mencionó que las llevaría a cabo en la siguiente semana.

Sesión 4

El hijo de la familiar ya no se presenta a sesión por presiones en la escuela, explicación que la familiar inicialmente reportó, no obstante, posteriormente indicó que su hijo le dijo que ya no iba a ir a la terapia aunque a ella no le gustara. Esto le ha producido dolores de cabeza intensos por toda la semana y preocupación acerca de la decisión de su hijo.

Señaló que a pesar de esta preocupación intensa, ya ha dejado más libre a su hijo, sin tanta coerción. Por ejemplo, en ese fin de semana, su hijo se fue con su novia fuera de la ciudad a una fiesta de un familiar de ella, comentó que como siempre, le llamó por teléfono para saber si habían llegado bien, mencionó que si hacia eso era porque *“tengo que observarlo por el bien de él”*, pero ya no pidió hablar con su novia para corroborar que estaba con ella y no con alguien más, para evitar problemas con su hijo y aunque con dificultad, darle un voto de confianza. Comentó también que le hizo la recomendación a su hijo de no beber mucho, mencionó que *“mi hijo tiene que salir aunque a mí no me guste”*. Siente que aún sigue consumiendo su hijo ya que ha notado un olor a cigarro en la ropa, aunque ya no lo ha notado raro. Se dio cuenta de esto porque normalmente le ordena los cajones de la ropa y ahí es cuando se ha dado cuenta los *“olores raros a cigarro”*. Según la familiar sus hijos saben que limpia sus cajones, han manifestado en primera instancia cierto enojo pero después se les pasa al ver su cuarto ordenado.

Se le hizo notar que era importante respetar la privacidad de su hijo y ponerse en su lugar de él. Se le preguntó qué sentiría ella si alguna persona se metiera a su cuarto a revisar sus cosas personales, ella explicó que efectivamente sus hijos le esculcan sus cosas como sus cajones de ropa o su bolsa, que le preguntan *“¿Por qué tienes esto y aquello?”*, asimismo, ella se sorprende de que falte algo en su cajón de ropa o en su bolsa, asimismo refirió que sus hijos cuando eran más pequeños tomaban dinero de su monedero para chucherías o las maquinitas, pero ella no hizo nada al respecto. Indicó no afectarle que los demás esculquen sus cosas, ya que ella no tiene nada que ocultar.

Comentó que se sentía con temor a la soledad, se sentía frustrada con su vida puesto que no había podido ejercer su oficio de secretaria, ya que se casó a los 23 años, también que se sentía inferior a los demás, dado que ha habido personas prepotentes y que han querido hacer alarde de saber o ser más que ella. Como

ejemplo de esto desde que era niña siente que se burlaban de ella otras niñas por su problema de visión. También que le gustaría ayudar a más personas a ejercer sus derechos pero sin humillar. Sin embargo, indicó también que siempre ha sido independiente, nunca ha pedido permiso a nadie de nada porque ella nació libre, que siempre ha hecho lo que ha querido “de hecho ni a mi marido le pido permiso”. Se le hizo la observación de que si ella se consideraba tan libre y era su derecho, también los demás gozaban del mismo.

Refirió que la mayoría de las veces esta angustiada. En este momento se le comentó nuevamente que los resultados de su evaluación indican una ansiedad muy intensa así como una depresión moderada, por lo cual es necesario el trabajo con esas emociones que le afectaban también a nivel físico. Por tanto era importante que pusiera más atención en ella misma y por un momento dejara de preocuparse por sus hijos y marido. En este momento comentó que le han prescrito medicamentos para controlar la ansiedad y depresión: Diazepam e Imipramina. Pero que no se los tomaba porque consideraba que no era para tanto tomar esos medicamentos. Se le sugirió que tomara los medicamentos como le había indicado el médico y que en subsiguientes sesiones se seguiría tratando esas problemáticas relacionadas a sus emociones. Sin embargo, debido a su alto nivel de malestar emocional, la entrevistadora le sugirió asistir al Instituto Nacional de Psiquiatría para que llevara un tratamiento farmacológico adecuado que complementara las sesiones del programa de familia. No obstante, consideró que no sería muy viable debido a que queda muy retirado de su domicilio (Ecatepec) y que mejor iría de nuevo al Seguro Social para darle seguimiento a su tratamiento.

En pos de generar un estilo de enfrentamiento independiente se le recordó de la tarea de la búsqueda del curso o actividad recreativa, sin embargo ella señaló que no estaba en sus posibilidades económicas y de tiempo por el trabajo, así como la lejanía, por lo que prefería seguir haciendo quehacer en su casa como terapia ocupacional. A pesar de discernir otras posibilidades económicas o gratuitas en centros comunitarios ella se cerró y no quiso tomar en consideración esa opción.

En esta sesión se siguió trabajando cambios en las maneras de enfrentamiento así como planes de acción para conseguir mayor concentración en ella misma como es el caso de actividades recreativas y de crecimiento personal, sin embargo su resistencia en toda la sesión a cambiar e identificar las necesidades y problemas fue leve, sin embargo, gracias a que pudo percatarse de que su hijo se alejaba más de ella y de que en las ocasiones al presionar y vigilar más a su hijo, éste le mentía más, surgió un avance en la familiar, al disminuir el control excesivo y al ir comprendiendo poco a poco que necesita dejar ser ellos mismos a sus hijos y que es responsabilidad de ellos el resultado de sus acciones y de nadie más. En estos momentos se reforzó esta actitud y se reafirmaron las consecuencias positivas de poner mayor confianza en sus hijos como una mejor relación.

Sesión 5

La familiar comentó que últimamente su hijo había estado muy presionado por estar a punto de titularse y acaba de terminar su tesis, por lo cual, lo percibe muy estresado y también por esta razón no se ha presentado a sus sesiones. Ha notado que hace mucho ejercicio físico para liberar el estrés, empero, la familiar considera que es excesivo y pensaba que quizás por esto su hijo seguía drogándose porque era anormal para ella un joven que realiza mucho ejercicio. Se le hizo hincapié que los efectos de la marihuana producen pérdida de coordinación motora, asimismo, que la marihuana afectaba el rendimiento físico dado que logran el THC afecta los reflejos, movimientos y coordinación de las personas que la consumen. Se le indicó que era un aspecto positivo para liberar estrés y tensiones. A lo cual, se mostró más tranquila y sin visos de mayores dudas.

En esta sesión la familiar mencionó sentirse más tranquila en relación a las semanas anteriores, aun así reportó sentir síntomas de malestar físico como dolores de cabeza, pero menos intenso que la sesión anterior, indicó sentirse un tanto nerviosa porque a uno de sus hijos le dio fiebre y dolor de anginas, por lo cual, se sintió muy alterada, durmió intermitentemente, ya que uno de sus hijos durmió en la misma habitación que ella, aunque en otra cama, para que ella lo cuidara en caso de que él llegara a necesitar algo. Se le hizo la observación de que su hijo estaba bastante mayor para ser atendido de manera tan íntima, sin embargo, ella insistía en que eran necesarios sus cuidados.

Por otro lado, señaló que había asistido al Seguro Social para continuar con su tratamiento farmacológico y que el doctor le prescribió tomarse 1 pastilla diariamente de cada medicamento. Esto también ha coadyuvado a eliminar síntomas insidiosos especialmente de la ansiedad.

Sin embargo, al iniciar la sesión, se hizo una reflexión profunda de los temas abordados en sesiones anteriores, cómo que el estilo de enfrentamiento controlador ha ocasionado resultados contraproducentes, es decir, diametralmente opuestos a los esperados como una mejor relación familiar. Ella justifica esa manera de enfrentar argumentando que si ha querido controlar las acciones de sus hijos es porque es su responsabilidad *“Yo lo hago porque los quiero, no me gustaría que algo malo les pasara”* asimismo mencionó que ha llegado a golpear a su hijo con un palo debido a que ha desobedecido sus órdenes. Por ejemplo, el último día que lo golpeó fue porque él se fue a una tocada de su barrio sin su consentimiento, ella lo buscó y al llegar al lugar hubo una trifulca con varios jóvenes, por lo cual la familiar estalló en ira al darse cuenta de que su hijo podría haber estado en peligro. En este momento se hizo un análisis minucioso de las ventajas y desventajas de esta manera emocional de enfrentar, sin embargo, la familiar interrumpía constantemente diciendo que lo hizo porque ella tenía el derecho de exigirles un buen comportamiento porque ella siempre les había dado buenos ejemplos.

Sin embargo, comentó que en estos últimos días ha estado apoyando emocionalmente a su hijo por la carga de estrés tan intensa debido a su tesis, dándole palabras de aliento, así como apoyo económico, especialmente para imprimir su tesis, empero considera que no ha tenido la oportunidad de platicar más a profundidad de otros temas con él. Pero que la situación ha mejorado porque ya no han discutido acerca del consumo, y ella tampoco le recrimina a su hijo que es un mentiroso. Asimismo ha dejado de revisarle la mochila y su cartera, al darse cuenta de que si él quiere a pesar de que ella ejecute estas acciones, seguirá consumiendo o haciendo lo opuesto a lo que ella espera de su hijo.

Por otro lado, debido a su poco, sino es que nulo, apoyo social, la entrevistadora le sugirió a la familiar que podría servirle asistir a grupos de Al-Anon, en donde se brinda apoyo a familiares con un miembro de la familia con alguna problemática de consumo, ya que aunque su hijo aparentemente no esté consumiendo, la problemática que experimentó con sus padres en la infancia, pudo haber generado excesiva aprehensión y ansiedad por el consumo de sustancias de alguien más, sobre todo si es otro significativo. Y también son grupos donde el apoyo social es muy grande, y en determinado momento podría serle de bastante utilidad a la familiar. Ella se mostro entusiasmada y dispuesta a asistir.

La familiar requirió más sesiones para tratar otros asuntos relacionados a distintas problemáticas familiares, empero comentó haberse sentido bien con las sesiones, aunque aún le cueste trabajo no querer estar a la expectativa de lo que sus hijos hagan sea lo correcto, ya que ha sido la manera de tratarlos desde que eran niños, refirió que ha sido de utilidad para ella darse cuenta de que necesita cambiar para que la relación con su hijo mejore y en sí, con toda la familia.

Por lo cual se le dio una cita para la siguiente semana, pero se le solicitó que en esa ocasión llevara a su esposo para comenzar a involucrarlo más en las responsabilidades de su familia y a ella paulatinamente ir compartiendo la responsabilidad a su cónyuge. Anteriormente se la había solicitado esto pero ella alegaba que su esposo no tenía tiempo por el trabajo y no le veía muchas ganas de asistir a las sesiones, sin embargo comentó que haría el intento de convencerlo, para que al menos pudiera asistir a una.

A la semana siguiente, indicó que su esposo no podía ir a las sesiones por falta de tiempo y complicaciones en su horario de trabajo, sin embargo, se le hizo hincapié, que era muy importante que el padre conviviera más con los hijos y asumiera mayor responsabilidad. Por lo cual, ella tendría que instigarlo en términos positivos a hacerlo, al señalarle a su esposo las ventajas de este cambio como: una mayor integración familiar, unión y buena relación con sus hijos. El resultado final de esta intervención consistió en llamadas telefónicas, en las que se supervisaron los planes de acción como evitar llamar constantemente al teléfono de su hijo, esculcarle las cosas y recriminar sin fundamento, en lugar de eso, iniciar conversaciones y promover el dialogo. Ante lo cual, refirió haber tenido avances en ello al ya no inspeccionar las cosas personales de su hijo, ya que al cambiar estas actitudes, le había permitido llevar una mejor relación con su hijo.

Asimismo, se llegó a la conclusión de que por más que ella quiera manejar la vida de sus hijos “por su bien”, ellos son personas con libre albedrío y que finalmente ellos tomaban decisiones muy independientes de la voluntad de ella, por más bienintencionada que fuera. Le costó trabajo aceptar este hecho, sin embargo, cedió al final porque refirió que lo último que quería era que sus hijos se alejaran de ella, y con esas actitudes era lo único que estaba logrando en lugar de un acercamiento positivo y buena relación de madre a hijo.

Discusión

Es de vital importancia señalar que este caso ha sido particularmente complejo, por las maneras de enfrentamiento poco funcionales que ha venido empleando la familiar para con su hijo y su resistencia a cambiar. Para ella una manera de darle sentido a su vida es vigilar que las acciones de los demás vayan de acuerdo a lo que ella considera correcto. Demostró que el significado de su existencia estaba alrededor de la vida de sus hijos, especialmente de la búsqueda de realización de sus expectativas morales y del deber ser. La familiar piensa que es justo lo que les pide puesto que ella considera que entregó su vida a los hijos, les dio buenos ejemplos y siempre se preocupó de que tuvieran una educación adecuada así como valores y principios, sin embargo, nunca comprendió que ese cumplimiento de su función de madre no le daría el derecho de entrometerse en las vidas de sus hijos, así como pretender tomar decisiones por ellos, aunque ella considere que lo hace por su bien.

Quizás lo anterior explique por qué busca de manera obsesiva hallar una evidencia que señale que sus hijos la necesitan porque van por mal camino y están tomando las decisiones equivocadas, como es el caso de la droga o la pornografía, esto cumple una función vital para la familiar por que le da un sentido de utilidad y aprecio que busca ganar a través de ese comportamiento controlando a los otros. Lo importante es generar ese sentimiento de valía, pero no a través de la persecución de los otros sino de un amor propio y un crecimiento personal, por esta razón se le sugirió que se ocupase en actividades social-recreativas que le ayudaran a darse un espacio de solaz con ella misma y sentimiento de utilidad, empero su resistencia al cambio es fuerte y el temor a perder el placer de poder controlar a los otros. De esta manera se buscaran en las sesiones subsiguientes mayores alternativas que le ayuden a conseguir este propósito.

Su aislamiento y bajísimo apoyo social también han contribuido en que su vida se centre en los demás miembros de su familia, especialmente en los varones, de la misma manera el casi nulo involucramiento de su esposo para con las problemáticas de sus hijos y en su relación con ella la ha motivado a buscar en sus hijos lo que su esposo no le brinda que muchas veces es tiempo y compañía. Esto le ha generado sentimientos de soledad, frustración y profunda tristeza que pretende llenar manipulando las vidas de sus hijos.

Por eso, el entendimiento de que esas maneras con las que ha venido enfrentando las diversas problemáticas no le fueron útiles fue muy difícil desterrar,

ya que le daban sentido a su vida, lo cual la llevaba a minimizar las consecuencias negativas de su manera de proceder y le daba gran peso a las ganancias de ejercer el control o a la confrontación. De cualquier manera, las estrategias empleadas en las diversas sesiones como disonancias cognoscitivas, confrontación sutil, planes de acción (principalmente reservarse de esculcar las cosas de sus hijos, llamarle constantemente por teléfono, ocupar su tiempo libre en actividades recreativas, consentirse, tomar su medicamento, etc.) , análisis de ventajas y desventajas de sus enfrentamientos le genero un leve progreso en su cambio de pensamientos y creencias arraigadas con relación a los mismos, pero también a la constancia de no faltar ni un día a sus sesiones y poner todo el empeño en continuar el tratamiento y ayudar tanto a su hijo como a sí misma.

Asimismo, el enfrentamiento emocional, violento e intimidatorio que ha manejado con su hijo, como las amenazas de ir por él, sospechas, golpes, chantajes con el dinero, etc. le ha generado cierto estatus de poder, especialmente al engendrar temor en sus hijos, en lugar de cariño y respeto, sin embargo, ya se está dando cuenta de que no es efectivo, ya que su hijo mayor, ya no la visita ni le llama por teléfono. Por lo cual se trabajó en las sesiones que la asertividad y respeto por la vida de los demás era algo que debía implementar en su vida, si es que no quería que sus hijos se alejaran de ella, la confianza se perdiera, así como la comunicación eficaz.

Es entendible, hasta cierto punto, que su nivel de ansiedad sea elevado, por el consumo de sustancias, por la historia familiar de consumo excesivo de ambos padres y sus fatídicas muertes por cirrosis hepática, sin embargo, es necesario que ella asimile esta experiencia a conciencia para que no siga afectando en su dinámica familiar. Amen de lo anterior, se le sugirió que sería útil trabajar con grupos de autoayuda como Al-Anon que le ayude a resignificar su experiencia, así como incrementar las fuentes de apoyo social.

Debido a que la complejidad del caso y de que se obtuvieron algunos avances como: brindar mayor confianza en su hijo y un poco más de libertad, así como los progresos paulatinos en las sesiones como: la disminución del control en sus hijos y la merma de síntomas de ansiedad y depresión en ella, se reforzó en la última sesión las acciones a lograr para un enfrentamientos independiente y asertivo. El haber trabajado en un caso tan complicado, representó un reto importante no sólo de poder cumplir con los propósitos de este tratamiento, sino de ayudar a generar cambios positivos en una persona obstinada y renuente a modificar su dinámica de enfrentamientos nociva.

Lo que ayudó a la evolución del caso fue brindarle a la familiar la perseverancia y estímulo en los planes de acción, tales como: dedicar más tiempo en actividades personales y recreativas, motivarla constantemente a lograr cambios en la manera de enfrentar al notar las consecuencias positivas de alcanzar una mayor autonomía, independencia y asertividad, generar discrepancias cognitivas en los estilos de enfrentamiento poco eficaces al valorar las consecuencias positivas y negativas, reforzar los logros y conductas eficientes antes mencionadas, continuar

insistiendo hasta que ella lograra hacer cambios aunque pequeños pero constantes. De esta manera, se continuó trabajando con ella otros aspectos que incidieron en otras áreas de su vida, para conseguir cabalmente el objetivo. Sin embargo, no se llevó a cabo la evaluación post tratamiento puesto que la familiar dejó de asistir a sesión y al contactarla vía telefónica externó su necesidad de continuar con estilos de enfrentamientos tendientes al control y emocionales, no obstante de las consecuencias negativas que eso le generaba, ya que se empecinaba en pensar que era la mejor manera de comportarse con su hijo. Se le ofreció continuar con las sesiones y seguir con el tratamiento.

CAPITULO 5: REPORTE DE CASO UNICO

Introducción

Como objetivo nodal del manejo de la adicción en términos, no solo del logro de abstinencia, sino a partir de un cambio significativo en la satisfacción de vida del usuario, se llevó a cabo el PSC, previamente reportado como uno de los tratamientos más contundentemente efectivos para el tratamiento de la dependencia severa a sustancias, así como la mayor parte de problemáticas asociadas en nuestro país.

El objetivo de presentar un caso único es, no solo, demostrar la efectividad de la intervención intra-sujeto aplicada, como es en este caso el PSC, sino de abrir las puertas a nuevos cursos de acción, progreso y mejora en los programas, lo cual se traduce en abrir nuevas puertas y preguntas de investigación, con el fin de mejorar las intervenciones psicológicas encaminadas en mermar esta problemática.

Por lo cual, se presentará un caso de un usuario con dependencia media al alcohol, con comorbilidad psiquiátrica (depresión y ansiedad) y con pérdidas y deterioro en diferentes áreas de vida.

En este capítulo se expondrá de manera detallada el caso con seguimiento a 3 meses, con el fin de dar a conocer de cerca las estrategias de intervención y habilidades clínicas aplicadas, representando de esta manera una visión práctica de los fundamentos teóricos probados (descritos en previos capítulos) de la efectividad de este programa.

Se presentará la descripción global del caso, los resultados de la admisión y tratamiento, resúmenes por sesión y resultados después de la intervención, así como de los tres seguimientos.

Descripción general del caso

Datos generales

Se trata de un varón de 49 años de edad, con licenciatura trunca en Ingeniería Eléctrica. Es casado y tiene una hija de 12 años. Su ocupación principal es un negocio propio de computación. La sustancia principal de su consumo consistía en alcohol y en bebidas como el whisky, tequila, mezcal, llegando a consumir hasta alcohol del 96.

El Motivo de consulta fue *“Quisiera seguir sin consumir alcohol, porque últimamente he sentido muchas ganas de tomar y me siento muy mal, muy ansioso, sé que si no voy terapia voy a volver a consumir”... Sic. Pac.* En sí,

mantener su abstinencia de alcohol". La inminencia de problemas relacionados al consumo que había experimentado previamente, lo hicieron tomar la decisión de ingresar a terapia lo antes posible, a pesar de que ingresó a tratamiento con 1 mes de abstinencia. El tipo de atención que solicitó fue consulta externa.

Antecedentes familiares del consumo: tiene 5 hermanos consumidores de alcohol, su padre y abuelo paterno. Asimismo la mayor parte de su familia política es consumidora de alcohol.

Por otro lado, cabe señalar que una vez que el usuario fue aceptado por la institución para tomar consulta externa, se dio inicio al tratamiento del PSC con duración de 1 hora a 1 hora y media una vez a la semana. Además del PSC, el usuario recibió tratamiento farmacológico y sesiones de terapia familiar 2 veces al mes, aproximadamente.

Identificación de motivación para el cambio

Se identifica al usuario en estado de disposición al cambio de acción (Prochaska & Diclemente, 1992), puesto que al momento de solicitar el tratamiento, identificó consecuencias negativas por su consumo y se anticipó para no sufrir otra recaída al buscar opciones de tratamiento efectivas, en la entrevista conductual calificó su problemática de consumo de alcohol como: muy grave y consideró dejar de consumir como muy importante. Cabe señalar que a pesar de estar en abstinencia reportó que imperaba un malestar en general en su vida y que solo tenía dos salidas para controlarlo: o asistía a terapia o volvía a consumir, lo cual ya no quería más.

Al preguntarle cuál era su seguridad de no consumir reportó en una escala del 1 al 10, 7 puntos, lo cual se acercaba en sus propias palabras a sentirse inseguro de dejar de consumir sin ayuda profesional.

Problemas asociados al consumo

Sus razones para no consumir consistían principalmente, en evitar padecer las consecuencias negativas por su consumo como: pleitos con su esposa, problemas de comunicación con su hija, pérdida de confianza con la familia, deterioro de salud (primordialmente hígado graso), estado emocional afectado (depresión-ideación suicida- y ansiedad), lagunas mentales, alucinaciones, falta de concentración, problemas económicos graves (numerosas deudas con el banco), por mencionar las más destacadas durante la entrevista conductual. Identificó como la consecuencia más grave por su consumo estar a punto de divorciarse de su esposa, lo cual, lo podría llevar, según lo refería el usuario, a una depresión más fuerte y hasta a un suicidio.

Cronología de consumo

El usuario empezó a beber alcohol a los 18 años en bares, cantinas y casas de vecinos. Comenzó a consumir por tristeza y decepción consigo mismo ya que reprobó varias materias de la escuela y por haber decidido desertar de la misma. Su patrón de consumo en ese entonces fue en promedio de medio litro (12 tragos estándar) a 1 Lt (22 tragos estándar) 1 vez a la semana durante 22 años. A los 40 años dejó de consumir por 6 años gracias a estabilidad laboral, familiar y realizar actividades recreativas como Yoga. Nuevamente recayó por haber sido jubilado, por pérdida de actividades productivas, fallecimiento de padre, fallecimiento de suegros y presión social. La fecha de recaída fue el 9 de noviembre de 2006. Consumo de 17 copas en promedio semanales. Mantuvo ese patrón de consumo 3 veces al año.

Historia del consumo

Posteriormente se internó en el CAIS por 40 días en diciembre de 2007 por las consecuencias negativas de su consumo. Al salir del internamiento, acudió a terapias de consulta externa de psicoanálisis por 2 meses en el CAIS Torres de Potrero, sin embargo refirió que sentía que las terapias no le ayudaban a dejar de desear consumir de nuevo y tampoco se sentía contento en su vida, al contrario, percibía que los problemas aumentaban. Posterior a ello dejó de asistir y a los 2 meses recayó, consumiendo en promedio 17 copas a la semana, con un consumo consecutivo de 2 semanas.

Por lo cual, en ese momento sintió pánico de seguir bebiendo más fuerte y pasar por consecuencias negativas más graves, gracias a la sugerencia de un hermano fue a un grupo de AA. A pesar de que asistió en promedio 4 ocasiones, desertó, ya que no le agradó la dinámica del grupo, principalmente exponerse ante todos y ser tratado como un “*infeliz vicioso*”. Refirió que el grupo lo contuvo para no consumir en ese mes antes de recibir el PSC, sin embargo, su ansiedad por consumir crecía más y más. Sentía que tarde o temprano consumiría y en elevadas dosis. Por lo cual, decidió buscar ayuda nuevamente en el caso, esperando que en esta ocasión verdaderamente le funcionara y fuera efectiva.

En general, sus principales situaciones de consumo fueron: emociones desagradables como ansiedad, depresión, carencia de actividades recreativas fijas, conflictos familiares y de pareja y ofrecimientos de vecinos, familiares y amigos. La frecuencia de consumo durante los últimos 3 meses: 2 semanas consecutivas de consumir 17 copas en promedio por ocasión. La cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 3 meses fueron 17 copas.

Resultados globales de la evaluación

Resultados de admisión

Los instrumentos de evaluación ya han sido previamente reportados en el capítulo 4 pagina 176. Por lo cual, se dará inicio a reportar los resultados principales de la

sesión de admisión. En la cual, como se ha citado en previas ocasiones tiene como objetivo fundamental identificar si el usuario es candidato al programa y si cumple con los criterios de inclusión. Por esa razón, se evaluó el nivel de dependencia a la sustancia, el funcionamiento cognitivo del usuario y la escala de satisfacción. Dado que el usuario es un sujeto mayor de 18 años, sabe leer y escribir, un funcionamiento cognitivo adecuado, presenta un nivel de dependencia medio, es decir, con síntomas de retirada, aumentar la dosis por ocasión del consumo así como la frecuencia del mismo y problemas en diferentes áreas de vida (problemas familiares, pérdida de confianza, amenaza de divorcio, tener problemas económicos fuertes, depresión ansiedad, descuido en su higiene personal, lagunas mentales, etc.). En la tabla 26 se exponen a detalle estos resultados.

Tabla 26.
Resultados principales de admisión

Prueba	Puntajes obtenidos	Diagnóstico con respecto a la norma	Observaciones
Repetición de dígitos (Mide memoria inmediata auditiva)	9 Puntos	Funcionamiento cognitivo adecuado. Memoria auditiva, visual y coordinación motora fina.	
Símbolos y dígitos (Mide la memoria visual inmediata, así como coordinación visomotora)	12 Puntos	Funcionamiento cognitivo adecuado. Memoria auditiva, visual y coordinación motora fina.	El puntaje mínimo para ser candidato adecuado al tratamiento es de 6 puntos
Escala de dependencia al alcohol	28 Puntos	Dependencia media	Síntomas más graves: síntomas de temblores y escalofríos (retirada) mientras bebía tambalearse y zigzaguear, pánico al sentir que no podría beber otra copa, llevar una botella a la mano, después

Prueba	Puntajes obtenidos	Diagnóstico con respecto a la norma	Observaciones
Escala de satisfacción (mide la impresión subjetiva del usuario sobre la satisfacción. En diferentes áreas de vida)	Vida emocional: 1; Progreso en el trabajo, comunicación y hábitos personales: 2; Consumo, manejo de dinero: 3; Relaciones familiares: 4; legal: 8 y General: 2	No proporciona un diagnóstico	de tener periodo de abstinencia volver a beber en exceso, querer dejar el consumo y no haber podido. La escala va del 1 al 10 y mide la satisfacción en cada área de vida. En la mayoría de las áreas el nivel de satisfacción es bajo, asimismo, se identifica como un puntaje muy bajo en satisfacción general de su vida.

Resultados de evaluación

El objetivo de evaluar al usuario fue conocer su patrón de consumo de un año anterior al tratamiento, sus principales situaciones de riesgo de consumo o precipitadores, así como su confianza para poderse resistir al consumo en 8 diferentes situaciones. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Línea Base Retrospectiva (LIBARE) (Sobel & Sobel en 1992; adaptada al español por Echeverría, Oviedo & Ayala, 1998 en Barragán et al., 2006); Inventario de situaciones de riesgo de consumo de alcohol (ISCA) (Annis, Graham & Davis, 1988; adaptada al español por Echeverría, et al., 1998) y el Cuestionario de confianza situacional (CCS) (Annis & Graham, 1987; adaptado a población mexicana por Echeverría & Ayala en 1997). A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

Patrón de consumo de alcohol

El usuario consumió durante el año pasado (16 de junio de 2007 al 16 de junio de 2008) un total de 714 tragos estándar (t. e.), promedio semanal 119 t. e. y por ocasión de consumo 17 t. e. 42 ocasiones de consumo; 6 semanas con consumo; mayor período de abstinencia 120 días. Los meses de mayor consumo fueron: julio de 2007 con 238 t.e., diciembre de 2007 con 35 t.e. y en abril de 2008 con un consumo de 238 t.e. En la tabla 27 se puede observar de cerca el patrón de consumo del usuario.

Tabla 27
Patrón de consumo de alcohol

Promedio	Resultado
Cantidad de consumo por ocasión	17 tragos estándar (t.e.)
Consumo semanal	119 t.e.
Total anual del consumo	714 t.e.
Días en consumo	42 días
Años con problemas por el consumo	3 años (posteriores a su último periodo de abstinencia)
Tiempo de consumo por dosis	1 minuto
Promedio de tiempo de consumo entre dosis	Media hora
Duración del episodio de consumo	Medio día
Gasto mensual en consumo	\$7,000

Situaciones de riesgo y nivel de autoeficacia

Las principales situaciones de riesgo de consumo del usuario fueron: Emociones desagradables (80%) se refiere a emociones como tristeza, enojo, ansiedad, celos, etc., Necesidad física (60%) representa el deseo de consumir activado por señales ambientales, tales como personas, lugares, momentos, etc. y Malestar físico (57.7%) se refiere a sensaciones físicas desagradables como sudoración, tensión, insomnio, etc. Las situaciones de menor autoeficacia o menor confianza en sí mismo para resistirse al consumo fueron: Emociones desagradables: 40%, Malestar físico: 80% y Presión social: 80%.

Nivel de depresión y ansiedad

Con el fin de conocer el nivel de depresión y ansiedad del usuario antes de iniciar el tratamiento, se le aplicó el Inventario de depresión de Beck (Beck, 1988; adaptada al español por Jurado, et al., 1998 en Barragán et al., 2006) y el Inventario de ansiedad de Beck (Beck, 1988; adaptada al español por Robles, Varela, Jurado & Pérez, 2001 en Barragán et al., 2006).

El nivel de depresión que presentó el usuario fue moderado, con un puntaje de 24 puntos, con síntomas de: ideación suicida, cansancio excesivo, llanto excesivo, pérdida del interés en la gente, falta de energía para hacer las cosas, etc.

El nivel de ansiedad que presentó el usuario fue severo, con un puntaje de 32 puntos, con síntomas de: Dificultad para relajarse, miedo a que pase lo peor, nerviosismo, manos temblorosas, sensación de ahogo, etc.

Impresión diagnóstica

Retomando el estado de disposición al cambio de Prochaska y Diclemente (1992) el usuario llegó en estado de acción debido a que:

- Identificaba una pronta recaída, ya que cada vez el craving por la sustancia aumentaba y tenía pensamientos de consumir, por lo cual, gracias a su experiencia, sabía que en cualquier momento volvería a consumir.
- Se encontraba listo para hacer los cambios necesarios para seguir en abstinencia, dado que anteriormente había probado varias opciones de tratamiento para dejar el consumo y ninguna había tenido éxito.
- El usuario sabía que no quería seguir viviendo en su actual situación, por las consecuencias negativas de su consumo (previamente documentadas).
- Estar dispuesto a invertir energía, tiempo y esfuerzo en los cambios en tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Recursos disponibles y déficits

A continuación se describirá brevemente los recursos disponibles del usuario, es decir, todo aquello (personal, interpersonal y del medio) que ayuda al usuario a alcanzar la abstinencia como fortalezas, cualidades, características a favor.

Y los déficits, se refiere a las Debilidades, defectos, puntos en contra, limitaciones, barreras (personal, interpersonal y del medio) que pueden llevar a una recaída. En la tabla 28 se exponen a detalle sus recursos y déficits.

Tabla 28.

Recursos disponibles y déficits

Recursos	Déficits
Reconocer consecuencias negativas de su consumo en todos los ámbitos de su vida	Vivir en una zona de alto consumo en donde suele haber fiestas del pueblo constantemente.
Darse cuenta que necesitaba un apoyo psicológico constante para no tener una recaída, por tanto solicitar tratamiento psicológico	Que la mayoría de sus vecinos sean consumidores excesivos de alcohol y constantemente le inviten a beber.
Contar con el apoyo de toda su familia (madre, hermanos e hija) para	Tener hermanos consumidores de alcohol que en ocasiones consumen en

Recursos	Déficits
dejar de consumir.	casa de su mamá
Haber tenido varios periodos de abstinencia. En el último año de 4 meses y hace 3 años de 6	A pesar que su pareja lo apoya para que ya no consuma, ella bebe en promedio 9 copas por ocasión 1 vez a la semana y en ocasiones lo invita e insiste a que vaya a fiestas donde el consumo de alcohol es elevado
Complementar su tratamiento de PSC con Tratamiento Farmacológico a base de Sertralina (fármaco antidepresivo)	Tener la mitad del tiempo libre durante el día

Desarrollo por sesiones

Se llevó a cabo 25 Sesiones de Tratamiento y 14 componentes del PSC, a continuación se muestra el orden de las sesiones:

1. Análisis funcional de la conducta de consumo
2. Análisis funcional de la conducta de NO consumo
3. Control de enojo
4. Control de tristeza
5. Metas de vida
6. Habilidades de comunicación
7. Muestra de abstinencia
8. Consejo Marital
9. Control de ansiedad
10. Rehusarse al consumo
11. Solución de problemas
12. Habilidades sociales y recreativas
13. Prevención de recaídas
14. Restablecimiento de muestra de abstinencia

En seguida, se describirá cada sesión de tratamiento contextualizando el desarrollo de la misma en términos del objetivo de la sesión, las técnicas utilizadas, los ejercicios ejecutados y planes de acción.

Análisis funcional de la conducta de consumo

A continuación se presenta en la tabla 29 los objetivos de la sesión y las técnicas empleadas.

Tabla 29.

Objetivos y técnicas del Análisis funcional de la conducta de consumo

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
Analizar la conducta de consumo del usuario y elaborar planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas de sobriedad; así como analizar una conducta satisfactoria no relacionada con el consumo para resaltar sus beneficios y motivar al usuario a mantenerla e incrementar su frecuencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal. • Retroalimentación • Modelamiento • Ensayo Conductual

Una vez explicados los objetivos de la sesión al usuario con ayuda del material didáctico, se le explicó para qué sirve el análisis funcional y como podía ayudarlo a identificar por qué bebía (precipitadores internos y externos) que pasaba durante el consumo y cuáles eran las consecuencias positivas y negativas del mismo a corto y largo plazo. Antes de llevar a cabo el ejercicio de análisis funcional, se le explicó al usuario que no todas las personas que consumían lo hacían porque tuvieran problemas, emociones desagradables o el consumo representara un escapismo o fuga en sus vidas, había personas que consumían por la expectativa de divertirse más, conseguir más placer y hedonismo. Ante esto el refirió que él lo había hecho por ambas razones y sin embargo, no importando por qué se bebía en exceso, las consecuencias negativas eran muy malas y graves. Asimismo, se le brindaron tres ejemplos de usuarios (casos ficticios) en tres diferentes situaciones de consumo, en donde se presentaban los antecedentes, lo que ocurría durante y después del consumo, con el fin de que en esos casos identificara los precipitadores y las consecuencias (positivas y negativas) del consumo. Una vez terminado el anterior análisis, se procedió a que al ejercicio de análisis funcional de la conducta de consumo, en la cual, el usuario identifico sus precipitadores externos e internos. A continuación, se resumen en la tabla 30.

Tabla 30

Precipitadores de la conducta de consumo

Externos	Internos
Estar solo en casa	<u>Pensamientos:</u> “Voy a tomar unos tragos porque ya nada vale la pena”, “Soy un fracaso, no he logrado nada de mi vida, no tiene caso seguir adelante”
Consumir a partir de las 10:00 am.	<u>Emociones:</u> Tristeza, ansiedad, frustración, aburrimiento, decepción de sí mismo
Consumir cualquier día entre semana	<u>Sensaciones físicas:</u> Temblores, sudoración, palpitaciones, sequedad de boca

Al identificar sus precipitadores, reflexionó que muchas veces sino la mayoría de las ocasiones, consumía en un estado de inercia y no se había percatado en detalle porque lo hacía, por ello, se hizo énfasis en que era de suma relevancia que se diera cuenta de que pasaba antes de su consumo con el fin de hacer planes de acción y anticiparse al consumo. Por lo cual, además de identificar esto, ubicó las principales consecuencias de su consumo. Mismas que aparecen en la tabla 31.

Tabla 31.

Consecuencias positivas y negativas del consumo

Consecuencias positivas (corto plazo)	Consecuencias negativas (mediano y largo plazo)
Poder consumir solo le permitía mayor privacidad y comodidad de su hogar	<u>Interpersonal:</u> Perdida de confianza con toda su familia y pareja, conflictos familiares, pleitos con la pareja, comunicación ineficiente
Un lugar placentero para el consumo era generalmente su hogar en su habitación o la sala	<u>Física y psicológica:</u> Gastritis, Desnutrición, Hígado graso, pancreatitis, hinchazón de piel, lagunas mentales, delirios, alucinaciones, dificultad para concentrarse, olvidos
Los momentos placenteros en los que consumía eran en la mañana ya que su hija se iba a la escuela y su esposa a trabajar y no había nadie quien pudiera verlo o cuestionarlo. Asimismo podía consumir cualquier día de la semana, no necesariamente los fines ya que dependía de su estado emocional	<u>Emocional:</u> Ansiedad, depresión, irritabilidad, sentirse solo y decepcionado de si mismo
Los pensamientos placenteros después de consumir normalmente eran: “ya me siento más tranquilo”	<u>Legal:</u> Probables problemas con el banco si no pagaba a tiempo sus deudas
Las emociones placenteras que identificaba principalmente era sentirse en un estado de relajación	<u>Trabajo:</u> Baja productividad, ausentismo, llegar tarde
Las sensaciones físicas placenteras que ubicaba era básicamente adormecimiento en todo el cuerpo	<u>Financiero:</u> Gasto excesivo en alcohol: Utilizaba en promedio \$7,000 al mes en consumo y deber \$40,000 al banco

El usuario reportó un gran impacto al cotejar las consecuencias negativas con las positivas y darse cuenta que había experimentado, gracias al consumo, graves y fatales consecuencias negativas en todos los ámbitos de vida; que eran permanentes, a largo plazo y en contraste con las positivas, mucho mayores, las negativas. Y que no valía la pena experimentar tantos estados físicos, psicológicos, interpersonales, por efímeros momentos de relajación. Se le hizo hincapié en que uno de los objetivos fundamentales del tratamiento era que él encontrara esos estados positivos de tranquilidad y relajación con otras conductas alternativas, que le permitieran solucionar sus precipitadores internos de manera efectiva, sin experimentar las consecuencias negativas del consumo.

Se le explicó el proceso de cadena conductual, con el fin de que comprendiera paso a paso sus eslabones conductuales (encadenamiento conductual), ya que es importante detener la cadena conductual en los primeros eslabones para que no se liguén otros precipitadores en cadena y por ello, sea más difícil romperla. Asimismo, en función de eso, realizar planes de acción. Al llevar a cabo su cadena conductual en su última situación de consumo, en casa, estando solo, llevó a cabo los siguientes planes de acción. Cabe señalar, previo a esto, que esta situación de consumo corresponde a las situaciones de riesgo identificadas en la evaluación: emociones desagradables que se relacionan con tristeza, ansiedad, enojo, etc.

Para el primer eslabón de estar solo en casa sus planes de acción consistieron en: dedicarse de tiempo completo a su negocio y a otras actividades recreativas como: hacer ejercicio, caminar, ver películas y leer. En caso de que no haya nadie en casa ir al hogar de su madre a platicar. No pasar por lugares en donde el consumo es alto como vinaterías, cantinas, casas de amigos consumidores, etc. Acordarse de las consecuencias negativas de su consumo, sobre todo las de mayor peso para él como: estar a punto de separarse de su esposa, sufrir depresión severa, ansiedad, estar desempleado y con graves problemas de salud como hígado graso y úlcera. Otras herramientas que se emplearon fue la reestructuración cognitiva al cambiar pensamientos de consumo. Por ejemplo: *“El hecho de que esté solo, no significa que deba dañarme”*.

Para el siguiente eslabón de emociones desagradables su plan de acción consistió en: platicar con una persona de confianza. Al darse cuenta que el consumo solo era un alivio temporal y después se sentía mucho más triste, enojado o ansioso que antes de consumir, identificó otras conductas alternativas que le podrían servir para relajarse como: leer, ordenar su habitación, hacer ejercicio; además, se le enseñó técnica de respiración profunda y frases positivas, misma que aplicaría cuando se sintiera ansioso por consumir.

Y para los pensamientos de minusvalía y tristeza: a través de reestructuración cognitiva, cambio pensamiento de: *“Soy un fracaso, no he hecho nada bueno de mi vida por no haber terminado mis estudios”* a *“Realmente si he logrado bastantes cosas como: Ingresar como ayudante de intendencia en la empresa en la que laboraba, ascender a líder de capacitación y tener a mi cargo 30 personas, montar mi propio negocio, tener una familia que me quiere y apoya, tener cultura*

en general". Se le deja de tarea que ante esta clase de pensamientos aplique esta técnica.

Además de estos planes de acción se le dejó de tarea llenar el auto registro y evitar pasar por lugares en donde hay consumo.

Análisis funcional de la conducta de NO consumo

A continuación se muestran los principales objetivos de la sesión y las técnicas empleadas en la tabla 32:

Tabla 32

Objetivos y técnicas del Análisis funcional de la conducta de NO consumo

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
Realizar un análisis funcional de una conducta de no consumo con el fin de que el usuario identifique que cuenta con conductas positivas que lo ayudan a sentirse bien, que facilitan consecuencias positivas a largo y mediano plazo, evitando las negativas y que no están asociadas al consumo de sustancias.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal. • Retroalimentación • Modelamiento • Ensayo Conductual

En esta sesión se le explicó que en análisis funcional sirve no solo para analizar la conducta de consumo, sino para muchas otras conductas alternativas al consumo que ejecutamos en la vida cotidiana como ir al cine, hacer algún deporte, etc. estas conductas son opciones alternativas al consumo, así como satisfactorias y reforzantes.

El usuario reportó que había actividades que había dejado de hacer debido al consumo como leer, hacer ejercicio, ir al cine, etc. Se le mencionó que era muy importante que las retomara gradualmente, ya que eran muy positivas en su vida. Posterior a ello, con el fin de generar alternativas a la conducta de consumo, se le preguntó al usuario: ¿Qué actividades disfruta hacer en su tiempo libre? El usuario refirió la conducta de leer. Por lo cual, en la tabla 33 se exponen sus principales precipitadores internos y externos:

Tabla 33.

Precipitadores de la conducta de NO consumo: Leer

Externos	Internos
Es una conducta que se realiza individualmente	Los pensamientos previos a esta conducta eran: <i>“Quiero ya acabar este libro para empezar otro pendiente: El caballero de la armadura oxidada”</i>

Externos	Internos
El lugar en el que leía era en el transporte público	Las emociones normalmente se circunscribían a: euforia, sentirse contento por saber qué va a pasar en el libro o aprender cosas nuevas de revistas de interés en general, así como de su profesión
El momento de leer es todos los días a partir de las 9 pm	Las sensaciones físicas que experimentaba previo a la lectura era principalmente ansiedad traducida en sudoración en las manos

Posterior a ello se analizaron las consecuencias positivas (largo plazo) y las consecuencias negativas (corto plazo). En la tabla 34 se muestran a detalle:

Tabla 34.

Consecuencias positivas y negativas de la conducta de NO consumo (Leer)

Consecuencias negativas (corto plazo)	Consecuencias positivas (mediano y largo plazo)
Dado que la lectura es una actividad individual, no lo consideraba como algo negativo estar solo	<u>Interpersonal</u> : Poder tener temas interesantes de conversación y con esto, dar pie a convivir más con familiares. Ayudar en las tareas a su hija
<u>Lugar displacentero</u>: Si es en el pesero el ruido del chofer o por el movimiento del vehículo	<u>Física y psicológica</u> : Ir generando mayor agilidad mental, incrementar vocabulario, fomentar la concentración, trabajar la capacidad de aprendizaje, así como disfrutar de las lecturas en cuestión.
<u>Momento displacentero</u>: Si es muy noche tener sueño	<u>Emocional</u> : Satisfacción consigo mismo, sentirse excitado y motivado por aprender cosas nuevas, al final sentir gran bienestar
<u>Pensamientos displacenteros</u>: Ninguno	<u>Legal</u> : Alejarse de problemas con la justicia por dedicarse a una actividad sana y recreativa
<u>Emociones displacenteras</u>: Desesperación por no encontrar el significado de alguna palabra	<u>Trabajo</u> : Estar actualizado en temas de computación y poder responder eficientemente a las demandas de sus clientes

Consecuencias negativas (corto plazo)	Consecuencias positivas (mediano y largo plazo)
<u>Sensaciones físicas displacenteras:</u> Ninguna	<u>Financiero:</u> En lugar de gastar su dinero en consumo de alcohol poder invertir en los libros y revistas que le agradan y el resto ahorrarlo para ir liberando sus deudas. Considerar también la opción de asistir a bibliotecas públicas y pedir libros prestados a domicilio

Posterior a este análisis, el usuario pudo identificar consecuencias positivas a largo plazo y muy pocas consecuencias negativas a corto plazo. Al comparar esta conducta con la del consumo pudo darse cuenta el usuario que leer es una conducta efectiva para enfrentar precipitadores internos del consumo como estar triste, aburrido, frustrado y en lugar de tener pensamientos auto-devaluadores, poder sentirse útil, sabio e inteligente al poder ayudar a más personas con sus conocimientos.

El usuario se comprometió a llevar a cabo esta conducta eficiente todos los días particularmente cuando sintiera los precipitadores antes señalados.

Control del enojo

A continuación se presentan en la tabla 35 los objetivos de la sesión y las técnicas utilizadas para el control de enojo.

Tabla 35.

Objetivos y técnicas de Control de enojo

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
El usuario aprenderá las estrategias necesarias para el control de la intensidad y la duración de las emociones desagradables de enojo, para favorecer el mantenimiento de su abstinencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal • Retroalimentación • Modelamiento y Ensayos Conductuales del Plan de acción así como de las siguientes técnicas: <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo fuera • Distracción del pensamiento • Auto-instrucciones positivas • Reestructuración cognitiva

Al revisar los planes de acción de la sesión anterior, el usuario reportó éxito en la semana al mantenerse en abstinencia, por lo cual, se le reforzó positivamente las conductas eficientes que llevó a cabo para mantenerse libre de consumo, tales como: mantenerse ocupado la mayor parte del día en actividades productivas

como su negocio, comenzar actividades recreativas de lectura, caminatas, ver películas en casa, evitar pasar por los lugares de consumo y estar acompañado de personas no consumidoras como su mamá, su hija y sobrino. Sin embargo, al inicio de la sesión, el usuario reportó haber *“hecho muchos corajes”* por problemas con su esposa por cuestiones de dinero y haber llegado a gritarse e insultarse. Por lo cual, refirió sentirse irritable, de mal humor y muy molesto por la situación. Por tal motivo se comentó con el usuario la importancia de controlar emociones desagradables como el enojo. Por eso mismo, se le explicó la función del enojo y su importancia, marcando una diferencia entre la expresión el enojo desadaptativo que puede llegar a violencia o consecuencias fatales para los demás a uno mismo y su manejo más favorable a través de técnicas de autocontrol.

Cabe señalar que todas las técnicas fueron modeladas en primera instancia y posterior a ello, se llevaron a cabo ensayos conductuales con el fin de que el usuario dominara las técnicas. En esta sesión, el desempeño del usuario fue adecuado al dominar todas las técnicas. Una vez dominadas, se le instó a usar y a poner en práctica lo aprendido en sesión, se le dio un auto-registro para que, en caso de presentarse situaciones de enojo describiera dicha situación y anotara la técnica empleada de control de enojo. Por ello, en la siguiente sesión, presentó su auto-registro reportando las situaciones de enojo en donde aplicó diversas estrategias. A continuación en la tabla 36 se presentan las situaciones en las que el usuario aplicó las estrategias de control de enojo y los resultados obtenidos.

Tabla 36.

Aplicación de las técnicas de control de enojo en 3 situaciones

Situación	Personas, lugar y momento	Estrategia empleada	Resultados
Discusión con su pareja por cuestiones de dinero (El no querer que él se hiciera responsable de sus ganancias del negocio)	Con su esposa, en casa, en la noche	Tiempo fuera Frases positivas	Poderse calmar a través de instrucciones positivas como: <i>“Tranquilízate, todo se va a arreglar, contrólate”</i> , no continuar discutiendo y hablar tranquilamente con ella al día siguiente: <i>“Comprendo que en estos momentos estés molesta sé que despilfarré el</i>

Situación	Personas, lugar y momento	Estrategia empleada	Resultados
Disputa con hija por no obedecer (Cambiar el uniforme llegando de la escuela y prepararse para cenar)	Con hija, en la noche, en casa	Tiempo fuera Instrucciones positivas Respiración profunda	<i>dinero y fui desobligado con los gastos, me gustaría que me dieras la oportunidad de enmendar las cosas, yo me comprometo a llevar la administración del negocio y hacerme responsable de los gastos, ¿Qué te parece?</i> Se fue a su cuarto, se dio instrucciones positivas de <i>“Cálmate, dile tranquilamente lo que te molesta”</i>
Pelea con su pareja porque quería que se quedara más tiempo en una fiesta	Esposa, sábado en la noche	Tiempo fuera Instrucciones positivas Distracción del pensamiento	Se retiró de la fiesta, sus frases fueron <i>“Tranquilo, no pasa nada, mañana hablas con ella y le explicas tu decisión”</i> se distrajo con el vestido de la quinceañera

En general, el usuario obtuvo buenos resultados en las tres situaciones de enojo antes descritas, la técnica que reportó ayudarlo más fue el tiempo fuera y las instrucciones positivas: *“Tranquilo, no pasa nada”* no obstante, la detención y distracción del pensamiento también fueron de gran utilidad. Se le hizo hincapié que era menester llevar a cabo estas estrategias en todo momento de enojo, ya que al contar con un mayor control de estas situaciones de enojo esto ayudaba a mantenerse en abstinencia al no enfrentar el enojo con el consumo.

Al cierre de la sesión, se le motivó a continuar llevando a cabo las conductas eficientes para el logro de abstinencia, llenar su auto-registro y continuar con la aplicación de las técnicas aprendidas.

Control de tristeza

En seguida se presentan en la tabla 37 los objetivos de la sesión y las técnicas utilizadas para el control de tristeza.

Tabla 37.

Objetivos y técnicas de Control de tristeza

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
Que el usuario aprenda las estrategias necesarias para el control de la intensidad y la duración de las emociones desagradables de tristeza para favorecer el mantenimiento de su abstinencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal • Retroalimentación • Modelamiento • Ensayos Conductuales del Plan de acción y de las técnicas de tristeza de: <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de pensamientos hacia otros más realistas • Realizar actividades agradables • Búsqueda de lo positivo

Una vez revisado el auto-registro y habiendo cumplido 1 semana más en abstinencia, se le preguntó al usuario qué beneficios encontraba de mantenerse en sobriedad, a lo cual, señaló que se sentía más tranquilo, físicamente más repuesto, gracias a que llevaba un tratamiento para la gastritis, sentirse con más energía y sin malestares, por otro lado, tener menos problemas en su familia, sin embargo anímicamente aún se sentía en ocasiones triste y nostálgico. Sentía mucha culpa y tristeza por los errores cometidos en el pasado, principalmente haber abandonado sus estudios y por ese motivo haber comenzado a beber en exceso. Reportó que solo al recordar estas situaciones sentía un nudo en la garganta y ganas de llorar, lo cual, en otros momentos lo había llevado al consumo, por tanto, indicó que estaba dispuesto a superar la tristeza, para ya no volver a consumir por esta situación. Por tal motivo, se le motivó a aprender las técnicas de control de la tristeza, con el afán de poder controlar estas emociones de tristeza de forma eficiente sin recurrir a un escape temporal y con consecuencias gravísimas como el consumo.

En primera instancia, se llevó a cabo una reflexión en torno a la función de la tristeza y la importancia de su manejo. Posterior a ello se le explicaron y modelaron las técnicas de control de la misma (cambio de pensamientos equivocados, realización de actividades y búsqueda de lo positivo). El usuario obtuvo un buen desempeño en los ensayos conductuales y en la reestructuración cognitiva. En cuanto a esta última, el usuario cambió el pensamiento de "He

perdido oportunidades valiosas en mi vida, soy un fracasado” por “He cosechado logros en todos los ámbitos de mi vida al llegar a un puesto importante en el trabajo, tener mi negocio propio y tener una familia que me quiere”. En cuanto a la búsqueda de actividades agradables, el usuario reportó haber comenzado a hacer ejercicios en su casa (máquina de remo), salir a caminar, continuar leyendo y convivir con su mamá y hermanos, actividades agradables y sin riesgos de consumo, todas estas actividades son útiles y positivas en su vida. En cuanto a lo positivo el usuario identificó personas importantes en su vida que lo apoyan en su decisión de dejar de consumir, a pesar de haber consumido por muchos años y afectado a gente cercana e importante, sigue contando con el apoyo. Por el consumo de alcohol, pudo haber muerto de cirrosis u otra afectación física o mental y sin embargo él mismo se dio una segunda oportunidad de vida al no beber.

Es preciso mencionar que se dejó de tarea al usuario aplicar las técnicas aprendidas en la sesión y llevarlas a la práctica. Por esa razón, se le dio un autoregistro de las situaciones de tristeza experimentadas en la sesión y su aplicación con las técnicas de control. En la siguiente sesión, el usuario presentó su autoregistro de tristeza en la cual presentó exitosamente las siguientes situaciones y pensamientos. Mismos que aparecen en la tabla 38.

Tabla 38

Aplicación de las técnicas de control de tristeza enojo en 3 situaciones

Situación	Personas, lugar y momento	Estrategia empleada	Resultados
Pensamientos de: “Me entristece haber sido un mal ejemplo para mi hija y que ella vea que su padre es un alcohólico”	Solo en casa antes de dormir	Cambio de pensamientos por: <i>“El hecho de darme cuenta que afecté a mi hija por mi manera de beber me impulsa a echarle más ganas en mantener mi abstinencia para no volverla a afectar”</i>	Sentirse más tranquilo
Pensamientos de: “Siento tristeza y nostalgia por ya no poder convivir con la gente con la que antes bebía, como con	Cuando pasó cerca de la casa de su compadre y lo invitaron a pasar	Cambio de pensamientos por: <i>“ Puedo conservar la amistad de mi compadre, haciendo otras actividades con él como invitarlo a</i>	Sentirse con menos nostalgia

Situación	Personas, lugar y momento	Estrategia empleada	Resultados
<i>mi compadre y todo porque nunca supe beber”</i>		<i>comer a casa”</i>	
Pensamientos de: “Aunque ya he superado en gran parte la tristeza por no haber terminado mis estudios, al ver un cuaderno me da gran nostalgia y sentimentalismo”	Estando en su casa, al escombrar su librero, por la tarde, estando su esposa e hija	Cambio de pensamientos por: <i>“Puedo darme cuenta que he aprendido mucho de lo que estudié, y además he logrado más cosas en mi vida como: progresar y subir de puesto, estabilidad económica, tener una familia que me quiere”</i>	Al irlo aceptando, sentir satisfacción por otros logros cosechados

En conclusión, el usuario reportó éxito en el cambio de pensamientos y en la aplicación de las técnicas previamente descritas. Se le motivó a continuar aplicándolas cada vez que se sintiera triste, melancólico o con culpabilidad. Asimismo, se le señaló la importancia de seguir tomando su medicamento (sertralina), ya que lo ayudaba a mantener estados anímicos balanceados.

Metas de vida cotidiana

En seguida se presentan en la tabla 39 los objetivos de la sesión y las técnicas utilizadas del componente metas de vida cotidiana.

Tabla 39.

Objetivos y técnicas de Metas de vida cotidiana

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
Que el usuario adquiriera habilidades para establecer metas en las diferentes áreas de su vida cotidiana, planes y períodos para su consecución.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal. • Retroalimentación • Ensayos Conductuales del Plan de acción • Análisis de la lectura los 12 hilos de oro

Al revisar el autoregistro y notar que el usuario continuaba en abstinencia, se le reforzó positivamente su empeño al aplicar las conductas eficientes que lo

mantendían libre de consumo. Reportó tener un control emocional mayor comparado el momento en el que inició el tratamiento. Refirió sentirse sin tristeza, y mayor control de su enojo. Sin embargo, refirió que aún había partes en su vida con las que en lo absoluto se sentía satisfecho como el manejo del dinero, progreso en el trabajo, hábitos personales, vida social, etc. Por esa razón, se le explicó la importancia del componente de metas de vida cotidiana, como una herramienta útil para incrementar su satisfacción de vida en diferentes áreas a través del logro y complacencia de haber alcanzado sus objetivos.

Por lo cual, se le comentó: *“Como habíamos establecido en la sesión de evaluación, al momento de aplicarle en instrumento de satisfacción de vida, habíamos acordado que el objetivo de la terapia era incrementar la satisfacción de vida en cada área y alcanzar un 10 en cada una, este es el momento oportuno para lograrlo, a través del establecimiento de metas, en todas las áreas de su vida, principalmente en las que se sienta menos satisfecho en pos de una mayor gratificación de vida libre de consumo”*.

Al momento de preguntarle: *“¿Usted por qué cree que es importante aprender a establecer sus propias metas?”* El usuario manifestó estar de acuerdo en esforzarse más, en aras de una mayor satisfacción consigo mismo y tener la oportunidad que puede lograr lo que se proponga. Se dio retroalimentación con base en la repuesta del usuario agregando que justamente dicho componente le ayudaría a establecer metas específicas para cada área de su vida, así como desarrollar el plan a seguir para modificar aquellas conductas no deseadas.

Previo al llenado del formato de metas se le explicó al usuario que sus metas tendrían que ser breves, en forma positiva y conductas observables y medibles, con el fin de poder medir el progreso de cada una.

Subsiguientemente se dio paso al llenado del formato de Metas de Vida, el cual aparece descrito en la tabla 40.

Tabla 40

Metas de vida cotidiana en diferentes áreas de vida

Áreas /Metas	Plan de acción	Cronograma	Revisión de Logros
<u>1.- Consumo</u> Mantenerse en abstinencia por siempre	1.-Evitar lugares de riesgo donde haya gente consumiendo alcohol 2.-No asistir a lugares de consumo como cantinas, bares, fiestas	1 y 2. Anticiparse diariamente a esas situaciones de riesgo con planes de acción 3. Procurar ir lo menos posible 1 o	<i>“Sentirme satisfecho con mi abstinencia me da aliento para continuar”... Sic. Pac. “Continuar en abstinencia me da mayor seguridad en mí mismo y</i>

Áreas /Metas	Plan de acción	Cronograma	Revisión de Logros
	3.-Si voy a fiestas mantenerme alerta llevando plan de acción para no consumir 4.-Trabajar diariamente aplicando estrategias vistas en terapia 5.-Asistir a terapia y llenar autoregistro	2 veces al mes 4. Todos los días 5. Asistir a sus sesiones de tratamiento 1 vez por semana y autoregistro todos los días	<i>bienestar...” Sic. Pac.</i>
<u>2.- Progreso en el trabajo</u> Impartir cursos de computación 1 o 2 veces por semana	1.-Crear plan de trabajo 2.-Realizar propaganda 3.-Adecuar el lugar	1.-Tener listo el temario, horarios y costo de los cursos 2.-Imprimir los volantes el fin de semana y llevarlos afuera de las escuelas el lunes 3.-Hacerlo el fin de semana	<i>“Ya tengo un grupo al cual le impartiré el curso” La siguiente semana reportó no haber abierto el curso porque salieron de vacaciones los chicos y se disolvió el grupo pero pudo abrir otro negocio al dedicarse a componer Lap tops</i>
<u>3.- Manejo del dinero</u> Llevar la contabilidad de sus deudas, así como de las ganancias del negocio	1.-Ser ordenado y anotar los gastos 2.-Checar los días de corte de saldo para abonar en las tarjetas de crédito	1 y 2. empezarlo a hacer el 30 de junio de 2008 y ser constante	<i>Haber podido checar los estados de cuenta e ir pagándole al banco poco a poco Registrar los cobros e ingresos día con día del negocio</i>
<u>4.- Actividades recreativas</u> 1.-Mejorar condición física 2.-Retomar Yoga	1.-Caminar 2.-Hacer ejercicios en casa por medio de un programa de televisión 3.-Cuidar su	1. de 1 a 2 horas 4 veces por semana 2. Dos veces por semana mínimo 1 hora 3. hacer de 3 a 5	<i>Revisión de resultados a la semana: Hacer remo y las caminatas 4 veces por semana</i>

Áreas /Metas	Plan de acción	Cronograma	Revisión de Logros
	alimentación (más nutritiva y balanceada)	comidas al día en horas establecidas	Hacer yoga 2 veces por semana
<u>5.- Relación con amigos</u> Relacionarse con personas que no sean adictas	1.-Frecuentar grupos de personas con disciplinas como yoga o grupos gnósticos 2.-Retomar relación con algunos amigos del pasado	1.-A partir de que baje de peso inscribirse a clases de Yoga 2.-Llamarles por teléfono el fin de semana a sus amigos no consumidores	<i>“Mantener mi reserva de amigos que no consumen me permite mejorar mi autoestima al sentirme apreciado por los demás y seguir en abstinencia...” Sic. Pac.</i>
<u>6.- Relación con familiares</u> Salir de vacaciones	1.-Seguir con la comunicación y convivencia como hasta ahora 2.-Checar gastos del viaje	1.-Comenzar a planear las vacaciones para fin de año 2.-Empezar ese día con la logística y decidir la próxima semana	<i>“Se ha logrado una mejor integración familiar y comunicación...” Sic. Pac.</i>
<u>7.- Relación con esposa</u> Tener mejor comunicación y mayor entendimiento, es decir, no tener pleitos o malos entendidos	1.-Aprender habilidades de comunicación para lograr acuerdos y que sea del todo abierta 2.-Aclarar malos entendidos para que no interfiera en los asuntos de trabajo	1.-Comenzar a aprender habilidades para la próxima Sesión y mientras aplicar “hacer críticas” 2.-Hablar con ella después de la cita con terapia familiar	A la semana siguiente: mejoró la comunicación y percibió mayor confianza por parte de su esposa
<u>8.- Hábitos personales</u> Mantener el orden en todas sus actividades, especialmente en su lugar de trabajo Ser más cuidadoso en mi persona:	1.-Ordenar diariamente su lugar de trabajo 2.-Mantener sus documentos y papeles en regla para abrir el otro negocio 3.-Seguir con las caminatas 4.-Evitar comer	Para todos sus hábitos el usuario refirió comenzar a llevar la disciplina de hacerlo diario	<i>A la semana siguiente: “Mi apariencia personal ha mejorado” “Ha mejorado mi alimentación, arreglo personal y haber podido bajar de peso” Con respecto a la</i>

Áreas /Metas	Plan de acción	Cronograma	Revisión de Logros
alimentación sana, bajar de peso arreglo personal	comida chatarra		alimentación comentó haber consumido menos comida chatarra, no obstante tenía fascinación por tacos de la calle, su plan de acción consistió en no pasar por taquerías y comer bien en casa antes de salir a la calle. <i>“Mayor orden en el lugar de trabajo”... Sic. Pac.</i>
<u>9.- Situación legal</u> Evitar tener problemas legales	Continuar con el mismo comportamiento, es decir, sin infringir la ley	Todos los días	Sentirse muy satisfecho y tranquilo
<u>10.- Vida emocional</u> Trabajar día con día para tener un control de mis emociones desagradables (enojo, frustración, ansiedad, tristeza)	Lo trabajado en las sesiones llevarlo a cabo e inmediatamente a la practica	A partir de aprender las técnicas en sesión cada día	<i>“No estoy del todo satisfecho con mis estados emocionales, sin embargo si he tenido avance”... Sic. Pac.</i> <i>A la semana: Tener mayor autocontrol y sentirse más alegre</i>
<u>11.- Comunicación</u> Mejorar la comunicación en su entorno familiar	1.-Mantenerse en abstinencia 2.-Integrarse más, participar en las actividades familiares	1.-Todos los días 2.-A partir del día 27 de junio de 2008	<i>“Aceptables, gracias también a ello me he mantenido en abstinencia...” Sic. Pac.</i>
<u>12.- Satisfacción general</u> Mantenerme en abstinencia	1.-Recordarme siempre que soy alcohólico y la adicción es para toda la vida	1.-Todos los días	<i>“Siento que los logros son muy buenos, porque aparte me mantengo positivo</i>

Áreas /Metas	Plan de acción	Cronograma	Revisión de Logros
<i>“Sic. Pac.”</i>			

El llenado del formato de metas de vida, llevó tres sesiones, en las cuales se revisaban los logros de las metas establecidas, cabe señalar que en la mayor parte de los planes mostró éxito, empeño y gran entusiasmo por llevar a cabo. En la meta de hacer un curso de computación, el usuario al no poder llevar cabalmente este plan a cabo, aplicó otro plan de acción adaptándose a la situación con tal de cumplir su meta.

Asimismo, al finalizar las tres sesiones de este componente, se le reforzó al usuario por haber cumplido 2 meses en abstinencia y haber cumplido sus planes de acción y continuar comprometido con su objetivo de estar en abstinencia.

Habilidades de comunicación

Pronto se presentarán en la tabla 41 los objetivos de la sesión y las técnicas utilizadas del componente habilidades de comunicación.

Tabla 41.

Objetivos y técnicas de Habilidades de comunicación

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
El usuario mejorará la comunicación entre él y las personas con las que convive para lograr mayor satisfacción en sus relaciones interpersonales y propiciarse un ambiente más favorable.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal • Lluvia de Ideas • Retroalimentación • Modelamiento y Ensayo Conductual de las siguientes habilidades de comunicación: <ol style="list-style-type: none"> 1. Iniciar conversaciones 2. Saber escuchar 3. Ofrecer entendimiento 4. Compartir o asumir la responsabilidad 5. Ofrecer ayuda 6. Expresar y recibir críticas 7. Dar y recibir reconocimiento 8. Compartir sentimientos positivos y negativos 9. Solicitar ayuda 10. Expresar desacuerdo

Este componente se llevó a cabo dado que el usuario en la sesión anterior había comentado tener malos entendidos con su esposa y discusiones recurrentes en torno al dinero que ganaba en el negocio, reportó tener un mayor control

emocional, especialmente del enojo y aplicar tiempo fuera en lugar de reñir, sin embargo, la situación no se resolvía del todo y más adelante surgían de nuevo las fricciones. Se le explicó que era el momento idóneo de aprender habilidades de comunicación, puesto que sería para él de gran utilidad aprender a comunicarse mejor no solo para evitar pleitos, discusiones y malos entendidos, sino para llegar a acuerdos y comprometerse con la solución de problemas en general con su esposa, hija, familiares en general y todas las personas con las que convivía.

Antes de llevar a cabo el entrenamiento en habilidades, se dio preponderancia a la comunicación no verbal y porque era muy importante un correcto manejo en dicha forma de expresión. Se mencionó que el tono de voz la postura, el contacto visual, expresión facial, movimientos de manos y gestos, espacio personal y movimientos de cabeza son factores que influyen en la manera en la que nos comunicamos con otras personas. Se le dio varios ejemplos señalando la importancia de un manejo adecuado. Por ejemplo, *“Cuando alguien está enojado con nosotros, pero probablemente no quiere que nos demos cuenta y le preguntamos ¿Cómo estás? Y si esa persona nos responde “bien”, pero con un tono de voz seco y enfadado, la mandíbula apretada, nos esquiva la mirada, con esas señales de comunicación en seguida nos percatamos que algo pasa y muy probablemente este molesto con nosotros por algo”*.

Una vez que quedó clara la manera en la que se expresaba el lenguaje no verbal, se llevó a cabo el entrenamiento de habilidades. Dado que el componente es extenso se ejecutaron tres sesiones de tratamiento con el fin de cubrir con todas las habilidades: saber escuchar, ofrecer entendimiento, compartir o asumir la responsabilidad (3 básicas), iniciar conversaciones, ofrecer ayuda, expresar y recibir críticas, dar y recibir reconocimiento, compartir sentimientos positivos y negativos, solicitar ayuda y expresar desacuerdo. Todas y cada una de las habilidades se modelaron, en primera instancia, posterior a ello se aclararon dudas en torno a la ejecución y posterior a ello, el usuario realizaba los ensayos conductuales. Al momento de finalizar su ensayo, se le brindaba retroalimentación positiva, señalándole los puntos bien desempeñados, así como los elementos de mejora para la habilidad tuvieran el impacto anhelado.

Las habilidades que más se le facilitaban era: iniciar conversaciones, ofrecer ayuda, saber escuchar y dar reconocimiento. Las habilidades que mayor dificultad le ocasionaron fueron: expresar y recibir críticas, expresar desacuerdo y recibir reconocimiento.

La mayoría de los ensayos conductuales de las habilidades en distintas situaciones y personas, involucraba la interacción con su esposa e hija. Por ejemplo: aplicar las tres básicas en torno al manejo del dinero con su pareja, solicitar apoyo a su hija para que realizara sus deberes de la escuela, escuchar sin interrumpir y con respeto a su esposa e hija aunque no estuviera de acuerdo, solicitar apoyo en su meta de abstinencia, etc.

Terminando la sesión, se le dio un autoregistro de las situaciones en las que aplicase las habilidades de comunicación. En la tabla 42, se muestra un resumen de las principales situaciones en las que llevó a cabo sus habilidades.

Tabla 42.

Habilidades de comunicación empleadas

Habilidad de comunicación empleada	Descripción de la situación
Dar una crítica	Lo ha llevado a cabo con su hija, cuando se rehúsa a hacer sus tareas: <i>“Hija a mi me gustaría que al llegar de la escuela te cambiaras el uniforme, cenaras con tu madre y conmigo, y te pusieras a hacer tu tarea, ya que al ver demasiada tele en la noche hace que al día siguiente no termines tus tareas, pero si te pones a hacer tu tarea en una buena hora, vas a ver que no vas a tener pendientes el fin de semana o que por eso vayas mal en las materias, además si le echas ganas te llevo a dar la vuelta a Santa Fe, este fin, ¿Qué te parece?”</i>
Iniciar conversación	Con clientes que acuden a su negocio sobre temas simples como el clima, la situación económica, las noticias más importantes, etc.
3 básicas	Con su esposa en cuanto al manejo del dinero: <i>“Yo entiendo y comprendo que estés desconfiada porque sé que me hice acreedor de muchas deudas y despilfarré el dinero en consumo, yo me comprometo a llevar un presupuesto de todos los gastos, a ir abonando al banco poco a poco para que no estés preocupada, y enseñarte los estados de cuenta, así como tenerte informada de las ganancias del negocio”.</i> Con esta habilidad aplicada el usuario mejoró considerablemente la comunicación con su esposa, llegó a acuerdos en lugar de discusiones y pleitos.
Expresar desacuerdo	Con personas dueños de un terreno que está en disputa, expresando su punto de vista de forma positiva,

Habilidad de comunicación empleada	Descripción de la situación
	mediando la situación y procurando llegar a un acuerdo. <i>“A mí me parece que lo mejor es resolver este problema por medio de un acuerdo mutuo ¿Ustedes qué proponen?”</i>

Finalmente, se hicieron planes de acción, puesto que el usuario se iría de vacaciones a una playa y no iría a sesión la próxima semana. Su plan consistía en solicitar apoyo en familiares para no dejarlo solo y no pasar por lugares de consumo, en dado caso que no funcionara o por alguna razón se encontrara solo, cambiar pensamientos de consumo: *“He logrado mucho en abstinencia como sentirme mejor conmigo mismo, controlar muchos estados de ánimo, mejorar mi comunicación, ir logrando metas, ganarme la confianza de mis familiares y sentir su amor y afecto. Las consecuencias del consumo son fatales, por eso, mejor me meto a la alberca a nadar, platico con mi esposa e hija o camino un rato para sentirme mejor”.*

Al momento de recibir un ofrecimiento de consumo mencionar: No bebo, gracias, en lugar de eso tráigame un refresco. Agendar actividades no relacionadas al consumo y establecer horarios con el fin de mantener su tiempo ocupado en actividades agradables como: nadar, caminar a la orilla del mar, jugar con su hija, hacer un tour por zonas arqueológicas, etc. en dado caso de que en su hotel hubiera botellitas de cortesía, solicitar apoyo a su esposa para deshacerse de ellas. Con estos planes consideró cubrir sus principales situaciones de riesgo. Se comprometió a llevarlos a cabo y seguir llenando su autoregistro, con el fin de llevar un record del éxito obtenido.

Muestra de abstinencia

Los objetivos de la sesión y las técnicas utilizadas del componente de muestra de abstinencia son presentados en la tabla 43.

Tabla 43.

Objetivos y técnicas de Muestra de abstinencia

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
Que el usuario establezca su Muestra de Abstinencia por un período viable que de preferencia le cubra 90 días sin consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación • Modelamiento • Ensayos Conductuales

Después de haberse ausentado por dos semanas, el usuario reportó en la sesión haber consumido en sus vacaciones. Por lo cual, se llevó a cabo un análisis funcional de la recaída, no sin antes, recordarle que las recaídas son parte del

proceso de aprendizaje, en donde se aprende a saber que no hacer y que si realizar para tener éxito.

Al describir la situación de recaída, el usuario reportó que todos sus planes habían funcionado hasta el momento en el que decidió ir al restaurant del hotel por un refresco él solo, ya que su hija estaba bañándose y su esposa recostada en el hotel; al momento de llegar al restaurant y sentarse llegó una mesera con varios cocteles y le ofreció uno, ante lo cual, el usuario se quedó inerte y aceptó la bebida. Reportó haber consumido tres cervezas y dos margaritas en un lapso de dos horas. Al día siguiente, bebió una cerveza chica, en la mañana para “calmar” los síntomas de la resaca.

Por un lado se le mencionó que a pesar de haber consumido, había mantenido mayor autocontrol en relación a sus consumos anteriores al tratamiento al disminuir la cantidad y frecuencia de consumo. No obstante, era menester analizar la situación de recaída con el fin de anticiparse a situaciones semejantes en un futuro y continuar sobrio. El usuario reportó como precipitadores internos pensamientos previos al consumo de: *“Tengo sed, se me antoja una cerveza, pero en lugar de eso mejor me tomo un refresco”*, emociones de ansiedad y necesidad de relajarse, y sensaciones físicas de sudoración en las manos, boca seca y palpitations. Indicó que durante el consumo se sintió más relajado, aunque las consecuencias negativas no se hicieron esperar. Al momento en el que su esposa se percató de que había consumido, le reclamó su falta de compromiso y consideración para con ella y su hija mencionándole: *“Tú no entiendes, siempre es lo mismo contigo, no puedo descuidarme tantito porque en seguida vuelves a beber, no te quiero cerca de mí y la niña”*, ante lo cual, su esposa dejó de hablarle por dos días; su hija se asustó mucho y le comentó: *“papá estás tomando de nuevo, no quiero que te mueras”*. Emocionalmente, indicó sentirse triste y decepcionado de sí mismo, ansioso, tenso y culpable. Físicamente, reportó relajación momentánea pero después del consumo, dolor de cabeza, mareo, náusea y dolor de estomago tipo gastritis.

Al día siguiente mencionó sentir algunos síntomas de resaca como: dolor de cabeza, debilitamiento, deshidratación, mareo, náuseas y ansiedad por beber de nuevo. Por tanto, sin pensar fue al restaurant por una cerveza con el afán de quitarse los malestares de la cruda y la ansiedad. Posterior a ello, se prometió a sí mismo no beber más de una copa estándar, puesto que no quería tener problemas con su esposa y agravar su situación en todo sentido y salió del lugar sintiéndose físicamente un poco más relajado, pero emocionalmente defraudado de sí. Ya no regresó al hotel y en su lugar caminó algunas horas en la playa, reflexionando acerca de su manera de beber y los problemas que le traía el consumo. En resumen, no valía la pena tirar todo el esfuerzo, por un momento de relajación efímera.

Al momento de regresar al hotel esperó a que su esposa e hija regresaran para ofrecerles una disculpa y un compromiso de su parte para no volver a beber. Empero, al momento de regresar su esposa, seguía muy molesta, por lo cual,

prefirió hablar con ella al día siguiente. Al día siguiente le comentó sentirse arrepentido, le expresó que comprendía perfectamente que no tuviera confianza en él por el desarrollo de los hechos y su comportamiento, sin embargo, estaba comprometido a seguir adelante con la terapia y demostrarle con hechos que se esforzaría por lograr la abstinencia y cosechar más logros para no recaer. Con esto, su esposa aunque escéptica le volvió a dar un voto de confianza, lo mismo ocurrió con su hija.

Al realizar todo el análisis funcional, se realizaron planes de acción para los precipitadores de esta situación.

Cambio de pensamientos: *“Sé perfectamente bien que si asisto a un lugar en donde hay consumo y voy solo es altamente probable que consuma. Evitaré exponerme a situaciones de riesgo”*. Ante aburrimiento, identificar actividades placenteras y establecer un horario con el fin de tener todo el día ocupado, evitar asistir en lugares en donde se consuman fuertes cantidades de alcohol, ante ofrecimientos mencionar que no bebe y no le ofrezcan. (Reportó que resistirse al consumo había sido relativamente más sencillo llevarlo a cabo en situaciones, lugares y con personas conocidas, en cambio al toparse con una situación 180 grados distinta, no supo cómo responder y se paralizó en lugar de aplicar alguna estrategia previamente llevada a la práctica). Estar muy atento ante pensamientos de autoengaño, ya que, en el fondo, sabía que no estaba cumpliendo sus planes de acción y de alguna manera se dio permiso de consumir. Ante pensamientos de: *“Beberé solo para disminuir la cruda”*, cambiarlos por: *“Por mi condición adictiva, sé que volver a beber para calmar los estragos de la cruda empeorará la situación, ya que no va a ser solo una, además de perder mi control de mí y mis problemas se multiplicaran y estaré igual o peor que antes, en lugar de ello, me tranquilizaré y respiraré profundo con el fin de calmarme, pediré ayuda a mis seres queridos, tomare mi medicina y seguiré aplicando planes de acción para retomar mi abstinencia”*.

Ante esta situación, se le felicitó por haber regresado a sesión, haber generado planes de acción y por mantenerse ya una semana sin beber después de la recaída. Se le comentó al usuario la importancia de seguir en abstinencia, no sin antes exhortarlo a que repasara las ventajas de estar en abstinencia. El usuario reportó sentirse muy tranquilo y en bienestar con el mismo, al poder controlar sus emociones más negativas como la depresión, tristeza, enojo, miedo, etc., sentirse importante y querido en su familia, poder cosechando logros en todas las áreas de vida, terminar sus deudas, para después ahorrar y emprender otros proyectos, comunicarse mejor y ya no tener pleitos, percibir una unión familiar. Físicamente, fuerte y sano, concentrarse mejor en su trabajo, tener mayor agilidad mental, etc. se complementaron sus ideas al mencionar que estar en abstinencia le permite experimentar la sensación de abstinencia enfocando su atención en cambios positivos, interrumpir viejos hábitos y patrones de consumo, adquirir confianza en sí mismo y autocontrol, establecer un compromiso para el cambio con él mismo y con sus seres queridos y ganarse la confianza de los demás.

Por lo cual, era primordial establecer un período en abstinencia, el cual le permitiría darse la oportunidad de estar por un tiempo sin consumo, para que pueda seguir su tratamiento y aprender nuevas estrategias que le ayudarán a resolver conflictos y alcanzar metas en tu vida diaria. Además, se negoció con él un período de abstinencia, el cual era variable, pero como sugerencia se le aconsejó hacerlo por 90 días ya que es el periodo de tiempo que aproximadamente dura el tratamiento. Se le hizo hincapié en que lo importante consistía en establecer un periodo con el que se sintiera realmente seguro de no consumir. El usuario estableció su muestra de abstinencia por ese periodo sugerido de tres meses del 30 de septiembre de 2008 al 30 de diciembre del 2008.

Para poder llevar a cabo cabalmente su muestra de abstinencia se le recordaron sus principales precipitadores previos a la intervención: Emociones desagradables (80%), Necesidad física (60%) y Malestar físico (57.7%), sin embargo, al aplicarle el ISCA, tomando en cuenta su ultima recaída, sus principales situaciones de riesgo resultaron: Emociones desagradables (40%), Necesidad física (26.6%) y Presión social (26.6%).

Por tal razón, se llevaron a cabo los siguientes planes de acción en tres situaciones de riesgo:

Situación 1: Evitar asistir a fiestas, de no hacerlo estar solo hasta la hora de la comida y posterior a ello retirarse. Utilizar habilidades de rehusarse al consumo de: Ofrecer justificación, romper interacción, negarse asertivamente. (Modeladas y ensayadas en la sesión).

Situación 2: No vacacionar por el momento y en su lugar visitar a su mamá, convivir con hermanos no consumidores, ver películas, leer, etc.

Situación 3: Emociones desagradables: Mantenerse ocupado en actividades deportivas y trabajo. Utilizar estrategias y recursos de control emocional como: tiempo fuera, distracción del pensamiento, cambio de pensamientos, habilidades de comunicación, etc.

Se modificaron los siguientes pensamientos precipitadores: *“Convivir con mis amigos consumidores de alcohol me genera deseos de beber”* por: *“Una convivencia en familia me permitirá pasar un momento agradable y sin riesgos, ya que sé que no consumirán”*. Se comprometió a evitar estar con gente que consuma alcohol en fiestas multitudinarias del pueblo, cantinas, estar en el centro del pueblo los fines de semana y lugares de venta de alcohol.

Se comprometió con sus planes de acción y firmó su muestra de abstinencia por el periodo de tiempo establecido. Antes de darle cita para la siguiente sesión, se le recordó seguir llenando el autoregistro, con el fin de apreciar día con día sus logros y seguir motivado y comprometido con su objetivo de estar en abstinencia.

Consejo marital

En seguida se presentan en la tabla 44 los objetivos de la sesión y las técnicas utilizadas para el consejo marital.

Tabla 44.

Objetivos y técnicas de Consejo marital

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
Los cónyuges incrementarán su satisfacción marital mediante el aprendizaje de habilidades que les permitan mejorar su comunicación, intercambiarse gratificantes recíprocos y resolver problemas mediante el establecimiento de acuerdos.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal • Retroalimentación • Modelamiento y Ensayo Conductual de las siguientes habilidades de consejo marital: <ul style="list-style-type: none"> • 7 conductas básicas de reconocimiento diario y peticiones positivas.

El usuario logró una semana más de abstinencia, ya que llevó a cabo sus planes de acción, refirió que, a pesar de no haber tenido pleitos con su esposa, sentía que la relación entre ambos se enfriaba y sentía que la relación estaba deteriorada comparada con años anteriores en los que sentía gran afecto y pasión por su pareja. Por lo cual, se le aplicó la escala de satisfacción marital, en una escala del 1 al 10. A continuación, se mostrará la puntuación en cada área: Responsabilidades del hogar (7 puntos), Crianza de los hijos (7 puntos), Actividades sociales (8 puntos), Manejo del dinero (7 puntos), Hábitos personales (8 puntos), Independencia de mi pareja (8 puntos), Sexualidad y afecto actividades de la casa (6 puntos) y Vida emocional (8 puntos), Comunicación (8 puntos) y satisfacción general (7 puntos).

Dado que el usuario percibía poca satisfacción en diversos aspectos de su relación de pareja, se procedió a dar inicio a este componente, se le explicó al usuario que la insatisfacción marital conlleva una serie de efectos dañinos entre los que están la depresión, el consumo de alcohol y otros problemas asociados, por lo cual era muy importante que aprendiera a aumentar su satisfacción marital mediante el aprendizaje de habilidades que les permitan mejorar su comunicación, intercambiarse gratificantes recíprocos y resolver problemas mediante el establecimiento de acuerdos.

Por tanto, se procedió a explicar y modelar las 7 conductas básicas: Iniciar temas de conversación que le agradan a su pareja, escuchar conversaciones que inicie la pareja, dar reconocimiento por conducta, reconocimiento por cualidad, dar una sorpresa agradable, expresar afecto positivo y ofrecer ayuda sin que la pida mi pareja. Cada habilidad fue modelada. Posterior a ello, se llevó a cabo un ensayo conductual, en el que el usuario tuviera la oportunidad de practicarlas, establecer un compromiso de llevarlas a cabo con su pareja. Se le invitó a que su esposa aplicara el componente, así como el entrenamiento con el otro significativo. Sin

embargo, el usuario comentó que su esposa se había mostrado muy renuente a tomar terapia psicológica, ya que prefería asistir a grupos de Al-Anon y codependencia. Con todo, el usuario se comprometió a enseñarle el folleto y explicarle las habilidades de consejo marital.

A continuación se muestran las 7 conductas básicas de consejo marital en la tabla 45:

Tabla 45.

7 conductas básicas de reconocimiento

Conductas básicas	Aplicación en escenario natural
1. Iniciar temas de conversación que le agradan a su pareja	Iniciar conversaciones de cómo le fue en el trabajo
2. Escuchar conversaciones que inicie la pareja	Prestar atención sin interrumpir sobre su plática y realizar más preguntas del tema
3. Dar reconocimiento por conducta	Por saber cocinar rico
4. Reconocimiento por cualidad	Por ser tan comprensiva y apoyarlo en su rehabilitación
5. Dar una sorpresa agradable	Estaba renuente a darle una sorpresa porque anteriormente no lo había tomado tanto en cuenta cuando le había regalado algo, por lo que cambió de estrategia, en lugar de darle un objeto, la llevó a cenar y le hizo notar el esfuerzo invertido en tener detalles con ella
6. Expresar afecto positivo	Tomarla de la mano y abrazarla
7. Ofrecer ayuda sin que la pida mi pareja	Escombrar habitación y librero

En seguida, se dio paso a la explicación de peticiones positivas. Se señaló paso por paso como realizar peticiones positivas en su pareja, brindando un ejemplo del material didáctico, en el que el esposo pedía apoyo a su pareja al momento de ir al supermercado ser más ordenados con los gastos. En seguida, se procedió a aplicar esta técnica en alguna petición del usuario. El usuario indicó que había tenido problemas al momento de impartirle disciplina a su hija, puesto que, su esposa la consentía y cuando él le llamaba la atención a su hija, su esposa hacía caso omiso de sus palabras y consentía a la niña. Por lo cual, realizó el ejercicio

de peticiones positivas en dicha situación, se le pidió que antes que nada era importante estar tranquilo y hablar en el momento adecuado.

Inicia con algo positivo: *“Me gusta que estés al pendiente de nuestra hija al momento que llega de la escuela”*.

Solicita amablemente la conducta deseada, utilizando frases en primera persona: *“Quisiera que cuando le llamo la atención porque no ha hecho la tarea o por qué no se ha cambiado el uniforme, estemos los dos de acuerdo y me apoyes al hablar con ella o darle un correctivo”*.

Señala las ventajas de utilizar esa conducta: *“Así va a ser más sencillo que nuestra hija se discipline al ver que estamos de acuerdo tu y yo, no va a salirse con la suya porque alguno de los dos lo permitirá”*.

Ofrécele tu ayuda: *“Si quieres puedo hablar con nuestra hija de forma positiva para que cambie esas conductas”*.

Pídele su opinión: *“¿Cómo ves? (si no estuvieran de acuerdo, aplicar la estrategia de solución de problemas para negociar el acuerdo). Si fuese necesario pedirle que piense en otras formas de resolverlo.*

Al terminar la sesión se le solicitó al usuario aplicar estas técnicas con su esposa, recordándole que era fundamental seguir aplicando las habilidades de comunicación en cualquier situación con su pareja, asimismo, llevar a cabo planes de acción para mantenerse en abstinencia: estar ocupado en actividades productivas y recreativas: hacer ejercicio, trabajar, leer, escuchar música, ver películas, etc. Evitar lugares de consumo, rechazar el consumo de amigos y vecinos, aplicar técnicas de control emocional (tristeza y enojo) y habilidades de comunicación, así como continuar con el llenado del autoregistro.

Control de ansiedad

A continuación, se muestran los objetivos y técnicas del componente de control de ansiedad.

Tabla 46.

Objetivos y técnicas de Control de ansiedad

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
Que el usuario aprenda las estrategias necesarias para el control de la intensidad y la duración de las emociones desagradables de ansiedad para favorecer el mantenimiento de su abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal • Ejercicio de relajación • Retroalimentación • Modelamiento y Ensayo Conductual de las siguientes habilidades de control de ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> • Respiración Profunda

-
- Relajación Muscular Progresiva ó de Tensión-Distensión
 - Relajación Mental ó Por Imaginación
-

Al momento de dar inicio a la sesión, el usuario reportó haberse mantenido sobrio, gracias a que aplicó sus planes de acción y lo contento que se sentía en abstinencia: *“Me siento tranquilo, muy contento con ganas de vivir y dar lo mejor de mis seres queridos”*. Sin embargo, refirió haberse sentido muy tenso y estresado, dado que la carga de trabajo había aumentado, por otro lado, el pasar por lugares de consumo le generaba ansiedad y craving por el consumo. Se le hizo hincapié en el correcto manejo de la tensión y ansiedad tanto generada por la vida o por el consumo, ya que se consideraba a la ansiedad como precipitador del consumo.

De esta manera, se procedió a explicar la función de la ansiedad, su función en el ser humano y cuándo es que ésta comienza a afectar, esto con el apoyo del material didáctico. Se le explicó la cadena conductual en la que un evento, se asocia a un pensamiento “negativo” que lo hacen sentir que la situación está muy difícil de enfrentar o de que es incapaz de enfrentarla, este pensamiento jala a otros acumulándose en cascada y disparan el incremento en la emoción de ansiedad que le precipitan conducta impulsiva y le ocasionan el recibir consecuencias negativas, pudiendo recurrir al consumo y terminar sintiéndose inseguro, incapaz, con más temor, con reproches hacia sí mismo, etc.

Al solicitar al usuario que mencionara las razones por las que es importante tener un control de la ansiedad el usuario refirió principalmente: *“Evitar estados emocionales y físicos negativos como insomnio, malestar estomacal, incomodidad, miedo a que pase lo peor e incertidumbre”*. Se complementó sus ideas, agregando que no manejar correctamente la ansiedad, además de lo que mencionaba, traía consecuencias severas asociadas como sentirse cada vez más presionado, acelerado, agravarse el insomnio, recaer en el consumo, alteraciones cardiovasculares, gastritis, úlcera, colitis, comer en exceso, etc. se le recalcó la importancia de contar con esas habilidades y detenerse a tiempo para siempre mantener auto-control.

Por tal, se dio paso a explicar y modelar las habilidades de control de ansiedad: respiración profunda, relajación muscular progresiva o de tensión-distensión y relajación mental ó por imaginación. Subsiguientemente se llevó a cabo un ejercicio aplicando las tres técnicas y en seguida un ensayo conductual por parte del usuario. Se llevó a cabo reestructuración cognitiva ante una situación que le había generado ansiedad: el arreglo de una disputa de un terreno. Identificó un pensamiento negativo: *“No habrá solución”* generó frases positivas para frenar pensamientos negativos: *“Cálmate, tranquilo, todo se va a arreglar, llegaremos a un mutuo acuerdo”*. Al realizar la reestructuración cognitiva, cambió su pensamiento

de ansiedad por uno más realista: *“Sí hay solución, tengo documentación con qué comprobar”*.

Se dio reforzamiento positivo al momento de ejecutar correctamente las técnicas, las que más se le facilitaron fueron la respiración profunda, darse frases positivas, reestructuración cognitiva. Se le motivó a seguir aplicando las demás técnicas para tener un dominio de las mismas y contar con un arsenal mayor de habilidades de autocontrol emocional.

Se le dio un autoregistro de ansiedad y se le exhortó a llevar a la práctica las estrategias de control de ansiedad, se hizo énfasis en que era importante aplicarlas todos los días, para darle un sano escape a la ansiedad y sensaciones de tensión. Así como el desarrollo de actividades que permitan una relajación adecuada como el ejercicio físico, escuchar música, ver televisión, platicar con alguna persona de confianza. Llevó a cabo sus planes de acción, muy similares a los que se asemejaban con los de la sesión anterior, sin embargo, refirió aplicar más estrategias de control de ansiedad, mencionó que con este nuevo aprendizaje se sentía más seguro de enfrentarse a situaciones de riesgo sin consumir.

En la siguiente sesión, el usuario llevó su autoregistro y reportó como había aplicado las técnicas en una situación que le disparó una fuerte sensación por beber y al momento de aplicar las técnicas ese craving mermó considerablemente y evitó que llegara a un consumo. Esta situación se describe en la tabla 47.

Tabla 47.

Situación de ansiedad y técnicas aplicadas

Situación	Personas, lugar y momento	Estrategia empleada	Resultados
Pasar por una cantina en donde consumía frecuentemente surgió un pensamiento negativo de: “Anteriormente pasé por momentos agradables bebiendo”	Estando en la calle, enfrente de cantina a las 2 pm.	Respiración profunda Frases positivas: <i>“Tranquilo, cálmate, aunque sí pase momentos agradables, el beber me trajo muchos problemas, pase lo que pase debo mantenerme calmado y sin consumir”</i> . El cambio de pensamiento fue: <i>“Si pasé un momento</i>	Le permitió poder controlar el deseo por consumir y la ansiedad que le generaba ese estímulo, se tranquilizó al aplicar dichas técnicas y posteriormente, se alejó de la situación de riesgo más calmado

Situación	Personas, lugar y momento	Estrategia empleada	Resultados
			<p><i>agradable, fue muy breve y me ocasionó problemas con mi familia, de salud y trabajo, me hizo sentir muy mal, con depresión y ansiedad, pero ahora en abstinencia mi vida es mucho más gratificante, he trabajado mucho como para que pierda mis logros por un momento así”.</i></p>

Rehusarse al consumo

Acto continuo, se muestran en la tabla 48 los objetivos y técnicas del componente de control de Rehusarse al consumo.

Tabla 48.

Objetivos y técnicas de Rehusarse al consumo

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
<p>El usuario enfrentará situaciones de riesgo de consumo externas e internas eficazmente mediante el aprendizaje y utilización de las habilidades de Rehusarse al Consumo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento Positivo • Instrucción verbal • Retroalimentación • Ensayos Conductuales del Plan de acción y de las habilidades de: <ul style="list-style-type: none"> • Negarse asertivamente • Sugerir alternativas • Cambiar el tema de la plática • Ofrecer justificación • Interrumpir interacción • Confrontar al otro • Reestructuración cognitiva de pensamientos precipitadores

El usuario se presentó a sesión, cumpliendo una semana más en abstinencia, comentó que las conductas de consejo marital habían funcionado ya que sentía más cercano a su esposa y poco a poco percibía mayor unión entre ellos. Se le reforzó a continuar aplicando estas estrategias constantemente le permitirían sentirse más pleno, contento y en armonía con su pareja.

Por otro lado, en previas sesiones se habían manejado en los planes de acción habilidades de rehusarse al consumo como ofrecer justificación (estoy jurado) e interrumpir interacción al encontrarse con vecinos consumidores principalmente, sin embargo, al mencionar el usuario que tenía planes de asistir a la fiesta anual del pueblo, comentó sentirse en conflicto, ya que quería asistir un rato, únicamente en la tarde y en la hora de la comida y regresarse temprano a su casa, pero por otro lado, tenía miedo de ser presa de constantes ofrecimientos a beber por parte de amigos y vecinos consumidores. Por lo cual se le explicó que entre más habilidades contara para enfrentarse a situaciones de riesgo, mayor sería la probabilidad de superar esos momentos con éxito. Con lo cual, podría asistir a la fiesta un rato y sentirse seguro de no consumir al contar con estrategias de rehusarse al consumo.

De esta manera, se le explicó el objetivo del componente y posterior a ello se retomaron elementos de lenguaje corporal, mismos que deben utilizarse en todas las técnicas de rehusarse al consumo. Se le hizo mención de evitar ponerse nervioso, en su lugar actuar con seguridad, mirar directamente a los ojos a quien le está hablando, decir firmemente “no gracias” y mostrar una actitud relajada.

Habiendo explicado lo anterior, se procedió a exponer y modelar las habilidades de rehusarse al consumo, una vez expresadas el usuario ensayó en situaciones que consideró se podrían presentar ya sea en la fiesta o en su entorno de su colonia. Cabe destacar, que se le dio retroalimentación en las técnicas tanto en las que aplicaba fácilmente como en las que le costaba más trabajo, tales como sugerir alternativas y cambiar el tema de la plática.

También se llevó a cabo el ejercicio de reestructuración cognitiva, se le explicó al usuario: *“Es necesario estar preparados cuando la tentación de consumo se presenta. Cuando se le presenten pensamientos con el deseo de consumir es necesario enfrentarlos cambiándolos por otros pensamientos que no estén relacionados con el consumo”*. Se le brindó un ejemplo de reestructuración cognitiva ante pensamientos de consumo: *“Hace mucho calor, cómo se me antoja una cerveza bien fría, ¡no!, ya sé que si tomo no va a ser una, voy a perder el control y consumiré sin parar, mejor me voy a comprar una coca bien fría y voy a platicar con mi esposa y mi hija para sentirme relajado y a gusto”*.

Una vez explicada la técnica y aclarando las dudas presentadas, se procedió a hacer el ejercicio de reestructuración cognitiva en cuatro pensamientos precipitadores y su reestructuración cognitiva mismos que se muestran en la tabla 49:

Tabla 49.
Cambio de pensamientos precipitadores

Pensamiento precipitadores	Pensamientos no relacionados con el consumo
<i>Tengo problemas económicos necesito una copa para poder relajarme y decidir bien.</i>	<i>Tengo problemas económicos necesito ser positivo y estar sobrio para poder decidir adecuadamente.</i>
<i>Las relaciones sexuales en mi matrimonio no están bien necesito un trago para aceptarlo.</i>	<i>Las relaciones sexuales en mi matrimonio no están bien necesito ser positivo y buscar una solución</i>
<i>Mi salud no está nada bien, total, da lo mismo si tomo o no.</i>	<i>Mi salud no está nada bien si evito tomar mi salud mejorará.</i>
<i>Muchas de mis amistades me rechazan, mejor me emborracho.</i>	<i>Muchas de mis amistades me rechazan porque he bebido, ahora que estoy en abstinencia será más fácil retomar su amistad o hacer nuevos amigos.</i>

Terminando el ejercicio de reestructuración cognitiva se le dio un autoregistro, con el fin de que registrara las situaciones presentadas y las estrategias empleadas en dicha situación. Además de aplicar estas técnicas para completar su plan de acción, acordó solicitar apoyo a su esposa para no insistirle que de quedara más tiempo en la fiesta: *“Yo sé que quieres que me quede a convivir con ustedes, pero ya sabes como es mi compadre y demás amigos, no me van a dejar de insistir de que beba, además en un ambiente con mucho alcohol no me voy a sentir cómodo y puedo tener pensamientos de consumo, en su lugar, para no quedar mal y divertirme un rato sin riesgos voy a la fiesta y después de comer me retiro a la casa”*. Al momento de salir de la fiesta, el usuario indico como plan de acción rentar unas películas y verlas en la casa de su mamá para no estar solo, seguir llenando su autoregistro y aplicar las técnicas de control emocional, comunicación, consejo marital, etc. para enfrentar diversas gamas de situaciones.

En la siguiente sesión, reportó haber aplicado las técnicas y sus planes de acción y cumplir otra semana más en abstinencia. Al llevar su autoregistro reportó haber aplicado en las situaciones que se presentan en la tabla 50:

Tabla 50.
Situación y técnicas aplicadas de habilidades de rehusarse al consumo

Habilidades de rehusarse al consumo	Descripción de la situación	Aplicación de las habilidades
Negarse asertivamente	Cuando ha pasado cerca de su domicilio por un puesto de jugos donde sus vecinos le han	Les ha replicado: <i>“No gracias, así estoy bien”</i>

Habilidades de rehusarse al consumo	Descripción de la situación	Aplicación de las habilidades
	invitado unas "Pollas"	
Sugerir alternativas	Cuando ha sido invitado a casas de amigos y le ofrecen que se tome una copa	Les ha comentado: <i>"Sabes que, por qué mejor no me invitas un refresco"</i>
Cambiar el tema de la plática	Con vecinos, cuando se los encuentra en la calle, le han hecho referencia de algún festejo en el pueblo	<i>"Oye, por cierto, ¿Qué te parecen los trabajos de la delegación en el pueblo?"</i>
Ofrecer justificación	Ante diversas invitaciones, una de ellas en la fiesta cuando un vecino le ofreció que bebiera una copa	<i>"Estoy jurado"</i> <i>"Estoy tomando medicamento"</i>
Interrumpir interacción	Ante diversas invitaciones o encontrarse con personas consumidoras	<i>"Tengo un compromiso, luego te veo"</i> <i>"Tengo prisa me están esperando, al ratito nos vemos"</i>
Confrontar al otro	Cuando su compadre le ofreció unas copas en la fiesta y con su hermano que es dependiente al alcohol	<i>"Si bebo puedo morirme"</i> <i>"No me ofrezcas más porque beber me hace mucho daño a mi salud"</i>

Solución de problemas

En breve, se presentan los objetivos y técnicas utilizadas del componente solución de problemas en la tabla 51:

Tabla 51

Objetivos y técnicas de Solución de problemas

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
Enseñar al usuario conductas efectivas de enfrentamiento ante situaciones difíciles de su ambiente y vida cotidiana que le permitan	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal. • Retroalimentación. • Ensayos Conductuales del Plan de acción.

**resolverlas, controlar su ambiente,
disminuir tensión y
consecuentemente mantenerse
abstinente.**

Al revisar el autoregistro el usuario llegó a sesión indicando que había continuado en abstinencia, asimismo que había tenido éxito en sus planes de acción y al aplicar las técnicas de rehusarse al consumo. Por tal razón, se le reforzó positivamente las conductas efectivas que le ayudaron a mantenerse en abstinencia: rehusarse al consumo, cambio de pensamientos, mantenerse ocupado en actividades productivas y recreativas, comunicarse efectivamente con su familia, controlar sus estados emocionales negativos y seguir tomándose el medicamento.

Dado que en las dos sesiones anteriores el usuario había manifestado la carencia de relaciones sexuales en su matrimonio como un problema que lo angustiaba en demasía y al cual no había encontrado solución, se procedió a incluir en la sesión el componente de solución de problemas. Se le explicó al usuario: *“El día de hoy es idóneo para que aprenda conductas que permitan enfrentar dichos problemas y solucionarlos de la mejor manera posible, sin consumo. Por eso, en lugar de enfrentar los problemas bebiendo alcohol, hoy aprenderá el procedimiento de solución de problemas paso a paso, con el fin de solucionar cualquier problema o dilema que se le presente en su vida, sin importar si está relacionado o no con el consumo”*.

Por lo cual, se le explicó los pasos para la solución de problemas: 1) Identificar el problema, indicando que es importante definir el problema de la forma más clara y breve posible, así como NO mezclar varios problemas. 2) Generar alternativas de solución, se le explicó que era importante hacer una lista de todas las soluciones que se le ocurrieran para resolver el problema (Lluvia de ideas) sin criticarlas, se le indicó que entre más alternativas mejor, finalmente eliminar cualquier solución que de entrada le resultase desagradable. 3) Analizar ventajas y desventajas, en donde se toman en cuenta las ventajas y las desventajas para cada solución, así como sus posibles consecuencias. 4) Tomar una decisión, con base en el análisis previo, elegir la opción más adecuada y elaborar planes de acción. 5) Evaluación de resultados, en donde el usuario en la siguiente sesión indica qué tan satisfecho se sintió con la solución. En dado caso que no haya quedado satisfecho con la solución, se le exhorta a intentar una segunda solución, siguiendo los pasos 2 al 6.

A continuación se desglosa en la tabla 52 el procedimiento de solución de problemas ante la problemática de carencia de relaciones sexuales en su matrimonio.

Tabla 52.

Procedimiento de Solución de un problema

Pasos para la solución de problemas	Resultados obtenidos
Paso 1 Identificación del problema	Falta de relaciones sexuales con su esposa
Paso 2 Dar alternativas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Separación 2. Buscar un acercamiento paulatino y positivo 3. Buscar una pareja informal 4. Dejar las cosas como están 5. Buscar un terapeuta sexual
Paso 3 Analizar ventajas y desventajas	<p>1. Separación</p> <p><u>Ventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Poder encontrar satisfacción sexual con otra persona <p><u>Desventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentirse devastado ya que la estabilidad que está teniendo proviene básicamente de la unión de su familia (esposa e hija) • Tener riesgo de volver a consumir <p>2. Buscar un acercamiento paulatino y positivo (Muestras de cariño y salidas ellos dos como pareja a cenar, el cine, etc.)</p> <p><u>Ventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Poder demostrarse cariño y afecto como pareja • Fomentar la unión con salidas <p><u>Desventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que al final ella no acceda a tener relaciones sexuales <p>3. Buscar una pareja informal</p> <p><u>Ventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si llegase a encontrarla, satisfacer esa necesidad sexual <p><u>Desventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de que su esposa lo descubra y le pida el divorcio • Enamorarse cualquiera de los dos y no ser correspondidos • Que la otra persona no entienda el proceso de rehabilitación y lo invite a beber o a lugares donde hay alto consumo • Sentir emociones desagradables que pudieran llevarlo a consumir nuevamente

Pasos para la solución de problemas	Resultados obtenidos
Paso 4 Tomar una decisión	4. Dejar las cosas como están
	<u>Ventajas:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • No tener asperezas con su esposa
	<u>Desventajas:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse frustrado por no obtener la gratificación sexual
	5. Buscar un terapeuta sexual
	<u>Ventajas:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar un acercamiento positivo y más satisfactorio con ayuda de un profesional en la materia
	<u>Desventajas:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • Vencer la resistencia de su esposa Propiciar un acercamiento positivo (Opción 2)

Su plan de acción consistió en salir en pareja a cenar 2 o 3 veces por semana, al cine o llevarla a comer y demostrarle afecto físico de manera paulatina como tomarla de la mano, cariños, palabras de afecto, etc. hasta convencerla poco a poco de tener relaciones sexuales. Sin embargo, ante esta decisión el usuario tuvo el pensamiento negativo de: *“No va a acceder, es muy poco probable que quiera”*. Por lo cual, se llevó a cabo reestructuración cognitiva: *“No tengo pruebas de que no vaya a acceder, si tengo paciencia es probable que acceda”*.

Al momento de revisar los resultados a la semana el usuario refirió haber llevado a cabo su plan de acción, sin embargo, su esposa aún seguía renuente a tener relaciones sexuales, ya que alegaba que ella ya no estaba en edad para esas cosas y estaba en la menopausia. Que si tantas ganas tenía el usuario de tener relaciones se comprara una muñeca inflable. Por lo cual, él se sentía muy frustrado y enojado por la situación. Al inquirir él en las motivaciones de su esposa para resistirse a tener la relación sexual, ella mencionó que estaba muy molesta con él porque había pasado muchos años de su vida con un “borracho” que dejaba su olor a “briago” en la recamara, por haberle soportado sus borracheras, así como estar resentida con él por haberla engañado en el pasado con otras mujeres. Él asumió su responsabilidad, y puso de su parte para aceptar el enojo de ella, pero finalmente era un evento pasado que requería sanar y no cargar como un lastre y obstaculizar su relación de pareja. Por lo cual ella aceptó asistir a grupos de codependencia y terapia psicológica para tratar estos problemas de sexualidad, lo cual, era un gran avance aunque quizás no tuviese un impacto inmediato, el usuario reconoció ser muy importante la paciencia en el proceso de espera.

Por tal motivo, se llevó a cabo de nueva cuenta todo el proceso de solución de problemas, con el fin de encontrar la mejor solución. (Véase tabla 53).

Tabla 53.

Procedimiento de Solución de un problema (2da solución)

Pasos para la solución de problemas	Resultados obtenidos
Paso 2 Dar alternativas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar ayuda de un doctor/nutriólogo que tratara los síntomas de la menopausia 2. Buscar una amiga con la que pudiera tener en primer lugar afecto y posteriormente una relación sexual si se da. 3. Indagar acerca de temas de sexualidad en bibliografía y textos de autoayuda sexual 4. Asistir a un retiro espiritual en pareja
Paso 3 Analizar ventajas y desventajas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar ayuda de un doctor/nutriólogo que tratara los síntomas de la menopausia <p><u>Ventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que su esposa se sintiera mejor física y mentalmente al tratar su problema de menopausia • Eliminar ese pretexto para tener relaciones sexuales <p><u>Desventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pusiera pretextos para no ir • Con todo y el tratamiento del doctor se rehusara a tener relaciones 2. Buscar una amiga con la que pudiera tener en primer lugar afecto y posteriormente una relación sexual si se da. <p><u>Ventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que su amiga entienda su situación y probablemente acceda a la relación sexual <p><u>Desventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de que su esposa lo descubra y le pida el divorcio • Enamorarse cualquiera de los dos y no ser correspondidos • Que la otra persona no entienda el proceso de rehabilitación y lo invite a beber o a lugares donde hay alto consumo • Sentir emociones desagradables que pudieran llevarlo a consumir nuevamente. 3. Indagar acerca de temas de sexualidad en bibliografía y textos de autoayuda sexual

Pasos para la solución de problemas	Resultados obtenidos
<p>Paso 4 Tomar una decisión</p>	<p><u>Ventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que su esposa este informada acerca de aspectos de sexualidad, desde un punto de vista objetivo • Desventajas: que siga empeñada en no tener relaciones por falta de interés <p>4. Asistir a un retiro espiritual en pareja</p> <p><u>Ventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasar un tiempo en pareja agradable • Propiciar un acercamiento espiritual y físico <p><u>Desventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que solamente acceda a un acercamiento espiritual <p>Buscar ayuda de un doctor/nutriólogo que tratara los síntomas de la menopausia (Opción 1)</p>

El usuario reportó como mejor opción buscar ayuda de un nutriólogo para que tratara el problema de menopausia de su esposa. Su plan de acción consistió en emplear una petición positiva: *“Mi amor, quiero ayudarte en tu problema de menopausia, una opción que podría ser de gran utilidad es de que asistas al doctor o con un nutriólogo, para que trate los síntomas que te molestan, si tratas ese problema te sentirás mejor física y emocionalmente, lo cual también ayudará en nuestras relaciones intimas, ya que podremos disfrutar de los dos sin ningún problema, si tu quieres te puedo llevar y traer, así como comprarte el tratamiento que requieras. ¿Qué te parece?”*. Ante una negativa pedirle una explicación y demandarle las razones por las cuales se rehúsa a asistir con el doctor.

También consideró la opción de asistir a terapia sexual, consideró como plan de acción realizar una petición positiva que fue ensayada durante la sesión: *“Cielo es importante que retomemos nuestra vida sexual en pareja, propongo asistir con un terapeuta sexual, de esta manera, podremos llevar una vida íntima en pareja satisfactoria para ambos, un profesional nos ayudará con ejercicios y estrategias de tratamiento para superar cualquier barrera que impida sentirnos plenos sexualmente, ya investigue algunos lugares en donde podemos tomar una terapia adecuada a nuestras necesidades. ¿Qué piensas?”*.

Se preparó al usuario ante una negativa ante las dos estrategias, el mencionaba que sería paciente y continuaría con los acercamientos positivos, tenía confianza en que eventualmente su esposa cambiaría de actitud ante su renuencia a tener relaciones al encontrar un punto de equilibrio y evitar a toda costa ser hostigoso e invasivo. Refirió no sentir ganas de beber por esta situación, ya que seguía siguiendo sus planes de acción y estaba plenamente consciente que esta solución llevaría tiempo y esfuerzo por parte de ambos.

Habilidades sociales y recreativas

A continuación se muestran en la tabla 54 los objetivos y técnicas empleadas en este componente.

Tabla 54.

Objetivos y técnicas de habilidades sociales y recreativas

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
Adquisición de conductas por parte del usuario que le permitan establecer actividades que compitan con el consumo y que apoyen la abstinencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal. • Retroalimentación • Ensayos Conductuales del Plan de acción.

El usuario reportó con relación a la sesión anterior haber tenido un avance en los acercamientos positivos y en los planes de acción, a pesar de no haber culminado la relación sexual. Continuó adherido a sus planes de acción de la sesión anterior y reportó continuar en abstinencia.

Se llevó a cabo este componente, ya que el usuario refirió que estaba más concentrado en actividades laborales como estar todo el día en su negocio y aunque seguía leyendo dejó de lado el ejercicio, diversión en general y convivir con amigos no consumidores. Se le explicó el objetivo de la sesión y se le mencionó que la adquisición de estas conductas le permitiría establecer actividades placenteras en lugar de llevar a cabo actividades que impliquen el consumo de alcohol y/o cualquier otra droga, así como contar con nuevas redes de apoyo fuera del consumo.

A propósito, el usuario reflexionó en torno a su vida social anterior, refiriendo que la mayoría de sus amigos son consumidores de alcohol y tabaco y la mayor parte de sus actividades sociales giraban en torno al alcohol, por lo cual ahora que se ha mantenido en abstinencia le ha sido más difícil encontrar personas con las cuales convivir que no sean consumidoras, así como nuevas actividades gratificantes y estimulantes libres de consumo. El usuario pudo identificar personas con las que podría realizar actividades sanas y recreativas, eligió a su hija, dos sobrinos y dos hermanos que no beben.

El usuario eligió en un inicio varias actividades de acuerdo a una lista con heterogéneas alternativas: andar en bicicleta, escalar, hacer ejercicio, ir de campamento, leer un nuevo libro, subir a un globo aerostático, pintar cerámica, ver documentales y visitar cuevas. De todas, el usuario se comprometió semanalmente a realizar 2 actividades social-recreativas fijas y 1 esporádica, eligió las que más le llamaron la atención y podría realizar en sus tiempos libres. Estas actividades aparecen en la tabla 55.

Tabla 55.
Establecimiento de actividades socio-recreativas

Actividades Permanente	Horario
Practicar Yoga en casa	Todos los días por las mañanas
Caminatas con la familia o solo evitando lugares donde hay consumo	Todos los días o al menos 5 veces por semana en las mañanas de 1 a 2 horas
Actividad Esporádica	Horario
Excursiones al campo con su hija y esposa	1 vez por semana

Se le hizo notar que dichas actividades no englobaban conocer y convivir con nuevas personas, por lo cual, se le explicó la función del club social y las ventajas con relación a otros programas ya que el refería que no le agradaban los grupos de AA o ir a la iglesia, se le indicó que el único requisito para asistir es estar en abstinencia no se profesaba algún tipo de religión o credo, también se le comentó que tendría la oportunidad de hacer nuevas amistades y practicar habilidades sociales aprendidas anteriormente y obtener retroalimentación. El usuario, asimismo, se comprometió a asistir al club social una vez al mes.

Prevención de recaídas

En seguida se muestran en la tabla 56 los objetivos de la sesión y las técnicas utilizadas de prevención de recaídas.

Tabla 56.
Objetivos y técnicas de Prevención de recaídas

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
El usuario aprenderá a prevenir el consumo de alcohol y/o drogas, identificando posibles situaciones de riesgo y haciendo planes de acción para prepararse a enfrentar con eficiencia y sin consumo situaciones difíciles a futuro.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal • Retroalimentación • Ensayos Conductuales del plan de acción

Al revisar el autoregistro, se dio reforzamiento positivo dado que el usuario reportó continuar en abstinencia. Se le preguntó que logros había cosechado hasta el momento, el usuario indico: *“Me he sentido más seguro de mí mismo, tranquilo, ya dejé muchos demonios atrás como la depresión, problemas familiares, culpas, me siento más fortalecido y contento”*.

Se le mencionó que el objetivo del componente consistía en anticiparse a situaciones de riesgo por medio de planes de acción eficientes con el fin de seguir en abstinencia y no recaer en el consumo. También le permitiría continuar en sobriedad y seguir gozando de las ventajas que ésta conlleva. Se le indicó que en

el pasado había enfrentado muchas situaciones de riesgo gracias a que pudo aplicar sus planes de acción: *“Usted salió adelante de muchas situaciones de riesgo gracias a que aplicó sus planes de acción y aprendió estrategias y nuevas habilidades, todo esto le permitió enfrentar situaciones de alto riesgo como haber rechazado el consumo casi todos los días y la presión social de vecinos y amigos, ante frustración, tristeza y enojo haber aplicado sus técnicas de autocontrol de emociones, haber resistido la necesidad de consumir ante estímulos muy fuertes de su ambiente como pasar por cantinas y vinaterías en donde antes consumía, asistir a fiestas y no consumir, etc. por lo cual, ahora que ya está fortalecido y cuenta con habilidades para mantenerse en abstinencia, goza de mayor control y confianza en sí mismo, por eso, es más que seguro que continúe en abstinencia, sin embargo, nunca debe bajar la guardia y es necesario que esté siempre alerta de situaciones de riesgo que pueden tomarnos por sorpresa”.*

También, se retomó el componente de análisis funcional de la conducta, se le recordó la importancia de romper con la cadena conductual, en los primeros eslabones y estar muy pendiente de sus principales situaciones de riesgo (emociones desagradables, presión social y necesidad física). Por tal, se le solicitó que mencionara todas las situaciones de riesgo que podría enfrentar y representarían un peligro de recaer. El usuario identificó tres situaciones, ante las cuales se llevaron planes de acción. Estas situaciones con sus respectivos planes de acción se muestran en la tabla 57.

Tabla 57

Situaciones de riesgo y planes de acción para 1 mes

Situaciones de riesgo	Planes de acción
Asistir a fiestas	Si es posible evitar asistir y en su lugar hacer cosas recreativas como yoga o lectura, en dado caso de asistir, su plan consiste en comer, estar un rato, retirarse al momento que comiencen a beber alcohol. También, evitar asistir si es una fiesta que esté retirada de su domicilio, para no exponerse a quedarse en un lugar donde el consumo es elevado.
Si su hermano continua bebiendo	Evitarlo en lo posible convivir con él, ya que en el pasado le había invitado a beber y le había mencionado que las terapias no funcionaban, el usuario reportó que en caso de ser confrontado por su hermano, evitar discusiones aplicando autoinstrucciones positivas, tiempo fuera, distracción del pensamiento, respiración profunda, etc. así como en un momento más tranquilo, solicitarle su apoyo para que lo ayudara en lugar de criticarlo en su decisión de dejar de beber y no

Situaciones de riesgo	Planes de acción
Si las relaciones sexuales con su esposa no mejoran y decide buscar otra pareja	<p>le ofreciera consumir.</p> <p>Aunque el usuario llevó a cabo sus planes de acción de solución de problemas ante la negativa de su esposa a tener relaciones sexuales, obtuvo avances al ir su esposa con naturistas y tomar medicina alternativa para los síntomas de la menopausia y sentirse mejor físicamente por ello, haber realizado más actividades juntos como ir a caminar o a correr, brindarse afecto físico como masajes y caricias, propiciar salidas a cenar y mejorar la comunicación en ambos. Sin embargo, se negaba rotundamente a asistir con un terapeuta sexual al tildar ese tipo de terapia como inservible y avergonzante. No obstante, comenzó a asistir a grupos de codependencia y a pláticas religiosas.</p> <p>Su plan de acción consistiría en continuar como hasta ahora aplicando técnicas de consejo marital, adherido a las opciones de solución del problema de asistir a terapia sexual.</p> <p>El usuario consideró la opción de buscar pareja con las mismas intenciones de solo tener relaciones sexuales, ante lo cual se le instigó a identificar las consecuencias negativas de un involucramiento de ese tipo, pudo ubicar las siguientes consecuencias negativas (Riesgo de que su esposa lo descubra y le pida el divorcio, enamorarse cualquiera de los dos y no ser correspondidos, que la otra persona no entienda el proceso de rehabilitación y lo invite a beber o a lugares donde hay alto consumo, sentir emociones desagradables que pudieran llevarlo a consumir nuevamente. Cambio pensamientos precipitadores: <i>“Total, solo va a ser sexo”</i> por <i>“Las consecuencias pueden ser fatales si me involucro con alguien más porque es muy probable que recaiga en el consumo, mejor continuo con mis otros planes de acción para lograr poco a poco esa intimidad con mi esposa”</i>.</p> <p>Se le hizo hincapié en la toma de decisiones y</p>

Situaciones de riesgo	Planes de acción
	que antes de decidir siempre pensara en las consecuencias que pudiese implicar su elección.

Además, se le explicó el sistema de advertencia temprana es una estrategia fundamental para prevenir recaídas, la cual consiste en solicitar ayuda a un familiar o amigo para que le ayudase a detectar señales de probable recaída, se le mencionó que: *“Habitualmente las personas con las que más convive o la gente que está cerca de usted, pueden darse cuenta cuando está en riesgo de consumir, por eso, ya sea su familiar o amigo debe advertirle cuando esté en una situación de alto riesgo, en donde es muy probable que recaiga, de esta manera, podrá estar alerta de ello y podrá tomar decisiones más claramente que lo protejan y alejen del consumo”*. También se le dijo que era muy relevante que aprendiera a identificar las señales que pudieran indicarle estar en riesgo de consumir, con este fin anticiparse a la recaída y poder hacer planes de acción y aplicar las habilidades aprendidas en sesión.

Al momento de preguntarle por las señales internas o externas podrían indicarle estar por recaer, indicó: *“Tener relaciones sexuales con otra persona ajena a su matrimonio, estar ocioso, ir de vacaciones sin plan de acción, estar mucho tiempo en un lugar con personas consumidoras y en los lugares de consumo principalmente”*. Por eso en conclusión, era importante estar siempre alerta y tener planes de acción para superar las situaciones de riesgo. Además, se realizó un modelamiento y ensayo conductual de solicitar apoyo para el sistema de advertencia temprana, que en su caso aplicaría para su esposa, mamá y sobrino, que son las personas con las que más convive.

Se agendó la siguiente sesión a la semana siguiente para reforzar planes de acción y restablecer su muestra de abstinencia. Asimismo, se le indicó que era importante aplicar sus planes de acción y seguir con el llenado del autoregistro.

Restablecimiento de muestra de abstinencia

A continuación en la tabla 58, se exponen los objetivos y técnicas utilizadas del componente restablecimiento de muestra de abstinencia.

Tabla 58

Objetivos y técnicas de Restablecimiento de muestra de abstinencia

Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
Que el usuario restablezca su Muestra de Abstinencia por un período viable que de preferencia que cubra 90 días o más sin consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación • Modelamiento • Ensayos Conductuales

A pesar de que el usuario ha estado en abstinencia por 7 meses y comprometido con su meta de lograr la abstinencia, en esta sesión se restableció su muestra de abstinencia. El usuario pactó seis meses en sobriedad. No obstante, que su segundo seguimiento sería en un mes. Se estableció por seis meses: del 1ro de enero de 2009 al 1ro de junio de 2009.

Los planes de acción para seis meses fueron los siguientes, de acuerdo a las situaciones que identificara como de mayor riesgo.

Identificó una situación de riesgo, el que su esposa se vaya de vacaciones a Tequila por 4 días y él se quede solo en casa. Sus planes de acción consistieron en: Evitar imaginarse el lugar de su destino (ya que eso le generaba craving al recordar otros momentos de vacaciones en Tequila en donde bebió en exceso) o para contrarrestar el craving en dado caso de presentarse hacer reestructuración cognitiva y sustituirlo pensamientos de consumo por pensamientos positivos del trabajo o esparcimiento de por qué es importante mantenerse en abstinencia, mantener su tiempo ocupado en actividades agradables como editar videos familiares, ver películas, leer, hacer ejercicio; evitar ir a almorzar el domingo solo, puesto que, la mayor parte de las personas que asisten al tianguis son ex compañeros de juerga, encontrar vecinos consumidores o encontrar puestos de bebidas alcohólicas. Finalmente, al regresar de trabajar ir a dormir a casa de su mamá.

Para la segunda situación de riesgo, identificó que la situación sexual no cambiase la relación sexual en su matrimonio consideró como plan de acción que a pesar de las consecuencias negativas, el usuario pretendía buscar la relación con una amiga porque mencionaba que había aplicado sus planes de acción y sin embargo, la relación sexual no se dio con su esposa, consideró que si no se daba la relación sexual, tener en cuenta que, de antemano que solo buscaba amistad en un inicio, que tendría altas probabilidades de no funcionar. Se le exhortó a considerar las consecuencias de su elección y que considerara otras opciones. Mencionó continuar con los acercamientos positivos y con el ejercicio y masaje. Ya que su esposa se había negado a asistir con un terapeuta sexual, alegando que no le interesaba en lo absoluto tener relaciones sexuales. Distraerse en actividades gratificantes: ver películas, salir de excursión con hija, hacer ejercicio, etc. Trabajar en sesión con el otro significativo una vez su esposa regresara de vacaciones.

Ubicó otra situación de riesgo: que su esposa le insista asistir a reuniones donde hay alto consumo de alcohol. Su plan de acción consistió en hablar con ella, solicitándole el apoyo de que no le insista asistir a esos lugares, ya que para él es muy importante no tener motivos de una recaída, al encontrarse con gente conocida bebiendo, el riesgo de consumo es alto. Ante esta situación, se llevó a cabo un modelamiento y ensayo conductual. En caso de asistir a las fiestas, aplicar los planes de acción que le habían funcionado en el trabajo: quedarse solo al momento de la comida y aplicar habilidades de rehusarse al consumo.

Sesión post-tratamiento

A la semana siguiente el usuario había sido citado con el fin de ser evaluado una vez concluido el tratamiento. En esta sesión se le explicó que el objetivo principal consistía en que él se percatara de su avance a través de las sesiones y notara el cambio a partir de la primera medición, es decir, antes de entrar al tratamiento. Al darse cuenta como había cambiado no solo su patrón de consumo, sino otras variables como su seguridad para no consumir en situaciones de riesgo, como los síntomas de dependencia habían desaparecido, así como cambios en los síntomas de depresión, ansiedad. Darse cuenta de cómo ahora, en relación al pasado, tenía mayor autocontrol para enfrentar sus situaciones de riesgo sin consumo y como estas cada vez cobraban menos fuerza. Y en general, su satisfacción de vida y consigo mismo.

Se prosiguió a aplicar los instrumentos y se le dio cita para su 1er seguimiento. Se le recordó que se llevarían a cabo 4 seguimientos: el 1ro al mes de completado el tratamiento, a los 3 meses, a los 6 meses y al año. Esto con el objetivo de reforzar sus planes de acción para continuar en abstinencia, así como algunas habilidades aprendidas en sesión, según fuera el caso necesario.

Cabe destacar que se aplicó el alcoholímetro, en donde el usuario obtuvo como resultado un nivel cero de consumo de alcohol. Posterior a ello, se aplicó el cuestionario de satisfacción con el tratamiento. Se le mencionó que en la siguiente sesión se le daría una copia con las gráficas de resultado, sin embargo, a primera vista se dio cuenta del avance que había logrado y se le reforzó por todo su esfuerzo aplicado y por las conductas eficientes puestas en marcha. Refirió sentirse contento con los resultados y con mayor aliento para continuar en abstinencia.

Primer seguimiento

En esta sesión se llevó a cabo un mes después de la sesión post-tratamiento, el usuario reportó continuar en abstinencia; las conductas eficientes y estrategias que ha empleado para seguir en abstinencia son: alejarse de situaciones de riesgo, emplear habilidades de rehusarse al consumo, técnicas de control emocional, mantenerse ocupado, cambio de pensamientos de consumo y distraerse en actividades recreativas como leer y caminar y productivas como trabajar. Específicamente atravesó diversas situaciones de riesgo en las cuales aplicó las siguientes habilidades y estrategias:

Una de las situaciones fue quedarse solo en su casa y encontrar una botella de mezcal, todo sucedió al estar limpiando la cocina de su casa, en esos momentos, encontró dicha botella, su primer reacción fue de ansiedad, comenzó a tener pensamientos de consumo de: *“Nadie se va a dar cuenta” “Solo un trago y ya”*, sin embargo, en ese momento aplicó frases positivas de: *“Tranquilo, cálmate, no empieces”*, tomó un refresco del refrigerador y lo tomó al hilo, se retiró de la cocina

y cambio pensamientos precipitadores por: *“Tu bien sabes lo que va a pasar si llegas a beber”* Y en ese momento salió de su casa y fue a visitar a su mamá.

Otra situación de riesgo fue asistir a una fiesta donde el consumo fue excesivo, aplicó planes de acción como retirarse cuando los invitados comenzaron a beber y al llegar a su casa ponerse a ver una película. Con relación a las fiestas, evitó ir a la mayoría de ellas y en su lugar se quedó en casa a seguir trabajando en la ampliación del cuarto de su hija.

Mencionó que su esposa le manifestó insistencia por quedarse en la fiesta, refirió que ella había bebido más de 5 copas, ante esta situación, el usuario le comentó que se tenía que retirar porque necesitaba levantarse temprano al día siguiente para ir a trabajar, empero ella siguió en la misma postura, por lo cual, el usuario se irritó por la insistencia de su esposa, le comentó que si seguía insistiendo no iría a trabajar, ya no siguió discutiendo y aplicó tiempo fuera. Al día siguiente que su esposa se encontraba sobria aplicó técnica de comunicación de “Solicitar apoyo”: le comento lo siguiente: *“Mira, yo sé que te gusta que te acompañe a las fiestas, pero tú bien sabes que si me quedo puedo recaer y no voy a poderme controlar, terminaré bebiendo, por eso te pido que ya no me insistas y si ves que me voy sin despedir no te molestes conmigo, así ya voy a estar más tranquilo y vamos a seguir sin problemas como hasta ahora, ¿Qué te parece?”* Ante esta situación su esposa comprendió el riesgo alto en el cual exponía al usuario al insistirle que se quedara en la fiesta y en subsiguientes situaciones no le volvió a insistir.

Otro momento de riesgo que indicó haber pasado el usuario fue un disgusto con su esposa por un malentendido. El disgusto con su esposa surgió cuando ella regresaba de una fiesta y se encontraba intoxicada por consumir alcohol, ante lo cual él discutió con ella por llegar en ese estado, al intensificarse la discusión, se dio cuenta que entre más discutía menos se entendían y él terminaba más molesto. Aplicó tiempo fuera y se metió al baño de su casa a respirar profundamente y darse instrucciones positivas: *“Cálmate, tranquilo no tiene caso pelear con ella en ese estado, mejor mañana aclaras las cosas”*. Al día siguiente pudo hablar con ella más tranquilo, solicitándole su apoyo para controlar su consumo de alcohol, ya que, al verla así él tenía recuerdos de consumo y le preocupaba que ella comenzara a tener problemas de consumo. Ante lo cual, ella le refirió que controlaría más su consumo.

Otra situación de riesgo fue quedarse solo en casa mientras su esposa se fue de vacaciones con su hija, ante esta situación, todos los días que estuvo solo trabajó tiempo completo en su negocio, 3 de los 4 días que se quedó solo, se fue a dormir a casa de su mamá, excepto un día en el que se encontraba su hermano bebiendo, por lo cual se quedó solo en casa viendo películas. Reportó no haber tenido necesidad por consumir.

Con relación a las relaciones sexuales, su esposa continuaba renuente a tener intimidad ante lo cual, él se alejó de ella en ese mes, estuvo más al pendiente del trabajo, sin embargo, reconoció que necesita seguir conviviendo más con su

esposa y retomar las salidas y muestras de afecto sin esperar llegar a la relación sexual. Ante la situación de buscar amigas reportó que contactó a una de ellas con el fin de salir a comer, sin embargo, debido a problemas de horario no habían podido verse. El usuario descartó esta opción de seguir buscando amigas al darse cuenta que era muy difícil ponerse de acuerdo con ellas y de las consecuencias que podría acarrearle a su matrimonio, vida emocional y probable recaída al consumo. Lo que le ha funcionado para no sentir frustración es cambiar sus pensamientos a: *“Si fuerzo las cosas no se van a dar, mejor buscaré otras opciones y dejare que las cosas fluyan”*.

Sus planes de acción ante esta situación de insatisfacción sexual, el usuario propuso retomar los acercamientos positivos y mayor convivencia con su esposa, ir con un nutriólogo que trata problemas de sexualidad como falta de libido y explicarle la problemática sexual que viven de pareja y solicitarle su apoyo para que él le brinde argumentos sólidos a su esposa para que deseche creencias erróneas en torno a la sexualidad y probablemente pueda convencerla de reiniciar su vida sexual plena. Asimismo, aunque no es muy católico, asistiría a un retiro de pareja para fomentar la unión y buscaría más información de sexualidad por Internet para compartirla con su esposa.

En general, ante situaciones de riesgo de consumo, su plan consistía en evitarlas en la medida de lo posible, seguir aplicando técnicas de rehusarse al consumo, mantenerse ocupado trabajando, convivir más con su familia y retomar el ejercicio. Reportó que aún no termina de saldar algunas deudas con el banco, ya que las ventas de su negocio han bajado, por lo cual, programó una charla con su esposa para solicitarle su apoyo económico, con el fin de que lo ayude a abonar en una proporción que ella esté dispuesta a saldar de esas deudas. Se llevó a cabo ensayo conductual de “Solicitar apoyo”.

Finalmente se programó otra sesión para la semana siguiente (27 de marzo de 2009), con el fin de aplicar instrumentos de evaluación y ver sus avances con sus planes de acción.

En la siguiente sesión, se le enseñaron las gráficas de su evaluación posterior al tratamiento y se volvió a aplicar la batería completa de instrumentos, con el fin de medir estatus actual en torno al consumo y sus variables asociadas. Se le hizo hincapié en seguir manteniendo sus planes de acción y contacto telefónico en dado caso de requerir apoyo adicional y refuerzo en sus planes de acción. Y posterior a ello, programar sesión de segundo seguimiento a los 3 meses.

Segundo seguimiento

El usuario reportó vía telefónica, quince días antes de su cita para la sesión del segundo seguimiento por haber tenido una recaída, por lo cual se le dio cita, con el fin de analizar la recaída y llevar a cabo planes de acción para retomar su abstinencia. Ya en sesión, mencionó cuál fue su precipitador de consumo. Reportó haber tenido una discusión con su esposa por exponerse a una situación de

riesgo, es decir, quererle quedar más tiempo en una fiesta. Comentó que se presentó a la fiesta sin avisarle a su esposa, cuando ella lo vio le dijo *“Tu qué haces aquí, regrésate a la casa”*. Él se molestó mucho por la aparente falta de confianza y se retiró del lugar. Al hacer el análisis funcional de la recaída, se identificaron los siguientes precipitadores: pensamientos de: *“Total, les vale gorro, ellas no confían en mí”*, sentir enojo, desesperación y sudor en las manos. Durante el consumo reportó haber consumido 4 copas de Bacardi blanco, que compró en la primera vinatería que encontró. En el momento del consumo reportó sentirse más relajado, sin embargo, experimentó los efectos del alcohol más agudamente, ya que enseguida se embriagó. Como consecuencias del consumo reportó haberse sentido muy ansioso, mareado, débil, haber tenido un pleito con su pareja por haber consumido. Reportó haber sentido la necesidad de beber de nuevo al día siguiente, a pesar de las consecuencias negativas. Experimentó pensamientos de: *“Me voy a echar unos tragos, me vale, pero no voy a reventar”*.

Por lo cual, fue al centro del pueblo a un puesto de bebidas alcohólicas. Consumió 6 caballitos de tequila con ron, al momento de retirarse a su casa pasó por la vinatería y compró un cuarto de tequila. Refirió haber bebido esa cantidad en su casa, toda la noche. Al día siguiente reportó sentirse físicamente mareado, deshidratado, con náuseas, débil, con pesadez, torpe, emocionalmente arrepentido y triste, asimismo mencionó sentirse muy ansioso por volver a consumir. Ante esta situación, le solicitó a su esposa que le comprara un medio litro de Bacardi, reportó haber consumido 12 tragos estándar y como consecuencia negativa sentir dolor de estómago, crudo, triste, con remordimiento, haber tenido pleitos con su esposa, experimentar nuevamente desconfianza y reproches por otros miembros de la familia como su hija, mamá, sobrino y algunos de sus hermanos. Por lo cual, cambió pensamientos de consumo por: *“No me voy a reventar” “Nadie me va a doblegar” y “No me voy a ir para atrás”*. De lo que sobraba de la botella solo bebió dos copas, ya que sentía ansiedad por consumir. Se alimentó de frutas y verduras, tomó diferentes tés para desintoxicarse, no salió de casa y estuvo descansando en su cama por varios días. Estuvo una semana sin consumo, después solicitó asistir a sesión.

Sus planes de acción en sesión fueron: mejorar la comunicación con su esposa, ya que, por no avisarle que iba a la fiesta, surgió un enojo por parte de ambos, anticipar situaciones de riesgo. Ya que el quedarse en lugares donde el consumo es alto aumenta la apetencia por beber alcohol. Por eso, él reconoció era menester estar alejado de situaciones de riesgo como fiestas. Cambiar pensamientos de *“No confían en mí, mejor consumo”* por *“es lógico que mi esposa se haya sorprendido y molestado que haya llegado a la fiesta sin avisar, si mostró esa actitud fue porque se preocupó por mi y le da pendiente que consume”* *“Se que el consumo me trae muchas consecuencias negativas como: úlcera, gastritis, problemas de hígado, dolores de cabeza, mareo, debilitamiento, torpeza, no pensar claramente, tener problemas para concentrarme, descuidar mi trabajo, tener pleitos con mi pareja, desconfianza con miembros de la familia, sentirme triste, ansioso, culpable y defraudado conmigo mismo, con poca autoestima, etc. al estar en abstinencia avance mucho, cumplir metas y me sentía muy tranquilo y*

contento". Retomar sus actividades del trabajo, sus actividades recreativas y ganarse nuevamente la confianza de los demás con hechos.

Planes de acción, reforzar estrategias de control emocional. Ante enojo, aplicar sus estrategias, las que más le funcionaron en el pasado fue tiempo fuera e instrucciones positivas, control de ansiedad y reestructuración cognitiva. Se le dio la instrucción de seguir llenando el autoregistro y actualizarlo con los días que había consumido y los días que llevaba en abstinencia, ya que en su recaída dejó de llenarlo. Y se le dio cita para llevar a cabo el restablecimiento de abstinencia.

Sin embargo, al momento de confirmar la cita no contestó el teléfono, dos días después llamó por teléfono y mencionó no haber podido asistir por tener que trabajar más horas en el trabajo con el fin de retomar la actividad perdida gracias el consumo. Refirió querer asistir a Chalma a hacer una peregrinación, indicó que era una situación de riesgo ya que había mucha gente consumía. Se le mencionó que era importante considerar los riesgos y en dado caso de asistir hacer planes de acción y además considerara que había recaído hace 15 días y estaba en recuperación. El usuario reportó la necesidad de ir, por tener que pagar una manda. Por lo cual, pensó en los siguientes planes de acción: estar acompañado de sus familiares no consumidores y llevar suficiente agua o refresco para calmar la sed. Solicitar apoyo a sus familiares para que no lo dejaran solo y aplicar su sistema de advertencia temprano.

Una semana después se citó al usuario para llevar a cabo su segundo seguimiento, ante lo cual, reportó haber tenido una recaída. Esto sucedió al momento de la peregrinación, puesto que, después de caminar por varias horas, se fatigó mucho, solicitó a sus familiares que se adelantaran hasta que el recobrara el aliento. En ese momento, refirió sentirse muy agotado y con mucha sed, no tenía al alcance una tienda o agua, por lo cual, se acercó a unos conocidos consumidores y uno de ellos le ofreció tequila con agua, el usuario aceptó y presentó pensamientos de: *"Me lo voy a tomar para que se me quite el malestar"*. Bebió dos tragos, al momento de llegar a Chalma compró 2 viñas. Sus familiares no se percataron que había bebido, por lo cual, no tuvo ningún desaguisado, al llegar a la casa en la cual se hospedaba los dueños del lugar le mencionaron: *"Tomate un jerez"* trató de irse pero le sirvieron la bebida ante lo cual bebió, además de eso 2 tragos de aguardiente. Como consecuencias reportó sentirse mareado, crudo, muy ansioso por volver a consumir.

Al día siguiente, compró una botella de $\frac{1}{4}$ (6 tragos estándar) de ron y la bebió en el camino, llegando al lugar volvió a beber 10 tragos estándar de ron, en total consumió 16 tragos estándar. Antes de beber experimentó ansiedad, pensamientos precipitadores de: *"Me voy a comprar una botella"* al momento de beber calmó los síntomas de ansiedad, sin embargo, se sintió mal del estomago y con náuseas, no obstante, al día siguiente volvió a consumir, pensó antes del consumo: *"Es sábado, ahorita me salgo y me encuentro a alguien"* se encontró a unos conocidos en la vinatería y compro $\frac{1}{4}$ de ron, la consumió con sus vecinos, después fue a casa de uno de sus hermanos y bebió 3 copas de vino tinto. En

total bebió 9 tragos estándar. Reportó sentirse al otro día con síntomas de cruda, pelea con su esposa por haber bebido, defraudado de sí y arrepentido, sin embargo, dado que presentó esos síntomas tuvo pensamientos de consumo: “me la quiero curar, me siento muy mal” ante esta situación bebió una caguama (3 tragos estándar) y $\frac{1}{4}$ de anís (6 tragos estándar) en total consumió 9 tragos estándar. Refirió sentir menor ansiedad, pero fue pasajera mientras duró el consumo, pero al mismo tiempo, miedo de seguir consumiendo, ya que, al día siguiente estuvo vomitando toda la noche, cambio sus pensamientos precipitadores por: “Debo de pararle, sino puedo morir”, ante esto, le solicitó apoyo a su esposa para que lo acompañara a un centro de desintoxicación ya que la ansiedad cada vez aumentaría y solo con el consumo calmaba momentáneamente los síntomas, sin embargo, una vez pasado el efecto del alcohol los síntomas tomaban más fuerza y perdía todo control por consumir. Al día siguiente asistió a un centro toxicológico, ya que presentaba síntomas de abstinencia como: sudoración, temblores, ansiedad, vómitos y escalofrió, lo sedaron y le dieron medicamento: refirió recibir clonazepam y haloperidol. Esto le ayudó a mermar los síntomas de retirada. Una vez más estable solicitó cita con su psiquiatra para que le reajustara la dosis de Sertralina. Posterior a ello solicitó volver a tratamiento.

Al hacer el análisis funcional de la recaída y una vez identificado los precipitadores de consumo, ubicó las consecuencias positivas y negativas del consumo. En cuanto a las primeras refirió: sentirse a gusto, contento, tranquilo y sin estrés. Al identificar las consecuencias negativas del consumo refirió: tener pérdida de confianza con familiares, reconocer causarles dolor y miedo en particular a su hija, tener todos los días pleitos y conclusiones con su esposa, gastarse \$2,000.00 en consumo, físicamente débil, malestar estomacal, gastritis, vómitos, ansiedad, insomnio, tristeza y alucinaciones, fundamentalmente.

Se le reforzó positivamente por haber tomado la decisión de parar el consumo, empezando por disminuir la cantidad, cambiar pensamientos de consumo: *“Tengo ansiedad, solo es un momento, no va a ser todo el día, para que se me pase voy a salir a caminar”*, *“Ya estoy mejor, lo puedo controlar con ayuda profesional”*, por haber buscado ayuda y desintoxicarse, buscar cita con psiquiatra, tomar medicamentos y buscar de nuevo su terapia de PSC.

Se restableció la muestra de abstinencia por tres meses considerando los siguientes planes de acción: evitar lugares de consumo, no exponerse a conglomerados en donde hay alto riesgo de consumo, para sentirse relajado y a gusto, ingresar a clases de yoga, hacer caminatas por lugares libres de consumo, aplicar técnicas de control emocional especialmente ansiedad y enojo, aplicar técnicas de rehusarse al consumo y cambio de pensamientos precipitadores, retomar las actividades laborales y recreativas con la familia, salir a paseos con ellos, mejorar la comunicación. Asimismo, tomar su muestra de abstinencia como un reto más, un compromiso con él mismo de lograr su meta de sobriedad. Por último se llevó a cabo una visualización dirigida, en la cual se le pidió al usuario que cerrara los ojos, con el fin de relajarlo se llevaron a cabo técnicas de respiración profunda y tensión-distensión, una vez relajado se le exhortó a que se

imaginara que estaba dentro de un cine, en el cual iban a pasar una película, en esa película se vería a sí mismo en situaciones después de haber consumido, se le indicó sentir todas las consecuencias negativas de su consumo y reviviera cada una de ellas, ante esto, se sintió muy tenso, se intercalaron respiraciones profundas para relajarlo. Posteriormente, se le pidió que vería la pantalla negra por un momento y después vería otra película en la que él se viera a sí mismo en abstinencia, que visualizara su estado emocional, sus actividades, su familia, pareja y amigos, todas las sensaciones que le ocasiona estar libre de consumo. Cinco minutos después, se le pidió que en su mente, saliera del cine y regresara al presente, tomando conciencia de su cuerpo, respiración y del lugar en el que estaba, se le instó a respirar profundamente varias veces y después se le pidió que abriera los ojos. Al momento de preguntarle cómo había sentido la experiencia, mencionó sentir mucha ansiedad y dolor de observar y revivir las consecuencias del consumo y tranquilidad y satisfacción al estar en abstinencia. Se le exhortó a aplicar este ejercicio todas las veces necesarias en las que se presentaran pensamientos precipitadores y que era importante no solo recordar las consecuencias negativas del consumo, sino también revivirlas le generaba mayor impacto emocional y sensaciones aversivas de no volver a consumir. Se hizo un breve ensayo conductual con el fin de que ensayara sus autoinstrucciones del ejercicio.

Posteriormente, se le dio cita para la siguiente sesión para aplicarle los instrumentos de medición. En la siguiente sesión, una semana después al revisar el autoregistro se observó que seguía en abstinencia, se le felicitó por haber logrado una semana en sobriedad y haber aplicado sus planes de acción. Después, se dio paso a la aplicación de los instrumentos de evaluación. Se le dio cita para el siguiente seguimiento a los 6 meses (diciembre de 2009), se dejó abierta la invitación a llamar por teléfono en alguna situación que considerara urgente y de riesgo.

Tercer seguimiento

Dos semanas después de su cita del tercer seguimiento del usuario, se comunicó vía telefónica, indicando que había recaído, por haber tenido relaciones sexuales con una persona que no era su esposa. Previamente, se había intentado contactarlo, empero, no contestaba el teléfono. El usuario reportó haberse alejado de su esposa, después de haber intentado solucionar su vida sexual en pareja, sin embargo, ella ponía mucha resistencia para tener relaciones sexuales y se había negado rotundamente ante todas las alternativas puestas en práctica. Debido a esto, le surgió una necesidad muy fuerte consumir su deseo sexual con alguien más, por tanto, contactó a una persona del pasado con la que había salido. Indicó que ella era de las personas que utilizan a los hombres e intercambiaba favores sexuales por dinero, al preguntarle cómo sabía esto, respondió que en otra ocasión había querido “sacarle dinero y extorsionarlo”. El usuario indicó que al encontrarse con ella empezaron a salir y en la segunda ocasión tuvo relaciones con ella. Él se sintió mal porque ella le pidió dinero a cambio, él se lo dio, pero se sintió utilizado, no obstante que ya sabía los riesgos y las probables

consecuencias negativas de involucrarse con alguien más y en particular con esas características.

El usuario comentó haberse sentido mal por la situación, sin embargo, continuó viéndola, en una ocasión al negarse a darle dinero ella le pidió que ya no la buscara más. Esta situación lo llevó a consumir $\frac{1}{4}$ de ron por una semana al sentirse rechazado, utilizado. Al sentir la necesidad imperiosa de volverla a ver, le llamó por teléfono y le pidió que haría lo que fuera por estar de nuevo con ella. Ella accedió y se volvieron a reunir. El usuario refirió que siguió bebiendo más cantidad a partir de una situación sumamente angustiante para él. Mencionó que un día en casa de ella tuvo relaciones sexuales, después llegó su esposo y los descubrió. En lugar de molestarse, le pidió al usuario tener relaciones sexuales también con él. El usuario refirió no haber tenido la relación sexual completa, pero si acercamientos íntimos con el sujeto.

Posteriormente refirió sentirse muy culpable, prostituido y terrible con él mismo por haber llegado tan lejos, todo por tener relaciones sexuales. Esta situación, lo precipitó a un consumo mayor. El usuario reportó que fue una recaída muy fuerte, ya que consumió 17 tragos estándar durante 15 días. Por lo cual, se llevó a cabo el análisis funcional de la recaída. Como precipitadores internos identificó pensamientos de: *“A dónde has llegado, en que te estás involucrando, necesito un trago para calmar mi ansiedad”*, sentirse ansioso, con coraje y repulsión hacia él mismo, con compulsión por beber (craving muy intenso). Sus precipitadores externos eran generalmente estando en su casa, en su habitación el solo a partir de las 7:30 pm.

Durante el consumo reportó calmar su ansiedad y sentirse adormecido, que se olvidaba de todo (consecuencias positivas inmediatas). Una vez pasado los efectos del alcohol, el usuario padeció consecuencias negativas de su consumo, tales como: físicamente sentirse débil haber vomitado intensamente, después haber vomitado sangre, úlcera en esófago, estomago e intestinos haber dejado de comer y por ende, malnutrición, diarrea, hígado graso, gastritis, temblores, insomnio, mentalmente con alucinaciones, delirios de persecución, olvidos, falta de concentración, pérdida de memoria, emocionalmente reportó haber sentido una tristeza profunda y decaimiento, más no depresión, sentirse *“prostituido” “de lo peor”*, muy culpable: *“¿Por qué llegué a esto?”* con baja autoestima y angustia. Otras consecuencias fueron: deudas económicas, dejar de ir a trabajar, aislamiento, comunicación rota con familiares, pérdida de confianza, alejamiento con su hija y esposa, estrés en la familia por verlo mal y no saber qué lo llevó a consumir, en general ambiente familiar tenso, reclamos, angustia generalizada por parte de su hija.

Ante estas consecuencias, pasó por su mente el pensamiento: *“NO quiero morir, mi hija me necesita”* por lo cual, tomó la decisión de retomar la abstinencia, para sentirse bien con él mismo y con sus seres queridos, así como retomar la terapia y su tratamiento farmacológico. Sin embargo, antes de retomar la terapia, dado que tenía intensos síntomas de abstinencia como ansiedad, temblores, vómitos,

taquicardia, debilidad, asistió a un centro toxicológico en donde recibió atención, el doctor le mando a hacer estudios en los cuales, se reportó un daño grave al hígado al diagnosticarle hígado graso y úlcera en todo el tracto intestinal. Comenzó a tomar su tratamiento para estas afecciones y posterior a ello retomó el tratamiento farmacológico.

Llevó toda una sesión hacer el análisis funcional de la recaída, por lo cual, se le volvió a dar cita la próxima semana, empero, el usuario no se presentó a su cita y tampoco contestaba ni su celular ni el teléfono de su casa. Dos meses y medio después el usuario se comunicó para solicitar de nueva cuenta una cita. Al dar comienzo a la sesión, el usuario mencionó que no había querido comunicarse con nadie, ya que se quería demostrar sí mismo que podía retomar su abstinencia. El usuario reportó haber aplicado las siguientes estrategias que le permitieron estar en abstinencia por casi tres meses.

Al darse cuenta de lo valioso de su vida y que estaba a punto de perderla si seguía consumiendo, así como el seguir vivo por su familia y seres queridos, en particular por su hija, modificó su alimentación, volvió al vegetarianismo y a tomar suplementos alimenticios y remedios naturales, evitar lugares en donde hubiera consumo, evitar lugares donde pudiera encontrarse a la señora, ir a platicar con un padre y asistir a misa, *“Serenar pensamientos locos”*, es decir, cambio de pensamientos de tristeza: *“Soy un asco, como llegue a esto”* por: *“Tengo mucho que dar, sí tengo valores y cosas que estoy por hacer”*. Llevó a cabo reestructuración cognitiva de pensamientos de culpa: *“¿Por qué llegué hasta ahí? Lo cambio por pensamiento realista: “Me atrajo, sabía que era peligroso, era inevitable pagar las consecuencias, es algo que me dolió pero aprendí a que no debe de pasar otra vez”*. También mencionó en sesión que empezó a trabajar el perdón hacia sí mismo y hacia ella: *“Ya la perdoné a ella”*. A través de la comprensión de hechos y toma de responsabilidad en lugar de seguirse culpando a sí mismo. Otras estrategias que le ayudaron a continuar en abstinencia fueron: hacer ejercicio, inscribirse a un curso de Cantos indios y tambor, pasar varios días en ayuno, retomar el trabajo, en sus tiempos libres continuar con la construcción del cuarto de su hija. Darse frases positivas en momentos de ansiedad y estrés: *“tranquilo, calma, ya pasará”*.

También continuó aplicando las técnicas de rehusarse al consumo, ya que había recibido constantes ofrecimientos de beber, por parte de vecinos y conocidos. Las que más le funcionaron fueron: romper interacción, al saludarlos de lejos y mencionar que tenía prisa por irse mencionaba el usuario: *“No me quedo con ellos, no les acepto ni refresco”*, ante un ofrecimiento de un vecino, el usuario se rehusó aplicando la estrategia de negarse asertivamente: *“No gracias”*, no obstante, el vecino siguió insistiendo ante lo cual el usuario decidió confrontarlo amablemente y mencionándole: *“Hace poco volví a beber, me puse muy mal, vomité sangre, si bebo puedo morirme, por favor, no me ofrezcas más”*, ofrecer justificación: *“Estoy jurado”*, confrontación: *“No quiero beber, en buena onda no me ofrezcas”*. Otras estrategias que le han funcionado es no pasar por lugares en donde el consumo es alto, así como por lugares de venta, evitar asistir a fiestas.

Por otro lado, refirió que habló con la verdad con su esposa con respecto a lo que había sucedido con relación a su infidelidad, ella al principio se molestó pero después comprendió su parte de responsabilidad por no haber querido tener relaciones en pareja con él y decisión seguir con él, así como asistir a su terapia de codependencia. Refirió que en el aspecto sexual ha mejorado su acercamiento con ella y decidió asistir a una conciliación de pareja por parte de la iglesia, para seguir unidos y arreglar sus problemas. En la parte sexual hubo un acercamiento más íntimo, lo cual, es un gran avance para su relación y vida sexual. Para mejorar la relación, el usuario comentó que todavía sigue aplicando estrategias de consejo marital como: reconocer sus cualidades: *“He visto muchos cambios positivos en ti, estas más dispuesta a escuchar, eres muy comprensiva, me alegro que cuando bebí en esta última recaída dejaste de lado actitudes codependientes”* reconocimiento de conducta: *“Te quedó muy rica la comida”*. Se le felicitó por seguir aplicando habilidades, sin embargo, se le exhortó a seguir aplicando las otras estrategias, por lo que quedó en invitarla a cenar y al cine en esa semana.

Dado que el usuario tomó en cuenta como principal detonador el haber tenido relaciones con alguien más, se llevó a cabo en sesión cambio de pensamientos sexuales: *“Quiero encontrarme a alguien con quien pasármela bien y tener relaciones sexuales, voy a buscar a esta señora al cabo que con ella sí puedo tener relaciones”* por: *“No le voy a hablar, es una persona que me ha causado mucho daño y más tonto yo por permitirlo, si la veo voy a tener recaída, con ello puedo morir, mejor busco otras opciones para arreglar mi vida sexual”*.

En la siguiente sesión, se aplicaron los instrumentos de evaluación tomando en cuenta su estado actual y en algunos casos como en situaciones de riesgo, su última recaída. Se acordó una cita en la siguiente semana para el restablecimiento de su muestra de abstinencia.

Resultados generales de la intervención

La efectividad del programa se midió a través de diversas variables asociadas al consumo que fueron evaluadas en el usuario previo al tratamiento, posterior a él, en el 1er, segundo y tercer seguimiento. A continuación, se muestran los principales resultados.

Nivel de satisfacción

Un indicador sumamente relevante de éxito en el tratamiento es el nivel de satisfacción de vida, su progreso antes, después del tratamiento y en los seguimientos, (véase figura 13), de cinco áreas de satisfacción de vida: sobriedad, progreso en el trabajo, manejo del dinero, vida social y hábitos personales.

Desprendiendo un análisis del progreso del usuario, se puede apreciar que en el área de sobriedad al inicio del tratamiento, reportaba una muy baja satisfacción (3

puntos) estando bajo el consumo de alcohol, una vez lograda la abstinencia durante el tratamiento, en la evaluación post-tratamiento elevó significativamente su satisfacción de vida en general por estar en sobriedad (10 puntos), manteniendo este nivel de satisfacción hasta el primer seguimiento. Se puede notar que en el segundo seguimiento, disminuyó un punto, ya que percibía su vida aún con problemas y finalmente en el tercer seguimiento aumentó su satisfacción al nivel máximo.

En cuanto al área del progreso en el trabajo antes de ingresar al tratamiento, el usuario se mostraba sumamente insatisfecho (2 puntos) en esta área, puesto que, estaba jubilado y tenía todo el día libre. Al ingresar al tratamiento se comprometió a cumplir como meta abrir su negocio de computación, por lo cual al finalizar su tratamiento aumentó la satisfacción de vida considerablemente (9 puntos) manteniendo este puntaje hasta el 1er seguimiento. Posterior a él en el segundo y tercer seguimiento disminuyó un punto, ya que por las recaídas que había tenido, descuidó su negocio.

En el área de manejo del dinero al comienzo del tratamiento el usuario puntuó muy bajo en esta área dado que era acreedor de muchas deudas con el banco, gracias al consumo. Durante el tratamiento se propuso ir saldando sus deudas y llevar un mayor control de su economía, por lo cual, en el segundo y tercer seguimiento hubo un incremento de satisfacción en esta área.

Al ser evaluado previo al tratamiento, el usuario en el área de vida social, se mostró completamente insatisfecho, puesto que, sus amistades no consumidoras se alejaron de él, y solo se reunía con consumidores de alcohol, mas no con amistades verdaderas, durante el tratamiento aumentó considerablemente su satisfacción al fortalecer la relación con sus familiares y algunos amigos del pasado, sin embargo, a pesar de contar con redes de apoyo significativas, era complicado conocer nuevas personas. Asistió al club social en donde convivió con nuevas personas, sin embargo, por arreglar el cuarto de su hija los fines de semana dejó de asistir. Por esa razón puntuó con un 8 su nivel de satisfacción después del tratamiento y en el primer seguimiento. En el segundo seguimiento puntuó más bajo ya que, en ese periodo de tiempo estaba más aislado. En el tercer seguimiento, aumentó la satisfacción en esta área dado que recomenzaba a fortalecer la comunicación y unión con su familia, así como a conocer nuevas amistades, ya que ingresó a un curso de tambor y canticos indios.

En el área de hábitos personales previo al tratamiento, el usuario manifestó sentirse sumamente insatisfecho en esta área, ya que, por el consumo presentaba malnutrición, poca higiene personal y sobrepeso. Durante el tratamiento, el usuario se fijó metas con el fin de mejorar en este sentido, comenzó a alimentarse más balanceadamente, a cuidar su higiene y a hacer ejercicio como caminatas y yoga, por lo cual bajó casi 10kg. En este sentido, después del tratamiento hasta el segundo seguimiento puntuó en esta área con un 9, en el tercer seguimiento aumentó a 10, ya que estaba más involucrado en actividades físicas que lo ayudaron a bajar de peso y sentirse mejor como persona.

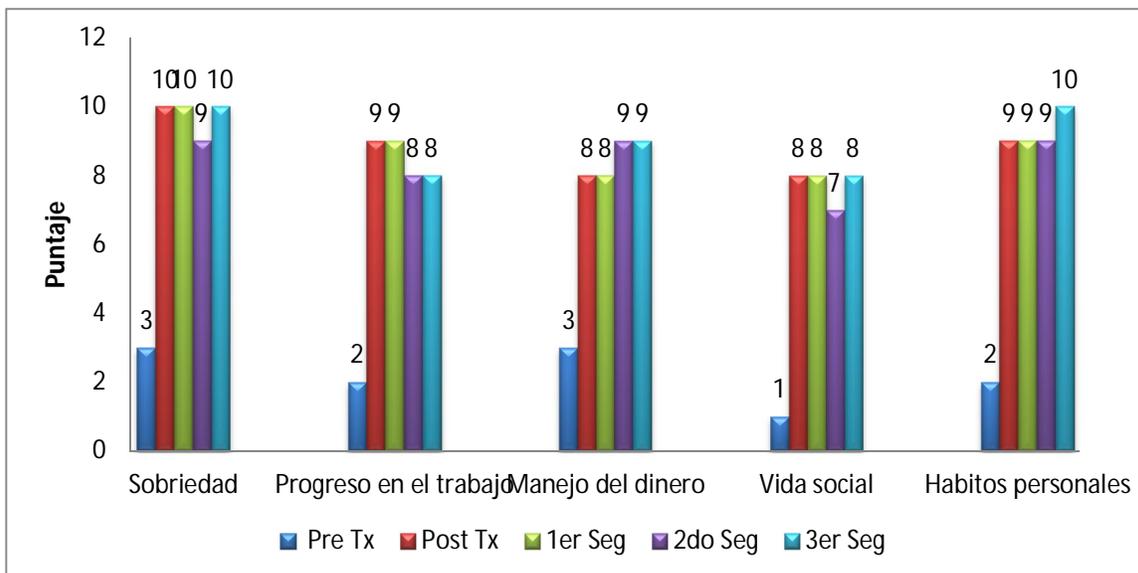


Figura 13. Nivel de satisfacción de vida en las áreas de sobriedad, progreso en el trabajo, manejo del dinero, vida social y hábitos personales, pre tratamiento, post tratamiento y en los tres seguimientos (1^{er}, 2^{do} y 3^{ero}).

Siguiendo con otras áreas de satisfacción de vida (véase figura 14), en el área de relaciones familiares, al comienzo del tratamiento el usuario percibía cierta insatisfacción (4 puntos) porque había alejamiento, desconfianza y reproches por su consumo, no obstante seguía recibiendo apoyo por parte de ellos para mantenerse sobrio. En la evaluación post tratamiento, el usuario puntuó con 9, ya que la comunicación e integración familiar mejoró bastante, en el primer seguimiento, incrementó el puntaje a 10 puntos al percibir una mejora en sus relaciones, más unión, buena convivencia y comunicación, en el segundo seguimiento puntuó con 8 puntos, ya que la relación de pareja y con su hija había sufrido raspones por la recaída que sufrió. Por último, en el tercer seguimiento hubo un incremento de satisfacción en esta área, ya que, a pesar de haber consumido, el usuario asumió su responsabilidad, siguió aplicando sus habilidades de comunicación, control emocional y consejo marital, con el objeto de mantener una buena relación familiar y de pareja.

En el área de situación legal, el usuario al inicio del tratamiento se mostro un tanto satisfecho (8 puntos) en esta área, sin embargo, refirió tener miedo de adquirir más intereses por no pagar sus deudas. Sin embargo, después del tratamiento y en los tres seguimientos se mostró plenamente satisfecho (10 puntos).

En el área de vida emocional antes del tratamiento, el usuario se mostraba plenamente insatisfecho, ya que sufría de depresión y ansiedad muy fuertes, así como problemas para controlar el enojo y la culpa. Una vez terminado el tratamiento hubo un incremento importante de 8 puntos, ya que el usuario había aprendido técnicas de autocontrol emocional, empero, percibía que aún estaba en proceso superar ciertas emociones como la frustración y desesperación. En el

primer seguimiento hubo un aumento en la satisfacción (9 puntos), ya que, percibía mayor autocontrol emocional, no obstante, en el segundo seguimiento hubo un descenso en satisfacción por haber experimentado emociones desagradables como ira y tristeza a partir de la recaída. En el tercer seguimiento hubo un aumento considerable, a pesar de haber recaído, puesto que retomó con fuerza las habilidades aprendidas en sesión de autocontrol emocional, comunicación, etc.

En el área de comunicación, previo al tratamiento, el usuario concebía su satisfacción muy baja en este ámbito ya que, constantemente tenía pleitos, malos entendidos y discusiones frecuentes con su esposa principalmente. Al ser evaluado después del tratamiento puntuó con un 8, mejorando en definitiva su comunicación, refiriendo que los malos entendidos habían disminuido, en el primer seguimiento hubo una mejora considerable (10 puntos), ya que seguía aplicando y perfeccionando las habilidades de comunicación, en el segundo seguimiento disminuyó a 8 puntos, al tener pleitos y reclamos por parte de sus seres queridos. En el tercer seguimiento hubo un incremento considerable de satisfacción en la cual aumentó a 10 puntos, principalmente al aplicar las tres básicas, ser honesto y asumir al 100% la responsabilidad de sus actos.

Finalmente, en cuanto a la satisfacción general, ingresó al tratamiento, percibiendo muy baja satisfacción (2 puntos) y al finalizar el tratamiento y en los seguimientos aumentó extensamente a 9 puntos en cada uno.

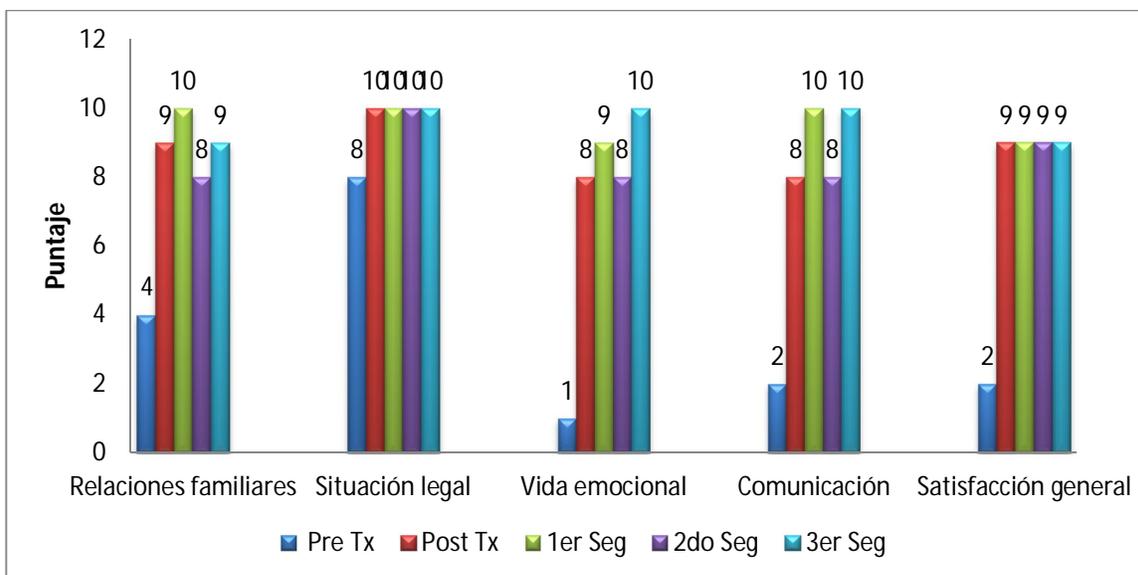


Figura 14. Nivel de satisfacción de vida en las áreas de relaciones familiares, situación legal, vida emocional, comunicación y satisfacción general, pre tratamiento, post tratamiento y en los tres seguimientos (1^{er}, 2^{do} y 3^{er}o).

Nivel de dependencia

A continuación, se presentará el nivel de dependencia al alcohol del usuario al comenzar el tratamiento, su nivel de dependencia fue medio (28 puntos). Como se observa en la figura 15, al ser evaluado posterior al tratamiento hubo un decremento y desaparecieron los síntomas de dependencia, para el segundo seguimiento aumentaron a 12 puntos, es decir a dependencia baja tomando en cuenta su recaída, para el tercer seguimiento, dado que el usuario había tenido una recaída muy fuerte, los síntomas aumentaron a 20 puntos, es decir, dependencia moderada y aunque no corresponde a un seguimiento formal, el usuario al mantenerse 5 meses en abstinencia, los síntomas de dependencia disminuyeron.

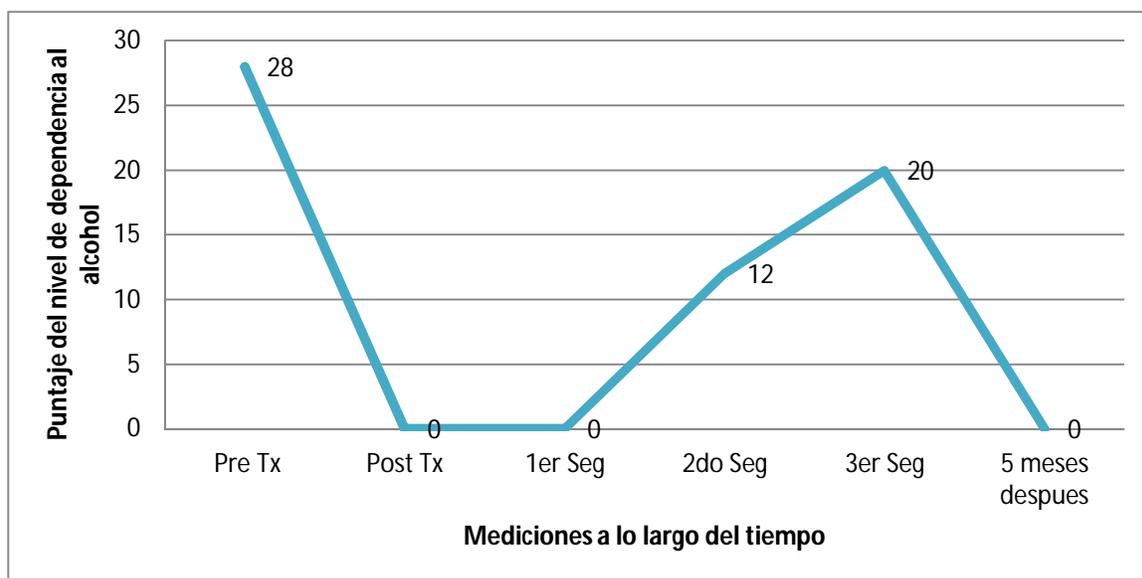


Figura 15. Nivel de dependencia al alcohol previo al tratamiento, después y en los tres seguimientos (1^{er}, 2^{do} y 3^{er}o).

Patrón de consumo

Con el fin de establecer el impacto de la intervención se contrastó el patrón de consumo del usuario antes de comenzar, durante los 7 meses de tratamiento y durante los tres seguimientos: 1^{er}, 2^{do} y 3^{ro}.

Previo al tratamiento, el usuario había consumido 3 veces al año 2 semanas consecutivas con un total de consumo de 714 tragos estándar (t. e.), promedio semanal 119 t. e. y por ocasión de consumo 17 t. e. Durante el seguimiento tuvo una recaída, en la cual consumió 5 días, 8 t. e. por ocasión, dando un total de 40 t. e. en el primer seguimiento no hubo recaída. En el segundo, el usuario tuvo una recaída, consumió una semana 28 tragos estándar en total 4 t. e. por ocasión a los quince días volvió a consumir por una semana un total de 40 t. e. y la media por ocasión de consumo fue de 6 t. e. En el tercer seguimiento, el usuario consumió dos semanas un promedio por ocasión de 17 t. e., en promedio semanal 119 t. e. 238 t. e. (Véase figura 16).

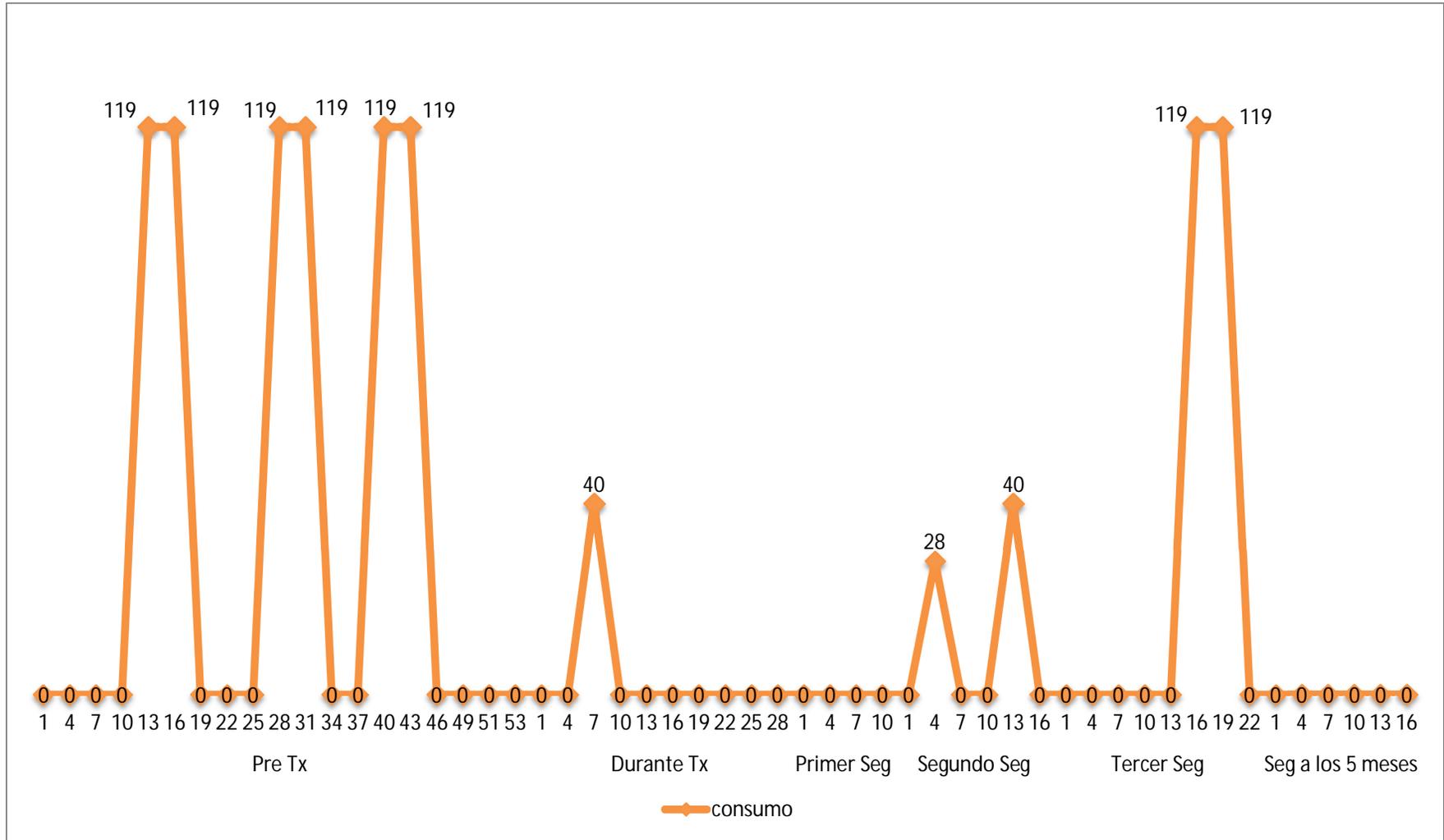


Figura 16. Patrón de consumo de alcohol. Cantidad en tragos estándar consumidos por semana un año previo al tratamiento, hasta la semana 53, durante el tratamiento (28 semanas), en los tres seguimientos: 1^{er}, 2^{do} y 3^{ro} y 5 meses después del tercer seguimiento.

Principales situaciones de riesgo y nivel de autoeficacia

Uno de los objetivos primordiales del PSC, fue que el usuario identificara y aprendiera a controlar sus principales situaciones de riesgo de consumo, a través del aprendizaje y puesta en práctica de diversas habilidades. Cabe señalar, que entre más alto fuese el puntaje de las subescalas ISCA, las situaciones se presentan con mayor frecuencia y viceversa.

En cambio el CCS, escala que mide autoeficacia en 8 diferentes situaciones, entre más bajo puntaje arroje la escala, significa que es menor la confianza de afrontar con éxito las diversas situaciones de riesgo y viceversa.

A continuación en la tabla 59, se mencionan las abreviaturas de las subescalas del ISCA y el CCS con el fin de hacer más eficiente su presentación.

Tabla 59.

Abreviaturas de las subescalas del ISCA y el CCS

Abreviatura	Nombre de la Subescala
E. D.	Emociones desagradables
M. F.	Malestar físico
E. A.	Emociones agradables
P. A.	Probando autocontrol
N. F.	Necesidad física
C.O	Conflicto con otros
P. S.	Presión social
M. A.	Momentos agradables con otros

En la figura 17, se muestran las tres principales situaciones de riesgo del usuario que presentaron un porcentaje más elevado de ocurrencia en el pre-tratamiento Emociones desagradables (E.D) con un 80%, Necesidad física (N.F.) con un 60% y Malestar físico (M.F.) con un 57%, estas mismas situaciones se presentaron al momento de la recaída durante el tratamiento disminuyendo significativamente [E.D. (40%), N.F. (27%) y M.F. (10%)] cabe mencionar que para la situación de riesgo Probando autocontrol (P.A.) fue otro precipitador de alto riesgo (30%).

En el primer seguimiento el usuario no reportó recaída por lo que todas las situaciones tienen 0% de ocurrencia. En el segundo seguimiento, las principales situaciones de riesgo fueron: Presión social (P.S.) con un 17%, Necesidad física (N.F.) con un 13% y Malestar físico (M.F.) con el 7% y del tercer seguimiento las más representativas fueron: Conflicto con otros (C.O.) con el 17%, E.D. (17%), N.F. (13%) y M.A. (10%).

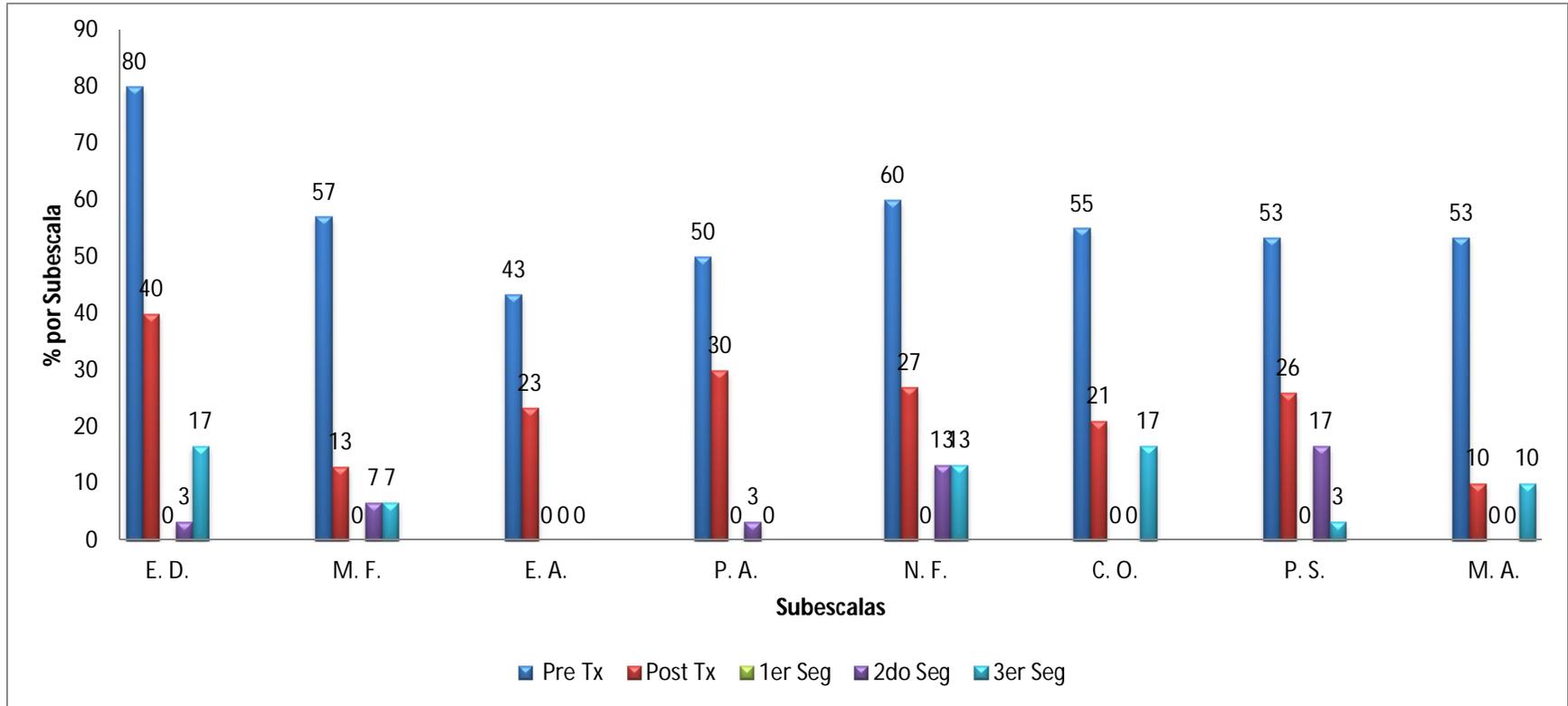


Figura 17. Resultados del pre test, post test del tratamiento y en el 1er, 2do y 3er seguimiento

En cuanto a las situaciones de menor autoeficacia, el usuario reportó en su evaluación previa al tratamiento lo siguiente: E.D. (40%), M.F. (80%) y P.S. (80%). En la evaluación post, en todas las áreas, el usuario puntuó con 100% de autoeficacia salvo en la situación de probando autocontrol con un 70%. Las situaciones que principalmente destacan son: E.D. de 40% a 100%; M.F. y P.S. del 80% a 100%. En el primer seguimiento, el usuario puntuó con 100% en todas las áreas. Sin embargo ya para el segundo seguimiento, el usuario disminuyó un tanto su autoeficacia en las siguientes áreas: E.D. (90%), E.A. (80%) y P.S. (95%), en el tercer seguimiento, todas estas áreas aumentaron a un 100%, empero hubo otras situaciones en las que hubo una leve disminución de autoeficacia, ya para este seguimiento: Prueba de autocontrol (90%), Necesidad física (90%) y Momentos agradables con otros (90%) (Véase figura 18 y 19).

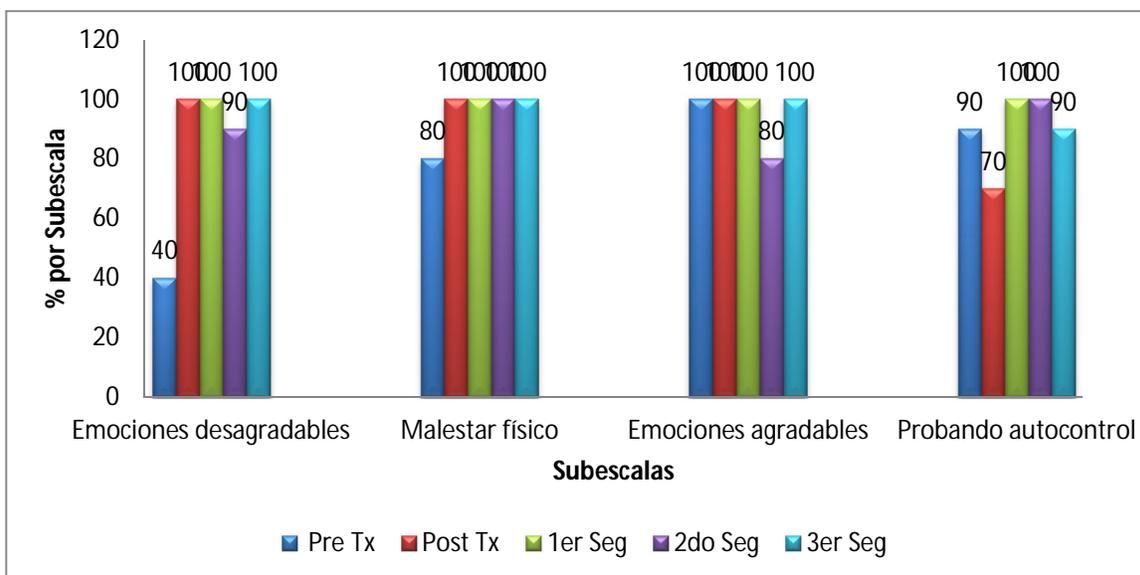


Figura 18. Resultados del nivel de autoeficacia (medido por el CCS) para las situaciones de: Emociones desagradables, Malestar físico, Emociones agradables y Probando autocontrol, previo al tratamiento, posterior a él, y en los tres seguimientos (1^{er}, 2^{do} y 3^{ro}).

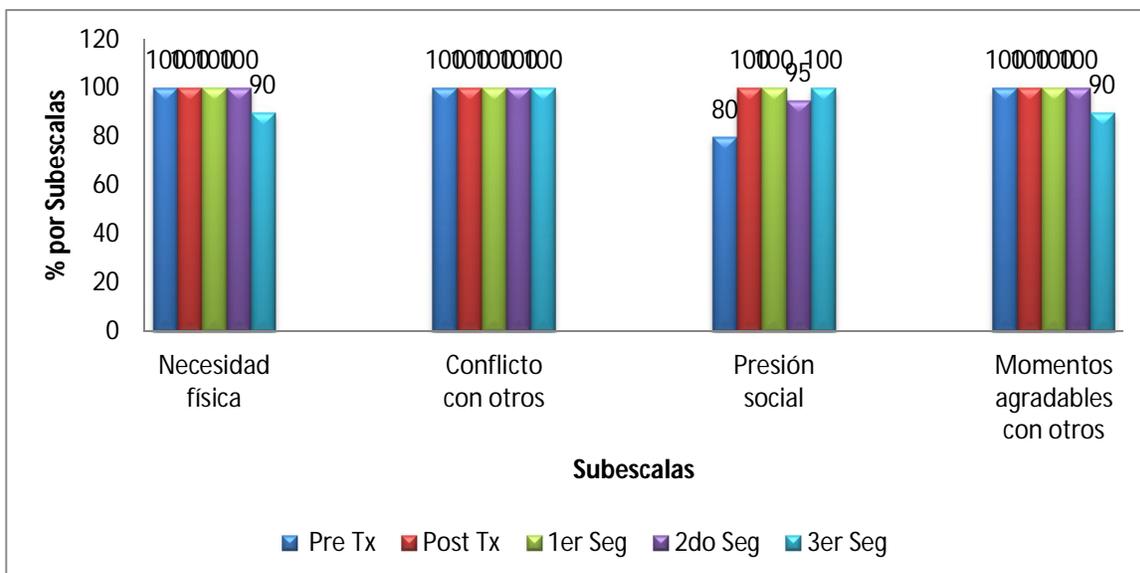


Figura 19. Resultados del nivel de autoeficacia (medido por el CCS) para las situaciones de: Necesidad física, Conflicto con otros, Presión social, Momentos agradables con otros, previo al tratamiento, posterior a él, y en los tres seguimientos (1^{er}, 2^{do} y 3^{ro}).

Nivel de depresión

Es de suma relevancia notar los cambios en el nivel de depresión del usuario, previo al tratamiento y posterior a él (ver figura 20). El usuario pasó de depresión moderada con síntomas de: astenia, ideación suicida, cansancio, perdida de interés en la gente a depresión mínima, solo con el síntoma de autocrítica constante. En el primer seguimiento no mostró ningún síntoma de depresión, para el segundo seguimiento, el único síntoma de depresión que tuvo fue de irritarse o enojarse más fácilmente en relación al pasado. Para el tercer seguimiento el usuario dejó de tener síntomas de depresión.

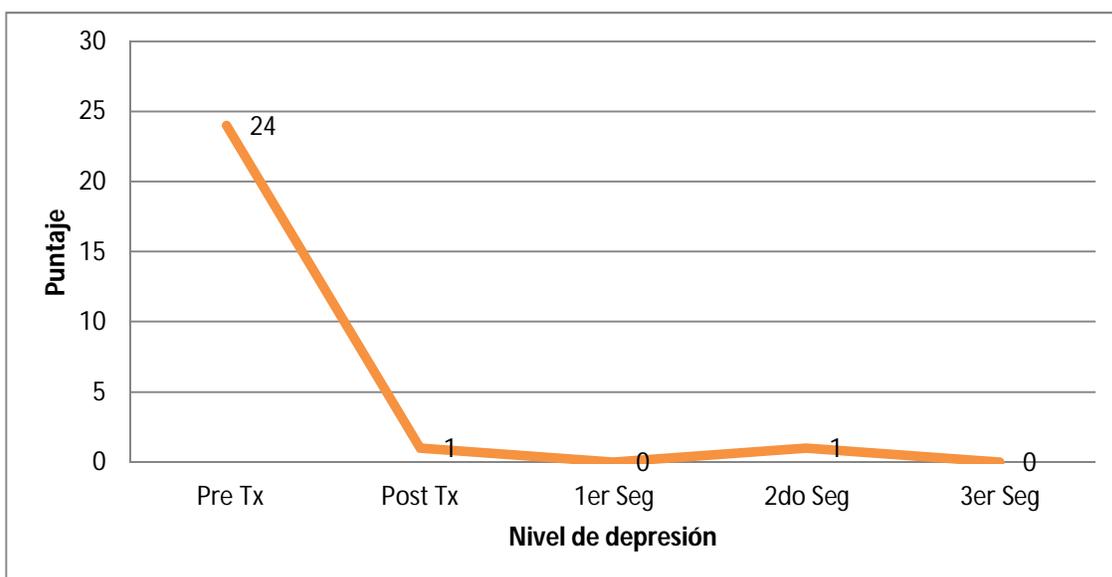


Figura 20. Resultados del nivel de depresión (medido por el Inventario de depresión de Beck) antes del tratamiento, después y durante los seguimientos (1^{er}, 2^{do} y 3^{ro}).

Nivel de ansiedad

La figura 21 muestra el nivel de ansiedad del usuario previo al tratamiento, pasó de ansiedad severa con síntomas intensos de: dificultad para relajarse, miedo a que pase lo peor, nerviosismo, manos temblorosas, etc. a ansiedad leve con síntomas de: nerviosismo en menor medida y miedo a que pase lo peor, después del tratamiento. En el primer seguimiento, el usuario no mostró ningún síntoma de ansiedad. Para el segundo seguimiento el usuario mostró solo un síntoma de ansiedad: manos temblorosas. En el tercer seguimiento el usuario mostró igualmente solo un síntoma de ansiedad: miedo a que pase lo peor.

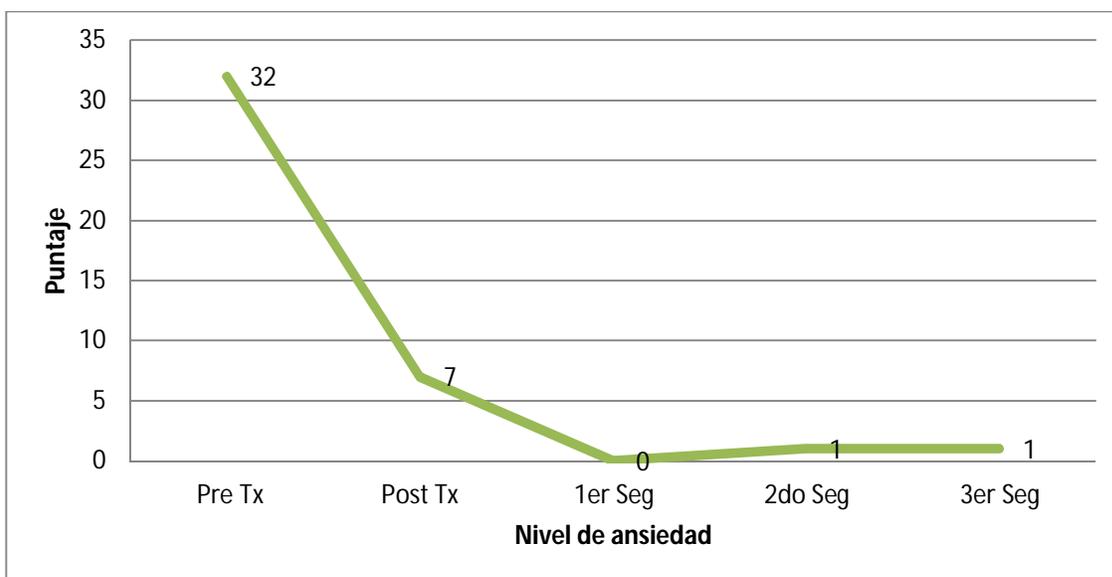


Figura 21. Resultados del nivel de ansiedad (medido por el Inventario de ansiedad de Beck) antes del tratamiento, después y durante los seguimientos (1^{er}, 2^{do} y 3^{ro}).

Discusión

Por medio de una intervención que ha sido probada como eficaz en nuestro país para el tratamiento de las adicciones (PSC), se constató el éxito de un caso único perteneciente a este programa de un usuario dependiente al alcohol, ya que al finalizar el tratamiento presentó un impacto positivo al lograr un estilo de vida libre de consumo de alcohol y con mayor satisfacción de vida.

El impacto de la intervención se puede constatar por medio de diversos indicadores, en cuanto a variables asociadas al consumo como el nivel satisfacción de vida, es manifiesto el aumento de esta variable en todas las áreas, especialmente en aquellas en donde puntuó al inicio del tratamiento más bajo, tomando en cuenta la evaluación pre tratamiento y el tercer seguimiento, el usuario incrementó el nivel de satisfacción en todas las áreas, empero es más

contundente el impacto en áreas como vida emocional pasando del 1 al 10, vida social: de 1 a 8, en comunicación: de 2 a 10 y sobriedad de: 3 a 10 puntos y satisfacción general de 2 a 9. Todo esto se vio reflejado en un cambio positivo en su estilo de vida, al alcanzar logros e ir cumpliendo sus metas en general, ganar habilidades de resistirse al consumo, comunicación, control emocional etc. así como el ir adquiriendo otros reforzadores naturales que compitieran con el consumo como diversas actividades recreativas, hacer ejercicio, tener éxito en su negocio, mejoras en las relaciones interpersonales, etc.

El PSC ayudó a mejorar diferentes variables asociadas al consumo como nivel de dependencia, en el cual el usuario, posterior al tratamiento, pasó de un nivel de dependencia media a la desaparición de dichos síntomas después del tratamiento y en el primer seguimiento. En el segundo seguimiento, el usuario a pesar de haber recaído, al ser evaluado presentó dependencia baja y en el tercer seguimiento aumentó a moderada, empero logro reponerse y retomar la abstinencia y mantenerla por 5 meses. A pesar de haber presentado recaídas en el segundo y tercer seguimiento, el usuario, pudo retomar por sí mismo la abstinencia, echando mano de las habilidades aprendidas en sesión y con esto, disminuyendo los síntomas de dependencia.

En cuanto al patrón de consumo, indicador fundamental para evaluar el tratamiento, el usuario se mantuvo 7 meses en abstinencia durante el tratamiento con solo una recaída de 1 semana, un mes después de haber concluido continuaba en sobriedad, dos meses después recayó, sin embargo la cantidad y la frecuencia del consumo disminuyeron palpablemente. Posterior a ello siguió en abstinencia y sólo se reportó una recaída seis meses después. Cabe señalar que a pesar de haber recaído más fuerte por una situación que requería una atención especializada, se repuso, por el mismo, echando mano de sus habilidades. Las situaciones de riesgo de la última recaída ubican: emociones desagradables, conflicto con otros y malestar físico. En los planes de acción se retomaron estas situaciones para no presentarse más en un futuro, sin embargo, hubo un mejor manejo de estas situaciones 5 meses después del tercer seguimiento.

Su nivel de autoeficacia aumentó en varias áreas al 100% salvo en probando su autocontrol, ya que en estos momentos él considera que no puede confiarse en exceso y enfrentar situaciones en donde el riesgo es elevado (Por ejemplo asistir a fiestas o reuniones con gente que consumía y en donde el consumo es excesivo), a pesar de que ha aumentado su arsenal de estrategias, habilidades y técnicas en general que lo han ayudado a seguir sin consumo. De acuerdo a la evaluación del último seguimiento, pudo aumentar su autoeficacia en una situación donde puntuó más bajo: emociones desagradables del 40% al 100%, presión social y malestar físico (del 80% al 100%). Sin embargo, se trabajó con planes de acción para las situaciones de riesgo que aún no alcanzan el 100%. Una de ellas, probando autocontrol. Reconoció que era necesario evitar situaciones de riesgo como fiestas en donde el consumo es elevado, asistir a conglomerados, o en lugares de consumo en general, pese a que posee habilidades reconoce las señales

asociadas al consumo las cuales han incrementado el craving en otras ocasiones y han disminuido su autoeficacia.

El usuario extinguió precipitadores principales, por ejemplo, en momentos agradables, considera pasar tiempo agradable con familiares y amigos en actividades que no se asocien al consumo; en caso de tener pensamientos de consumo, hacer reestructuración cognitiva y aplicación de técnicas de control emocional como ansiedad. Seguir teniendo actividades reforzantes y agradables alternativas que promuevan la abstinencia o conductas prosociales como: taller de tambor, cantos indios y danza india, retomar club social. Y para la necesidad física, reportó tener siempre a la mano bebidas refrescantes como refresco, agua, agua mineral y alejarse de situaciones de riesgo, en caso de enfrentar una situación que detone un craving intenso, cambiar pensamientos y aplicar las demás técnicas de autocontrol como el llenado del autoregistro, técnicas de control de ansiedad, etc.

En cuanto al nivel de ansiedad y depresión, se pudo observar que hubo diferencias importantes en cuanto a la reducción del número de síntomas que reportó el usuario. La causa de estos cambios se puede encontrar, por un lado, en la intervención psicológica del PSC, misma que fue la única en este rubro que recibió en todo su tratamiento, dado que era un usuario de consulta externa, lo cual le permitió dotarse de habilidades y técnicas para el control de sus emociones de tristeza y ansiedad; por otro lado, el hecho que llevara un tratamiento farmacológico con Sertralina incidió en la merma de estos síntomas. Por lo tanto, ambas intervenciones tuvieron un aporte importante en la resta de los síntomas, aunque no se sabe con exactitud cual tuvo mayor preponderancia.

A pesar de que el usuario llegó con un mes de abstinencia, misma situación que demuestra en él cierto autocontrol, su satisfacción de vida era muy pobre, así como su autoeficacia, puesto que, contaba con austeros elementos para enfrentar situaciones de riesgo, mismos que reporta el usuario únicamente como alejarse de situaciones de riesgo, empero, no contaba con otras habilidades cognitivas y conductuales como: cambio de pensamientos precipitadores, técnicas de control emocional, habilidades de rehusarse al consumo, habilidades de comunicación etc. Y de la misma manera, su control emocional era deplorable puesto que llegó con ansiedad y depresión muy intensas, presentando así un cuadro muy severo de comorbilidad (depresión y ansiedad).

Por lo tanto, se puede afirmar que estas estrategias le han permitido fortalecer su autoeficacia y le han permitido enfrentar situaciones de riesgo y la disminución del craving asociado, de las cuales ha salido indemne y fortalecido gracias al refuerzo positivo constante que consiguió por estar en abstinencia. Mismas que se pueden constatar, al permanecer 7 meses sobrio y en su primer seguimiento, en donde tuvo diversas situaciones de alto riesgo que pudo manejar adecuadamente aplicando planes de acción establecidos en sesiones anteriores y echando mano de diversas habilidades aprendidas en sesión y practicadas anteriormente en situaciones de riesgo similares. En el segundo seguimiento tuvo situaciones de

riesgo asociadas a probando el autocontrol, ya que el mismo usuario indicó haber tenido un exceso de confianza, no obstante, lo tomó como un aprendizaje y llevó a cabo planes de acción cubriendo esas situaciones que lo llevaron al consumo.

Asimismo, el usuario hizo énfasis en todas las ventajas y beneficios que ha obtenido por seguir en abstinencia como: *“Me siento muy tranquilo, bastante bien, siento que mi vida ha cobrado un nuevo sentido, ahora me siento más seguro, con mayor autoestima, mi relación con mi familia ha mejorado bastante, tengo un trabajo que me gusta y conservo, puedo hacer otras actividades que me hacen sentir bien, en realidad no puedo imaginarme de nuevo recaer y verme en el estado negativo en el que estaba, ahora tengo más metas y propósitos que realizar”... Sic. Pac.*

Simultáneamente al estado de disposición al cambio (Miller, 1996) a pesar de que el usuario al inició del tratamiento tenía un estado de acción, lo mantuvo constantemente en todo el tratamiento, empero, en las recaídas retornaba a un estado contemplativo, al presentar pensamientos de consumo, ambivalencia de regresar al tratamiento: *“Voy a mandar al diablo todo” “No quiero saber nada de terapias”*, regresó a su terapia con ambivalencia y poco a poco fue retomando su estado de acción, al darse cuenta de que su esfuerzo de aplicar sus planes de acción rendían frutos y veía más ventajas de estar sobrio en todos los ángulos de su vida y en lugar de estar bebiendo y aumentando su problemática a grados fatales.

Lo anterior se asocia con el cambio en el descuento temporal (Bickel, & Marsch, 2001), ya que al inicio del tratamiento su descuento temporal era corto, es decir, no veía las consecuencias negativas de su consumo a largo plazo, solo veía las consecuencias positivas del consumo a corto plazo y los reforzadores gratificantes inmediatos, por lo cual, su conducta era impulsiva y carecía de una autorregulación de comportamiento, conforme avanzaba en el tratamiento, aprendió a identificar las consecuencias a largo y mediano plazo del consumo, por lo que, esto le ayudaba a cambiar pensamientos precipitadores y echaba mano de las consecuencias negativas del consumo, ganando de esta manera, mayor autocontrol, así como aprender a auto-reforzarse positivamente gracias al darse cuenta de que obtenía mayores ganancias y ventajas de estar en abstinencia que intoxicado. En la actualidad, el usuario toma en cuenta otras conductas alternativas valiosas que compiten con el consumo como: ejercicio, manejo del estrés y alimentación, un trabajo que le brinda satisfacciones, tiempo de calidad con la familia, mayor convivencia en pareja, actividades recreativas, etc. lo cual, le ha ayudado a mantener la conducta de abstinencia, así como disminuir la miopía temporal [tomar en cuenta lo que se tiene cerca y ver borrosamente lo que esta adelante en el tiempo (Vuchinich & Tucker, 1988)].

Otras conductas de cambio positivas consisten en que el usuario aprendió a extinguir conductas destructivas en su vida cotidiana como: pleitos con su esposa e hija, gritos, amenazas, discusiones constantes, insultos, comunicación ineficiente, etc. y gracias a las estrategias de control emocional aprender a

autoregular estados emocionales desagradables en lugar de continuar con el reforzamiento negativo de a través de la bebida. Aprendió a castigar positivamente a personas que lo presionaban socialmente a consumir, a través de la confrontación asertiva,

Históricamente se ha entendido el consumo como algo que esta fuera de control y voluntad de la persona que ingiere drogas, el cual corresponde en demasía a un modelo de enfermedad (Niaura, 2000), no obstante el usuario adquirió habilidades de toma de decisiones consiente y responsabilidad de sus decisiones. En algunos casos no fueron acertadas como ir a Chalma, ya que sabía de antemano el alto riesgo que implicaba; también involucrarse con personas fuera de su matrimonio, entre otros ejemplos, se dejó siempre que el usuario tomara la decisión final acerca de su vida no sin haber realizado un análisis concienzudo de la situación y contar con diversos planes de acción. Independientemente de los resultados obtenidos le quedó de experiencia al usuario y en decisiones erradas adquirió un aprendizaje significativo, prueba de ello fue que él, se volvió su propio terapeuta al tomar diversas estrategias conductuales, cognitivas y farmacológicas aprendidas en sesión para retomar y mantener la abstinencia.

Como principales limitaciones se obtiene que no fue la única intervención que recibió el usuario, ya que en todo el tratamiento y después de él, continuaba bajo tratamiento farmacológico, mismo que contribuyó a reducir síntomas de ansiedad y depresión. Por lo cual, es difícil aislar el impacto del PSC, no obstante, es destacable que fue la única intervención psicológica que el usuario recibió. Por tanto, es importante integrar las estrategias psicológicas y farmacológicas en este tipo de usuarios con patología dual.

El no haber llevado a cabo el entrenamiento con el otro significativo; la persona con la que convivía más y surtía una fuerte influencia en el usuario era su esposa, sin embargo, se rehusaba a recibir esta ayuda indicando que ella no lo necesitaba y quien requería terapia era su esposo. El usuario logró convencerla de asistir a tratamiento del corte que ella quisiera, con tal de ser atendida. Ella asistió a un grupo de codependencia, el cual, según el usuario le ha servido mucho a su esposa, ya que ha dejado que él tome sus decisiones y pague por sus consecuencias (por ejemplo, en lugar de apapacharlo cuando ha consumido o comprarle la bebida, dejó que él asumiera las consecuencias de sus decisiones, así como enfocarse más en ella misma y sus actividades), ha reducido la cantidad de consumo (3 o 4 copas por ocasión), ha mejorado su comunicación y es más flexible.

El programa está planteado para ser llevado a cabo dos veces por semana, es importante señalar que no siempre este requisito es posible llevar a cabo, ya que, en ocasiones los usuarios disponen solo de un día por semana y llegan a faltar por cuestiones de trabajo, vacaciones, etc. por tanto, es de suma importancia ser flexibles con el horario y ajustarse a las necesidades de los usuarios. Esto de hecho, es un elemento que favorece la adherencia terapéutica. De la misma manera, varios componentes del programa llevaban varias sesiones hasta 3, como

metas de vida, habilidades de comunicación, análisis funcional, etc. todo esto afecta en la duración total del tratamiento, por lo cual, es importante mencionar que se debe proceder con cuidado y mesura en los componentes y no querer ir demasiado rápido con tal de completar el tratamiento en los 3 meses que se propone terminarlo.

Los nuevos cursos de acción se basan principalmente en continuar con la investigación que ayude a usuarios con problemas de índole sexual, en este caso, al representar un problema grave en el usuario e implicar severas consecuencias como volver al consumo y poner en riesgo su matrimonio y vida, fungieron como precipitadores muy fuertes de consumo, no obstante, se manejaron con estrategias que provee el programa como consejo marital y solución de problemas. Sin embargo, esto no fue suficiente para el usuario.

Por tanto, una alternativa de mejora es continuar con investigación científica que ayude a instaurar componentes al programa para ese tipo de problemáticas, tal como refiere Azrin (1976) es de suma importancia contar con mejoras constantes en los tratamientos. Es siempre importante e imprescindible contar con estrategias inmediatas y complementarias, como con la información de centros de ayuda para que el usuario pueda ser canalizado a otros tratamientos, como terapeutas sexuales, empero, a pesar de contar con otras estrategias de atención, no todos los usuarios están motivados a asistir a este tipo de terapias o tienen la disposición de acudir por cuestiones de tiempo u horario, así como los recursos económicos. Por eso, es importante que el PSC disponga de esas estrategias con el fin de que tengan un impacto positivo e inmediato en los usuarios, al ser más costo efectivo

Aumentar el bagaje de estrategias motivacionales y cognitivas, es de suma importancia, no sólo continuar con aquellas más efectivas como: escucha reflexiva, disonancias cognoscitivas, reforzamiento positivo, retroalimentación objetiva, etc. si no, ampliar las estrategias motivacionales y cognitivas como: la paradoja de Miller, visualización dirigida, etc.

REFLEXIONES FINALES

Se ha documentado a lo largo de este reporte, diversas aristas de comprensión del fenómeno adictivo y el impacto multidimensional adverso en la vida del sujeto y en general en la sociedad; se ha reportado que es una problemática multidimensional con graves alcances, que hay que enfrentar con mejores programas de prevención, es decir, tener al alcance alternativas de retraso del progreso de la problemática en población vulnerable (niños y adolescentes) y mejor atención a las personas que están en riesgo o ya presentan un problema.

Por lo cual, es preciso señalar las necesidades actuales de intervención en nuestro país, tanto de tratamiento como de prevención apoyadas por datos epidemiológicos recientes de la ENA (2008): se tiene que 80.7% de la población requiere intervenciones de prevención universal para la población no consumidora, 13.6% programas de prevención selectivos e indicados, 5.2% de las población requiere de intervenciones breves y el 0.6% de tratamiento especializado.

Por tanto, la premura radica en contar con programas de prevención basados en evidencia científica en nuestro país [a pesar que existan algunas propuestas promisorias como Chimalli (Castro, 1999) y Eco 2 Machín (2003) y la generación de nuevos esfuerzos en ciernes, es preciso señalar que aún falta mucho camino por recorrer en México. Es menester continuar con investigaciones que tomen en cuenta estrategias que han sido exitosas en otros países, obviamente adaptadas culturalmente a población mexicana. Existen diversos programas de corte universal, selectivo e indicado que han resultado exitosos en Estados Unidos, las técnicas que han servido son fundamentalmente cognitivas, conductuales y del aprendizaje vicario. Y como contenido en los programas, las estrategias preventivas reportadas con éxito son el manejo de habilidades sociales, ya sea en los programas curriculares o en los multimodales. Como es el caso de Project Star [Pentz et al (2000) citada en Zwahlen (2003); Lapin & Pentz (2000)] que es un programa multicomponente, que engloba en el currículo escolar la enseñanza de habilidades sociales, trabajo con padres de familia, trabajo en la comunidad, en políticas sociales y medios de comunicación y que ha dado resultados exitosos por su intervención integral. La propuesta es tomar en cuenta estrategias efectivas de los programas de prevención efectivos y evaluar cuáles funcionarían en nuestro país, obviamente respondiendo a nuestras necesidades específicas.

Otras necesidades ante las cuales debemos responder los profesionales de la salud, de acuerdo a los datos de la ENA (2008) son la incorporación de campañas de prevención de psicoeducación en torno a las bases neurobiológicas de la adicción que estipulan el hecho de que son una enfermedad, con el fin de que las personas con dependencia puedan aproximarse a un tratamiento, ya que aún impera en el imaginario social, la noción que los adictos son viciosos, débiles o delincuentes. De la misma manera, estos datos señalan la necesidad de reforzar el conocimiento de la población, haciendo énfasis en los niños y adolescentes

sobre los mecanismos de la adicción y el potencial de daño asociados con las diferentes drogas, especialmente el tabaco, los inhalables y la heroína. También, es importante que los programas de prevención incluyan a la familia y que se refuercen los programas encaminados a lograr que las personas con problemas en el consumo de alcohol se acerquen a tratamiento. Por tanto, también el esfuerzo del trabajo comunitario es necesario continuar y robustecer.

Para realizar mejoras en el ámbito de la prevención, es fundamental, tener bien identificados los factores de riesgo reportados por estudios epidemiológicos nacionales, (especialmente en la población más vulnerable: jóvenes y niños) tales como: la disponibilidad de drogas lícitas e ilícitas, la baja percepción de riesgo, tolerancia social, baja edad de inicio del consumo de tabaco y alcohol, curiosidad, entre otros, con el fin de incluir su manejo en los programas de prevención y el reconocimiento de los factores de resiliencia que caracterizan los individuos, grupos y sus condiciones de vida, tales como: incrementar valores de competencia académica en los niños, prácticas de crianza positivas, promover estrategias de prevención en centros de trabajo, particularmente donde trabajan jóvenes, afiliación a pares que no presenten conductas antisociales, apoyo académico, especialmente en lectura (primaria), apoyo académico en hábitos de estudios (primaria y secundaria), que los jóvenes continúen con sus estudios, implementar estrategias para solución de problemas desde las escuelas, regular la exposición a la oportunidad de consumo, así como reforma y puesta en práctica de políticas sociales que regulen el consumo y trabajo comunitario, entre otras.

En cuanto al tratamiento, es importante continuar con la comprensión de la conducta adictiva para el desarrollo y mejoría de programas efectivos de modificación conductual y cognitiva, que de acuerdo a lo que se ha reportado en la literatura, son los más efectivos para el manejo de las adicciones. No obstante, en la actualidad existen en nuestro país, programas exitosos como el PSC para el tratamiento de dependencia a alcohol y drogas e intervenciones breves para diversas sustancias y poblaciones, etc. no solo cara a cara o tradicionales, sino también programas en línea. Es de suma relevancia continuar con las mejoras a los programas de tratamiento, así como triplicar los esfuerzos de difusión.

Una de las mejoras al programa propuestas para el PSC, desde mi experiencia clínica, es la incorporación de componentes en donde se trabaje con problemas de sexualidad, en donde el precipitador mayor tiene su origen en aspectos sexuales y contar con estrategias prácticas que ayuden al terapeuta a tratar estos problemas siempre que se presenten. Extender la investigación en torno al craving, respuesta aprendida que coliga a la droga con el ambiente que facilita el consumo y aumenta en situaciones de estrés (Drummond, 2000), que como se ha puntualizado antes, puede activar áreas de recompensa, por tanto, es menester tener al alcance un caudal mayor de estrategias cognitivo conductuales para su adecuado trato, no sólo, por ejemplo: la reestructuración cognitiva, sino también otras indispensables como mayor énfasis en la visualización dirigida, pensar en el deseo, autoreforzamiento, el empleo de imágenes de afrontamiento, etc.

Los principios básicos del comportamiento y procesos cognitivos se pueden palpar a través de los procedimientos conductuales, cognitivos y vicarios que sustentan las intervenciones breves en el mundo y en nuestra nación, (previamente reportadas) y para dependencia severa como el PSC, es de suma importancia reconocer aquellas estrategias brindadas por el terapeuta al usuario que ayudaron a cambiar no solo el patrón de consumo, sino a lograr mayor satisfacción de vida en el sujeto. Entre estas habilidades se encuentra: identificar situaciones de riesgo, reforzar positivamente conductas eficaces incompatibles al consumo, retroalimentación constante de la aplicación de las estrategias tanto en sesión como en escenario natural, incitar a que el usuario se dé autoreforzamiento positivo por dichas conductas, trabajo activo y constante de reestructuración cognitiva, es decir, que continuamente el usuario busque evidencia de sus pensamientos a través de la refutación, proyección en el tiempo de cuándo se consumía y todas las consecuencias relacionadas y percibir el impacto de una vida en abstinencia, en imaginación dirigida, verse afrontando con éxito situaciones de riesgo en donde se aplicó con éxito las técnicas, el empleo de métodos humorísticos como la paradoja de Miller, modelamiento vicario como el uso de ejemplos e historias ficticias de usuarios y ejemplos de usuarios cuando han aplicado exitosamente las estrategias, narraciones de personas ante las mismas situaciones de riesgo que no recaen, autoinstrucciones positivas, el automonitoreo, manejo de contingencias, etc. todas estas estrategias brindaron un resultado positivo independientemente de la topografía de la conducta y el tipo de adicción a las sustancias.

Otras estrategias funcionales de orden motivacional que ayudaron a los usuarios atendidos en la residencia fueron: técnicas motivacionales por parte del terapeuta: expresión de empatía, crear discrepancia, evitar la discusión, manejar la resistencia, fomentar la autoeficacia con ejemplos del pasado en donde el usuario salió adelante de la situación de riesgo, promoción de la motivación intrínseca, escucha reflexiva, monitoreo constante del grado de disposición para cambiar en el proceso terapéutico, parafraseo, uso de paradojas, etc.

Por otro lado, es fundamental señalar que no todos los tratamientos son para todas las personas, todas las aproximaciones tienen ventajas y desventajas, no se pueden comparar con otras posturas, es imprescindible considerar al sujeto y su entorno social. Las distintas aproximaciones no son necesariamente incompatibles unas con otras, es necesario estar abierto a conocer nuevas alternativas. Asimismo, los hallazgos científicos se deben traducir en acciones concretas que le hagan sentido a las personas y sean efectivos en la población blanco. Es necesario adaptar los modelos efectivos a las distintas poblaciones como: analfabetas, población indígena, etc. y diseminar los programas en los centros de salud, escuelas, instituciones, etc. ya que habiendo tantas alternativas no llega a todas las personas que lo necesitan.

Por otro lado, es bien sabido que los cambios plásticos en estratos neuronales del cerebro llevan a la recaída, dando como resultado que en muchas ocasiones las recaídas sean más severas, no obstante, la recaída es una forma de aprendizaje,

que se procura practicar en sesión, puesto que, al realizar el análisis funcional de las recaídas, se repasan las conductas equivocadas encadenadas con sus antecedentes, consecuencias negativas y positivas, así como el establecimiento planes de acción para anticiparse a ellas y corregirlas, con todo este análisis, el objetivo es evitar hacerlo de nuevo; reconocer una recaída no quiere decir que se regresara al patrón de consumo, lo importante es, que el usuario recuerde sus razones de cambio y sus fortalezas, así como áreas de oportunidad. Es substancial reconocer la naturaleza crónica de la enfermedad de la adicción, tal como lo indica el NIDA (2003), el tratamiento de enfermedades crónicas involucra cambiar comportamientos profundamente arraigados y la recaída no significa que el tratamiento falló. Para los usuarios adictos, las recaídas en el consumo de alcohol o drogas indican que se debe ajustar el tratamiento, o que se requiere conjuntar estrategias de tratamientos alternativos.

En cuanto a las sugerencias de evaluación clínica, se propone evitar evaluar a los sujetos repetidamente durante el tratamiento, ya que puede ejercer un efecto de instrumentación, amenaza fundamental a la validez interna de los casos. Es bien sabido que al aplicar repetidamente los instrumentos, los sujetos pueden llegar a aprenderse la ejecución de los cuestionarios y pruebas, generando de esta manera un efecto de acarreo y con ello la obtención de mediciones poco consistentes y validas, dando como resultado no tener en cuenta en realidad qué se está midiendo. Se pretende, contar con instrumentos de medición actualizados, como pruebas más recientes de funcionamiento cognitivo, evitar a toda costa emplear el mismo instrumento, por las amenazas a la validez previamente señaladas.

Las sugerencias y nuevas líneas de acción a seguir para investigaciones relacionadas con el tema se encuentra llevar a cabo intervenciones más costo efectivas como: programas en línea para el manejo de abuso de alcohol o drogas (empero, no sería tan ético ni responsable tratar a usuarios con dependencia severa bajo esta modalidad o con patología dual). Asimismo se podría implementar la terapia grupal. Esta modalidad grupal podría adaptar el PSC y otras intervenciones breves como: bebedores problema, intervención motivacional breve para fumadores, etc.

Es importante también, estudiar más los efectos del consumo crónico de sustancias en los clientes, personas importantes, y comunidades dentro de un contexto social, político, cultural, y económico, con el fin de brindar tratamientos más especializados. Así como una capacitación más cuidadosa en asuntos éticos, indispensables para el desempeño en la clínica y el fomento de una conducta ética y responsable del investigador.

Los especialistas en adicciones y salud mental deben ser capaces de detectar necesidades y ayudar a canalizar a los usuarios a tratamientos más especializados si es el caso, por lo cual, es imprescindible contar con información de centros especializados de ayuda como: centros toxicológicos, hospitales psiquiátricos, grupos de ayuda mutua, intervenciones para los familiares o terapia

familiar, terapias para abuso sexual, maltrato a la mujer, etc. con el fin de que el usuario cuente con mayores estrategias y fuentes de ayuda ante otras problemáticas vinculadas al consumo o adicción.

Contar con comunidades terapéuticas en donde se encuentran las dimensiones prácticas del trabajo transdisciplinario como es el caso de clínicas como el CAIS Torres de Potrero, trabajar en conjunto con las instituciones en muchas ocasiones requiere romper con barreras institucionales y fomentar en el personal y directivos, trabajo colaborativo y alianza de apoyo para la investigación y el trabajo interdisciplinario más enriquecedor, con el propósito fundamental de brindar una mejor atención a los usuarios.

El papel de la familia, redes sociales, y los sistemas comunitarios como fuentes de ayuda activa son de suma relevancia. Por tanto, se exhorta fomentar métodos para la incorporación de la familia y la dinámica social en el tratamiento y la recuperación procesos a través de psicoeducación a la familia, entrenamiento con el otro significativo; en dado caso de no acceder, contar con otras fuentes de ayuda a la familia como, Modelo de Intervención Breve para Familiares de usuarios de Alcohol y Drogas (Natera et al., 2003), grupos de Al-Anon, etc.

También es básico, reconocer los aspectos sociales, políticos, económicos, el contexto cultural y marco legal en el que la adicción y el abuso de sustancias existen, es bien sabido que, en nuestro país las políticas de control, distribución y venta de sustancias legales deja mucho que desear y en cuanto a drogas ilícitas, carecemos como nación de una cultura de prevención. Una de las limitaciones de este reporte fue documentar otras situaciones de esta índole como ahondar en las políticas en torno al consumo de drogas en el país, reportar otros problemas relacionados al consumo de drogas y adicción como los problemas del narcotráfico, las implicaciones de una legislación de las drogas, etc. por cuestiones de eficacia y economía en la presentación de la información.

Sin embargo, en cuanto a la regulación del consumo de sustancias legales es importante mencionar que los esfuerzos para la regulación de venta y consumo ha tenido cierto avance como el actual aumento en los impuestos del tabaco y alcohol, los cuales ayudan a mermar la oferta de alcohol y su regulación más estricta y estrecha en población en riesgo como los adolescentes.

REFERENCIAS

- Álamo, C., López, F. y Cuenca, E. (2000). Abordaje farmacológico de las recaídas en las adicciones. *Adicciones*, 12(4). 527-539.
- Albadejo, M., Roset, P., De la Torre, R., Poudevida, S., Abanades, S., Peiro, A., Álvarez, Y., Pizarro, N., Segura, M y Camí, J. (2003). Estudios controlados en humanos de éxtasis. *Adicciones*, 15(2). 121-134. Recuperado el 2 de diciembre de 2009 de [http://www.adicciones.es/files/\(07\)%20farre.pdf](http://www.adicciones.es/files/(07)%20farre.pdf)
- Álvarez, J. (2008). Factores psicosociales relacionados con el uso experimental de drogas ilícitas en adolescentes de Monterrey y Victoria. *México. Lánzate a vivir*. Recuperado el 2 de octubre de 2009 de <http://www.lanzateavivir.uat.edu.mx/factores/Documentos%20compartidos/cap%C3%ADtulo-JOSE-JAVIER-%20drogas-%20FINAL-FEB-10-2008.pdf>
- Aparisi, L., Sabater, L., Del-Olmo, J., Sastre, J., Serra, M.A., Campello, R. Bautista, D., Wassel, D. & Rodrigo, J.M. (2008). Does an association exist between chronic pancreatitis and liver cirrhosis in alcoholic subjects? *World Journal of Gastroenterology*, 14(40). 6171-6179.
- Arizona Smokers' Helpline (2000). Content of Tobacco. Recuperado el 7 de octubre de 2009 de http://bandura.sbs.arizona.edu/hcp/olc/resources_span/pdf_forms/tob_chemi_addi_span.pdf
- ASISA (2000). Definición y concepto del tabaquismo. Recuperado el 25 de septiembre de 2009 de http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/asisa/parseador/ps.jsp?x=doc_definicion_concepto#2
- August, G., Hektner, J., Egan, E., Realmuto, G., & Bloomquist, M. (2002). The Early Risers longitudinal prevention trial: Examination of 3-year outcomes in aggressive children with intent-to-treat and as-intended analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(4), 27-39.
- Azrin, N. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 14. 339- 348.
- Babor, T.H., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. y Monteiro, M.G. (2001a). *Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria*. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado el 7 de agosto de 2009 de <http://www.ops.org.bo/textocompleto/iac21600.pdf>
- Babor, T. H. & Higgins-Biddle, J.C. (2001b). Intervención Breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol, un manual para la utilización en Atención Primaria. *Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias*. Recuperado el 7 de agosto de 2009 de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf

- Barragán, L., Flores M., Morales, S., González, J., MJ, Martínez y Ayala, H. (2006). *Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: manual del terapeuta*. México: Consejo Nacional contra las Adicciones, (CONADIC).
- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M. E., Velázquez, H. (2005b). 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(1). 61-71.
- Barrera, A., Pérez-Stable, E., Delucci, K. & Muñoz, R. (2009). Global reach of an internet smoking cessation intervention among Spanish- and English- speaking smokers from 157 countries. *International Journal of Environmental research and public health*, 6. 927-940. Recuperado el 10 de octubre de 2009 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2672395/>
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2004). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol. Recuperado el 12 de octubre de 2009 de http://www.pnsd.msc.es/ca/Categoria2/publica/pdf/guia_tabaco_Socidrogalcohol.pdf
- Beswick, T., Best, D., Rees, S., Coomber, R., Gossop, M. & Strang, J. (2001). Multiple drug use: patterns and practices of heroin and crack use in a population of opiate addicts in treatment. *Drug and Alcohol Review* 20, 201.204
- Bheemappa R. & Murthy, P. (2008). Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *Indian Pediatrics*, 45(17), 977-983
- Bickel, W. & Marsch, L. (2001). Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting processes. *Addiction*, 96. 73–86.
- Bickel WK, Marsch LA. (2007). A future for the prevention and treatment of drug abuse: Applications of computer-based interactive technology. In: Henningfield, J.E., Santora, P.B. & Bickel W. (Eds.). *Addiction treatment: Science and policy for the twenty-first century*. (pp. 35–44). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Borges, G., Orozco, R., Cremonte, M., Buzi-Figlie, N., Cherpitel, C. & Poznyak, V. (2007). Alcohol and violence in the emergency department: a regional report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries. *Salud pública de México*, 50(1), 6-11.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: Consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología conductual*, 3(3). 333-356

- Botvin, G., Baker, E., Goldberg, C. J., Dusenbury, L., & Botvin, E. M. (1992). Correlates and predictors of smoking among black adolescents. *Addictive Behaviors, 17*: 97-103.
- Botvin, G., Schinke, S., Epstein, J., Diaz, T. & Botvin, E. (1995). Effectiveness of Culturally focused and Generic Skills Training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents: two-year follow-up results. *Psychology of Addictive Behaviours, 9*, 183-194.
- Botvin, G., Griffin, K., Paul, E. & Macaulay, A. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through life skills Training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 12*(4), 1-17.
- Bríñez-Horta, J.A. (2001). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. *Adicciones, 13*(4). 439-455.
- Brownell, K., Marlatt, G., Lichtenstein, E. y Terence, W. (1986). Understanding and Preventing Relapse. *American Psychologist, 41*(7). 765-782.
- Busto, U. (2000). Factores de riesgo en el abuso y la dependencia a benzodiazepinas. *Trastornos Adictivos, 2*(3).177-182.
- Byqvist, S. (2006). Patterns of Drug Use Among Drug Misusers in Sweden. Gender Differences. *Substance Use & Misuse, 41*. 1817–1835.
- Byrne, M., Lander, L. & Ferris, M. (2009). The Changing Face of Opioid Addiction: Prescription Pain Pill Dependence and Treatment. *Health & Social Work, 34*(1). 53-56.
- Cadet, J., Krasnova, I., Jayanthi, S. & Lyles, J. (2007). Neurotoxicity of Substituted Amphetamines: Molecular and Cellular Mechanisms. *Neurotoxicity Research, 11*(3,4). 183-202.
- Campos, R. (1992). *Farmacodependencia, drogas y algunos temas cercanos*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Campillo, C., Díaz, R. y Romero, M. (2002). La responsabilidad del médico en el tratamiento del enfermo alcohólico. En: Tapia-Conyer (Comp.). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas México* (pp.187-191). México: El Manual Moderno.
- Carroll, K.M.(1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 4*. 46-54.
- Carrascoza, C. (2007). *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: Fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. México: CONACYT. pp. 88-92

- Carreño, S., Medina-Mora, M.E., Ortiz, A., Natera, G., Tiburcio, M., Vélez, A. y Ruiz, E. (2009). *¿Problemas por el consumo de alcohol y drogas en centros de trabajo? Como prevenirlos*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz y Editorial Pax México. pp. 26-71
- Castro, M.E. (1999). Modelo Chimalli: el escudo protector de la prevención. *LiberAddictus*. Recuperado el 27 de agosto de 2009 de <http://www.infoadicciones.net/Pdf/0392-32.pdf>
- Center for Substance Abuse Prevention [CSAP]. (2002). The Michigan substance abuse risk and protective factors 2000/2001 student survey: Public school results. 1-119. Recuperado el 3 de septiembre de 2009 de http://michigan.gov/documents/School_Survey_37630_7.pdf
- Centro de Integración Juvenil, [CIJ]. (2009). Prevención universal. Recuperado el 12 de agosto de 2009 de <http://www.cij.gob.mx/Paginas/MenuIzquierdo/InformacionPara/Especialistas/Prevencion/InvPreventiva/prevuniversal.asp>
- Chih-Ling, H., Hsi-Hui, L & Hsiu-Hung, W. (2008). Evaluating screening performances of the Fagerstrom tolerance questionnaire, the Fagerstrom test for nicotine dependence and the heavy smoking index among Taiwanese male smokers. *Journal of clinical Nursing*. 884-890.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC] (2003). *Modelos preventivos*. México: CONADIC. Recuperado el 12 de mayo de 2010 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7324.pdf>
- Coombes, L., Allen, D., Megan, M. & Foxcroft, D. (2009). The Strengthening Families Programme (SFP) 10-14 and Substance Misuse in Barnsley: The Perspectives of Facilitators and Families. *Child abuse review*, 18, 41-59.
- Cravioto, P., Medina-Mora, M.E., de la Rosa, B., Galván, F. y Tapia-Conyer, R. (2003). Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México: barreras de acceso a tratamiento. *Salud Pública de México*, 45(3). 181-190.
- Cruz, C y Nicolini, H. (2001). Aspectos genéticos del abuso y dependencia al alcohol. En: Tapia-Conyer (Comp.). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas México* (pp.21-44). Mexico: El Manual Moderno.
- Drummond, D. C., Litten, R. Z., Lowman, C., & Hunt, W. A. (2000). Craving research: Future directions. *Addiction*, 95(Suppl. 2). 247-255.
- Dufour, M. (1999). What Is Moderate Drinking? Defining “Drinks” and Drinking Levels. *Alcohol Research & Health*. 23(1)

- Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, L., Tiburcio, M. y Ayala, V. (2005). Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. México: Secretariado técnico del consejo Nacional contra las adicciones (CONADIC). pp. 87-159
- Eisen M; Zellman G; Massett H. & Murray D. (2002). Evaluating the Lions-Quest Skills for Adolescence drug education program: First-year behavior outcomes, 27 (4), 619-632.
- Englund, M., Egeland, B., Oliva E. & W. Collins, A. (2008). Childhood and adolescent predictors of heavy drinking and alcohol use disorders in early adulthood: a longitudinal developmental analysis. *Addiction*, 103, 25-35
- Escotado, A. (2005). *Historia General de las Drogas*. (1ra. Ed.). España: Espasa.
- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. [ESPAD]. (2003). *Excerpts from the 2003 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Recuperado el 5 de agosto de 2009, de <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/espadusa2003.pdf>
- Fagerstrom, K., Kunze, M., Schoberberger, N., Breslau, J., Hughes, R., Hurt, P., Puska, P., Ramstrom, L. & Zatonski, W. (1996). Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tob. Control*, 5, 52-56. Recuperado el 21 de octubre de 2009 de <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/reprint/5/1/52>
- Faggiano, F., Vigna, F., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. y Lemma, P. (2006). Prevención del consumo de drogas ilegales en las escuelas. (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, 3, 1-69. Recuperado el 26 de Noviembre de 2009 de <http://www.update-software.com>
- Fernández, E. (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Revisiónes en neurociencia*, 34 (7), 659-664
- Fiore, M., Bailey, W., Cohen, S., Goldstein, M., Gritz, E. et al. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline*. U.U.S.S: Department of Health and Human Services. Recuperado el 22 de octubre de 2009 de http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf
- Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J., Lowe, G. & Breen, R. (2006). Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, 3, 1-68. Recuperado el 12 de agosto de 2009 de: <http://www.update-software.com>
- Gamella, J. y Álvarez, A. (1997). *Drogas de síntesis en España*. (2da. Ed.). España: Ediciones Doce Calles.
- Golding, J. F., Groome, D. H., Rycroft, N., & Denton, Z. (2007). Cognitive Performance in Light Current Users and Ex-Users of Ecstasy (MDMA) and Controls. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 301-307.

- González, F., García, M. y González, S. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8(2). 257-267. Recuperado el 12 de octubre de 2009 de <http://www.psicothema.com/pdf/24.pdf>
- Goode, E. (2008). *Drugs in American Society*. (7th ed.). EE.UU: McGraw-Hill.
- Grant, M & Litvak, J. *Drinking patterns and their consequences*. (1997). Recuperado el 22 de Julio de 2009 de,
<http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=krv4OERYzgoC&oi=fnd&pg=PR11&dq=%22Grant%22+%22Drinking+patterns+and+their+consequences%22+&ots=iGZQWcNnss&sig=QiR3-6e4r1GC8h18gT5PU9z4Fs>
- Gutiérrez, R., Andrade-Palos, P., Jiménez, A. y Juárez, F. (2007). La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de alcoholicos anónimos (AA). *Salud Mental*, 30(4). 62-68
- Gutiérrez, R. y Vega, L. (2009). *Como prevenir y desalentar el consumo de sustancias en adolescentes, niños y niñas que subsisten en la calle*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Editorial Pax México.
- Hall, M. & Howard, M. (2009). Nitrite Inhalant Abuse in Antisocial Youth: Prevalence, Patterns, and Predictors. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41 (2). 135-143.
- Heatherton T.F., Kozlowski, L., Frecker, R. & Fagerstrom, K. (1991) The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction* 86, 1119-1127
- Henningfield, J., Reginald, V., Buchhalter, A. & Stitzer, M. (2005). Pharmacotherapy for Nicotine Dependence. *Cancer Journal for clinicians*, 55(5). 281-299.
- Hindmarch, I. (1972). Drugs and Their Abuse Age Groups Particularly At Risk. *British Journal. of Addiction*, 67. 209-214.
- Howard, M.& Perron, B. (2009). A Survey of Inhalant Use Disorders among Delinquent Youth: Prevalence, Clinical Features, and Latent Structure of DSM-IV Diagnostic Criteria. *BMC Psychiatry*, 9(8). 1-11.
- International Center for Alcohol Policies [ICAP]. (2004). *Drinking patterns: From Theory to practice*. Recuperado el 24 de Julio de 2009, de <http://www.streetdrugs.org/pdf/ICAPPreport15.pdf>
- Irvin, J., Bower, C., Dunn, M. & Wang, M. (1999). Efficacy of relapse prevention: A metaanalytic review. 1999. 563-70

- Isbell, H. & Fraser, H. (1950). Addiction to analgesics and barbiturates. *Pharmacological Reviews*, 2(2), 355-397.
- Jane, M. (2004). Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género. *Adicciones*, 16(29), 115-128
- Jansen, K y Theron, L. (2003). Ketamina, nuevas observaciones sobre su consumo, consumidores y efectos. *Adicciones*. 15(2). 136-166.
- Jeffrey, C.& Fetter, M.D. (2005). Mirtazepine for MDMA-induced Depression. *The American Journal on Addictions*, 14. 300–301.
- Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J. & Schulenberg, J. (2008). *Monitoring the Future, National Results on Adolescent Drug Use, Overview of Key Findings*. EE.UU.: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health and U.S. Department of Health & Human Services.
- Kersten, C., Werch, C., & Young, M. (1992). Results from Keep a Clear Mind: A drug education program for parents and their children. *Arkansas Journal*, 27, 17-19.
- Kranzler, H. & Ting-Kai, L. (2008). What Is Addiction?. *Alcohol Research & Health*, 31(2), 93-95
- Kuri, P. y Hoy, M.J. (2002). Tabaquismo pasivo. En: Tapia-Conyer (Comp.). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas México* (pp.79-92). México: El Manual Moderno.
- Lankenau, S. & Clatts, M. (2005). Patterns of Polydrug Use among Ketamine Injectors in New York City. *Substance Use and Misuse*, 40. 1381-1397. Recuperado el 30 de octubre de 2009 de <http://www.drugabuse.gov/DirReports/DirRep905/DirectorReport3.html>
- Lapin, A. & Pentz, M. A. (2000). *Project STAR*. Recuperado el 10 de septiembre de 2009 de http://www.tanglewood.net/projects/teachertraining/Book_of_Readings/Pentz.pdf
- Lara, A. (2009) *¿Es difícil ser mujer? Guía para la depresión*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Editorial Pax México.
- Lira, J., González, F., Carrascoza, Ayala, H. y Cruz, S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32(35). 35-41.
- LoSciuto, L., Rajala, A. K., Townsend, T. N., & Taylor, A. S. (1996). An outcome evaluation of Across Ages: An intergenerational mentoring approach to drug prevention. *Journal of Adolescent Research*, 11(1), 116-129.
- Lubman, D., Yücell, M. & Lawrence, A. (2008). Inhalant abuse among adolescents: neurobiological considerations. *British Journal of Pharmacology*, 154. 316–326.
- Luzi, S., Morrison, P., Powell, J., Di Forti, M.& Murray, R. (2008). What is the Mechanism whereby Cannabis Use increases Risk of Psychosis? *Neurotoxicity Research*, 14(2,3). 105-112.

- Machín, J. (2003). La prevención de las farmacodependencias en el Modelo Eco2. *Liberaddictus*. 1-6.
Recuperado el 4 de Septiembre de 2009 de <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0799-75.pdf>
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, L. A., Larimer, M. E., Quigley, L. A., et al. (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: Results from a 2-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 604-615.
- Martínez, G. y Villar, M.A. (2004). Estudio descriptivo del uso de drogas en adolescentes de educación media superior de la ciudad de Monterrey, Nueva León, México. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 12. 34-40.
- Martínez, M. y Alonso, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación?. *Adicciones*, 15(2). 145-158
- Martínez, M.K., Ayala, H. Salazar, L. Ruiz, G., y Barrientos, V. *Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras drogas. Manual del terapeuta*. México: Universidad nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- McLellan AT, Carise D, Kleber HD. (2003). Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25:117–121.
- Medina-Mora, M.E. (2002a). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En: Tapia-Conyer (Comp.). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas México* (pp.21-44). México: El Manual Moderno.
- Medina-Mora, M.E. (2002b). La mujer y el abuso de bebidas alcohólicas en México. En: Lara, A. y Salgado, N. (Comp.). *Cálmese son sus nervios, tómese un tecito. La salud mental de las mujeres mexicanas*. (pp. 72-84). México: Pax México
- Medina-Mora, M.E., Natera, G., Borges, G. Cravioto, P. Fleiz, C. y Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24(4), 3-19
- Medina-Mora, M.E., Cravioto, P., Villatoro, J.; Galván, F., Fleiz, C., Rojas, E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Vélez, A. y García A. (2002). Capítulo de Alcohol en: *Encuesta Nacional de Adicciones (2002)*. México: Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.
- Medina-Mora, M.E., Peña, M., Cravioto, P., Villatoro, J. y Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿El uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Pública de México*, 44(1). 109-115

- Medina-Mora, M.E. y Rojas, E. (2003). La demanda de drogas: México en la perspectiva internacional. *Salud Mental*, 26(2). 1-11.
- Miller, W. (1996). Motivational interviewing: research, practice and puzzles. *Addictive Behaviors*, 61(6). 835-842.
- Miller, W & Meyers, R. (1999). The Community Reinforcement Approach. *Alcohol Research and Health*, 23(2). 116-120
- Miotto, K., Darakjian, J., Basch, J., Murray, S., Zogg, J. & Rowson, R. (2001). Gamma Hydroxybutyric acid, Patterns of use, effects and withdrawal. *The American journal on addictions*, 10. 232-241
- Monti, P., Kadden, R., Rohsenow, D., Cooney, N. & Abrams, D. (1989). *Treating alcohol dependence. A coping skills training guide*. New York: Guilford Press. Recuperado el 3 de agosto de 2009, de http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=2smdZok_0lYC&oi=fnd&pg=PA1&dq=%22Monti%22+%22Treating+alcohol+dependence:+A+coping+skills+training+guide%22+&ots=PPhTy6xJ_K&sig=rH5EGnE6IJQJxpzwwqSpIY3FeeiA#v=onepage&q=&f=true
- Monti, P. & Rohsenow, D. (1999). Coping-Skills Training and Cue-Exposure Therapy in the Treatment of Alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 23(2). 107-115
- Mora-Ríos, J. Natera, G y Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*, 28(2), 82-90.
- Moreno, A. y Medina-Mora, M.E. (2008). Tabaquismo y depresión. *Salud Mental*, 31(5). 409-415
- Nestler, E. (2005). The neurobiology of cocaine addiction. *Science & Practice Perspectives*. 4-12.
- Natera, G., Mora, J. y Tiburcio, M. (2002). Experiencia de las mujeres frente al abuso de alcohol y drogas de sus familiares. En: Lara, A. y Salgado, N. (Comp.). *Cálmese son sus nervios, tómese un tecito. La salud mental de las mujeres mexicanas*. (pp. 72-84). México: Pax México
- Natera, G., Tiburcio, M., Mora, J. y Orford, J. (2009). *Apoyando a familias que enfrentan problemas por el consumo de alcohol y drogas*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Editorial Pax México
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, [NIAAA]. (1997). *Alcohol alert*. Recuperado el 6 de agosto de 2009, de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa37.htm>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2000). New Advances in Alcoholism Treatment. *NIAAA Publications*, 49. Recuperado el 7 de septiembre de 2009 de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa49.htm>

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2009). *Drinking Over the Life Span: Issues of Biology, Behavior, and Risk*. Recuperado el 20 de julio de 2009, de <http://www.niaaa.nih.gov/Publications/AlcoholResearch/default.htm>. Ogborne
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2009). *Neuroscience: pathways to alcohol dependence*. Recuperado el 12 de agosto de 2009 de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA77/AA77.htm>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2005). *Ayudando a pacientes que beben en exceso. Guía para profesionales de la salud*. Recuperado el 7 de agosto de 2009 de http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/Spanish/guide_sp.pdf
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2003). *Preventing Drug Use among children and adolescents, a research-Based Guide*. EE.UU.: NIH Publication (2nd. ed.). Recuperado el 10 de agosto de 2009 de <http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2005). *NIDA InfoFacts: El Metilfenidato (Ritalín)*. EEUU: NIDA Publication. Recuperado el 11 de diciembre de 2009 de <http://www.drugabuse.gov/PDF/Infofacts/Metilfenidato05.pdf>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2006). Tobacco addiction. Recuperado el 8 de octubre de 2009 de <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/tabaco/tabaco2.html#002>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2007). *Methamphetamine Addiction: Cause for Concern – Hope for the Future*. EEUU: NIDA Publication (2nd Ed.). Recuperado el 9 de septiembre de 2009 de <http://www.drugabuse.gov/pdf/tib/meth.pdf>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción*. E.E.U.U: Departamento de salud y servicios Humanos de los Estados Unidos
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2009). *NIDA InfoFacts: Hallucinogens - LSD, Peyote, Psilocybin, and PCP*. EEUU: NIDA Publication. Recuperado el 11 de diciembre de 2009 de <http://www.drugabuse.gov/infofacts/hallucinogens.html>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2009). *NIDA InfoFacts: Las Drogas de Club (GHB, ketamina y Rohipnol)*. EEUU: NIDA Publication. Recuperado el 11 de diciembre de 2009 de <http://www.drugabuse.gov/infofacts/ClubDrugs-Sp.html>

- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2009). *NIDA InfoFacts: La Heroína*. EEUU: NIDA Publication. Recuperado el 11 de diciembre de 2009 de <http://www.drugabuse.gov/InfoFacts/Heroin-Sp.html>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2009). *NIDA InfoFacts: La marihuana*. EEUU: NIDA Publication. Recuperado el 11 de diciembre de 2009 de <http://www.nida.nih.gov/InfoFacts/Marijuana-Sp.html>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2009). *NIDA InfoFacts: Los Analgésicos y Otros Medicamentos de Prescripción*. EEUU: NIDA Publication. Recuperado el 11 de diciembre de 2009 de <http://www.nida.nih.gov/InfoFacts/Medicamentos-Sp.html>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2009). *NIDA InfoFacts: Los Inhalantes*. EEUU: NIDA Publication. Recuperado el 11 de diciembre de 2009 de <http://www.drugabuse.gov/InfoFacts/Inhalants-Sp.html>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2009). *NIDA InfoFacts: MDMA (Ecstasy)*. EEUU: NIDA Publication. Recuperado el 11 de diciembre de 2009 de <http://www.drugabuse.gov/infofacts/ecstasy.html>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2009). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide*. EEUU: NIDA Publication (2nd Ed.). Recuperado el 9 de septiembre de 2009 de <http://www.drugabuse.gov/podat/spanish/PODAT10.html>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2009). *Serie de Reportes de Investigación - La Cocaína: Abuso y Adicción*. Recuperado el 20 de agosto de 2009 de <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Cocaina/Cocaina3.html#produce>
- Niaura, R. (2000). Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction*, 95 (82). 155- 163.
- Nuño, L., Álvarez, J., Madrigal, E. y Rasmussen, B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Mental*, 28(5). 287-297
- Ogborne, A. & Smart R (2001). Public opinion on the health benefits of moderate drinking: results from a Canadian National Population Health Survey. *Addiction*. 96, 641–649
- O'Malley, P., Johnston, L. & Bachman, J. (1998). Alcohol Use Among Adolescents. *Alcohol Health & Research World*, 22(2), 85-93

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Adquisición de habilidades para una vida saludable*. 35-47. Recuperado el 5 de agosto de 2009 de http://www.paho.org/Spanish/DBI/PC579/PC579_04.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, plan de medidas MPOWER*. Recuperado el 22 de septiembre de 2009 de http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_SP.FINAL%20COVER%20AND%20TEXT.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. E.U.A: Signature Book Printing.
- Ortiz, A., Martínez, R., Meza, D., Soriano, A., Galván, J. y Rodríguez, E. (2007). Uso de drogas en la ciudad de México: Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID). *Salud Mental*, 30(4). 41-46.
- Oscar-Berman, M & Marinkovic, K. (2004). Alcoholism and the Brain: An Overview. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) Publication*. Recuperado el 26 de agosto de 2009 de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-2/125-133.htm>
- Pichot, P., López, I. y Valdez, M. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. *Asociación americana de psiquiatría*.
- Prochaska, J. y Diclemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47. 1102-1114.
- Project MATCH Research Group. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1130-1145.
- Ramaekers, J., Kuypers, K. & Samyn, N. (2006). Stimulant effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) 75 mg and methylphenidate 20 mg on actual driving during intoxication and withdrawal. *Addiction*, 101. 1614-1621.
- Rehm, J., Ashley, M., Room, R., Single, E., Bondy, S., Ferrence, R. & Giesbrecht, N. (1996). On the emerging paradigm of drinkine patterns and their social health consequences. *Addiction*. 91(11) 1615-1621.
- Resnick, M., Bearman, P., Blum, R., Bauman, K., Harris, K., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, Sieving, E. & Shew, M. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *The Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823-832.
- Ripoll, D. (2009). *Cerebro y adicción, Neurobiología del refuerzo*. España: Editorial UOC.

- Rooney, J. F. & Villahoz-González, J. (1994). Variables que contribuyen a fumar tabaco entre una muestra joven: Un análisis multivariable. *Revista de Psicología Social*, 9(2): 165-178.
- Rosovsky, H., Casanova, L. y Pérez, C. (1991). Las características de los grupos y de los miembros de Alcohólicos Anónimos. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 6. 138-142
- Rubio, H., Martínez, L.A. y Villareal, H. (2002). Tabaquismo activo. En: Tapia-Conyer (Comp.). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas México* (pp.67-76). México: El Manual Moderno.
- Ruiz, M. y Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador *Latino-am Enfermagem*, 13, 813-808. Recuperado el 10 de agosto de 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea08.pdf>
- Samet, J. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud pública de México*, 44(1). 144- 160
- Sansores, R., Ramírez, A., Espinosa, M. y Sandoval, R. (2002). Tratamientos para dejar de fumar, disponibles en México. *Salud pública de México*, 44(1). 116-124
- Secretaría de salud [SS]. (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012, *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. Recuperado el 4 de agosto de 2009, de: <http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnscap1.pdf>
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). (2008). Informe del Distrito federal 2008, centros de tratamiento. Recuperado el 8 de octubre de 2009 de <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/SISVEA%202008/INFORMES/DF%20cij%20sisvea%202008.pdf>
- Smith, J., Milford, J. & Meyers, R. (2004). CRA and CRAFT: Behavioral Approaches to Treating Substance-Abusing Individuals. *The Behavior Analyst Today*, 5(4). 391-403
- Smith, J. & Meyers, R. (1995). The community reinforcement approach. En: R. Hester & W. Miller (Eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd ed.). U.U.E.E.: Allyn & Bacon.
- Society for the Study of Addiction [SSA]. (2008). Anticipating problem alcohol use developmentally from childhood into middle adulthood: what have we learned?, *Addiction*, 103 (1), 100–108
- Solórzano, N., Gaitán, P., Uribe, M., Castro, M.E., Llanes, J., Carreño, A. (2007). Estudio de riesgo-protección psicosocial en estudiantes de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México. *LiberAddictus*, 99. 121-128
- Sowden A, Arblaster L, Stead L. (2006). Intervenciones en la comunidad para la prevención del hábito de fumar en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, 3. 1-48. Recuperado el 12 de Agosto de 2009 de: <http://www.update-software.com>.
- Sporer, K. (1999). Acute Heroin Overdose. *Annals of Internal Medicine*, 130(7). 584-590.

- Substance Abuse & Mental Health Services Administration. [SAMHSA]. (2009). *Effective Substance Abuse and Mental Health Programs for every Community*. SAMHSA Model programs. Recuperado el 13 de agosto de 2009 de <http://modelprograms.samhsa.gov/model.htm>
- Suicide Prevention Resource center [SPRC] (2009). The Living Is For Everyone suicide prevention model. *Life is for everyone*. 27-33. Recuperado el 20 de agosto de 2009 de [http://www.aodgp.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/1F24EBE1E781846CCA2574580002DF49/\\$File/7life.pdf](http://www.aodgp.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/1F24EBE1E781846CCA2574580002DF49/$File/7life.pdf)
- Szerman, N. (2004). Tratamiento farmacológico Del paciente alcohólico en el Siglo XXI. *Salud global*, 3, 1-8
- Tait, R. & Christensen, H. (2010). Internet-based interventions for young people with problematic substance use: a systematic review. *The Medical Journal of Australia (MJA)*, 192 (11). 15-21.
- Tapia Conyer, R., Medina Mora, M.E. y Cravioto, P. (2001). Epidemiología del consumo de alcohol. En: Tapia-Conyer (Comp.). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas México* (pp.133-137). México: El Manual Moderno.
- Tapia-Conyer, R., Kuri, P; Cravioto, P; Galván F; Jiménez, B., Cortés, M., Medina-Mora, ME. y Villatoro, J. (2002). Capítulo de Tabaco en: *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. México: Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.
- Tapia-Conyer, R., Kuri, P., Cravioto, P., Cortés, M. y Galván, F. (2003). Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). En CONADIC (eds). *Observatorio mexicano en tabaco alcohol y otras drogas*. (pp.20-32). México: CONADIC.
- Tashkin, D. (2009). Does smoking marijuana increase the risk of chronic obstructive pulmonary disease?. *Canadian Medical Association Journal*, 180(8). 797-798.
- Tensil, M., Jonas, B. & Tossmann. (2007). Drugcom.de Modellhafte Sucht- prvention im internet. Jarhes- Und evaluationsbericht. Germany: Bundeszentrale fur gesundheitliche Aufklarung. Recuperado el 21 de diciembre de 2010 de http://www.bzga.de/botmed_60632000.html
- Thomas, R. (2006). Programas escolares para la prevención del tabaquismo (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 3, 1-5. Recuperado el 12 de octubre de 2009 de <http://www.update-software.com/abstractses/AB001293-ES.htm>
- Tiburcio M.A. (2009). *Adaptación de un modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol en una comunidad indígena*. Tesis de doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Tiburcio, M.A., Carreño, S., Martínez, K., Echeverría, L. y Ruiz, E. (2009). *Cómo reducir el consumo de sustancias con intervenciones breves*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Editorial Pax México.
- Torres, L., Barrera, A., Delucci, K., Penilla, C., Perez-Stable, E. & Muñoz. (2009). Quitting smoking does not increase the risk of major depressive episodes among users of internet smoking cessation interventions. *Psychological Medicine*, 23. 1-9.
- United Nations Office on Drug and Crime [UNODC]. (2009). World Drug Report 2009. (9na. Ed.). Austria: United Nations Publication Sales. Recuperado el 3 de diciembre de 2009 de <http://zviewer.zmags.com/services/DownloadPDF>
- Valdés, R., Lazcano, E.C. y Hernández, M. (2005). Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado el 8 de octubre de 2009 de http://webadmin.pfizer.com.mx/files/crossContent/ccFile_928.pdf
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cravioto, P.; Fleiz, C., Galván F; Rojas E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Vélez, A. y García A. (2002). Capítulo de Drogas en: *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.
- Villatoro, J., Medina- Mora, M.E., Hernández, M., Fleiz, C., Amador, N. y Bermúdez, P. (2005). La encuesta de estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud mental*, Vol. 28 (1). 38-51.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M.L., Quiroz, N. Moreno, M. Gaytán, L. Gaytán, F., Amador, N. y Medina-Mora, M.E. (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 32, 287-297.
- Viera, A. Yates, S & Jacksonville, F. (1999). Toxic ingestion of Gamma- Hydroxibutiric Acid. *Southern Medical Journal*, 92(4). 404-405.
- Vuchinich, R. & Tucker, J. (1988). Contributions from behavioral theories of choice as a framework to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97.181-195.
- Walitzer, K., & Connors, G. (2007). Treating Problem Drinking. *Alcohol Research & Health*
- World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse Geneva. [WHO].(2004). *Global Status Report on Alcohol*. Recuperado el 2 de Julio de 2009 de http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html.

- World Health Organization [WHO]. (2006). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado el 7 de agosto de 2009 de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2003). Tobacco control country profiles. Recuperado el 25 de septiembre de 2009 de http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/Introduction.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2004). The Tobacco Atlas. Recuperado el 28 de septiembre de 2009 de http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco_atlas/en/
- Zinn & Meijnckens, (2009). *Online hulp bij stoppen met drugs*. Recuperado el 2 de febrero de 2010 de <http://www.drugsondercontrole.nl/>
- Zwar, N., Richmond, R., Borland, R., Stillman, S., Cunningham, M. & Litt, J. (2004). Smoking Cessation Guidelines for Australian general practice. Recuperado el 20 de octubre de 2009 de www.quitnow.info.au.
- Zwahlen, M. (2003). *Prevention Effectiveness: A Guide to Decision Analysis and Economic Evaluation*. EE.UU: Oxford: Oxford University Press.

ANEXO

Listas de cotejo durante la sesiones de tratamiento

Tabla 60.

Componente Análisis funcional de la conducta de consumo

	No lo domina	En proceso	Lo domina
El usuario entiende lo que es y para qué sirve el análisis funcional de la conducta de consumo.			X
El usuario identifica los precipitadores internos y externos, las consecuencias positivas y negativas de un ejercicio del análisis funcional.			X
El usuario identifica eficazmente sus precipitadores internos y externos, describe las características de su conducta de consumo y sus consecuencias.			X
El usuario rompe una cadena conductual de su conducta de consumo.		X	
El usuario hace planes de acción realistas y eficaces para enfrentar cada precipitador de la conducta de consumo.		X	
El usuario enfrenta como mínimo tres situaciones de riesgo en escenario natural utilizando sus planes de acción.			X

Tabla 61.

Componente Control de enojo

	No lo domina	En proceso	Lo domina
TIEMPO FUERA			
Se alejó de la situación físicamente			X
Se alejó de la situación psicológicamente		X	
Utilizo la técnica llamada parada del pensamiento			X
Realiza alguna actividad que lo distraiga			X
DISTRACCIÓN DEL PENSAMIENTO			
Se concentra en lo que pasa a su alrededor			X
Practica alguna actividad mental		X	
Hace ejercicio físico			X
Realiza respiraciones lentas y profundas			X
AUTO-INSTRUCCIONES POSITIVAS			
Se dice a si mismo cosas positivas que le			X

	No lo domina	En proceso	Lo domina
ayudan a contrarrestar su enojo, ejemplo: "creo que estoy exagerando, tengo que calmarme"			

Tabla 62.

Componente Control de tristeza

	No lo domina	En proceso	Lo domina
CAMBIO DE PENSAMIENTOS EQUIVOCADOS			
Anota el suceso, pensamiento y emoción.			X
Anota los pensamientos que contribuyen a entristecerle.			X
Cuestiona los pensamientos negativos. Busca alternativas a los pensamientos negativos.		X	X
Construye pensamientos más realistas.			X
REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES AGRADABLES			
Lleva a cabo actividades personales.			X
Lleva a cabo actividades de diversión o que disfrute y le proporcionen momentos agradables.			X
Lleva a cabo actividades formativas.		X	
Lleva a cabo actividades que fomentan las relaciones sociales.			X
BÚSQUEDA DE LO POSITIVO			
Saca de sus vivencias diarias el máximo partido posible.			X
Identifica los beneficios y/o utilidad de las actividades diarias realizadas.			X
Disfruta de actividades agradables.			X
Presta atención de los aspectos gratificantes derivados de la relación con otras personas.			X

Tabla 63.

Componente Metas de vida

	No lo domina	En proceso	Lo domina
El usuario evalúa qué tan satisfecho se siente en las diferentes áreas de vida.			X

	No lo domina	En proceso	Lo domina
El usuario entiende la necesidad de establecer sus propias metas para incrementar su satisfacción en las diferentes áreas de su vida analizando las ventajas de establecer esas metas.			X
El usuario establece una meta por cada área de vida (la meta debe ser breve, positiva y medible).		X	
El usuario realiza planes de acción para alcanzar sus metas contemplando los obstáculos que se le pudieran presentar.			X
El usuario analiza la lectura de los 12 hilos de oro para comentarla y adaptarla a sus metas.			X
El usuario vuelve a evaluar su nivel de satisfacción en las diferentes áreas de vida, después de establecer sus metas.			X

Tabla 64.

Componente Habilidades de comunicación

	No lo domina	En proceso	Lo domina
LENGUAJE CORPORAL			
Muestra tranquilidad.		X	
Actúa con seguridad.		X	
Mira directamente a los ojos de quien le está hablando.			X
Su tono de voz es firme.			X
Muestra una actitud relajada.		X	
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN			
Sabe escuchar			X
Inicia Conversaciones			X
Comparte sentimientos positivos y negativos			X
Ofrece entendimiento			X
Comparte o asume responsabilidad		X	
Ofrece Ayuda			X
Da Reconocimiento			X
Recibe Reconocimiento			X

	No lo domina	En proceso	Lo domina
Solicita Ayuda			X
Hace Críticas Positivas		X	
Recibe Críticas			X
Expresa Desacuerdo		X	

Tabla 65.

Componente Control de ansiedad

	No lo domina	En proceso	Lo domina
RESPIRACIÓN CORRECTA			
Inspira y el aire llega a la zona abdominal, el ritmo es mucho más lento y profundo.			X
Inspira y el aire llega a la zona pectoral, el ritmo es más lento.		X	
Inspira y el aire llega a sus pulmones, el ritmo es rápido y superficial.			X
RELAJACIÓN MUSCULAR			
Realiza la técnica de respiración correcta.			X
Tensa cada grupo muscular de 5 a 10 segundos a la vez que inhala el aire. Relaja cada grupo muscular lentamente, de 10 a 15 seg. a la vez que exhala el aire.		X	X
Se concentra en las sensaciones de tensión relajación.			X
RELAJACIÓN MENTAL			
Identifica lugares y situaciones que le resultan relajantes y no están asociados al consumo de alcohol o drogas.			X
Realiza el ejercicio de relajación muscular.			X
Imagina que está en uno de los lugares que identifico que le agradan por medio de las instrucciones del terapeuta.			X

Tabla 66.

Componente Rehusarse al consumo

	No lo domina	En proceso	Lo domina
LENGUAJE CORPORAL			
No está nervioso.		X	
Actúa con seguridad.			X

	No lo domina	En proceso	Lo domina
Mira directamente a los ojos de quien le esta hablando.			X
Su tono de voz es firme.		X	
Muestra una actitud relajada.		X	
HABILIDADES DE REHUSARSE AL CONSUMO			
Se niega adecuadamente al ofrecimiento.			X
Rehúsa adecuadamente el consumo cambiando el tema de la plática.			X
Sugiere adecuadamente alternativas de consumo.			X
Rehúsa adecuadamente al consumo ofreciendo justificación.			X
Interrumpe la interacción adecuadamente cuando le ofrecen el consumo.			X
Se rehúsa adecuadamente utilizando la conducta de confrontar al otro.			X
Utiliza adecuadamente la reestructuración cognitiva para sustituir los pensamientos de consumo por otros positivos.			X

Tabla 67.
Componente Solución de problemas

	No lo domina	En proceso	Lo domina
El usuario identifica el problema claramente.			X
El usuario sugiere al menos tres alternativas de solución del problema.		X	
El usuario analiza las ventajas y desventajas de cada solución.		X	
El usuario toma una decisión sobre qué solución llevar a cabo.			X
El usuario identifica cómo llevar a cabo la solución.		X	
El usuario hace planes de acción para enfrentar los obstáculos que se le pudieran presentar al llevar a cabo la solución.			X
El usuario evalúa cómo le fue con los resultados y qué tan satisfecho se siente con			X

ellos.

Si fuese necesario, el usuario toma otra solución y hace los planes de acción correspondientes.

X

Tabla 68.

Componente Habilidades sociales y recreativas

	No lo domina	En proceso	Lo domina
El usuario entiende la importancia de tener actividades sociales y recreativas.		X	
El usuario identifica 5 actividades que le gustaría realizar y 5 personas no consumidoras con la que podría realizarlas.			X
El usuario decide qué actividades realizar con ayuda de la lista de las opciones que le ofrece su comunidad.			X
El usuario elige actividades que tienen mayor probabilidad de ocurrencia, por ejemplo, las actividades que le gusten o que le gustaría realizar.			X
El usuario es capaz de resolver los obstáculos que se le pudieran presentar para llevar a cabo las actividades.			X
El usuario elige tres actividades semanales que le gustaría realizar, dos permanentes y una esporádica.			X
