



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

**EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN Y
TRATAMIENTO BREVE EN ADICCIONES**

REPORTE DE TITULACIÓN QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ISIS GARCÍA VÉLEZ

JURADO:

TUTOR:

Dra. Lydia Barragán Torres, Fac. de Psicología, UNAM

COMITÉ:

Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Fac. de Psicología, UNAM

Mtro. Javier Urbina Soria, Fac. de Psicología, UNAM

Dr. César Carrascoza Venegas, Fes Iztacala, UNAM

Dra. Sara Eugenia Cruz Morales, Fes Iztacala, UNAM

MÉXICO, D.F. 24 DE SEPTIEMBRE DE 2013



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.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Capítulo 1. Introducción. | 8 |
| 1.1. Epidemiología. | 9 |
| 1.2. Factores de Riesgo y Protección para el Consumo de Sustancias. | 13 |
| 1.3. Prevención e Intervención en Adicciones. | 16 |
| 1.4. Bases Teóricas de los Modelos de Intervención Cognitivo-Conductual en Adicciones. | 22 |
| 1.4.a. Condicionamiento Clásico. | 22 |
| 1.4.b. Condicionamiento Operante. | 23 |
| 1.4.c. Economía Conductual – Descuento Temporal. | 25 |
| Capítulo 2. Formulación de Programas. | 26 |
| 2.1. Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. | 27 |
| 2.1.a. Introducción. | 27 |
| 2.1.b. Método. | 28 |
| 2.1.c. Procedimiento. | 29 |
| 2.1.d. Resultados. | 32 |
| 2.1.e. Conclusión. | 36 |
| 2.2. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas. | 38 |
| 2.2.a. Introducción. | 38 |
| 2.2.b. Método. | 39 |

| | |
|---|-----|
| 2.2.c. Procedimiento. | 40 |
| 2.2.d. Resultados. | 44 |
| 2.2.e. Conclusión. | 48 |
| 2.3. Conclusiones Generales. | 51 |
| Capítulo 3. Reporte de Caso. Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. | 53 |
| 3.1. Introducción. | 54 |
| 3.2. Admisión. | 56 |
| 3.3. Evaluación. | 59 |
| 3.3.a. Recursos disponibles y déficits. | 66 |
| 3.3.b. Diagnóstico. | 67 |
| 3.4. Tópico 1. Balance Decisional y Establecimiento de Metas. | 68 |
| 3.5. Tópico 2. Manejo del Consumo de Cocaína. | 77 |
| 3.6. Tópico 3. Identificación y Manejo del Deseo de Consumir Cocaína. | 85 |
| 3.7. Tópico 4. Identificación y Manejo de Pensamientos sobre Cocaína. | 94 |
| 3.8. Tópico 5. Decisiones Aparentemente Irrelevantes. | 100 |
| 3.9. Tópico 6. Solución de Problemas. | 109 |
| 3.10. Tópico 7. Habilidades Asertivas de Rechazo. | 113 |
| 3.11. Tópico 8. Restablecimiento de Metas. | 118 |
| 3.12. Primer Seguimiento. | 128 |
| 3.13. Segundo Seguimiento. | 134 |
| 3.14. Tercer Seguimiento. | 140 |

| | |
|--|-----|
| 3.15. Conclusión y Discusión..... | 148 |
| Referencias..... | 152 |
| Anexos..... | 156 |
| Anexo 1. Instrumentos de Evaluación..... | 157 |
| Anexo 2. Conceptos Básicos..... | 174 |
| Anexo 3. Técnicas Utilizadas por Sesión del Reporte de Caso..... | 179 |

Las grandes obras son hechas no con la fuerza, sino con la perseverancia

Samuel Johnson

Agradecimientos

Agradezco a todas las personas que me acompañaron a lo largo de éste largo camino...

A las personas que me indujeron a entrar en el fabuloso mundo de la investigación, prevención e intervención en adicciones...

A las personas que iniciaron conmigo el camino o estuvieron en algún momento en él y que por cuestiones de la vida hoy no están...

A las personas que iniciaron conmigo el camino y aún siguen aquí...

A todos y cada uno de mis profesores, por compartir conmigo su experiencia y conocimientos...

A todos y cada uno de los usuarios que he atendido, desde mi preformación hasta la fecha, sin los cuales la pasión que siento por mi trabajo no existiría. Gracias por su confianza, su esfuerzo y todo el conocimiento que también me han transmitido...

Un especial agradecimiento a la Dra. Silvia Morales Chainé, Silvia, sin tu participación en mi formación no habría llegado al INPRFM, lugar donde me enamoré de esta profesión, donde hice excelentes amistades y a través del cual hoy estoy en donde estoy sintiéndome profesional y personalmente plena, en verdad gracias...

Agradezco también a los servidores y usuarios de Casa de Recuperación para Alcoholismo y Drogadicción Carrasco, A.C. y Carrasco-Xochimilco, A.C. sin ustedes hoy definitivamente no sería tan feliz como lo soy...

En especial, agradezco a mi familia, que me ha apoyado, impulsado y acompañado a cada paso que he dado, aun cuando algunos han sido equivocados...

Bombón, gracias! Este logro te lo debo sobre todo a ti, gracias por tu impulso y por compartir conmigo esas noches de desvelo y cada momento bueno y malo por el que pasé hasta el día de hoy... Te adoro!

Resumen

La OMS define *salud* como “el estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; en los últimos años, las ciencias de la salud se han enfocado a la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de diversos factores que puedan alterar el estado de bienestar de los individuos. La Psicología ha prestado particular atención al consumo de drogas, pues se ha detectado un incremento en las cantidades y frecuencia de consumo, al mismo tiempo que las edades de inicio del consumo han ido disminuyendo, llegando a considerarse como un problema de salud pública, principalmente por las consecuencias asociadas a éste y por el costo económico y social que representa.

La detección de factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de sustancias puede ayudar a implementar programas de prevención que pueden ayudar a disminuir la prevalencia del consumo de sustancias. La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones define prevención como el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias.

Dado que, a pesar de los esfuerzos preventivos, el consumo de sustancias psicoactivas y sus problemas asociados van en aumento, se han desarrollado programas de tratamiento eficaces cuyo objetivo es que el consumidor alcance la abstinencia. La terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser la de mayor eficacia pues ayuda a los pacientes a reconocer, evitar y enfrentar aquellas situaciones de riesgo para el abuso de drogas.

En México se han adaptado programas de intervención breve con corte cognitivo-conductual que, mediante el uso de la entrevista motivacional y otras herramientas, ayudan al paciente a alcanzar la abstinencia mediante el aprendizaje de habilidades de enfrentamiento.

El presente trabajo refleja cómo la aplicación de dichos programas de intervención breve resultan eficaces no sólo en lo que respecta al consumo, sino que ayudan al individuo a mejorar su calidad de vida mediante la aplicación de las estrategias revisadas en las diferentes áreas de su vida.

Palabras Clave: Adicción, intervención breve, terapia cognitivo-conductual

Abstract

WHO defines health as "a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity", and in recent years the health sciences have focused on prevention, early detection and treatment of various factors that can alter the state of being of individuals. Psychology has paid particular attention to drug use, as it has detected an increase in the quantity and frequency of consumption, while the age of first use has been declining, reaching regarded as a public health problem, mainly the consequences associated with it and the economic and social cost accounting.

Detection of risk and protective factors related to substance use can help implement prevention programs that can help reduce the prevalence of substance use. The Official Mexican Standard NOM-028-SSA2-1999, for prevention, treatment and control of addiction prevention defined as the set of actions to prevent or reduce the non-medical use of psychoactive substances, reduce risk and limit damage associated with the use of these substances.

Because, despite prevention efforts, psychoactive substance use and its associated problems are on the rise, we have developed effective treatment programs aimed at the consumer reach abstinence. Cognitive behavioral therapy has proven to be the most effective as it helps patients to recognize, avoid and cope with situations of risk for drug abuse.

In Mexico they have adapted brief intervention programs with a cognitive-behavioral, using motivational interviewing and other tools help the patient achieve abstinence by learning coping skills.

This work shows how the application of such brief intervention programs is effective not only in regard to consumption, but help individuals to improve their quality of life through the implementation of the revised strategies in different areas of their life.

Keywords: Addiction, brief intervention, cognitive behavioral therapy

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el concepto de salud como “el estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1978), atendiendo a esto, en los últimos años, las ciencias de la salud se han enfocado a la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de diversos factores que puedan alterar el estado de bienestar de los individuos.

En lo que respecta al área de la psicología, se ha prestado particular atención al consumo de drogas, pues a través de los años y gracias a los datos arrojados por las diferentes encuestas epidemiológicas levantadas al respecto, se ha detectado un incremento en las cantidades y frecuencia de consumo, al mismo tiempo que las edades de inicio del consumo han ido disminuyendo, llegando a considerarse al consumo de drogas como un problema de salud pública, principalmente por las consecuencias asociadas a éste y por el costo económico y social que representa.

1.1. EPIDEMIOLOGÍA

Los datos más recientes, correspondientes a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2011, muestran que entre la población general de 12 a 65 años, la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez fue de 20.4 años. Del total de la muestra encuestada, el 31.4% de los hombres y el 12.6% de las mujeres reportaron ser fumadores activos, el 26.4% del total de la muestra reportó ser ex fumador y el 51.9% reportó nunca haber fumado (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011).

En cuanto al consumo de alcohol, los datos de la misma encuesta refieren que 829 109 personas de entre 12 y 65 años de edad consumen alcohol (738 001 hombres, 91 108 mujeres) con una prevalencia de consumo alguna vez en la vida de 71.3%; 51.4% en los últimos doce meses (62.7% hombres, 40.8% mujeres) y 31.6% en el último mes (44.3% hombres, 19.7% mujeres), con una edad de inicio el 55.2% de la muestra reportó haber iniciado el consumo a los 17 años o menos. El patrón de consumo diario fue de 0.8%, el porcentaje de bebedores consuetudinarios fue de 5.4% y el porcentaje de dependencia al alcohol fue de 6.2%. En cuanto a las bebidas de preferencia, la

cerveza es la bebida que encabeza la lista, seguida de los destilados, el vino de mesa y las bebidas preparadas y por último, aunque en muy baja proporción, los fermentados; el consumo de alcohol de 96° y de aguardiente resultó muy bajo. Respecto a los índices de posible dependencia, se observaron en el 7.4% de los hombres y en el 3.35% de las mujeres (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011).

Respecto al consumo de drogas ilícitas en la población general de entre 12 y 65 años de edad, se reportó una prevalencia de 1.8% que las ha consumido cualquier droga en el último año. La marihuana reportó la mayor prevalencia (1.2%), seguida de la cocaína y *crack* (0.5%) y las demás drogas (alucinógenos, inhalables, estimulantes tipo anfetamínico, otras drogas ilegales y cualquier droga) alcanzaron una prevalencia del 0.2% o menor. La prevalencia de dependencia al consumo de drogas durante el último año fue de 0.7%. La edad promedio del inicio del consumo de drogas fue de 18.8, iniciándose aproximadamente dos años antes en hombres que en mujeres (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011).

Los datos de la ENA son obtenidos de población general, por lo que pudiera no observarse claramente el impacto de la problemática del consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas; por su parte, el Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas (2003), se reportan datos sobre los usuarios de drogas que durante el año 2002, llegaron a tratamiento, ya sea a Centros de Tratamiento Gubernamentales (Centros de Integración Juvenil, CIJ) o No Gubernamentales (ONG), así como de población cautiva en los Consejos Tutelares para menores y Servicios de Urgencias Hospitalarias; dichos datos son recopilados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), así como del Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), que reporta datos de las instituciones del sector salud y procuración de justicia de la Ciudad de México.

Según lo reportado en el SISVEA 2002, los patrones de uso, abuso y dependencia de drogas muestran tendencias muy similares a las que se reportan en la ENA 2002. De la población atendida en CIJ durante el 2002, la marihuana resultó la segunda droga de inicio (13.5%), ocupando el segundo lugar como droga de impacto (18.2%); en las ONG, por otro lado, ocupó el primer lugar como droga de elección (20.9%) y el cuarto como droga de impacto (10.4%). En población cautiva en los Centros Tutelares para Menores el 37.4% reportó usar marihuana y los reportes del Servicio Médico Forense (SEMEFO) indicaron que 8.3% de las muertes reportadas durante ese año

estuvieron asociadas con marihuana. En los Servicios de Urgencias Hospitalarias se reportó que de las personas atendidas que estaban bajo influencia de alguna droga, el 9% de los casos habían consumido marihuana (Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003).

Los inhalables ocuparon el tercer sitio como droga de inicio en CIJ (9.1%), al igual que en las ONG (11.4%); ocuparon el cuarto lugar como droga de impacto en CIJ (10.8%), mientras que en las ONG ocuparon el quinto (7.6%). Dentro de los Centros Tutelares para Menores el 16.1% de los infractores reportó usar inhalables y en los Servicios de Urgencias Hospitalarias el 6.7% de los pacientes ingresaron bajo efecto de estas sustancias (Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003).

En el año 2002 en CIJ el alcohol fue la sustancia más reportada como droga de inicio (32.4%), quedando en tercer lugar como droga de impacto (14.7%), por su parte en las ONG el alcohol ocupó el segundo lugar como droga de inicio (26.7%) y el tercero como droga de impacto (16.3%). En la población de menores infractores el 14.1% reportó abuso de alcohol; el SEMEFO reportó que durante ese año el 81.3% de las muertes por drogas se asoció al abuso de alcohol y en los Servicios de Urgencias Hospitalarias el 79.5% de los casos atendidos por estar bajo influencia de alguna sustancia, habían consumido alcohol (Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003).

Respecto al consumo de cocaína, en los Centros de Integración Juvenil en 2002 se ubicó en el cuarto lugar como droga de inicio (6.4%) y el primero como droga de impacto (32.2%), en los Centros de Tratamiento No Gubernamentales también ocupó el cuarto sitio como droga de inicio (5.9%) pero ocupó el segundo como droga de impacto con un 19.2%. El 21.2% de los menores infractores cautivos informó usar cocaína y el 10.9% de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias Hospitalarias ingresaron bajo influencia de la misma (Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003).

De los casos atendidos en CIJ el 0.2% reportaron el uso de heroína como droga de inicio, ocupando el quinto lugar como droga de impacto (2.9%); en las ONG se reporta un 3.4% del uso como droga de inicio y resulta la principal droga de impacto con un 26.3%. Por su parte, los Consejos Tutelares para Menores, reportan que el 0.9% de los jóvenes detenidos durante el 2002 usaron heroína y en

los Servicios de Urgencias Hospitalarias el 1.7% de los pacientes ingresó por lesiones asociadas al consumo de la droga (Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003).

Por último, el SISVEA 2002 reporta que en CIJ el 36.7% de los pacientes usó el tabaco como droga de inicio e impacto y en las ONG se ubicó en tercer lugar con 17.2% de personas. El Consejo Tutelar para menores reportó que el 15.7% de sus internos usaba tabaco y en los Servicios de Urgencias Hospitalarias el 1.7% de los pacientes ingresados por lesiones por causa externa bajo el efecto de alguna droga reportó uso de tabaco (Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003).

Al resumir los datos del SISVEA 2002, en los Centros de Tratamiento no Gubernamentales se observa que la droga de inicio más reportada fue la marihuana (28.9%), seguida por el alcohol (26.7%) y el tabaco (17.2%); en cuanto a la droga de impacto reportada, la heroína encabeza la lista con un 26.3%, seguida del alcohol (16.3%), el cristal (16.1%) y la cocaína (15.3%). Los datos en los Centros de Integración Juvenil indican que la droga de inicio más reportada fue el tabaco (35.8%), seguida por el alcohol (3.24%) y la marihuana (13.5%); la droga de mayor impacto para esta población fue la cocaína (28.5%) seguida de la marihuana (18.2%) y el alcohol (14.7%) (Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003).

Por otro lado, lo reportado por el sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) indica que el 2002 la droga más empleada con “uso alguna vez”, según las instituciones del sector salud y procuración de justicia de la Ciudad de México, fue la cocaína (67.6%), seguida de la marihuana (62.9%) y los inhalables (31.3%); en lo que respecta al “uso en el último mes” (uso actual), la tendencia es la misma (48.1%, 42% y 18.5% respectivamente). La edad de inicio reportada es variable para cada droga pero en general oscila entre los 15 y 19 años de edad (Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003).

Como puede observarse en los datos epidemiológicos, considerando los efectos nocivos de las sustancias en el organismo, queda clara la urgente necesidad de atención, sin embargo, como se mencionó anteriormente, el consumo de drogas no sólo representa un problema de salud por dicho motivo, sino también por los problemas relacionados; los reportes realizados por los consumidores de alcohol muestran que los principales problemas derivados del consumo son

detención bajo los efectos de alcohol, dificultades con la familia, peleas, problemas con la policía, problemas laborales y pérdida del empleo o posibilidad de perderlo, problemas económicos; sin dejar de lado consecuencias físicas como accidentes automovilísticos, cirrosis hepática, enfermedades mentales, cáncer, pancreatitis, accidentes laborales, convulsiones, infecciones, enfermedades de transmisión sexual (ETS), trastornos afectivos o problemas emocionales, entre otros y algunas más que pueden tener impacto no sólo a nivel físico, psicológico y/o social, sino también legal, como la prostitución, el robo, demandas y la compra/venta (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002; 2008).

1.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Con la finalidad de lograr disminuir el consumo de sustancias y por ende los problemas derivados de éste, los programas de prevención han identificado factores que pueden proteger al individuo o bien ponerlo en riesgo ante el consumo; estos factores pueden ser considerados los mismos, sólo que mientras unos decremantan el riesgo del consumo, los otros lo aumentan (www.nida.nih.gov, 2007).

Por factores de riesgo se entiende a aquellas situaciones o características, rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que aumentan la probabilidad de que un individuo inicie el consumo de drogas y por consiguiente, que desarrolle problemas con dichas sustancias; entre estos pueden mencionarse la baja autoestima, falta de vínculos afectivos, carencia de límites, falta de cumplimiento de la legislación existente, pobreza, etc. Por su parte los factores de protección son aquellas situaciones o características, rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que disminuyen la probabilidad de que un individuo inicie en el consumo de drogas y que, como se mencionó anteriormente, corresponden al contrario de los factores de riesgo (www.nida.nih.gov, 2007).

Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden dividirse en factores debidos a la sustancia, factores individuales, microsociales (familiares, del grupo de pares, escolares y/o laborales) y macrosociales, sin embargo hay que considerar que estos factores están interrelacionados entre sí (<http://www.cij.gob.mx>, 2009).

En cuanto a los factores de la sustancia, se deben considerar la oferta, disponibilidad, propiedades farmacológicas, vía de administración y capacidad adictiva, pues de ello dependerá en gran medida el uso de cada sustancia (<http://www.cij.gob.mx>, 2009).

Dentro de los factores individuales entran el auto-control del individuo, del cual depende la aceptación o rechazo que el sujeto haga ante la disponibilidad u ofrecimiento de la droga; la edad es otro factor que se ha relacionado al consumo, identificando ciertas etapas del desarrollo donde es más probable que se presente el consumo, al respecto se ha identificado la adolescencia como una etapa de mayor vulnerabilidad al consumo; el nivel de autoestima ha mostrado tener cierta influencia, pues se ha observado que está relacionada con la autoeficacia que tiene un individuo de enfrentarse a la oferta de la droga y a la solución de problemas de la vida cotidiana; por otro lado, la baja asertividad del individuo puede hacerlo incapaz de rechazar la oferta (Anicama, 2001; <http://www.cij.gob.mx>, 2009).

La búsqueda de la novedad o de sensaciones intensas, se ve relacionada con una falta de reconocimiento de los riesgos a los que la persona se expone, esta característica individual también se ha asociado al consumo de drogas. El afán por transgredir las normas sociales como muestra de inconformidad, la escasa tolerancia a la frustración que lleva a la persona a buscar la satisfacción inmediata de sus necesidades (<http://www.cij.gob.mx>, 2009).

Otros factores pueden ser la necesidad de aprobación social o la dependencia del grupo; la mala administración del tiempo libre que puede conducir a la persona al aburrimiento o a frecuentar lugares de consumo; el bajo aprovechamiento escolar puede originar que el sujeto experimente frustración o que encuentre en las drogas una manera de evadir responsabilidad o por otro lado que utilice la sustancia como vehículo ineficiente de solución de problemas; la falta de habilidades sociales que permitan al individuo relacionarse adecuadamente con un grupo, en especial con el grupo de pares (Anicama, 2001; <http://www.cij.gob.mx>, 2009).

La falta de información sobre las drogas y las consecuencias asociadas al consumo pueden originar que una persona se involucre en el consumo y por último la actitud positiva hacia la salud que

hace al consumo un conducta incompatible con el sistema de creencias (<http://www.cij.gob.mx>, 2009).

Dentro de los factores sociales o contextuales involucrados en el consumo de drogas, hay que considerar que el ser humano está inmerso en un grupo social, del que busca aprobación y del que aprende las conductas que observa. Para comprender el consumo de sustancias hay que considerar las características culturales de cada contexto, pues es sabido que lo que puede ser una conducta aceptable en una sociedad puede no serlo en otra. Vale la pena mencionar que dentro de los contextos está el macrosocial, que es aquel que no es inmediato a la persona pero que sin embargo lo afecta y el microsocia que es el contexto inmediato al individuo (<http://www.cij.gob.mx>, 2009).

Dentro de los factores de riesgo y protección relacionados con el contexto macrosocial se puede mencionar la falta de recursos o facilidades para el empleo saludable del tiempo libre que lleva a un incremento de establecimientos que favorecen el consumo como bares y discotecas; la publicidad sobre drogas legales, que pueden ser consideradas como drogas de entrada y que pueden dar pie al consumo de drogas ilícitas; la disponibilidad de las sustancias, así como el precio y regulación, la tolerancia ante el consumo de ciertas sustancias influyen e incluso pueden incrementar su uso, tal es el caso del tabaco y el alcohol que son sustancias permitidas no sólo legalmente sino socialmente (<http://www.cij.gob.mx>, 2009).

En cuanto al contexto microsocia se consideran los factores relacionados con el ámbito familiar, dentro de los que se cuentan la pobre unión familiar, la falta de un clima afectuoso entre los miembros, un estilo educativo familiar carente de disciplina o cuya imposición es demasiado autoritaria. Por su parte, el consumo de drogas dentro de la familia es un factor íntimamente relacionado, pues es el aprendizaje observacional lo que llevará al individuo al consumo (Anicama, 2001; <http://www.cij.gob.mx>, 2009).

El grupo de pares, el contexto escolar y/o laboral son unos de los factores microsociales más involucrados en el consumo de sustancias, pues si en estos se presenta el consumo incrementa la probabilidad de que un miembro abstemio se vuelva consumidor, más aún si los factores individuales y/o familiares lo hacen vulnerable (Anicama, 2001; <http://www.cij.gob.mx>, 2009).

Como ya se mencionó, la identificación de estos factores puede ayuda a los profesionales de la salud a implementar programas de prevención que al estar bien estructurados pueden ayudar a disminuir la prevalencia del consumo de sustancias.

1.3. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN ADICCIONES

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones define prevención como el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias (<http://www.salud.gob.mx>, 2009).

La Comisión de Enfermedades Crónicas de Estados Unidos propuso, en 1957, el sistema de salud pública de clasificación de prevención de enfermedades, el cual se compone de (Mrazek y Haggerty, 1994):

- *Prevención Primaria.* Pretende reducir el número de nuevos casos de un trastorno o enfermedad (incidencia).
- *Prevención Secundaria.* Pretende disminuir el índice de casos establecido del trastorno o enfermedad en la población (prevalencia).
- *Prevención Terciaria.* Pretende reducir la cantidad de discapacidad asociada a un trastorno o enfermedad existente.

Por otra parte, Gordon (1987), propuso un sistema de clasificación alternativo para la prevención de enfermedades físicas, la cual se basa en los riesgos para un individuo de contraer una enfermedad comparados con los costos, riesgos y molestias de la intervención preventiva. Este sistema se divide en (Mrazek y Haggerty, 1994):

- *Prevención Universal.* Medida deseable para todos los miembros de una población elegible; considera todas aquellas medidas que pueden ser útiles al público en general.

- *Prevención Selectiva.* Dirigida a individuos pertenecientes a un subgrupo de la población que tiene un riesgo, superior a la media, de contraer una enfermedad. Debido al riesgo aumentado de contraer la enfermedad, el balance de los beneficios frente a los riesgos y costos de la intervención queda justificado.
- *Prevención Indicada.* Se aplica a personas que, tras una evaluación, se identifican factores de riesgo, condiciones o anomalías que las identifica, de forma individual, como en alto riesgo para el desarrollo de una enfermedad.

Cabe señalar que las clasificaciones anteriores están dirigidas a la prevención de enfermedades físicas, pero ni el sistema original de clasificación de salud pública, ni el sistema propuesto por Gordon fueron diseñados para su aplicación en los trastornos mentales, dentro de los cuales se puede incluir el uso de sustancias, por lo cual el comité en Prevención de Trastornos Mentales de Estados Unidos desarrolló, en 1994, un sistema alternativo en el cual el término “prevención” se aplica únicamente para referirse a las intervenciones que se implementan antes del inicio de un trastorno. Esta clasificación considera un *continuum* que abarca desde la prevención, el tratamiento, hasta el mantenimiento (Fig.1) (Mrazek y Haggerty, 1994).

En este sistema, las intervenciones terapéuticas (psicoterapia, grupos de apoyo, farmacoterapia y hospitalización) están indicadas para personas que cumplen criterios diagnósticos (DSM). Las intervenciones incluyen desde la detección de casos hasta el tratamiento específico para cada trastorno, cuyo objetivo es reducir la duración de la enfermedad, detener su progresión, prevenir la recurrencia o prolongar el tiempo entre la presentación de los episodios, así como evitar, dentro de lo posible, la comorbilidad con otros trastornos (Mrazek y Haggerty, 1994).

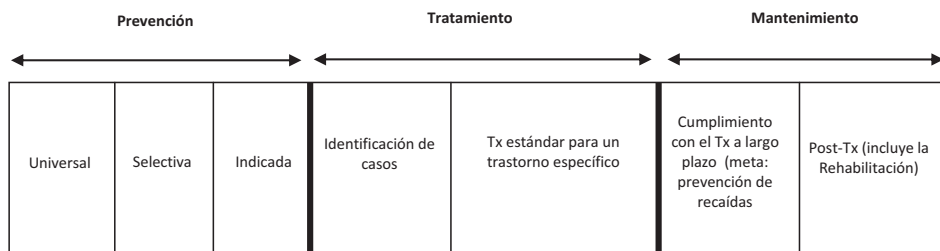


Fig. 1. Espectro de las intervenciones de salud mental, modificado de Mrazek y Haggerty, 1994)

Por su parte, el mantenimiento (intervenciones de apoyo, educativas y/o farmacológicas) se brindan a largo plazo y están indicadas para aquellas personas que han cumplido criterios diagnósticos (DSM) y cuya enfermedad permanece, aunque puede ser de manera subclínica. Las intervenciones de mantenimiento deben contemplar el cumplimiento del tratamiento a largo plazo, cuyo objetivo es prevenir las recaídas y la prestación de servicios que incluyan la rehabilitación, todo lo anterior con la finalidad de disminuir la discapacidad producida por el trastorno (Mrazek y Haggerty, 1994).

Al igual que en la clasificación original, en este sistema las intervenciones preventivas están dirigidas al público en general o a un subgrupo de la población que no ha sido identificado como un grupo de riesgo sobre la media poblacional. Así mismo, las intervenciones de prevención selectiva se dirigen a individuos o subgrupos de la población con un riesgo mayor a la media poblacional de desarrollar un trastorno mental. Por último, las intervenciones de prevención indicada, también conocidas como intervenciones tempranas, están dirigidas a personas identificadas como en alto riesgo, con síntomas mínimos aunque detectables, pródromos de la enfermedad o marcadores biológicos que indiquen una predisposición o vulnerabilidad para el desarrollo del trastorno, que pero que en dicho momento no cumplen criterios diagnósticos (DSM) (Mrazek y Haggerty, 1994).

Los objetivos de la intervención preventiva universal, selectiva e indicada son reducir la incidencia de nuevos casos, lo cual se hace mediante modelos de reducción de los factores de riesgo y el incremento de factores de protección; retrasar el inicio de la enfermedad; reducir el tiempo entre la aparición de los primeros síntomas y el desarrollo de la enfermedad (Mrazek y Haggerty, 1994).

Como se mencionó anteriormente, resulta imperativo la creación y aplicación de programas de prevención primaria y universal para disminuir el aumento de las tendencias del consumo de sustancias adictivas, sin embargo, hasta ahora los esfuerzos realizados parecen no haber sido muy exitosos pues los datos epidemiológicos reflejan que el consumo sigue presente e incluso va en aumento, por lo que podría considerarse que los programas basados en los principios de

prevención secundaria y terciaria, selectiva e indicada, pudieran ser la mejor opción para abordar el problema al que se enfrenta la población.

Con los datos hasta ahora expuestos se observa que si bien resulta de vital importancia implementar programas de prevención y detección temprana del consumo de sustancia, no se puede dejar de lado la atención al sector de la población que ya es consumidora, por lo que la impartición de programas de tratamiento eficaces en cuanto a la reducción del consumo es un punto clave dentro del sector salud.

Al hablar del consumo de sustancias resulta necesario mencionar que la adicción está caracterizada por un deseo irresistible y una búsqueda y consumo compulsivos de la sustancia, a pesar de las consecuencias adversas que derivan de ello, por lo que entre las personas que alcanzan la abstinencia puede existir la recaída, requiriendo el ingreso a tratamiento en más de una ocasión (www.nida.nih.gov, 2009).

Para realizar un adecuado abordaje de las adicciones es importante establecer un diagnóstico adecuado; la Asociación Americana de Psiquiatría, en el texto revisado de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR) (APA, 2001), establece criterios diagnósticos que guían al especialista en el establecimiento del diagnóstico, pero existen diversos instrumentos de evaluación que auxiliando a la historia clínica y las entrevistas (abiertas, semi-estructuradas y estructuradas), brindan mayor información para la realización de un diagnóstico. Entre dichos instrumentos se pueden mencionar los formatos de auto-registro, la línea base retrospectiva, los inventarios de situaciones de consumo, los cuestionarios de confianza situacional y los cuestionarios de abuso de drogas (ver Anexo 1).

Una vez realizado el diagnóstico se puede iniciar el tratamiento que si bien tienen como objetivo principal que el consumidor alcance la abstinencia, se ha observado que se alcanza mejores resultados mediante el establecimiento de objetivos a corto plazo de reducción en el consumo (www.nida.nih.gov, 2009).

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas en Estados Unidos (NIDA, por sus siglas en inglés), establece algunos principios basados en investigaciones científicas, que deben considerarse al

momento de planear un tratamiento para garantizar que sea eficaz: 1) No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas; 2) El tratamiento debe tener acceso fácil; 3) El tratamiento eficaz atiende a las distintas necesidades de la persona, no solamente su drogadicción; 4) Se debe evaluar frecuentemente el plan de tratamiento y de servicios de cada persona, modificándolo cuando sea necesario para que se ajuste a cualquier cambio en sus necesidades; 5) La permanencia en el tratamiento durante un período adecuado de tiempo es esencial para su eficacia; 6) La consejería y otras terapias conductuales son componentes esenciales de prácticamente todos los tratamientos eficaces para la drogadicción; 7) Para cierto tipo de trastornos, los medicamentos constituyen elementos importantes del tratamiento, especialmente cuando se dan en conjunto con consejería y otras terapias conductuales; 8) Las personas que abusan de las drogas y que también tienen trastornos mentales deben ser tratadas para ambos tipos de trastornos de forma integral; 9) El manejo médico del síndrome de abstinencia es apenas la primera etapa del tratamiento y por sí solo hace poco para modificar el consumo de sustancias a largo plazo; 10) Se debe vigilar continuamente para detectar el posible uso de drogas durante el tratamiento; 11) Al igual que con otras enfermedades crónicas en las que suele haber recaídas, la recuperación puede ser un proceso a largo plazo que generalmente requiere someterse a tratamiento en múltiples ocasiones, incluyendo sesiones de refuerzo y otras formas de cuidado continuo (www.nida.nih.gov, 2009).

El abordaje de las adicciones comienza, generalmente, con la desintoxicación, seguida de un tratamiento farmacológico y/o conductual y culminando con la prevención de recaídas que garantice el mantenimiento de la abstinencia. Cabe señalar que el tratamiento farmacológico sirve como una herramienta que ayude a suprimir los síntomas del síndrome de abstinencia o para tratar la comorbilidad con otros padecimientos, para disminuir el deseo y prevenir las recaídas, por lo que al reducir la sintomatología física, los pacientes pueden tener una mayor disposición a ingresar a un tratamiento conductual (www.nida.nih.gov, 2009).

Por su parte, los tratamientos conductuales conducen al paciente a la modificación de actitudes, comportamientos y estilos de vida relacionados con el consumo de la sustancia y aumentan sus habilidades para la vida, de manera que logren establecer estilos de vida saludable. Estos tratamientos pueden ayudar en la adherencia a la terapia farmacológica, lo que a su vez refuerza la permanencia en el tratamiento conductual (www.nida.nih.gov, 2009).

Entre las modalidades de tratamiento se encuentran los tratamientos residenciales, diseñados especialmente para personas con problemáticas graves; tratamientos dentro del sistema de justicia penal que pueden evitar que el delincuente regrese a un comportamiento criminal, particularmente si el tratamiento continúa durante su transición de vuelta a la comunidad; consejería individual o de grupo sobre abuso de drogas; las entrevistas motivacionales, que aprovechan de la disposición favorable de las personas para cambiar su comportamiento e ingresar a tratamiento y algunos programas incluyen otras formas como la terapia familiar multidimensional, que trata los diferentes factores que influyen sobre los patrones de consumo de drogas en adolescentes; incentivos para realizar la motivación (manejo con contingencias), que usan el refuerzo positivo para fomentar la abstinencia de las drogas (www.nida.nih.gov, 2009).

A través de las diversas investigaciones que se han realizado (www.nida.nih.gov, 2009), se ha observado que en cuanto a tratamiento, la terapia cognitivo-conductual es la que muestra mayor eficacia, ésta ayuda a los pacientes a reconocer, evitar y enfrentar aquellas situaciones en las que hay más probabilidad de que abusen de las drogas. Considerando este punto, en México se han adaptado programas de intervención breve con corte cognitivo-conductual que, mediante el uso de la entrevista motivacional y otras herramientas, ayudan al paciente a alcanzar la abstinencia mediante el aprendizaje de habilidades de enfrentamiento. Entre las técnicas que se utilizan en dichos tratamientos se pueden mencionar el análisis funcional de la conducta de consumo, en el que se identifican los antecedentes y consecuencias del consumo; la reestructuración cognitiva y técnicas de identificación y autocontrol para el manejo situaciones de alto riesgo (Ayala, et al, 2005).

Entre los datos de efectividad que se han obtenido sobre los tratamientos antes mencionados, se han observado un mayor número de días de abstinencia, incremento en el nivel de autoeficacia, reducción del número, severidad y tipo de problemas relacionados con el consumo y un mayor nivel de satisfacción con el estilo de vida (Barragán, et al., 2009; Ayala, et al., 1998; Oropeza, et al., 2008).

1.4. BASES TEÓRICAS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADICCIONES

Si bien la adicción puede ser entendida como una enfermedad, en la que hay una alteración neurobiológica, el comportamiento adictivo va más allá de los factores meramente genéticos o biológicos, pues dichas alteraciones son producto del aprendizaje de patrones emergentes de la interacción entre el organismo y el ambiente en el que se desenvuelve, siendo por tanto modificables mediante el aprendizaje de nuevos patrones de comportamiento mediante la aplicación de los principios por los cuales se adquirieron (Cooper, Heron y Heward, 2007).

Según Chance (2001), los principios de comportamiento que regulan la conducta adictiva se deben a los cambios comportamentales debidos a la experiencia, por lo que los paradigmas del Condicionamiento Clásico y Operante pueden explicar la adquisición de una adicción, entendida como un patrón de conducta desadaptativa producto de la interacción del organismo con su ambiente.

1.4.a. CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

Este paradigma parte de la premisa de que todos los organismos sanos de una especie nacen con la capacidad de emitir respuestas naturales (incondicionadas) ante la presencia de ciertos estímulos (incondicionados), sin la necesidad de un aprendizaje previo, pues su principal objetivo es garantizar la supervivencia de la especie, a dichas conductas se les conoce como “conductas respondientes”, de tal manera que la conjunción de un estímulo antecedente (incondicionado) y la conducta que se produce (incondicionada) dan como resultado la adquisición de un “reflejo” (Cooper, Heron y Heward, 2007).

Partiendo de lo anterior, el fisiólogo ruso Iván Pavlov realizó experimentos para demostrar experimentalmente el condicionamiento respondiente, también llamado condicionamiento clásico (Cooper, Heron y Heward, 2007):

Estímulo Incondicionado = Respuesta Incondicionada

Estímulo Incondicionado + Estímulo Neutro = Respuesta Incondicionada

Estímulo Condicionado (anteriormente Estímulo Neutro) = Respuesta Condicionada

De la misma manera en que las respuestas pueden condicionarse ante el apareamiento de estímulos, dichas conductas pueden extinguirse ante la presentación repetida de un estímulo condicionado sin el estímulo incondicionado (Cooper, Heron y Heward, 2007).

Estímulo Condicionado - Estímulo Incondicionado = Respuesta Condicionada

Después de varias exposiciones:

Estímulo Condicionado = Ausencia de Respuesta Condicionada

Desde éste modelo la adquisición del consumo se puede explicar de la siguiente manera:

Droga = Estímulo Incondicionado (EI)

Alteraciones Fisiológicas= Respuesta Incondicionada (RI)

Otros estímulos presentes al momento del consumo como Amigos, Dinero, Bar, Tensión = Estímulos Neutros (EN)

Droga = Respuesta Fisiológica (Craving)

Droga + EN (dinero) = Respuesta Fisiológica (Craving)

Dinero = Respuesta Fisiológica (Craving)

De igual manera, el alcance de la abstinencia se lograría dejando de aparear el EC, en este caso el dinero, con el EI, en este caso, la droga:

Dinero – Droga = Respuesta Fisiológica (Craving)

Después de varias exposiciones:

Dinero – No exposición a Droga= No hay respuesta fisiológica (Craving)

1.4.b. CONDICIONAMIENTO OPERANTE

Se llama “conducta operante” a aquella cuya probabilidad de ocurrencia está en función de las consecuencias que produce (Cooper, Heron y Heward, 2007).

Se entiende por “consecuencia conductual” al cambio en el ambiente (estímulo) que sigue a una conducta de manera casi inmediata y que altera la probabilidad de que dicha conducta ocurra en el futuro. El estímulo puede ser agregado al (positivo) o retirado del (negativo) ambiente y puede producir uno de dos resultados conductuales cuando dicho estímulo es controlado como variable, la probabilidad de que la tasa futura de la conducta incremente (reforzamiento), o bien, decremente (castigo). Así se pueden tener las siguientes combinaciones (Cooper, Heron y Heward, 2007):

- Reforzamiento Positivo = Se agrega un estímulo dando como resultado que la probabilidad de la tasa de respuesta incremente
- Reforzamiento Negativo = Se retira un estímulo dando como resultado que la probabilidad de la tasa de respuesta incremente
- Castigo Positivo = Se agrega un estímulo dando como resultado que la probabilidad de la tasa de respuesta decremente
- Castigo Negativo = Se retira un estímulo dando como resultado que la probabilidad de la tasa de respuesta decremente

Así, el consumo de drogas y la abstinencia a las mismas puede explicarse de la siguiente manera:

- *Reforzamiento Positivo = El placer producido por el consumo de la sustancia incrementa la probabilidad de que el consumo se repita*
- *Reforzamiento Negativo = El retiro de los síntomas del síndrome de abstinencia incrementa la probabilidad de que el consumo se repita*
- *Castigo Positivo = Los problemas derivados del consumo decremantan la probabilidad de que el consumo se repita*
- *Castigo Negativo = Las pérdidas asociadas al consumo decremantan la probabilidad de que el consumo se repita*

Entre las técnicas derivadas de los principios del condicionamiento operante utilizadas en los tratamientos para las adicciones está el manejo de contingencias a partir del cual se refuerza la

conducta de no consumir mediante la entrega de fichas que pueden ser intercambiadas por diversas recompensas (Higgins y Silverman, 1999).

Otra de las técnicas más utilizadas derivadas de este modelo es el Análisis Funcional de la Conducta, el cual está basado en la Triple Contingencia (*el ABC del análisis conductual aplicado*, por sus siglas en inglés), la cual supone que la interacción entre un organismo y su ambiente, debe especificar siempre tres cosas: 1) la ocasión bajo la cual ocurre una respuesta (*estímulo antecedente*, A), 2) la respuesta en sí misma (*conducta*, B por su origen inglés) y 3) las consecuencias reforzantes (*consecuencias*, C). El término contingencia se refiere a la interdependencia de los tres componentes: A – B – C (Cooper, Heron y Heward, 2007).

1.4.c. ECONOMÍA CONDUCTUAL – DESCUENTO TEMPORAL

La economía conductual, en el estudio del comportamiento adictivo, ha servido para comprender la toma de decisiones en base a los costos y ganancias derivados de las mismas. Particularmente, el descuento temporal ayuda a describir la dinámica entre el autocontrol y la impulsividad (Vuchinich y Heather, 2003, en Cano, Araque y Cándido, 2011); se puede entender el descuento o pérdida del valor de las recompensas para el individuo en función del tiempo de espera necesario para su obtención, de tal manera que a medida que el tiempo de espera disminuye el valor de las recompensas se agranda de forma más pronunciada a medida que se aproxima el tiempo, culminando con un incremento abrupto del valor cuando la recepción es inmediata, lo cual explica la toma de decisiones impulsiva (Cano, Araque y Cándido, 2011). En el campo de las adicciones esta teoría nos ayuda a comprender las recaídas, ya que los individuos al alcanzar la abstinencia desarrollan la capacidad de incrementar la demora si con ello obtienen una recompensa de mayor valor, logrando así el autocontrol, sin embargo, si se les presenta la oportunidad inmediata de consumir su preferencia cambiará abruptamente, debido al valor que adquiere el consumo por la satisfacción inmediata que le proporciona, llevándolos a la ejecución de conductas impulsivas

Una vez expuestas las bases teóricas subyacentes a los modelos de intervención en adicciones, en la siguiente sección se describirán algunas de las intervenciones que se brindan en nuestro país, adaptadas de los modelos originales, por investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y que forman parte de la formación de la Maestría en Psicología, con Residencia en Psicología de las Adicciones.

CAPÍTULO 2

FORMULACIÓN DE PROGRAMAS

2.1. PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA

2.1.a. INTRODUCCIÓN

El modelo fue diseñado para tratar a bebedores problema que no respondieron al consejo breve; es un modelo de intervención motivacional y breve que ayuda a las personas a realizar el compromiso de modificar su forma de conducta, reconociendo y poniendo en práctica sus propios recursos, derivando en el cambio del patrón de consumo excesivo de alcohol a partir de encontrar las razones para cambiar su patrón de consumo. Los usuarios desarrollan estrategias de solución de problemas que pueden ser empleadas en la vida cotidiana, no son exclusivas para el consumo de alcohol. Se basa en la identificación de las situaciones de riesgo de consumo excesivo y el desarrollo de estrategias de enfrentamiento. Por último, además de la modificación de conducta y la solución de problemas, el modelo ayuda y motiva a la persona a establecer metas de vida (Echeverría, et al. 2004).

El modelo está basado en el programa canadiense de Auto-Cambio Dirigido, desarrollado por los Doctores Sobell, el cual fue adaptado a población mexicana (Ayala, et al. 1998, en Echeverría, et al. 2004).

El programa consiste en la realización de lecturas y ejercicios que ayudan al usuario a realizar el cambio de su patrón de consumo de alcohol. Está conformado, de manera general, por seis sesiones de tratamiento y tres seguimientos (Echeverría, et al. 2004):

- Sesión 1. Admisión: Primer contacto con el usuario, su objetivo es la identificación de la disposición al cambio del usuario, se recaba información sobre las características generales del consumo (historia, consecuencias asociadas, nivel de dependencia) y se evalúa el cumplimiento de los criterios de inclusión.
- Sesión 2. Evaluación: Obtención de información sobre historia y patrón de consumo, situaciones de consumo y nivel de autoeficacia del usuario para abstenerse del consumo en determinadas situaciones.

- Sesión 3. Paso 1: Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas: Su objetivo es ayudar al usuario a reflexionar sobre su consumo de alcohol y a encontrar las razones para moderarlo o suspenderlo; se establece una primera meta de consumo que intentará alcanzar a lo largo del tratamiento.
- Sesión 4. Paso 2: Identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol: El objetivo en esta sesión es que el usuario identifique la relación entre su estilo de vida, su problema con el consumo, las situaciones de riesgo que lo llevan a beber en exceso y las consecuencias asociadas.
- Sesión 5. Paso 3: Enfrentando los Problemas Originados por el Consumo de Alcohol: Tiene como objetivo que el usuario desarrolle estrategias para enfrentar sin consumo o consumo excesivo sus situaciones de alto riesgo.
- Sesión 6. Paso 4: Nuevo Establecimiento de Metas: Se analiza el progreso del usuario a lo largo del tratamiento con la finalidad de darlo por concluido o participar en sesiones adicionales; el usuario establece una nueva meta de consumo, ya sea mantenerse en consumo moderado o la abstinencia.
- Sesiones de Seguimiento (1,3 y 6 meses): El objetivo de los seguimientos es identificar los avances del usuario para el logro de su meta y/o evaluar el mantenimiento del cambio.

En este modelo, el terapeuta apoya al usuario en la resolución de sus problemas, dirigiendo las lecturas y comentando los ejercicios de cada sesión. Las primeras dos sesiones ayudan tanto al terapeuta como al usuario a conocer las características del consumo del usuario, mientras que las cuatro restantes se dirigen a el entrenamiento del usuario en las habilidades necesarias para realizar el cambio de conducta. La duración de las sesiones de tratamiento es de 45 minutos aproximadamente (Echeverría, et al. 2004).

2.1.b. MÉTODO

Participante

D.L.G. Se reporta el usuario que me fue asignado para la aplicación del programa: Usuario de sexo masculino, de 25 años de edad, soltero, pasante de licenciatura; al momento de su admisión se encontraba realizando su tesis y estaba auto-empleado como vendedor en un puesto de tianguis.

Escenario

El programa fue implementado en un consultorio (variable) del Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA), de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Instrumentos (ver anexo 1)

- Entrevista Inicial
- Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)
- Auto-registro de Consumo de Alcohol y Otras Drogas
- Línea Base Retrospectiva (LIBARE)
- Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA)
- Cuestionario de Confianza Situacional versión breve (CCS)

2.1.c. PROCEDIMIENTO

En esta sección se explica brevemente el procedimiento llevado en la aplicación del programa; debido a que se atravesaba el período vacacional las sesiones 1 y 2 se dieron juntas

Sesión 1. Admisión y Evaluación

Primer contacto con el usuario cuyo objetivo era obtener información básica acerca de las características del consumo del usuario, así como identificar en qué etapa de cambio se encontraba y el cumplimiento de los criterios de inclusión. Se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista Inicial
- BEDA
- LIBARE
- Auto-Registro
- ISCA y CCS fueron explicados, ejemplificados y entregados para que el usuario los respondiera en casa y los trajera respondidos la siguiente sesión

- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción

Al término de la sesión se hizo un resumen de los aspectos tratados, se entregó el material para la siguiente sesión y asignación de tarea

Nota: Durante las cuatro semanas posteriores a la primera sesión, se mantuvo contacto telefónico con el usuario con la finalidad de conocer su estado y ayudarlo a identificar situaciones de riesgo y realizar planes de acción.

Sesión 2. Paso 1: Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas

- Recepción de los instrumentos que habían quedado de tarea (ISCA y CCS)
- Revisión del Auto-Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas
- Revisión y análisis de los ejercicios del Paso 1
 - ✓ Decisión de cambio
 - ✓ Razones para cambiar
 - ✓ Establecimiento de metas
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión
- Entrega del material para la siguiente sesión y asignación de tarea

Material utilizado:

- Folleto del Paso 1

Sesión 3. Paso 2: Identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol

- Revisión del Auto-Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas
- Revisión y análisis de los ejercicios del Paso 2
 - ✓ Situación en la que haya consumido alcohol en exceso, disparadores, consecuencias inmediatas y demoradas, negativas y positivas
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión
- Entrega del material para la siguiente sesión y asignación de tarea

Material utilizado:

- Folleto del Paso 2

Sesión 4. Paso 3: Enfrentando los Problemas Originados por el Consumo de Alcohol

- Revisión del Auto-Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas
- Revisión y análisis de los ejercicios del Paso 3
 - ✓ Opciones y probables consecuencias
 - ✓ Plan de acción
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión
- Entrega del material para la siguiente sesión y asignación de tarea

Material utilizado:

- Folleto del Paso 3

Sesión 5. Paso 4: Nuevo Establecimiento de Metas.

- Revisión del Auto-Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas
- Revisión y análisis de los ejercicios del Paso 4
 - ✓ ¿Cuál es tu meta en este momento?
 - ✓ Definición de cómo se propone beber de ahora en adelante: día, semana, circunstancias en las que no beberé en absoluto, circunstancias en las que planeo beber
 - ✓ Motivación para cambiar la forma de beber: qué tan importante es lograr mi meta y qué tan confiado me siento en lograr la meta establecida
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión y del tratamiento

Material utilizado:

- Folleto del Paso 4

Sesión 6. Seguimiento a un mes

- Revisión del Auto-Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas
- Evaluación general de cómo ha estado el usuario
- Evaluación del cumplimiento de la meta establecida
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión

Sesión 7. Seguimiento a tres meses

- Revisión del Auto-Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas
- Evaluación general de cómo ha estado el usuario
- Evaluación del cumplimiento de la meta establecida
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión

Sesión 8. Seguimiento a seis meses

- Revisión del Auto-Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas
- Evaluación general de cómo ha estado el usuario
- Evaluación del cumplimiento de la meta establecida
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión

2.1.d. RESULTADOS

❖ Evaluación

- **BEDA.** Puntaje: 8 = Dependencia Baja

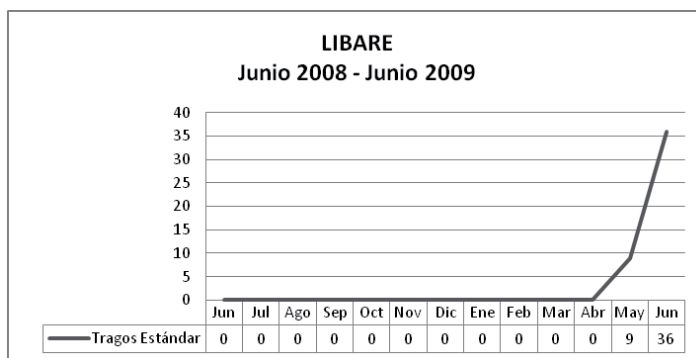
- **LIBARE**

Una particularidad en este caso fue que el usuario tuvo un año de abstinencia previo a la realización de la Evaluación motivado por un patrón de consumo que sin una evaluación formal parecía cumplir criterios de dependencia media a severa; debido a ello, el usuario decide mantener la abstinencia durante un año, el cual termina voluntariamente, retomando el consumo dos meses previos a la Evaluación en los cuales reportó los siguientes datos (Fig. 2):

- Número total de días de consumo: 12
- Número total anual de copas estándar consumidas: 45
- Promedio de tragos consumidos por día: $3.75 \approx 4$
- Número máximo de copas tomadas en un día en los últimos 90 días: 15

- Número mínimo de copas tomadas en un día en los últimos 90 días: 1
- Número máximo de días consecutivos de abstinencia: 8

Fig. 2. LIBARE. Se muestra el patrón de consumo del usuario durante el año previo al ingreso al tratamiento, observándose un marcado incremento de la abstinencia al abuso



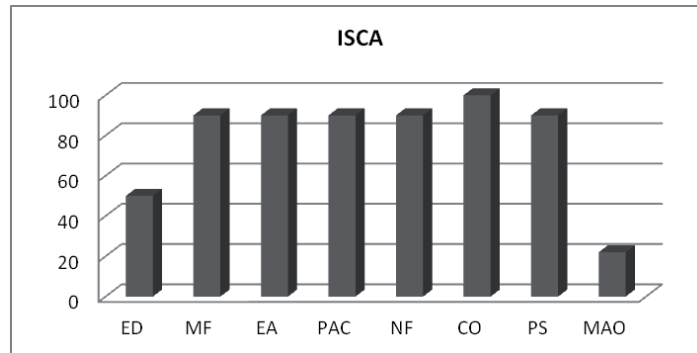
- ISCA

Se muestran los puntajes obtenidos por el usuario en la evaluación pre-tratamiento de las situaciones de riesgo; las principales situaciones de riesgo fueron: Presión social (25), emociones desagradables (24), momentos agradables con otros (22) y conflicto con otros (22) (Tabla 1; Fig. 3).

| Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol | | | |
|---|-----------|-------------------------------------|-----------|
| Situación de Riesgo | Puntaje | Situación de Riesgo | Puntaje |
| Emociones Desagradables (ED) | 24 | Necesidad Física (NF) | 18 |
| Malestar Físico (MF) | 12 | Conflicto con Otros (CO) | 22 |
| Emociones Agradables (EA) | 21 | Presión Social (PS) | 25 |
| Probando Auto-Control (PAC) | 19 | Momentos Agradables con Otros (MAO) | 22 |

Tabla 1. ISCA. Se muestran los puntajes obtenidos en cada una de las situaciones de riesgo de consumo

Fig. 3. ISCA. Puntajes obtenidos en cada situación de riesgo de consumo, se observa que el puntaje más elevado fue para presión social



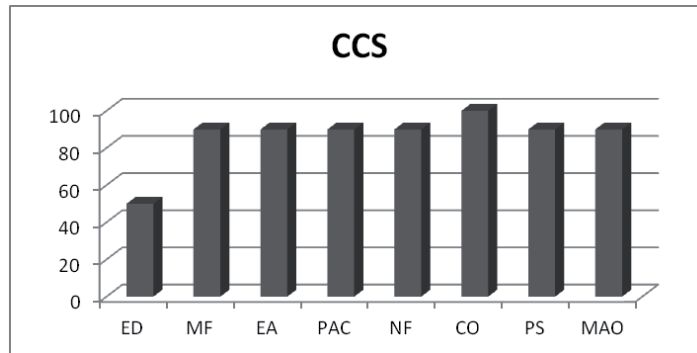
- **CCS**

Se observan las puntuaciones del usuario respecto a la confianza de resistirse al consumo al exponerse a las situaciones evaluadas; el usuario refirió niveles de auto-eficacia muy elevados (90% en su mayoría), excepto en emociones desagradables donde el puntaje fue de 50% (Tabla 2; Fig. 4).

| Cuestionario de Confianza Situacional | | | |
|---------------------------------------|---------|-------------------------------------|---------|
| Situación de Riesgo | Puntaje | Situación de Riesgo | Puntaje |
| Emociones Desagradables (ED) | 50 | Necesidad Física (NF) | 90 |
| Malestar Físico (MF) | 90 | Conflicto con Otros (CO) | 100 |
| Emociones Agradables (EA) | 90 | Presión Social (PS) | 90 |
| Probando Auto-Control (PAC) | 90 | Momentos Agradables con Otros (MAO) | 90 |

Tabla 2. CCS. Se muestran los puntajes obtenidos en cuanto al nivel de autoconfianza en cada una de las situaciones de riesgo de consumo

Fig. 4. CCS. Puntajes del nivel de autoconfianza obtenidos en cada situación de riesgo de consumo, donde la situación donde hay una mayor autoconfianza es conflicto con otros



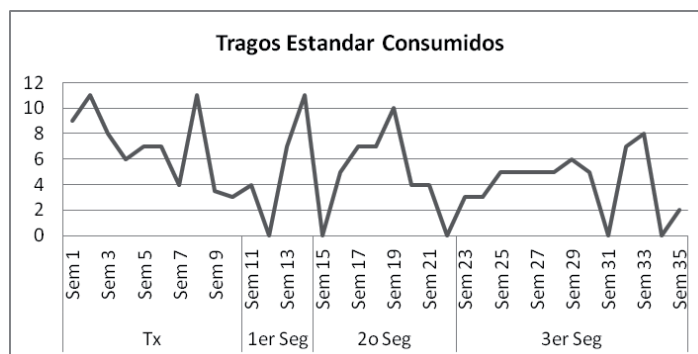
- **Auto-registro**

En las siguientes tablas se presenta el número de copas consumidas por ocasión a través de las semanas de tratamiento y seguimientos, información que puede observarse en la gráfica correspondiente (Tabla 3; Fig. 5).

| | Tx | | | | | | | | | | | |
|----------------|--------|-----------|-----------|---------------|--------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|--------|
| | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 | Sem 5 | Sem 6 | Sem 7 | Sem 8 | Sem 9 | Sem 10 | | |
| TE | 9 | 11 | 8 | 6 | 7 | 7 | 4 | 11 | 3,5 | 3 | | |
| 1er Seg | | | | 2o Seg | | | | | | | | |
| Sem 11 | Sem 12 | Sem 13 | Sem 14 | Sem 15 | Sem 16 | Sem 17 | Sem 18 | Sem 19 | Sem 20 | Sem 21 | Sem 22 | |
| 4 | 0 | 7 | 11 | 0 | 5 | 7 | 7 | 10 | 4 | 4 | 0 | |
| 3er Seg | | | | | | | | | | | | |
| Sem 23 | Sem 24 | Sem 25 | Sem 26 | Sem 27 | Sem 28 | Sem 29 | Sem 30 | Sem 31 | Sem 32 | Sem 33 | Sem 34 | Sem 35 |
| 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 0 | 7 | 8 | 0 | 2 |

Tabla 3. Auto-registro. Se muestra la cantidad de tragos estándar consumidos por semana desde el ingreso al tratamiento hasta el seguimiento a seis meses; los consumos tuvieron una frecuencia de 2 veces por semana

Fig. 5. Auto-registro. Cantidad de tragos estándar semanales desde el inicio del tratamiento hasta el seguimiento a seis meses



2.1.e. CONCLUSIÓN

Los resultados arrojados por el ISCA muestran que las situaciones de riesgo de consumo excesivo son: presión social (25), experimentar emociones desagradables (24), tener conflicto con otros (22) y pasar momentos agradables con otros (22); respecto al nivel de auto-eficacia para no presentar consumo excesivo fue mayor para conflictos con otros (100%) y menos para emociones desagradables (50%), lo cual pareciera reflejar cierta congruencia entre los instrumentos.

El usuario se había establecido desde el principio del tratamiento una meta de consumo de un máximo de 9 copas por semana, no excediendo 4 por ocasión, sin embargo, a lo largo del tratamiento y de los seguimientos se presentaron consumos de hasta 11 copas, uno de los cuales (el de 10 copas en el tercer seguimiento) fue por ocasión y no por semana y considerado por él mismo como recaída, sin embargo, al asistir a la sesión D.L.G. refería haber realizado el análisis de lo sucedido identificando los antecedentes y consecuencias que habían acompañado a cada evento; en algunas ocasiones incluso había preparado un plan de acción para prevenir futuras situaciones, mientras que en otras ocasiones fue necesario profundizar en el análisis funcional de la conducta y asesorarlo en la realización del plan de acción.

En base a los criterios establecidos sobre consumo moderado para varones (<http://www.drugabuse.gov/drugpages/alcohol.html>) en los que establece un máximo de 4 copas

por ocasión, no más de 4 días a la semana y sin exceder 12 copas por semana, se puede decir que el tratamiento fue efectivo para disminuir el consumo dentro de los rangos establecidos, pues el máximo de copas consumido fue de 11 por semana, número significativamente menor a lo reportado en la LIBARE donde se reportaban consumo de hasta 15 copas por ocasión de consumo.

Pareciera que el tener un nivel de consumo de *abuso*, un grado alto de motivación para el cambio y el estar en etapa de *determinación* al ingreso al tratamiento, pudieran ser factores asociados a los resultados obtenidos, pues el cambio en el patrón de consumo es notorio desde las primeras semanas del tratamiento.

Pudiera considerarse que las estrategias que se brindan desde el Paso 1 y en el Auto-Registro son útiles para el objetivo de reducción del consumo a un patrón de moderación y que las estrategias revisadas, así como la identificación de situaciones de riesgo y la realización de planes de acción son herramientas adecuadas para lograr el objetivo, sin embargo, habría que analizar si tienen el mismo impacto en usuarios con un menor nivel de motivación y/o que se encuentren en una etapa del cambio previa como la *contemplación* o incluso la *pre-contemplación*.

2.2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

2.2.a. INTRODUCCIÓN

Este modelo fue diseñado para atender a adolescentes que consumen alguna sustancia adictiva como alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. Se trata de un programa de intervención breve motivacional, cognitivo-conductual, basado en la teoría del aprendizaje social, cuyo objetivo es promover un cambio en el patrón de consumo de tales sustancias y que guía y entrena al adolescente en habilidades de auto-regulación del consumo (Martínez et al., 2004).

Específicamente, el programa está dirigido a jóvenes de entre 14 y 18 años de edad que consumen alguna droga, que reportan problemas relacionados con dicho consumo, sin dependencia hacia la droga (evaluado mediante el CIDI) (Martínez et al., 2004)

El programa está constituido por una sesión de admisión, una de evaluación, una de inducción al tratamiento o retroalimentación para el usuario y 4 de tratamiento, en las que se abordan diversos tópicos (Martínez et al., 2004):

- Discusión de los costos y beneficios de cambiar el consumo de sustancias
 - Establecimiento de una meta de consumo
 - Resultados del registro diario de consumo y de la selección de metas
 - Discusión acerca de la manera en que se va cumpliendo la meta de consumo durante el tratamiento
 - Discusión de las metas de vida a corto y largo plazo y cómo influye el consumo en su consecución
 - Identificación de situaciones de riesgo para el consumo
 - Desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas y para afrontar las recaídas
- Sesión 1. Admisión: Se establece el primer contacto con el adolescente, se recaba información respecto a las características del patrón de consumo en cuanto a la cantidad, intensidad y

frecuencia y se valora el nivel de severidad del mismo para clasificarlo en uso, abuso o dependencia.

- Sesión 2. Evaluación: Evaluación del patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el consumo.
- Sesión 3. Inducción al Tratamiento: Promover la disposición del adolescente a ingresar al programa, a través de algunas estrategias de la entrevista motivacional.
- Sesión 4. Balance Decisional y Establecimiento de Meta de Consumo: El objetivo es que el adolescente elabore su balance decisional (basado en las ventajas y desventajas de cambiar su patrón de consumo) y establezca una meta de reducción de consumo (moderación o abstinencia).
- Sesión 5. Situaciones de Riesgo y Planes de Acción: Tiene como objetivo que el adolescente identifique sus principales situaciones de consumo y elabore planes de acción para enfrentarlas.
- Sesión 6. Metas de Vida: El objetivo de esta sesión es que el adolescente analice el impacto del consumo en el logro de sus metas de vida a corto, mediano y largo plazo, en diferentes áreas de su vida (escolares, familiares, económicas, etc.).
- Sesión 7. Restablecimiento de Meta de Consumo: En esta sesión se plantea como objetivo que el adolescente revise el progreso en cuanto a la reducción de su consumo y realización de estrategias para mantener el cambio y si es necesario establezca una nueva meta de consumo, tomando en cuenta las estrategias de reducción del consumo.
- Sesiones de Seguimiento (1, 3 y 6 meses): El objetivo de los seguimientos es identificar los avances del adolescente para el logro de su meta y/o evaluar el mantenimiento del cambio.

2.2.b. MÉTODO

Participante

Adolescente de sexo femenino, de 14 años de edad, soltera, estudiante de tercer año de secundaria, consumidora de inhalables (“activo”).

Escenario

El programa fue implementado en un consultorio (variable) del Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA), de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Instrumentos (ver anexo 1)

- Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT)
- Entrevista Semiestructurada
- Entrevista Inicial Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) Auto-registro de Consumo de Alcohol y Otras Drogas
- Línea Base Retrospectiva (LIBARE)
- Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA)
- Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISDC-A)
- Cuestionario de Confianza Situacional versión breve (CCS)
- Cuestionario de Validación Social

2.2.c. PROCEDIMIENTO

Sesión 1. Admisión: Primer contacto con la adolescente con el objetivo de evaluar los criterios de inclusión al programa, se recabó información respecto al patrón de consumo y se valoró el nivel de severidad del mismo (uso, abuso o dependencia). Se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista Semiestructurada
- Entrevista Inicial
- POSIT
- CIDI

Sesión 2. Evaluación: Dirigida a evaluar el patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el consumo. Los instrumentos aplicados fueron:

- LIBARE
- ISDC-A
- CCS

Al término de la sesión: Resumen de los aspectos abordado durante la sesión

Sesión 3. Inducción al Tratamiento

- Retroalimentación sobre los datos obtenidos en la admisión y evaluación
- Revisión y análisis de los ejercicios del Folleto de Retroalimentación
 - ✓ Formulación y definición del problema
 - ✓ Elaboración de soluciones alternativas
 - ✓ Toma de decisiones
- Firma del Formato de Consentimiento
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados:

- Folleto de retroalimentación
- Gráficas del porcentaje de consumo de drogas en adolescentes
- Gráfica del proceso de adicción
- Tarjetas de presentación de las características del programa
- Formato de Consentimiento

Sesión 4. Balance Decisional y Establecimiento de Meta de Consumo

- Revisión del Auto-Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas
- Resumen de los principales puntos abordados en la sesión anterior
- Lectura y realización de los ejercicios del Folleto de Sesión 1D
 - ✓ Decisión de cambiar (Balance decisional)
 - ✓ Establecimiento de metas
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados:

- Auto-Registro
- Folleto 1D

Sesión 5. Situaciones de Riesgo y Planes de Acción

- Revisión del Auto-Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas
- Resumen de los principales puntos abordados en la sesión anterior
- Lectura y realización de los ejercicios del Folleto de Sesión 2
 - ✓ Identificando situaciones de riesgo
 - ✓ Desarrollando planes de acción
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados:

- Auto-Registro
- Folleto 2

Sesión 6. Metas de Vida

- Revisión del Auto-Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas
- Resumen de los principales puntos abordados en la sesión anterior
- Lectura y realización de los ejercicios del Folleto de Sesión 3
 - ✓ ¿Cuáles son tus metas?
 - ✓ Metas a un mes
 - ✓ Metas a seis meses
 - ✓ Metas a un año
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados:

- Auto-Registro
- Folleto 3

Sesión 7. Restablecimiento de Meta de Consumo

- Revisión del Auto-Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas
- Resumen de los principales puntos abordados en la sesión anterior
- Lectura y realización de los ejercicios del Folleto de Sesión 4D
 - ✓ Recordar los elementos más importantes del Programa
 - ✓ Registro de tu consumo a lo largo del mes
 - ✓ Establecimiento de metas

- ✓ Probando tu confianza para alcanzar tu meta
- ✓ Evaluación del tratamiento
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados:

- Auto-Registro
- Folleto 4D

Sesión 8. Seguimiento a un mes

- Evaluación de la meta de consumo
- Evaluación del cumplimiento de metas de vida
- Análisis de situaciones de riesgo y estrategias utilizadas
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados:

- Formato de guía de seguimiento a un mes
- LIBARE

Sesión 9. Seguimiento a tres meses

- Evaluación de la meta de consumo
- Evaluación del cumplimiento de metas de vida
- Análisis de situaciones de riesgo y estrategias utilizadas
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados:

- Formato de guía de seguimiento a un mes
- LIBARE

Sesión 10. Seguimiento a seis meses

- Evaluación de la meta de consumo
- Evaluación del cumplimiento de metas de vida
- Análisis de situaciones de riesgo y estrategias utilizadas
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados:

- Entrevista de Seguimiento a seis meses
- LIBARE
- ISDC-A
- CCS

2.2.d. RESULTADOS

A continuación se desglosan los resultados obtenidos por la adolescente durante el tratamiento.

❖ Admisión

- **POSIT**

La adolescente puntuó “Si” a cuatro reactivos, de los cuales uno, el 11 que hace referencia a presentar lagunas mentales asociadas al consumo, la hacía candidata al programa, pues indica una mayor severidad del consumo (Tabla 4).

- **CIDI**

La usuaria puntuó positivo a dos de los 14 reactivos: SU65) haber tenido dificultades en sus actividades y responsabilidades escolares y en casa por el consumo y SU72b) haber consumido más de lo que se había propuesto, lo cual es indicador de presencia de *tolerancia* ante la sustancia, que por tanto la hacían candidata al Programa.

| Pregunta | Si | No | Pregunta | Si | No |
|----------|----|----|----------|----|----|
| 1 | | X | 11 | X | |
| 2 | | X | 12 | | X |
| 3 | | X | 13 | | X |
| 4 | | X | 14 | | X |
| 5 | | X | 15 | X | |
| 6 | | X | 16 | X | |
| 7 | | X | 17 | | X |
| 8 | | X | 18 | X | |
| 9 | | X | 19 | | X |
| 10 | | X | | | |

Tabla 4. Puntajes obtenidos por la adolescente en el POSIT, la respuesta positiva en el reactivo 11, como indicador de severidad la hizo candidata para recibir el tratamiento

❖ Evaluación

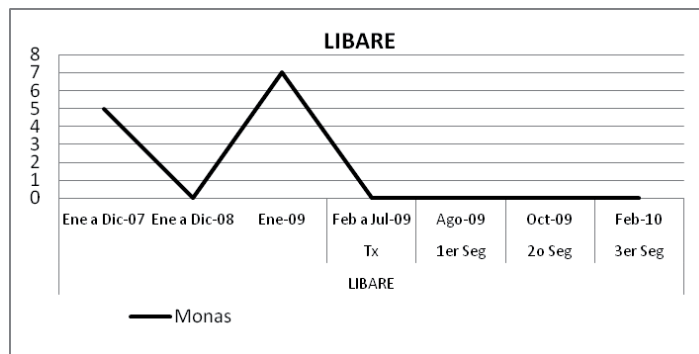
- **LIBARE**

En la línea base retrospectiva se observa el patrón de consumo de la adolescente, debido a que previo al último consumo tuvo un período de abstinencia de un año, se consideró el año anterior a dicho período. Los datos muestran un patrón de consumo relativamente estable durante el primer año con un consumo aproximado de una mona por mes, intercalado con períodos de hasta un mes sin consumo; posteriormente se observa un año de abstinencia seguido de un consumo de 7 monas en el último mes; cuando ingresó al tratamiento llevaba aproximadamente un mes de abstinencia, la cual mantuvo hasta el momento del último seguimiento (Fig. 6).

El análisis de la LIBARE arrojó los siguientes datos:

- Total de consumo: 12 monas
- Cantidad máxima consumida: 2 monas
- Cantidad mínima consumida: 1 mona
- Promedio de monas por ocasión: 1.3 monas \approx 1 mona
- Abstinencia: 608 días de un total de 617 = 9 días de consumo

Fig. 6. Gráfica de LIBARE, se muestra el patrón pre-tratamiento y durante los seguimientos; posterior a un período de abstinencia se observa un incremento marcado, el cual disminuye al ingresar al tratamiento y se mantiene a lo largo de los seguimientos



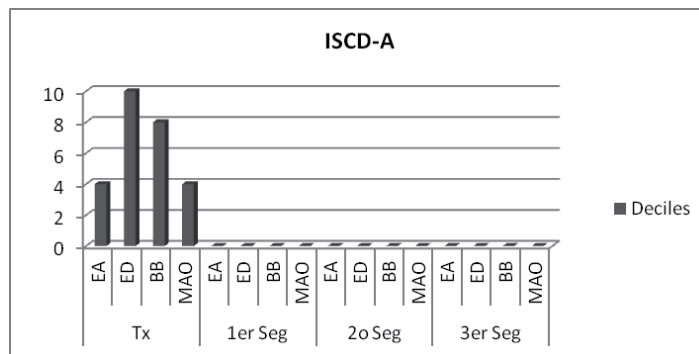
- ISDC-A

Los datos del inventario reflejan que en la evaluación pre-tratamiento, las cuatro situaciones de consumo caían en deciles que las tipifican “sin problema”, sin embargo, cabe señalar que tanto Emociones Agradables (EA), como Momentos Agradables con Otros (MAO), eran las situaciones en las que se presenta el consumo con mayor frecuencia, por lo que se les podía considerar como las situaciones de mayor riesgo (ambas en decil 4); para los seguimientos, la adolescente refirió que ninguna situación era de riesgo, pues había estado expuesta a ellas y las había enfrentado sin consumo (Tabla 5, Fig. 7).

| Situación de Riesgo | Pre-Tx | 1er Seg | 2o Seg | 3er Seg |
|-------------------------------------|--------|---------|--------|---------|
| Emociones Agradables (EA) | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Emociones Desagradables (ED) | 10 | 0 | 0 | 0 |
| Búsqueda de Bienestar (BB) | 8 | 0 | 0 | 0 |
| Momentos Agradables con Otros (MAO) | 4 | 0 | 0 | 0 |

Tabla 5. Puntajes obtenidos en el Inventario de Consumo de Drogas, en el pre-tratamiento las emociones desagradables fueron la principal situación de riesgo; en los seguimientos ya ninguna situación representó un riesgo para el consumo

Fig. 7. Gráfica de ISCD-A, se muestran las situaciones de consumo pre-tratamiento y en los seguimientos, siendo la situación de mayor riesgo las emociones desagradables



- **CCS**

Los resultados del cuestionario muestran que en la evaluación pre-tratamiento, la adolescente percibía un alto nivel de autoeficacia ante la mayoría de las situaciones de riesgo; en las que reflejaba una ausencia total de autoeficacia eran Emociones Agradables (EA) y Momentos Agradables con Otros (MAO) (ambas con un 0% de autoeficacia percibida); posteriormente, en los seguimientos, refirió un nivel de auto-eficacia del 100% ante todas las situaciones, lo cual fue debido a que enfrentó sin consumo las situaciones durante dichos períodos de tiempo (Tabla 6, Fig. 8).

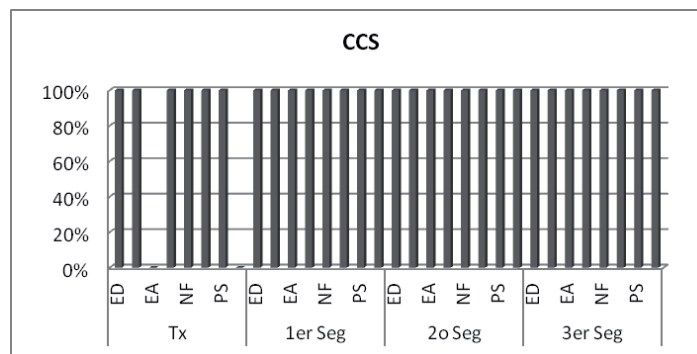
- **Auto-Registro**

La adolescente ingresó al tratamiento en abstinencia, la cual mantuvo hasta el último seguimiento, un años después de su ingreso.

| Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas | | | | |
|--|--------|---------|--------|---------|
| Situación de Riesgo | Pre-Tx | 1er Seg | 2o Seg | 3er Seg |
| Emociones Desagradables (ED) | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Malestar Físico (MF) | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Emociones Agradables (EA) | 0 | 100 | 100 | 100 |
| Probando Auto-Control (PAC) | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Necesidad Física (NF) | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Conflicto con Otros (CO) | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Presión Social (PS) | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Momentos Agradables con Otros (MAO) | 0 | 100 | 100 | 100 |

Tabla 6. Puntajes obtenidos en el Inventarios de Situaciones de Consumo de Drogas, el menor nivel de autoeficacia lo reflejó ante emociones agradables y momentos agradables con otros; niveles que incrementaron durante el tratamiento y permanecieron en los seguimientos

Fig. 8. Gráfica del CCS, se muestra el porcentaje percibido de auto-eficacia desde el pre-tratamiento hasta el 3er seguimientos; se observa cómo, con la participación en el tratamiento, las situaciones de menor nivel de autoeficacia dejaron de ser situaciones de riesgo



2.2.e. CONCLUSIÓN

En la presente sección se presentaron los resultados obtenidos por sólo una usuaria, sin embargo, es importante mencionar que se inició la evaluación con tres usuarios, dos de los cuales desertaron del tratamiento antes de concluir la evaluación, por lo cual se puede concluir que el

programa para adolescentes es útil sólo en aquellos usuarios que perciben su consumo como un problema; los usuarios que, a pesar de describir en las entrevistas el impacto negativo que el consumo ha tenido en sus vidas, permanecen en una etapa de pre-contemplación o incluso de ignorancia y que además no cuentan con el apoyo o supervisión de un *otro significativo* son propensos, como pudo observarse, a desertar del tratamiento.

Considerando los datos obtenidos en el caso de la adolescente reportada, la cual percibía las consecuencias negativas que había experimentado como consecuencia del consumo y que además contaba con el apoyo y supervisión de su familia (abuela y tía) se observa lo siguiente:

En la evaluación pre-tratamiento, a pesar de haber llegado en abstinencia, cumplía criterios de ingreso al programa: había presentado lagunas mentales debidas al consumo (POSIT) y síntomas de abuso y tolerancia (CIDI) como haber tenido dificultades en sus actividades y responsabilidades escolares y en casa por el consumo y haber consumido más de lo que se había propuesto.

Durante el tratamiento se observó que la adolescente mantuvo la abstinencia (LIBARE y Auto-Registro) pese a haberse expuesto a situaciones que consideraba de riesgo (ISDC-A), lo cual incrementó su nivel de auto-eficacia (CCS).

Algunos puntos importantes a mencionar es que durante el tratamiento, la adolescente logró alcanzar las metas a corto y mediano plazo que se propuso durante las sesiones, logrando además identificar que algunas de las estrategias revisadas para el consumo las podía aplicar en otras situaciones de la vida cotidiana y logró “darse cuenta” de que podía divertirse con sus amigos (as) e ir a fiestas y/o reuniones sin necesidad de consumir.

Si bien la usuaria llegó en abstinencia, considero que el programa le ayudó a resolver situaciones de vida que podían ponerla en riesgo de volver a consumir; el programa, a pesar de ir dirigido a adolescentes con consumo, brinda herramientas que pueden ser extrapoladas a situaciones que enfrentan los adolescentes que no necesariamente están relacionadas con el consumo y/o que pueden ser precipitadoras de éste si no son abordadas a tiempo, como la violencia familiar o el bajo rendimientos escolar.

Con base en los resultados obtenidos con los dos usuarios varones (desertores) podría sugerirse implementar una sesión, similar a la de Inducción al Programa, con los datos de la entrevista y las consecuencias que puede provocar el consumo de las sustancias, de manera que los adolescentes fueran sensibilizados en un momento más temprano y pudieran seguir adelante con la evaluación, lo cual podría incrementar la probabilidad de que permanecieran en el tratamiento. En su defecto, podría revisarse, posterior al llenado de la entrevista inicial, algún material que enfatizara las consecuencias negativas del consumo, en el cual se incluyeran imágenes de alto impacto visual.

2.3. CONCLUSIONES GENERALES

No menciones lo que no se alcanza sino que resalta lo que se hace; por lo que más bien en términos generales menciona los alcances de esos usuarios.

En el programa de prevención de recaídas (PPR) se trabajó con tres usuarios, dos con dependencia baja a alcohol y uno con dependencia media a alcohol y dependencia sustancial a cocaína (*crack*), dichos usuarios, fueron canalizados a grupos de tradicionales de hora y media de Alcohólicos Anónimos (AA), debido a que a lo largo de las semanas que asistieron a tratamiento no lograron acoplarse a la dinámica de trabajo del programa, su principal necesidad no era la abstinencia, pues de hecho dos la mantenían debido a que habían “jurado” antes de iniciado el proceso de tratamiento y el otro, a pesar de mantener el consumo, no lograba hacer planes de acción ni siquiera con la asesoría que le brindaba, lograba no consumir exclusivamente siguiendo los planes que se trabajaban en las sesiones, pero durante el tiempo que asistió no generó ningún plan personal ni logró identificar cómo ponía en práctica el plan que se trabajaba en sesión. Los tres usuarios tenían una gran necesidad de hablar y ser escuchados, pero cuando se les daba el espacio eran reiterativos y no aterrizaran sus ideas; cuando trataba de puntualizar algo con ellos no eran capaces de hacerlo. Por tal motivo se consideró que los grupos de AA podrían ayudarles.

En el caso del tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC), atendí a un usuario con dependencia moderada, consumía *crack*, con él se trabajó durante 10 semanas durante las cuales alcanzó la abstinencia y la mantuvo durante 4 semanas consecutivas, posterior a las cuales abandonó el tratamiento debido a que entró a trabajar y le resultaba imposible, según refería, asistir a las sesiones; faltó por trabajar con él las últimas dos sesiones del tratamiento y los tres seguimientos formales, pero se realizaron tres seguimientos telefónicos durante dos meses, en los que reportó mantener la abstinencia refiriendo lograrlo mediante la aplicación de planes de acción y la puesta en práctica de las habilidades adquiridas durante el tratamientos, como manejo del consumo de cocaína, manejo de pensamientos y del deseo de consumo. En este caso se podría considerar que el tratamiento fue efectivo, sin embargo, se carecen de datos cuantitativos comparativos pre-post-tratamiento.

De lo anterior se puede concluir que para que un tratamiento sea eficaz es indispensable que los usuarios cumplan los criterios de inclusión a cada programa, que los horarios de atención del centro pudieran cubrir las necesidades de los usuarios y que las intervenciones sean adaptadas a las necesidades del usuario. Como se pudo revisar en el programa de de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas, la extensión y dinámica de la evaluación pueden ser factores que influyan en la deserción en usuarios con poca motivación al cambio, pero de igual manera se puede concluir que en aquellos que tienen una motivación que los ubique en una etapa del cambio mínimo de contemplación los tratamientos resultan eficaces, pues se logra que los usuarios alcancen y mantengan la abstinencia y que avancen en sus metas de vida, que a mi parecer es el principal objetivo de los tratamientos y en la medida en que van avanzando en dichas metas van encontrando el sentido de mantener la abstinencia que se vuelve ya una meta en sí sino un pre-requisito para que logren y mantengan los cambios necesarios en su estilo de vida que les brinde satisfacción y los motive a plantearse metas más grandes y a más largo plazo.

Con los usuarios con poca motivación al cambio podría sugerir que antes de concluir la evaluación se realizara el balance decisional, pues con apoyo de la entrevista motivacional, resulta una herramienta sumamente útil para lograr el avance de un usuario en las etapas de cambio, por lo que mi propuesta final es que desde la llegada de los usuarios al tratamiento, en la sesión de admisión se realice el balance decisional o por lo menos se deje de tarea, para que puedan entender que la evaluación es necesaria, pero ya estén con una mayor disposición al cambio y como se mencionó anteriormente, estén mínimo en etapa de contemplación, si no es que en determinación.

CAPÍTULO 3

REPORTE DE CASO

3. TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAÍNA

3.1. INTRODUCCIÓN

Basado en el Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema (Ayala, et al., 1997) y el *A Cognitive Behavioral Approach: treating cocaine addiction* (Carroll, 1998, en Oropeza, 2003), el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) fue diseñado para atender usuarios con diagnóstico de uso, abuso o dependencia a cocaína. Su objetivo es ayudar al usuario a alcanzar la abstinencia a partir de estrategias cognitivas y conductuales que permiten identificar situaciones de riesgo de consumo para enfrentarlas de manera efectiva (Oropeza, 2003).

La investigación ha mostrado que el TBUC es un tratamiento flexible, de bajo costo y de corta duración. En una muestra de 30 usuarios consumidores de cocaína (ambos sexos, con edades de entre 19 y 45 años), se observó el impacto de dicho tratamiento, observándose un mayor número de días de abstinencia, cambios en el estilo de vida que reflejan una percepción de mayor calidad y que dicho 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 (Oropeza, 2003).

El tratamiento es estructurado y didáctico, donde el terapeuta asume una posición directiva y activa respecto a las actividades de la sesión, en cada una de las cuales se desarrollan actividades guiadas por una meta terapéutica definida con antelación. Entre las actividades de cada sesión del TBUC se incluyen la revisión de ejercicios prácticos, la discusión de dificultades que pueda haber tenido el usuario desde la última sesión, observaciones sobre los logros alcanzados, entrenamiento en habilidades y retroalimentación sobre habilidades entrenadas previamente, así como explicación de las actividades planeadas para la siguiente sesión (Oropeza, 2003).

De manera general el tratamiento está conformado por una sesión de admisión y evaluación, ocho sesiones de tratamiento y cuatro sesiones de seguimiento; a continuación se describen los objetivos de cada sesión (Oropeza, 2003):

- Sesión de Admisión y Evaluación: Identificación de las características del consumo del usuario, lograr la comprensión de la problemática, identificación del funcionamiento psicosocial actual del usuario y establecer si el TBUC es la mejor opción de tratamiento para el usuario. Además se identifica la disposición al cambio del usuario, se identifican las situaciones de consumo y el nivel de autoeficacia del usuario para abstenerse del consumo en determinadas situaciones.
- Tópico 1. Balance decisional y establecimiento de metas: Motivar al usuario a que abandone su consumo de cocaína, eligiendo entre la reducción gradual o buscar la abstinencia desde ese momento.
- Tópico 2. Manejo del consumo de cocaína: Enseñar al usuario a identificar y manejar los disparadores de su consumo de cocaína.
- Tópico 3. Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína: Enseñar al usuario a identificar y manejar, mediante la aplicación de estrategias de evitación y enfrentamiento, sus pensamientos relacionados con el consumo.
- Tópico 4. Identificación y manejo del deseo de consumo de cocaína: Enseñar al usuario a identificar y manejar el deseo de consumir cocaína.
- Tópico 5. Habilidades asertivas de rechazo: Enseñar al usuario habilidades asertivas de rechazo ante el ofrecimiento de cocaína, que le servirán para controlar posibles situaciones de riesgo.
- Tópico 6. Decisiones aparentemente irrelevantes: Enseñar al usuario a tomar decisiones que prevengan la ocurrencia de situaciones de riesgo de consumo.
- Tópico 7. Solución de problemas: Que el usuario aprenda, desarrolle y aplique estrategias de solución de problemas.
- Tópico 8. Restablecimiento de la meta y planes de acción: evaluación del cumplimiento de la meta de tratamiento, creación de planes de acción en las que se incluyan las habilidades adquiridas durante el tratamiento para alcanzar o mantener la abstinencia.

- Seguimientos (1, 3, 6 y 12 meses): Identificar los avances del usuario para el logro de su meta y/o evaluar el mantenimiento del cambio; se evalúa la función de las habilidades aprendidas, se realizan planes de acción y de ser necesario se hace un restablecimiento de metas.

A continuación se reporta un caso en el que se aplicó el TBUC, detallando las actividades realizadas en cada sesión, así como los resultados obtenidos por el usuario en las evaluaciones pre y post-tratamiento. Como parte de la formación como terapeuta, algunas sesiones se impartieron con apoyo de co-terapeuta (capacitadora del TBUC).

3.2. ADMISIÓN

E.M.C. asistió al CEPREAA acompañado de su madre; una vez en el cubículo la entrevista se llevó a cabo de manera individual. La sesión se llevó a cabo con apoyo co-terapéutico; la información recabada se describe a continuación.

Ficha de Identificación

Nombre: E.M.C.

Edad: 18 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero/padre de una hija de 11 meses a la cual podía ver libremente

Escolaridad: Bachillerato trunco (segundo año)

Ocupación: Trabajo ocasional con su padre como comerciante de ropa

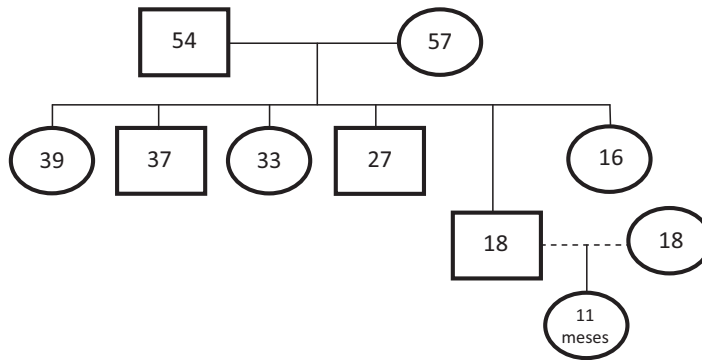
Vive con: Padres y hermanos (3 hermanas y 2 hermanos). Hermano mayor con antecedentes de consumo de polisustancias, actualmente no convive con él; el resto de la familia sin antecedentes

de abuso ni dependencia a sustancias, consumo de alcohol ocasional y consumo de tabaco en madre y una hermana

Fecha de Ingreso: 28 de Agosto de 2009

Motivo de Consulta: “Salir de la adicción para poder hacer una vida” (sic), lo cual significaba para él, poder tener una pareja sentimental, ejercer responsablemente su paternidad, tener un negocio propio (en ese momento aún no estaba seguro del giro).

Familiograma



Entrevista

1. **Tipo de Sustancia Consumida:** Crack
2. **Patrón de Consumo:** Antes de asistir a desintoxicación el patrón se caracterizaba por una cantidad de 6gr/semana (12 papeles) y una frecuencia de 6días/semana, es decir, consumía 1gr/día (2 papeles). Al momento de realizar la evaluación el patrón era de 4gr/semana (8 papeles) 2días/semana (miércoles 1.5 gr y domingo 2.5 gr, días en los que trabajaba con su papá y recibía dinero).

3. Historia de Consumo (por orden cronológico): A los 16 años inicia consumo de tabaco el cual llegó a tener una frecuencia diaria de 20 cigarrillos por día aproximadamente, sin embargo, no refería que esto le representara un problema; posterior al egreso de un servicio de desintoxicación por consumo de *crack* su patrón disminuyó a 2 o 3 cigarrillos por día, patrón que prevalecía hasta el momento de su ingreso al CEPREAA. Posteriormente, a los 17 años inicia consumo de alcohol sin reportar consumo excesivo, incremento en la cantidad o frecuencia, ni problemas asociados; el consumo se da en contexto de festejos familiares o con amigos, pero es esporádico. Durante el mismo período comienza a consumir marihuana, la cual consumía eventualmente con sus amigos, manteniendo el consumo aproximadamente 6 meses, abandonándolo posterior a un internamiento en un "Anexo", en el cual fue internado debido al consumo de marihuana y *crack*.

A los 18 años consume cocaína en polvo con sus amigos, aproximadamente 4 ocasiones (una línea por ocasión); posteriormente inicia el consumo de *crack*. Consumía sólo, en lugares públicos generalmente, pues acostumbra fumar en la calle, aunque llegó a consumir dentro de su casa. El consumo era detenido voluntariamente (paraba cuando se terminaba el dinero). El período de consumo duraba aproximadamente dos horas desde que iniciaba el consumo hasta que termina el efecto (las *pedras* las fuma de manera inmediata).

Debido al consumo de marihuana y *crack* fue internado en un "Anexo" durante 3 meses en agosto de 2008, al salir asiste a tratamiento en consulta externa, el cual abandona después de la primera consulta, pues no se sentía cómodo, ya que su terapeuta no lo hacía sentir escuchado y sentía que lo regañaba. Al continuar el consumo de *crack* es internado en un centro de desintoxicación durante dos días en agosto de 2009, quince días después asiste a CEPREAA, refiriendo tener interés en dejar de consumir citando como principales motivadores a su hija y el poder retomar su vida y tener metas para seguir adelante.

4. Problemas asociados al consumo

- **De Salud:** Taquicardia (bajo intoxicación), insomnio
- **Afectivo/emocional:** Tristeza (posterior al consumo)
- **Interpersonales:** Problemas familiares, pérdida de confianza de su familia y de la mamá de su hija
- **Agresión:** Violencia física (peleas en fiestas)

- **Legales:** Detenciones por posesión y compra de “*crack*” (sin haber llegado al Ministerio Público)
- **Económicos:** Gasto excesivo y falta de dinero
- **Laborales:** Ausentismo
- **Escolares:** Deserción

5. **Identificación de etapa de motivación para el cambio:** Al momento de realizar la entrevista se identificó que el usuario se encontraba en etapa de *Contemplación*, pues asistió a tratamiento refiriendo que su mamá lo había llevado, pero que estaba dispuesto a probar para ver si funcionaba y paraba el consumo.

Entre las razones que mencionó para cambiar dijo querer dejar de consumir por su hija, para poder ser un buen padre para ella, así como el tener una mayor claridad para establecerse metas y realizarlas.

3.3. EVALUACIÓN

La sesión se llevó a cabo sin co-terapeuta; se inició reforzando la asistencia y evaluando si había presentado consumo durante la semana.

E.M.C. refirió haber consumido dos días durante la semana, 2 gr por ocasión, explicando que el disparador había sido el deseo, describiendo una sensación de malestar, dolor abdominal y ansiedad. Ante dicha situación le reforcé el haber asistido a su sesión a pesar de haber consumido, explicándole que era importante analizar lo sucedido para evitar consumos futuros si se veía en la misma situación. Identificó como disparador el haber tenido dinero al trabajar con su papá, lo cual le había generado el deseo ante el cual no se había resistido. Al analizar sus pensamientos y sentimientos posteriores al consumo, refirió haber sentido culpa y haber pensado que abandonar el consumo resultaría imposible.

Le expliqué que era importante iniciar con la realización de planes de acción para enfrentar sus situaciones de riesgo, que en este caso habían sido tener dinero y experimentar deseo, que si bien sería un tópico que abordaríamos más adelante, podíamos trabajar alguna estrategia que le fuera útil, como solicitarle a algún familiar que administrara su dinero. Además le enfatiqué que los sentimientos y pensamientos que había experimentado posterior al consumo eran una consecuencia del mismo y que el evitarlos podría servirle como una motivación para que la siguiente vez no consumiera, pero que era importante que supiera que abandonar el consumo sí era posible, que le llevaría tiempo, pues no era una situación sencilla, pero que si trabajaba con empeño podría lograrlo.

Le pregunté qué podría hacer si se viera ante la misma situación, después de un rato de pensar me dijo que no se le ocurría nada, pues siempre que había tenido dinero se había presentado el consumo. Ante la ausencia de ideas procedí a sugerirle algunas alternativas de las cuales él daría las ventajas y desventajas de cada una, evaluando si consideraba poderlas poner en práctica.

La alternativa que eligió fue darle el dinero a su mamá para que ella lo guardara. Le expliqué que de inicio sería una estrategia útil buscar el apoyo externo de su mamá, pero que poco a poco tendría que buscar nuevas alternativas en las que él mismo pudiera manejar el dinero.

Una vez terminado el análisis de sus consumos pasamos a la evaluación, los resultados de la cual se describen a continuación.

Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias

- 1. Puntaje:** Abuso 4; Dependencia 3; Dependencia fisiológica 1
- 2. Diagnóstico con Respecto a la Norma:** Dependencia Baja

- 3. Respuestas a Reactivos “Llamadas de Atención”:** Puntuó positivo a todos los reactivos de abuso, a uno de tolerancia y a dos de uso compulsivo; el reactivo de tolerancia representa un indicador de dependencia fisiológica.

Cuestionario de Abuso de Drogas – CAD-20

1. Puntaje: 13

2. Diagnóstico con Respecto a la Norma: Nivel de consumo Sustancial

- 3. Respuestas a Reactivos “Llamadas de Atención”:** Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo (3), ha tenido “lagunas mentales” como resultado del uso (6), se siente culpable³ por el consumo (7), ha tenido problemas familiares (9), ha perdido amigos (10), ha descuidado a su familia y trabajo (11), problemas en el trabajo y escuela (12), ha perdido algún trabajo (13), se ha involucrado en peleas bajo los efectos de la sustancia (14), se ha involucrado en actividades ilegales para obtener la droga (15), lo han arrestado por posesión (16), ha pedido ayuda para resolver su problema con la droga (19).

Línea Base Retrospectiva – LIBARE

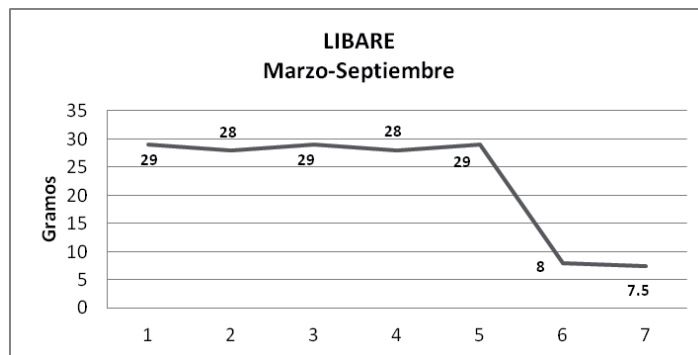
1. Puntajes obtenidos para el período de los últimos 6 meses (según lo especificado por el TBUC)

- Número total de días de consumo: 143
- Número total de gramos consumidos: 158.5
- Promedio de gramos consumidos por día: 1
- Promedio de gramos consumidos por semana: 6
- Número máximo de gramos consumidos: 3
- Número mínimo de gramos consumidos: 1
- Número máximo de días consecutivos de abstinencia;; 90 en contención (internamientos) y 20 sin contención
- Número de internamientos previos: 1 (3 meses)

- 2. Diagnóstico con Respecto a la Norma:** El patrón de consumo que mostraba al momento de la evaluación refleja que E.M.C. consumía únicamente los días que salía de su casa y tenía dinero, el cual obtenía trabajando o vendiendo sus propias cosas. Logró 20 días consecutivos de abstinencia debido a que no estaba trabajando y por lo tanto no tenía dinero ni salía de su casa. Llega a tratamiento durante este período de abstinencia el cual termina dos días después de su ingreso, incrementando la cantidad promedio de consumo de 1 gr/día a 2.5 gr/día, aunque no vuelve al patrón de frecuencia diario.
- 3. Respuestas “Llamadas de Atención”:** E.M.C. refería no poder resistir el deseo, el cual se le despertaba al tener dinero. Después de haber sido internado en un “Anexo” y en un Centro de Desintoxicación refería no estar seguro de querer dejar el consumo pues el deseo le generaba mucho malestar. El internamiento lo decidió la familia dado que él no mostraba interés por dejar de consumir; la desintoxicación la decidió igualmente la familia, bajo la creencia de que no era necesario internarlo de nuevo, podían desintoxicarlo y que siguiera un tratamiento en consulta externa.

En la Fig. 9 se puede observar el patrón de consumo de E.M.C. durante los 6 meses previos a la evaluación, el cual se caracterizaba por una homogeneidad en cantidad y frecuencia a lo largo del tiempo evaluado.

Fig. 9. Se muestra el patrón de consumo del usuario durante los seis meses previos al ingreso al tratamiento, se observa una marcada disminución sin llegar a la abstinencia



Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas – ISCD

1. Puntajes:

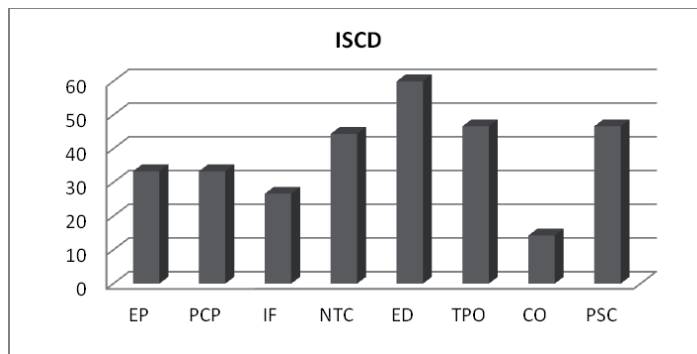
- Emociones Placenteras = 33.33%
- Prueba de Control Personal = 33.33%
- Incomodidad Física = 26.66%
- Necesidad y Tentación de Consumo = 44.44%
- Emociones Displacenteras = 60%
- Tiempo Placentero con Otros = 46.66%
- Conflicto con Otros = 14.28%
- Presión Social = 46.66%

En la Fig. 10 se observan gráficamente las situaciones de riesgo de consumo del usuario.

2. **Diagnóstico con Respecto a la Norma:** Las situaciones de mayor riesgo de consumo fueron, Emociones Displacenteras (60%), Tiempo Placentero con Otros (46.66%) y Presión Social (46.66%).

3. **Respuestas a Reactivos “Llamadas de Atención”:** E.M.C. refirió en la entrevista percibir que sus principales situaciones de riesgo eran la Incomodidad Física, situación que en Inventario fue la segunda más baja (26.66%) y la Necesidad y Tentación de Consumo, que tampoco resultó una de las más altas en el inventario (44.44%); a pesar de lo reflejado en el Inventario, a estas dos situaciones se les debía prestar mucha atención, pues como se verá más adelante eran situaciones en las que percibía un bajo nivel de autoeficacia.

Fig. 10. Se muestran las situaciones de riesgo de consumo del usuario, la situación que el usuario percibía como de mayor riesgo eran las emociones desagradables



Cuestionario de autoconfianza del uso de drogas – CACD

1. Puntajes:

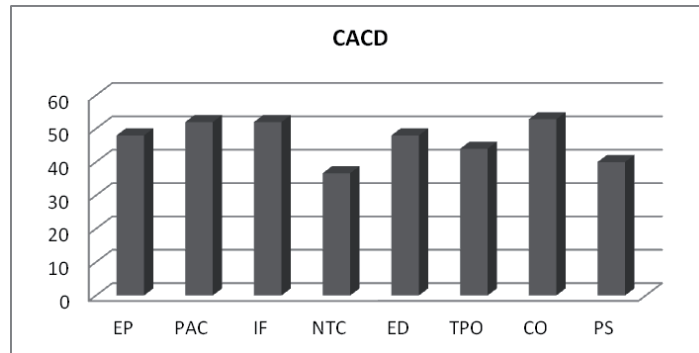
- Emociones Placenteras = 48%
- Prueba de Control Personal = 52%
- Incomodidad Física = 52%
- Necesidad y Tentación de Consumo = 36.66%
- Emociones Displacenteras = 48%
- Tiempo Placentero con Otros = 44%
- Conflicto con Otros = 52.85%
- Presión Social = 40%

En la Fig. 11 se muestran gráficamente los puntajes obtenidos por el usuario en cuanto el nivel de autoconfianza ante las diferentes situaciones de riesgo de consumo.

2. **Diagnóstico con Respecto a la Norma:** Las situaciones en las que E.M.C. reflejó un menor nivel de autoeficacia para resistirse al consumo fueron Necesidad y Tentación de Consumo (36.66%), Presión Social (40%) y Tiempo Placentero con Otros (44%).

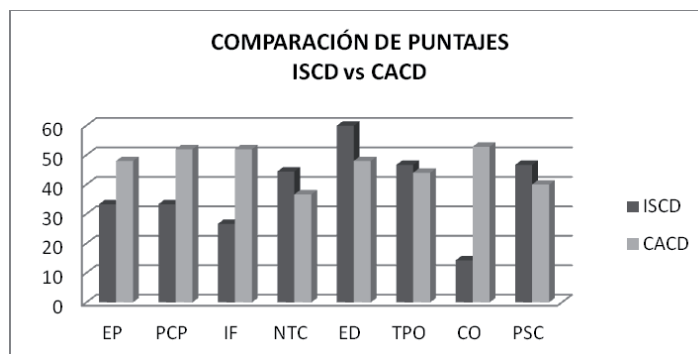
3. Respuestas a Reactivos “Llamadas de Atención”: En todas las situaciones obtuvo puntajes menores a 60%, lo cual refleja un bajo nivel de autoeficacia en todas las situaciones. El Inventario reflejó que la Incomodidad Física es una de las situaciones en las que percibe mayor nivel de autoeficacia (52%), habría que poner atención pues durante la entrevista refirió ser ésta una de las principales situaciones de consumo.

Fig. 11. Puntajes del nivel de autoconfianza ante las diferentes situaciones de riesgo de consumo, la situación en la que menor nivel de autoeficacia reflejó el usuario fue la necesidad y tentación de consumo



Analizando los resultados del ISCD y el CACD se puede identificar como situación de mayor riesgo de consumo la necesidad y tentación de consumo, pues reflejó ser una situación de riesgo y una situación en la que percibía un nivel bajo de autoeficacia (Fig. 12)

Fig. 12. Puntajes comparativos entre las situaciones de riesgo y el nivel de autoconfianza percibido por el usuario, la necesidad y tentación de consumo resultó ser la de mayor riesgo de consumo



3.3.a. RECURSOS DISPONIBLES Y DÉFICITS

- A) Recursos:** E.M.C. ha tenido algunos períodos de abstinencia, durante algunos momentos a lo largo de las entrevistas refirió reconocer que tenía un problema y le interesaba solucionarlo, aceptando participar en el tratamiento para ver si le podía ayudar. Su hija le servía como una gran motivación para dejar el consumo, pues quería ser un buen padre para ella. Contaba con el apoyo de su familia, en especial de su mamá y de una de sus hermanas. Le interesaba trabajar para poder sostener a su hija.
- B) Déficits:** No reconocía la importancia de algunas de sus consecuencias, como el haber sido internado en un “Anexo”, asistió al tratamiento por que su mamá lo llevó, no por voluntad propia; desde su ingreso al tratamiento, a pesar de haber alcanzado 20 días de abstinencia, había vuelto a consumir en mayor cantidad aunque en menor frecuencia que antes del período de abstinencia. En su discurso se percibía baja autoeficacia para resistirse al consumo bajo situaciones de deseo y tentación de consumo. A excepción de su familia, no contaba con una red de apoyo. No era capaz de elaborar por sí mismo planes de acción para enfrentar situaciones de riesgo y cuando hacía algo positivo para no consumir no lo reconocía. Había abandonado la escuela y a pesar de su deseo por mantener a su hija, le era difícil ahorrar el dinero que ganaba cuando trabajaba pues no resistía la tentación por consumir cuando tenía dinero.

C) Asociación con el Consumo: Al hacer un balance entre recursos y déficits se pudo concluir que en relación al consumo, los recursos que tenía E.M.C. lo hacían candidato para considerar que el TBUC podría ayudarlo a alcanzar la abstinencia y mantenerla y que además podría ayudarlo a superar algunos de los déficits, pues cuenta con tópicos en los que se trabaja el desarrollo de habilidades para evitar y/o enfrentar el consumo, como el balance decisional para la toma de decisiones y la motivación al cambio o el manejo de pensamientos y de deseo de consumir cocaína.

3.3.b. DIAGNÓSTICO

Al revisar el cuestionario de pre-selección y la información obtenida en la admisión y evaluación, se consideró que E.M.C. cumplía los criterios de inclusión al programa: la sustancia que consumía era cocaína (*crack*), cumpliendo criterios de abuso y dependencia sustancial, tenía un patrón de consumo que reflejaba un consumo fuerte, en cuanto a frecuencia; cumplía con los requerimientos de ser mayor de edad, tener domicilio permanente y teléfono para localizarlo, no consumía heroína y sabía leer y escribir.

Mostraba una fluctuante motivación al cambio, oscilando entre la acción, la determinación y la contemplación. A pesar de haber sido llevado por su madre, aceptó voluntariamente ingresar al tratamiento. Si bien consideraba su consumo como *“un problema menor”* en el que consideraba haber tenido algunas experiencias negativas, ninguna de las cuales podía considerar seria, en su discurso refería tener interés por cambiar para poder ser un buen padre para su hija y tener claridad en cuanto al establecimiento y logro de metas a futuro.

Una vez concluida la evaluación se ofreció al usuario el ingreso al TBUC, se le detallaron nuevamente las características del programa y la forma de trabajo; se le dio a firmar el consentimiento de participación, se le entregó y explicó el auto-registro y el material del tópico 1 que se trabajaría la siguiente sesión. De nuevo se le reforzó el haber asistido e incitándolo a poner

en práctica el plan de acción que se había trabajado; para finalizar se le dio cita para la siguiente semana.

3.4. TÓPICO 1. BALANCE DECISIONAL Y ESTABLECIMIENTO DE METAS (1)

La revisión del tópico se realizó en dos sesiones debido a que la revisión del auto-registro en la primera sesión se llevó más tiempo del programado y a que tuvo que enseñarle la técnica de relajación por respiración profunda ya que su nivel de ansiedad era muy elevado.

La primera sesión se llevó a cabo sin apoyo co-terapéutico; se inició reforzando al usuario su asistencia y con el análisis del auto-registro, registró haber consumido 6 gr durante la semana distribuidos en 2 gr al día, 3 días de la semana; al analizar las situaciones explicó que nuevamente había sido el tener dinero por haber trabajado con su papá, lo cual le había despertado un deseo irresistible de consumir. Posterior al consumo, en las tres ocasiones, refirió haber experimentado sentimiento de culpa y de fracaso.

Refirió no haber puesto en práctica el plan de acción, no haberse acercado a su mamá para solicitarle el apoyo, pues había creído que era capaz de guardar el dinero él mismo. Al preguntarle qué pensaba de la decisión que había tomado, mencionó que se había dado cuenta de que no podía solo, pero que no sabía cómo decirle a su mamá, pues ella creía que actualmente no estaba consumiendo. Le cuestioné si a pesar de ello consideraba que ese plan de acción podía ayudarle, ante lo cual refirió que por el momento era el único que veía factible pues se sentía incapaz de poder manejar el dinero por sí mismo.

Trabajamos diferentes maneras en las que le podía explicar la situación a su mamá y pedirle el apoyo hasta que él consideró haber encontrado la mejor manera de hacerlo, que era simplemente comentarle que el manejo del dinero era un factor de riesgo y que debido a que no quería seguir

consumiendo por no manejar adecuadamente dicho factor, necesitaba pedirle que le ayudara a administrar su dinero, dándole sólo lo necesario para sus transportes y para su hija.

Como método para enfrentar la ansiedad (deseo), le expliqué la técnica de relajación de respiración profunda, se realizó modelamiento y ensayo y se le indicó que la utilizara siempre que se sintiera ansioso, con síntomas como bochornos, inseguridad, taquicardia, temblor de mando, opresión en el pecho, entre otros. Posteriormente seguimos la sesión con la revisión del materia del tópico 1.

Debido a que se había invertido mucho tiempo en el análisis del auto-registro, en el análisis de cómo podía solicitarle el apoyo a su mamá y al entrenamiento en la técnica de relajación por respiración profunda, se decidió dejar el resto de la sesión para la siguiente semana, sin embargo consideré necesario establecer la meta de consumo desde esa sesión, por lo que pasamos al ejercicio 3 del tópico.

Ejercicio 3: Establecimiento de metas

Se le dio a elegir entre intentar la abstinencia desde ese momento o mediante reducción gradual, E.M.C. eligió la reducción:

Reducción de consumo: 2 gr, 2 días

Sí, en estas situaciones: solo, con ansiedad al 100%, sólo si tengo dinero para comprar (sin robar)

No, en estos contextos: con mi hija, si me siento feliz, si no tengo dinero

Importancia de lograr la meta 75%

Confianza 75%, con la cocaína enfrente 25%

Una vez establecida la meta le recordé que para alcanzarla era indispensable que pusiera en práctica sus planes de acción y que practicara la respiración profunda para relajarse cuando sintiera deseo de consumir, experimentando síntomas como bochornos, inseguridad, taquicardia, temblor de mano, opresión en el pecho, entre otros y se hizo un resumen de lo abordado en la sesión.

Para finalizar, se le recordó el llenado del auto-registro y se concertó la cita para la siguiente semana.

TÓPICO 1. BALANCE DECISIONAL Y ESTABLECIMIENTO DE METAS (2)

En esta ocasión se contó con apoyo de co-terapeuta; se inició la sesión con la revisión del auto-registro, la meta establecida en la sesión anterior había sido de 2 gr, 2 días de la semana, la cual no fue alcanzada por el usuario pues reportó haber consumido 4 gr durante la semana: 2 gr, 2 días, en el contexto de haber tenido dinero por trabajar con su papá. Al analizar lo sucedido mencionó que no había puesto en práctica el plan de acción, pues consideró que sería capaz de manejar su dinero sin necesidad de solicitar el apoyo de su mamá. En cuanto a la respiración profunda, refirió que ante el deseo de consumir no se había acordado de practicarla. Ante esta situación le reforcé el haber asistido y el ser sincero en la sesión, posteriormente le reiteré la importancia de los planes de acción, indicándole que para lograr realizar un cambio era necesario que se esforzara y que utilizara todos los apoyos que tenía disponibles.

Debido a que a lo largo de las sesiones parecía retroceder en las etapas de cambio, se consideró seguir con los ejercicios del tópico intentando moverlo de la etapa actual (*contemplación*) a la etapa de acción.

Ejercicio 1: Balance Decisional

| | DEJAR EL CONSUMO | % | CONTINUAR EL CONSUMO | % |
|--------------------|---|-----|--|-----|
| VENTAJAS | 1. Tendría mejores amigos | 100 | 1. Placer por consumir | 70 |
| | 2. Aprendería a divertirme sin drogas | 80 | 2. Sentir el primer jalón | 80 |
| | 3. Mejoraría mi salud | 70 | | |
| | 4. Tendría mejores oportunidades de trabajo | 75 | | |
| DESVENTAJAS | 1. No sentir el placer de consumir | 70 | 1. Que ya no me dejen ver a mi hija | 100 |
| | | | 2. Problemas familiares | |
| | | | 3. Hacerle daño a mi cuerpo (problemas de pulmón principalmente) | 90 |

Las ventajas de dejar de consumir y las desventajas de continuar consumiendo fueron más y tuvieron mucho más peso que las ventajas de continuar consumiendo y las desventajas de dejar el consumo, por lo que su balance decisional estaba claramente inclinado hacia el cambio, sin embargo, E.M.C. refirió que si bien sí se encontraba motivado al cambio no sabía cómo y se sentía incapaz de lograrlo.

Le hice notar que las desventajas de continuar consumiendo aunadas a las ventajas de dejar el consumo se relacionaban con aspectos que abarcaban todas (o casi todas) sus áreas de vida cotidiana, mientras que las desventajas de continuar con el consumo y las ventajas de continuar

consumiendo se relacionaban únicamente con la parte del placer y del deseo, por lo que era importante que se enfocara en el manejo del mismo. Le recordé que la técnica de respiración profunda era una estrategia para manejar el deseo, que si bien más adelante trabajaríamos un tema específico para ello, esta técnica, utilizada en los momentos adecuados, podría ayudarle a evitar el consumo.

Ejercicio 2: Razones para cambiar

Teniendo como finalidad brindar razones sólidas que le sirvieran como motivación al cambio se solicitaron las 3 principales razones para cambiar, obteniendo las siguientes:

- a. Hasta ahora estoy sano de todo mi cuerpo y no quisiera dañarme algo
- b. Tengo el apoyo de mi familia y tengo una hija que me necesita en mis cinco sentidos
- c. Quiero mejorar mi vida, tener mis propias cosas y no depender de nadie

Su hija y su salud fueron dos constantes muy importantes a lo largo del tratamiento, en este momento le señalé que el tener presentes estas razones le ayudaría al momento de decidir si consumía o no.

Ejercicio 4: Metas vitales a alcanzar durante el tratamiento

Una vez establecida la meta de consumo revisamos las metas de vida, le comenté que era necesario establecer metas en las demás áreas de vida pues el alcanzarlas sería una motivación más para evitar el consumo.

| Área | Meta | Razones | Plan de acción | Obstáculos | Apoyo social |
|------------------------|--|---|--|--------------------------|-----------------|
| Social | Tener amigos de verdad y que no se droguen | Porque sólo me gustaba salir con gente como yo (que consume), pensaba que era divertido | Encontrar amigos que les guste divertirse sanamente | No hay | No tengo |
| Familiar | Que mi familia vea en mi a otra persona, no a la que causa problemas | Porque siempre prometo cosas que no cumplo a causa de la droga | Que ellos logren ver que sí puedo | No hay | Toda mi familia |
| Escolar/Laboral | Un trabajo en el que dure, tal vez como comerciante que es lo que sé hacer | Quiero empezar a saber administrar el dinero | Tener un mejor trabajo y sueldo para poder comprar mis cosas | No hay | Mi familia |
| Personal | Verme salir adelante, ser mejor y realizar lo que me propongo | Ya me cansé de ver que sigo siendo la misma persona de siempre | Empezar a lograr mis metas y recuperar mi salud mental, estar tranquilo y no sólo pensando en la droga y las ideas de persecución que me genera el consumo | Volver a probar la droga | |

Como puede observarse en el ejercicio, E.M.C. no logró un establecimiento de metas concretas, sus razones eran muy vagas, sus planes de acción no parecían serlo, no identificaba obstáculos claros y el apoyo social se reducía a su familia, por lo que se trabajó el ejercicio con él, aclarándole que las metas tenían que ser objetivas, medibles y observables, que las razones serían lo que le daría sentido a las metas, el plan de acción eran los pasos que debía seguir para alcanzar la meta y que el identificar los obstáculos le ayudaría a eliminarlos o a planear cómo enfrentarlos; que el apoyo social sería útil (no indispensable) para que lograra sus objetivos. Explicado lo anterior se obtuvo lo siguiente:

| Área | Meta | Razones | Plan de acción | Obstáculos | Apoyo social |
|---------------|--|--|--|----------------------------------|--------------|
| Social | Tener amigos de verdad y que no se droguen | Los amigos que tengo son de consumo, no creo que sean mis amigos realmente Quiero aprender a divertirme sin necesidad de la coca Si me alejo de los amigos del consumo no voy a tener amigos | Buscar a los que eran mis amigos antes de que empezara a drogarme Salir con ellos a realizar actividades que no tengan que ver con las drogas, como ir al cine Salir con mi hermana y conocer gente nueva, hacerme amigo de sus amigos | No hay, solo tengo que buscarlos | Hermana |

| | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|------------|
| Familiar | Mejorar mi relación familiar, recobrar su confianza, que me vuelvan a tratar como antes de la droga | Son las personas con las que convivo, los quiero y me quieren y creo que tener una buena relación me va a ayudar a no buscar la droga | Dejar la droga Acercarme a ellos y platicarles mis cosas Cumplir con mis obligaciones en la casa | No hay, sólo tengo que hacer las cosas que debo y acercarme a ellos | Familia |
| Escolar/ Laboral | Conseguir un trabajo que me guste y durar en él | Como no quiero retomar la escuela (no me interesa), quiero trabajar, tener dinero, comprar mis cosas y las de mi hija, ser responsable y creo que eso ayudaría a que las cosas con la familia mejoraran | Buscar trabajo | No hay | Mi familia |
| Personal | Salir adelante, estar bien con mi hija, con mi familia, mantener la salud que hasta ahora tengo, sentirme satisfecho de lo que haga | Hasta ahora no he hecho nada de mi vida, quiero ser un buen padre para mi hija y en general sentirme bien conmigo y con los demás | Dejar la droga Encontrar trabajo Mejorar mi relación familiar Tener amigos En general, lograr mis otras metas | No hay, en realidad sólo es cuestión de alcanzar mis metas | Familia |

En cuanto a la meta laboral, en ese momento no pudo generar el plan de acción porque no sabía qué trabajo quería, le hice ver que tenía que buscar un trabajo para el cual estuviera capacitado, que considerando su escolaridad (bachillerato trunco), era difícil colocarse en un trabajo. Le pedí

que trabajáramos esa meta para la siguiente sesión, que pensara qué quería y con qué herramientas, habilidades y aptitudes contaba y que en base a eso pensara qué tipo de trabajo podía conseguir, realizando el ejercicio específicamente para esa meta.

Al terminar el ejercicio le enfatice la importancia de ir trabajando sus planes de acción pues aún quedaban algunos huecos que podían interferir en que alcanzara las metas, recordándole nuevamente que el enfocarse ello le permitiría mantenerse lejos del consumo.

Al resolver los ejercicios parecía que E.M.C. realmente tenía la motivación para el cambio y que de lo que carecía era de los recursos necesarios para realizar los planes de acción y ponerlos en práctica, por lo que se decidió seguir trabajando para que poco a poco se fuera acostumbrando a la forma de trabajo y lograra realizar los cambios necesarios.

Ejercicio 5: Planes de acción para controlar el consumo durante la semana

1. *Situación de riesgo:* Tener dinero para la fiesta de cumpleaños de mi hija

Plan de acción: Tratar de usar la relajación para disminuir la ansiedad cuando me sienta con bochornos, inseguridad, taquicardia, temblor de mando u opresión en el pecho y darle el dinero a la mamá de mi hija en cuanto lo tenga

2. *Situación de riesgo:* Cobrar (con mi papá)

Plan de acción: Decirle a mi papá desde el martes que no me dé el dinero a mi sino a mi mamá y cuando se lo pida a mi mamá llevárselo inmediatamente a la mamá de mi hija

Para concluir la sesión hicimos un resumen de lo que habíamos visto en la sesión, le recordé la importancia de poner en práctica los planes de acción y de pensar en otras alternativas que le

podieran servir para evitar el consumo cuando tuviera dinero, que tenía que ejercitarse en la realización de planes de acción y pensar en otras situaciones de riesgo que lo pudieran llevar al consumo, pues mientras más identificara sería más fácil prevenir el consumo.

Cerramos la sesión entregándole y explicándole el material del siguiente tópico, recordándole el llenado del auto-registro, dándole cita para la siguiente semana y reforzándole el haber asistido, motivándolo al logro de su meta semanal de consumo, la cual por ser reducción gradual, estableció en 1.5 gr, 1 día de la semana.

3.5. TÓPICO 2. MANEJO DEL CONSUMO DE COCAÍNA

La sesión se llevó a cabo con apoyo co-terapéutico; iniciamos reforzando al usuario por haber asistido, siguiendo con la revisión del auto-registro, para esta sesión la meta de reducción estaba fijada en 1.5 gr, 1 día de la semana, la cual no fue alcanzada pues E.M.C. reportó haber consumido 2.5 gr, 1 día de la semana, ante la situación de haberse quedado con dinero que le sobró de la fiesta de su hija; el tener el dinero le despertó el deseo de consumir, compró la droga y se fue a un hotel a fumar. Terminado el episodio de consumo experimentó sentimientos de culpa, fracaso y decepción.

Le comenté que era importante que pusiera en práctica el plan de acción de apoyarse en su mamá, pues durante las semanas que llevábamos trabajando había quedado claro que mientras él conservara el dinero y no generara nuevos planes de acción, terminaría consumiendo. Le recordé que en un inicio era una buena alternativa buscar el control externo a través de su red de apoyo, mientras lograba generar poner en práctica acciones personales que le ayudaran a mantenerse lejos del consumo y a su vez adquiría la confianza necesaria para hacerlo.

Me comentó que hasta ese momento no había hablado con su mamá y que su familia pensaba que él no estaba consumiendo, por lo que le ofrecí que hablara con ella en ese momento. Me dijo que

no era necesario, que él se comprometía a hablar con ella ese día pero más tarde; ensayamos cómo se lo diría: “Mamá, en estos últimos días hemos identificado que una de mis situaciones de riesgo para consumir es que yo tenga dinero, por lo que quería pedirte si puedes ayudarme a que mi papá te dé el dinero de mi pago y tú sólo me des lo que necesite para mis pasajes y para darle a la mamá de mi hija lo que necesite” (sic) .

Al notar en el auto-registro que el consumo había disminuido a un día, le pregunté que había hecho para no consumir el otro día que acostumbraba hacerlo, me dijo que había salido de la ciudad con su familia, que no había tenido dinero y por tanto no había tenido la necesidad de consumir, pues además no había pensado en el consumo.

Le reforcé el hecho de haber disminuido el consumo, haciéndole notar que el salir de la rutina le había permitido mantener los pensamientos alejados del consumo, que a su vez había originado que no experimentara el deseo. Le señalé que dentro de sus planes de acción podía proponer realizar actividades que le resultaran placenteras y lo sacaran de la rutina, pues como había experimentado, le resultó útil para mantenerse alejado del consumo.

Una vez revisado el auto-registro seguimos con el análisis del material del tópico 2:

Ejercicio 1: Identificación de Disparadores, Consecuencias y Riesgos de Consumo

Para este ejercicio se solicitó al E.M.C. que marcara los disparadores que él consideraba que lo llevaban al consumo, posteriormente se cotejó lo que él marcó con los puntajes obtenidos en el ISCD y en CACD.

| Situación | | ISCD | CACD |
|-----------------------------------|---|-----------|-----------|
| Incomodidad física | X | 26 | 52 |
| Emociones desagradables | X | 60 | 48 |
| Conflicto con otros | | 14 | 52 |
| Emociones placenteras | | 33 | 48 |
| Experiencias sociales placenteras | | 46 | 44 |
| Prueba de control personal | | 33 | 52 |
| Situaciones de tentación | | 44 | 36 |
| Presión social | | 46 | 40 |

Al observar las situaciones que el usuario marcó le hice notar que era muy importante que él reconociera situaciones particulares pues eran las que lo podían poner en mayor riesgo, pero que no había que dejar de lado las situaciones que se habían observado en la evaluación al contestar el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) y el Cuestionario de Autoconfianza del uso de Drogas (CACD) y por tanto tendría que trabajar planes de acción específicos para todas las situaciones de riesgo, principalmente para las dos que él había marcado y las otras dos que se habían visto reflejadas en la evaluación, pues eran dos en las que había marcado el mayor nivel de riesgo y el menor nivel de autoeficacia.

Ejercicio 2: Identificación de disparadores del consumo de cocaína

La finalidad del ejercicio era que el usuario lograra identificar más claramente sus disparadores del consumo:

| ¿Qué ocurrió? | Lugar | Disparador |
|---|-------|-----------------|
| Me sobró dinero de la fiesta de mi hija | Hotel | Tristeza |
| Mi papá me pagó y no supe que más hacer con el dinero | Casa | Enojo y Soledad |

Aunque no estuvo muy detallado el ejercicio lo trabajamos en la sesión, le hice notar a E.M.C. que las situaciones giraban en torno a haber tenido dinero; los lugares fueron aquellos en los que acostumbraba hacerlo y los disparadores giraban en torno a emociones desagradables. En este caso había resuelto el ejercicio mencionando las situaciones más recientes, sin embargo, a lo largo de las sesiones había quedado claro que el dinero y las emociones desagradables habían sido sus disparadores más frecuentes. Le expliqué que a partir de la identificación de estos disparadores podría ser más sencillo realizar los planes de acción para evitar el consumo.

Ejercicio 3: Evaluación de las situaciones de consumo

Para este ejercicio, le expliqué a E.M.C. que no bastaba con identificar los disparadores, era importante identificar las consecuencias del consumo, pues en ocasiones el obtener las consecuencias positivas era lo que motivaba el consumo y que el tener presentes las consecuencias negativas lo ayudaría a evitar el mismo.

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| Situación y disparadores | Iba a mi trabajo y traía bastante dinero | Estaba aburrido en un bar y había estado tomando alcohol |
| Tipos | Ansiedad | Inseguridad |
| Consecuencias positivas | Todos los malestares se calmaron | Mi estado de ánimo fue de aburrido a agresivo |
| Consecuencias negativas | Gasté todo mi dinero | Gasté todo mi dinero |
| Riesgos | Pude haber tenido un “pasón” | Subimos en un moto ebrios y cruzados con cocaína |
| Evaluación | Puede haberme detenido cuando quería, pero por pensamientos negativos no lo hice | Que mi estado de ánimo haya cambiado no justifica que exponga a otras personas |

De nuevo los tipos de disparadores fueron emociones desagradables, las situaciones, igualmente fueron tener dinero y esta vez se agregó el haber consumido alcohol.

Al preguntare qué era lo positivo de haber cambiado su estado de ánimo de aburrimiento a agresividad (situación 2), comentó que como estaba con los amigos se había “armado” una pelea y eso “le había dado emoción a la noche”.

Respecto a las consecuencias negativas, mencionó que el haberse gastado todo el dinero había provocado que no tuviera nada durante 15 días hasta la siguiente vez que cobró y que reconocía los riesgos como algo muy serio que pudo haber pasado y que estaba “consciente” de que el “pasón” le podía pasar en cualquier momento.

Le hice reflexionar sobre la duración de las consecuencias positivas y de las negativas llegando a la conclusión de que las positivas habían durado mucho menos y lo habían puesto en riesgo,

mientras que las negativas le habían durado más tiempo y habían estado asociadas a que se sintiera peor después del consumo.

En el caso de la evaluación, pareció no entender muy bien a lo que refería, le cuestioné cómo se sintió de haber consumido, en ambas situaciones refirió haberse sentido mal, pues el consumo siempre le generaba sentimiento de culpa. Reconoció que en vez de haber consumido pudo haberse retirado del lugar (en el caso de la situación 2) o haber ido al cine (situación 1) y que de no haber consumido en ambas ocasiones no habría puesto en riesgo su vida o la de los demás.

Le reforcé el esfuerzo de darse cuenta de los riesgos que corría con el consumo y, como en los ejercicios anteriores, le mencioné que el tener presentes las consecuencias negativas y los riesgos le ayudaría a evitar el consumo, siempre y cuando lograra establecer planes de acción eficientes.

Ejercicio 4: Planes de acción

La idea del ejercicio era que el usuario generara actividades alternativas ante situaciones de riesgo

| Situación | Actividades alternas al consumo | Jerarquía de estas actividades | Opción más efectiva | Plan de acción |
|--|---|--------------------------------|---------------------|---|
| Tener dinero y no saber qué hacer con él | <ul style="list-style-type: none"> •Salir a jugar a la calle algún deporte •Ver televisión •Leer | 1 | Trabajar | Buscar un buen trabajo, dedicarme a él y mantenerlo y al salir ir directo a la casa |
| | | 2 | | |
| | | 3 | | |

De nuevo el ejercicio pareció no haberle quedado claro por lo que nos detuvimos para desarrollarlo:

La situación, como lo había referido durante las sesiones, era tener dinero, al analizar las actividades comentó que aunque no tenía amigos que no consumieran, podía salir al parque a “hacer la reta” y así jugar algún deporte, en cuanto a ver televisión, era una opción, pero podía aburrirse y leer no le gustaba. Le hice ver que el objetivo de plantear estas actividades alternas era que pudiera realizarlas para evitar o enfrentar la situación de riesgo, por lo que tenía que plantear actividades que realmente quisiera y pudiera realizar.

El trabajo, como opción más efectiva, no estaba planteada en la lista de actividades y el plan de acción no estaba definido, al hacérselo notar pareció haber entendido un poco más el objetivo del ejercicio.

Mencionó que las actividades alternas podían ser: realizar un deporte, inscribirse en un gimnasio, ir al cine y dibujar. En este momento recordé que su hija era una fuerte motivación para él por lo que le pregunté si no se le ocurría una actividad que la incluyera, refiriendo que sí, que podía salir a pasear con ella.

Al jerarquizar las actividades quedaron de la siguiente manera:

1. Pasear con su hija
2. Dibujar
3. Ir al cine
4. Inscribirse en un gimnasio
5. Realizar algún deporte

La opción que le pareció más efectiva fue salir con su hija, pues además de no consumir, podía pasar más tiempo con ella.

El plan de acción fue el siguiente: Ir a casa de la mamá de su hija y pedirle que la dejara llevarla al parque, invitarla también a ella; ya en el parque se sentaría con ella a jugar y si la mamá iba podían platicar. Además de ir al parque podían ir de paseo a un centro comercial y así en vez de usar el dinero para consumir, lo podía usar para comprarle cosas a su hija.

Ejercicio ¿Qué voy a hacer esta semana para no consumir o controlar mi consumo?

1. *Situación de riesgo 1.* Tener que cobrar con mi papá

Plan de acción. Decirle a mi papá que lo guarde y después me lo de cuando no esté tan cerca del punto de venta y no esté solo

Cuando analizamos el plan de acción se dio cuenta de que no le serviría, decidió que hablaría con su mamá para que su papá le diera el dinero a ella y que ella no le diera el dinero más que cuando necesitara pagar algo para su hija.

Igualmente comentó que trataría de realizar algunas de las actividades alternas que se habían trabajado en la sesión.

Ejercicio ¿Qué estrategias utilicé esta semana?

| Situación de riesgo | Plan de acción | % de efectividad ¿por qué? |
|---------------------|----------------|--|
| No hubo | No hubo | 70% porque estando lejos ayuda un poco |

Este recuadro lo llenó pensando en el día que no consumió por haber salido de la ciudad con sus papás, le mencioné que era importante considerar situaciones de riesgo que él identificara, como

el tener dinero o sentir ansiedad (deseo) y que había que considerar qué estrategias había utilizado ante estas situaciones para evaluar la efectividad.

Entonces mencionó que ante la situación de riesgo de haber cobrado con su papá no había puesto en práctica el plan de acción de decirle a su papá que le diera el dinero a su mamá y que por tanto no podía evaluarse la efectividad pues había consumido, de nuevo se comprometió a hablar con su mamá ese mismo día y pedirle su apoyo de la manera que se mencionó anteriormente.

Para terminar la sesión se hizo un resumen de todo lo que se había abordado, se le reforzó el seguir asistiendo y los esfuerzos que estaba realizando, enfatizando que era importante que cumpliera con el compromiso y pusiera en práctica su plan de acción; se le recordó el llenado del auto-registro, se le entregó y explicó el material de la siguiente sesión, que debido a la identificación de su principal disparador, eligió que fuera el de Manejo del Deseo; se dio cita para la siguiente semana.

3.6. TÓPICO 3. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL DESEO DE CONSUMIR COCAÍNA (1)

A partir de esta sesión, debido a problemas de horario, ya no se contó con apoyo co-terapéutico.

El análisis del tópico se llevó a cabo en dos sesiones debido a que en la primera cita no llevó el material. Se dedicó la sesión al análisis del auto-registro, trabajando en la identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción.

Presentó consumo de 2 gr, 1 día de la semana, la situación fue similar a las veces anteriores; ya había hablado con su mamá, solicitándole el apoyo, sin embargo, lo hizo después de haber presentado el consumo y no el día de la sesión anterior como se había comprometido. El haber tenido el consumo creyendo que sería capaz de no consumir aunque conservara el dinero, le

generó sentimientos de culpa y de decepción por lo que se dio cuenta de que le era imposible controlar el consumo, decidiendo hablar con su mamá.

Le reforcé el haber puesto en práctica su plan, explicándole que con ello había dado un paso más hacia el logro de su meta, me dijo que había sido muy difícil aceptarlo y más hablar con su mamá quien se había decepcionado mucho y que además se había enojado con él, pero que después de explicarle que iba avanzando poco a poco y que con su ayuda sería más sencillo, ésta acepto el plan.

Considerando que tendría el apoyo de su mamá y que por lo tanto no tendría dinero disponible decidió que a partir de esta sesión su meta sería la abstinencia; se le reforzó la decisión intentando incrementar su autoeficacia recordándole que ya había tenido un período previo de abstinencia y que si bien durante las sesiones pasadas había rebasado su meta había logrado cierto grado de reducción y que si ponía en práctica su plan de acción le sería posible alcanzar su meta, aunque sería necesario generar nuevos planes de acción para lograr mantenerla.

La sesión se cerró reforzando su asistencia y su decisión de intentar la abstinencia, se hizo un resumen de lo abordado durante la sesión, se le recordó el llenado del auto-registro y se le dio cita para la siguiente semana.

La siguiente semana E.M.C. llamó para cancelar la sesión por cuestiones familiares, no me fue posible hablar con él pues no estaba en el CEPREAA; me dejó recado de comunicarme con él el siguiente lunes para agendar una nueva cita. Al comunicarme, contestó su mamá informándome que E.M.C. no se encontraba; acordé con su mamá verlo el siguiente viernes en el horario convenido en la sesión anterior. Durante el resto de la semana realicé algunas llamadas intentando localizarlo para platicar con él, pues aunque su mamá me había comentado que lo veía mejor, consideré necesario hablar con él, pero no lo localicé en ninguna ocasión.

El siguiente viernes no hubo nadie en el CEPREAA por lo que me fue necesario cancelar la sesión que teníamos programada; en esa ocasión logré hablar con él, al preguntarle cómo estaba me comentó que había tenido mejores semanas, pero que no le era posible hablar pues estaba ahí su mamá (quien hasta ese momento desconocía que E.M.C. seguía consumiendo). Considerando esto acordamos vernos el siguiente martes, fecha más próxima en que él podía asistir; antes de colgar le recordé que era importante que trabajara en el logro de su meta y que confiara en él mismo, pues a lo largo de las semanas había logrado reducir su consumo, de manera que con un poco de empeño en poner en práctica el plan de acción, le sería posible alcanzarla. Dado que no le era posible hablar por teléfono libremente no se pudo hacer plan de acción, sólo se le recordó al que él se había comprometido, señalándole que era necesario que para dar el paso y decidirse a no consumir era necesario comenzar a practicar lo visto en las sesiones y en ese caso en particular sólo necesitaba solicitar el apoyo de su mamá.

TÓPICO 3. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL DESEO DE CONSUMIR COCAÍNA (2)

Asiste puntualmente a la sesión, al preguntarle cómo había estado responde “pues... bien”; notando duda en su tono de voz, le pregunté por qué lo decía en ese tono, no respondió, entonces le pregunté por qué me había dicho el viernes que había tenido mejores semanas, me platicó que después de la última sesión había tenido un consumo de 0.5 gr después del cual se había mantenido en abstinencia hasta ese día, pero que se sentía muy mal.

Le reforcé el haber alcanzado la abstinencia y al cuestionar a qué se refería con sentirse muy mal, me refirió síntomas de ansiedad como taquicardia, dificultad para respirar, nerviosismo, entre otros. Le expliqué que sentirse así era normal cuando una persona alcanzaba la abstinencia, pues su cuerpo le estaba pidiendo la sustancia, Le pregunté si tenía pensamientos sobre consumir, dijo que en realidad no, que sólo se sentía mal, ante lo cual le dije que podría manejar estos síntomas mediante ejercicios de relajación. Practicamos la respiración profunda en combinación con la relajación por imaginación.

De nuevo le reforcé el haber alcanzado su meta, explicándole que poco a poco los síntomas de la abstinencia irían desapareciendo, pero insistió en que no podía disfrutar el logro de su meta debido a que el malestar era tan intenso. En ese momento decidí aplicarle el Inventario de Ansiedad de Beck, pues considerando que llevaba casi 2 semanas de abstinencia consideré probable que cursara con un episodio de ansiedad más que con síntomas de supresión.

Los resultados del Inventario arrojaron un diagnóstico de Ansiedad Moderada (puntaje = 23), le expliqué que si bien los síntomas que refería podían ser normales al asociarlos con la abstinencia, había casos en los que la intensidad era tan elevada que comenzaban a interferir con la calidad de vida de las personas, como le sucedía a él y que estos casos lo recomendable era asistir a tratamiento especializado, por lo que le sugerí canalizarlos al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”; aceptando se solicita una carta de canalización, la cual se le entrega al término de la sesión.

Posteriormente le pedí que me contara qué estrategias había utilizado para alcanzar la abstinencia, pero no logró identificarlas, mencionando que simplemente no había consumido. Le pedí que me entregara su ejercicio y noté que en él había escrito como estrategia, no quedarse con el dinero, le pregunté cómo lo había hecho, me explicó que había empezado a trabajar formalmente con su prima en una tienda/fábrica de ropa (ropones de bautizo, trajes de presentación, vestidos de primera comunión) y que él consideraba que el mantenerse ocupado le había ayudado a no pensar en el consumo, pues además le gustaba mucho y lo hacía sentir bien. Me comenta además que al recibir su sueldo le había pagado a su hermana dinero que le debía. Le pregunté por qué en esta ocasión, contrario a veces anteriores, le había pagado a su hermana y no se había quedado el dinero para consumir, explicándome que si no le pagaba lo iba a presionar mucho y prefirió pagar.

Notando que mucho de lo que me refería incluía reestructuración de pensamientos, le volví a preguntar qué estrategias creía que había utilizado y de nuevo no las identificó, ante lo cual le hice notar que lo que estaba haciendo era reestructurar sus pensamientos y solución de problemas, por ejemplo, al tener su dinero pensó en consumir, pero prefirió pagarle a su hermana, pues de lo contrario ésta lo presionaría. También le hice notar que el mantenerse ocupado en actividades que le resultaban placenteras se apartaba de los pensamientos del consumo. Le reforcé estas estrategias explicándole que justamente esa era la finalidad del tratamiento, que él encontrara actividades placenteras que compitieran con el consumo y que lograra, mediante el balance costo/beneficio, reestructurar sus pensamientos de manera que lo alejaran del consumo. Sonriendo aceptó el reforzamiento, sin embargo volvió al tema de los síntomas de abstinencia, mencionando que eran tan intensos que no le permitían ver las cosas buenas, de nuevo le explico que es normal, pero que si recibe el tratamiento especializado pronto notará los cambios.

Seguimos con la revisión del tópico, resaltándole lo bien que lo había realizado, pues en esta ocasión se notaban recursos que no se habían visto antes:

Ejercicio 1. Identificación de Disparadores del Deseo

Este ejercicio tuvo como objetivo que E.M.C. identificara los diferentes disparadores del deseo de consumir cocaína:

| | |
|---------------------|--|
| Disparador | Me quedé con el dinero que era para la fiesta de mi hija |
| Deseo | Antes de consumir, sentí punzadas en la cabeza y me subió la temperatura de todo el cuerpo |
| Pensamiento | Sentiré placer al fumarla |
| Sentimientos | Aburrimiento y ansiedad |
| Conducta | Comprar y fumar la piedra |

En el ejercicio el usuario sólo identificó el deseo de la última vez que consumió, al preguntarle cuáles eran los disparadores que podía identificar de otras ocasiones comentó que siempre se asociaba al dinero y que los pensamientos y sentimientos siempre eran los mismos, experimentar el placer del “jalón” y ansiedad y que igualmente el deseo siempre se experimentaba con una sensación de incremento de la temperatura corporal, las punzadas en la cabeza y en ocasiones sentía malestar estomacal, descrito como un “hueco” en el estómago.

Ejercicio 2. Lista de Actividades de Evitación

Considerando los disparadores identificados en el ejercicio anterior realizó la lista de actividades basada en evitar el aburrimiento, el tener dinero y en realizar actividades placenteras para él, que lo alejaran del consumo:

| Actividad | % | ¿Qué necesito para lograrlo? | ¿Dónde puedo realizarla? |
|-------------------|-----|---|---|
| Gimnasio | 90 | Gimnasio, aparatos, bicicleta Inscribirme | Hay varios alrededor de mi casa, no hay pretexto para no ir |
| Cine | 80 | Invitar a mis hermanas, escoger la película y comprar los boletos | A 10 cuadras de mi casa está el más cercano |
| Jugar videojuegos | 100 | Una consola y dedicarle tiempo | En mi casa, en la de mis primos o con un amigo |

Al evaluar si las actividades propuestas eran factibles E.M.C. mencionó que ir al cine con sus hermanas era la menos interesante, pero que sabía que le podía ayudar, pues sobre todo su hermana mayor lo apoyaba mucho. Las actividades de ir al gimnasio y jugar videojuegos, por su parte eran las mejores opciones, pues ambas le gustaban mucho.

Posteriormente hablamos sobre otras alternativas que podrían ayudarle que iban más dirigidas hacia la parte cognitiva que a la conductual, por lo que abordamos el siguiente ejercicio.

Ejercicio 3. Autoplática Constructiva

En este punto le expliqué que cuando uno tiene pensamientos negativos o relacionados con el consumo, puede enfrentarlos cambiándolos por pensamientos positivos, para lo cual era útil el método planteado en el ejercicio, que consiste en, partiendo del pensamiento negativo, generar uno positivo basado en las consecuencias negativas de realizar la conducta y las consecuencias positivas de no realizarla y generando una alternativa que le ayude a obtener la consecuencia positiva base en el pensamiento negativo, sin necesidad de realizar la conducta negativa:

| Disparador | Autoplática destructiva | Autoplática constructiva |
|---|--|--|
| Estar solo en mi casa y tener pensamientos sobre la droga | Mi cuerpo se siente ansioso y tengo la posibilidad de adquirir droga | Mejor guardo este dinero que me puede servir para mi hija |
| Salir de trabajar y pasar por donde venden drogas | Me gustaría sentir el primer "jalón", además solo va ser una | No, mejor sigo caminando porque sé que no va a ser sólo un "jalón" y me voy a gastar todo, además cuando me pase el efecto me voy a sentir muy mal |

Al revisar el ejercicio le reforcé la forma en que lo había realizado, agregando únicamente como retroalimentación, que faltaba generar una alternativa que le ayudara a disminuir el deseo o el efecto buscado, por ejemplo, proponerse realizar ejercicios de relajación, como la respiración profunda, para disminuir la ansiedad que le había generado el disparador.

Me dijo que le había quedado muy clara la idea y en el segundo ejemplo completó la autoplática constructiva proponiendo "... mejor sigo caminando y paso a ver a mi hija y en el dinero que traigo

se lo doy a su mamá para lo que le haga falta”. Notando que al parecer sí le había quedado claro lo reforcé diciéndole que poco a poco esta estrategia se le iría haciendo más sencilla y que si lograba poner en práctica lo que se dijera en la autoplática lograría mantener la abstinencia de manera mucho más sencilla.

Una vez revisado el ejercicio pasamos al siguiente.

Ejercicio 4. Ventajas y Desventajas del Consumo

Este ejercicio lo dejó en blanco, según refirió fue debido a que era lo mismo que había puesto en el ejercicio de Balance Decisional. Le expliqué que si bien se basaba en él, la idea era recordar las ventajas de no consumir y las desventajas de consumir, las cuales le ayudarían a realizar el cambio, pues en el Balance Decisional también se habían abordado los aspectos positivos del consumo, los cuales, si en este momento los seguía recordando, le dificultarían dejar la droga. Además le expliqué que el realizar el ejercicio le ayudaría a poder tener autopláticas constructivas más eficaces.

Llenamos el ejercicio en la sesión:

| Plazo | Ventajas de no consumir | Desventajas de consumir |
|----------------|--|--|
| Corto | No tener problemas en casa | Volvería a tener problemas en casa y podrían volverme a “anexar” |
| Mediano | Sentirme bien física, mental y emocionalmente | Perdería a mi familia y a mi hija |
| Largo | Tener dinero y un buen empleo, poder darle una mejor vida a mi hija, conseguir una pareja, estar bien con mi familia | Podría enfermarme de algo o exponerme a situaciones que me dejaran lisiado o me podría morir |

Si bien, el ejercicio quedó escueto, E.M.C. identificó muy fácilmente los elementos, pues eran las inquietudes que tenía desde el inicio del tratamiento. En este punto le hice notar que en el ejercicio de Balance Decisional le había costado mucho trabajo identificar estas ventajas y desventajas y le reforcé el tener más claro el motivo para alcanzar la abstinencia.

Ejercicio 5. Plan de Enfrentamiento del Deseo

| Situación | Estrategia | Pasos |
|--|----------------|--|
| Salir de trabajar y sentir la ansiedad | Enfrentamiento | Concentrarme en no consumir, realizar el ejercicio de la autoplática constructiva y el ejercicio de relajación |

Reforzándole el elegir una estrategia de enfrentamiento, le recordé las demás estrategias, enfatizándole que a partir de la revisión del tópico había adquirido diversas estrategias que le podrían ser útiles.

Ejercicio ¿Qué voy a hacer esta semana para no consumir o controlar mi consumo?

1. *Situación de riesgo 1.* El dinero que cobre en el trabajo

Plan de acción. Dárselo a mi madre inmediatamente

Notando que era el mismo plan que había sugerido a lo largo de las sesiones, le comenté que si bien era importante evitar tener la tentación del dinero y era una estrategia que ya le había funcionado, ahora iba preparado con herramientas que le ayudarían a enfrentar (o evitar) el deseo que le podría despertar el tener el dinero; no lo forcé a generar el plan de acción en este momento, pero le dije que tuviera presente todo lo que habíamos analizado en la sesión y confiara en que las podría poner en práctica en caso necesario, pues poco a poco debería desprenderse del apoyo externo.

Ejercicio ¿Qué estrategias utilicé esta semana?

| Situación de riesgo | Plan de acción | % de efectividad ¿por qué? |
|---------------------|------------------------|-------------------------------------|
| Cobrar | No conservar el dinero | 100% porque sí funcionó, no consumí |

Concluimos el tópico reiterándole la importancia de considerar y practicar, en caso necesario, las estrategias revisadas, pues eran específicas para situaciones de deseo que eran las que él experimentaba con mayor frecuencia, haciendo un resumen de lo revisado en la sesión.

Para finalizar la sesión le reforcé el seguir asistiendo, así como los esfuerzos que había realizado, reforzándole también el haber alcanzado la abstinencia, le reiteré que el malestar que estaba experimentando era natural y que poco a poco iría disminuyendo pero que era importante que no dejara de asistir al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” para prevenir que el malestar actuara como factor de riesgo para que consumiera de nuevo.

Finalmente se le recordó el llenado del auto-registro, se le entregó y explicó el material de la siguiente sesión, para la cual se eligió Identificación y Manejo Pensamientos y se dio cita para la siguiente semana.

3.7. TÓPICO 4. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE PENSAMIENTOS SOBRE COCAÍNA

La sesión inició con la revisión del auto-registro, E.M.C. había mantenido la abstinencia; al analizar las estrategias que había utilizado refirió que el mantenerse ocupado en el trabajo le había ayudado a no tener pensamientos ni deseo de consumir. Además, refirió haber retomado el dibujo, una actividad que le gustaba mucho y que había abandonado por el consumo; esta actividad le permitía relajarse y mantenía sus pensamientos lejos del consumo.

Al preguntarle cómo había enfrentado la situación de recibir el pago en el trabajo refirió haberse dicho a sí mismo “no, mejor no”. Se le hizo notar que el pensamiento no fue muy estructurado, pero que había sido un excelente recurso, pues lo había ayudado a mantener la abstinencia.

Hasta ese momento, E.M.C., seguía sin identificar claramente qué era lo que hacía para mantener la abstinencia y cuando se le retroalimentaba y se le explicaban cada una de las estrategias que estaba utilizando parecía que no lo veía claramente. Refería que la sensación desagradable que le producía la ansiedad no le permitía ver claramente las cosas y que de igual manera le impedía disfrutar la abstinencia y asimilar los beneficios que pudiera estar obteniendo.

Le expliqué nuevamente que la sensación negativa iría disminuyendo conforme siguiera la abstinencia, pero que le podía ayudar el seguir practicando la respiración profunda, ante los síntomas de ansiedad identificados (bochornos, inseguridad, taquicardia, temblor de mando, opresión en el pecho). En este momento abordamos el tema de la canalización de la sesión anterior; comentó que esa semana no le había sido posible asistir a la preconsulta en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, pues su mamá no lo había podido acompañar, pero que habían acordado ir en el transcurso de esa semana. Le recordé la importancia que tenía el asistir, pues los síntomas que refería podían ponerlo en riesgo de recaer si no los atendía adecuadamente y le hice énfasis en que siguiera practicando la relajación para disminuirlos.

Continuamos con la revisión del tópico:

Ejercicio 1. Diario de Pensamientos

El ejercicio tenía el objetivo de identificar la situación relacionada con el consumo, los pensamientos asociados y la evaluación de la veracidad actual y posterior de dichos pensamientos.

| Día | 1 | 2 |
|--------------------------|--|--|
| Situación | Salir de una disco | Salir del trabajo |
| Pensamiento automático | Necesito consumir y sentir el primer "jalón" | Estoy aburrido, podría consumir una piedra |
| % de veracidad actual | 90% | 60% |
| % de veracidad posterior | 30% | 20% |

E.M.C. no completó el ejercicio, situación que se había presentado en todos los tópicos, por lo que le recordé que era importante que los realizara de la manera más completa posible, pues ello le permitiría conocer mejor los detalles de su consumo, lo que a su vez le permitiría realizar mejores planes de acción y estar mejor preparado para prevenir el consumo.

Analizando sus respuestas, se identificó que los pensamientos eran los que había referido a lo largo de las sesiones haciéndole notar que los porcentajes de veracidad, al momento en que tenía el pensamiento siempre eran mucho más elevados que posteriormente; le expliqué que tener en mente este cambio le ayudaría a poder cambiarlos o a poder desarrollar una autoplática constructiva.

Ejercicio 2. Identificación de Pensamientos Asociados al Consumo

El objetivo del ejercicio era identificar pensamientos asociados con el uso de cocaína, previos al consumo, analizando el estado negativo físico, psicológico y social, que lo llevaba a consumir:

| Estados positivos, negativos y pensamientos | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Situación | Físico | Psicológico | Social |
| Salir de una disco | Ansiedad | Felicidad | Revivir viejos tiempos |
| Pensamientos | | | |
| | Voy a sentir el primer "jalón" | Voy a olvidar mis problemas | Que vean que sigo siendo el mismo |
| Estados positivos, negativos y pensamientos | | | |
| | Físico | Psicológico | Social |
| Salir del trabajo | Cansancio Aburrimiento | Me deprime gastarme todo mi dinero | No hubo |
| Pensamientos | | | |
| | Sentir más energía | Aferrarme a no consumir | No hubo |

Nuevamente, los estados y pensamientos descritos fueron los que se iban manejando desde el inicio del tratamiento, únicamente se agregaba el área social, en la que identificó que el consumo podía darse debido a esta situación y en realidad no se había detenido a verlo anteriormente.

De nuevo le señalé que conocer las situaciones, pensamientos y estados asociados al consumo, le ayudaría posteriormente a lograr un mejor manejo y prevención del consumo.

Ejercicio 3. Enfrentamiento de Pensamientos sobre Cocaína

Este ejercicio tenía la finalidad de identificar diferentes aspectos relacionados con el consumo para desarrollar planes de acción que le ayudaran a enfrentar el consumo:

| Disparador | Pensamiento | ¿Qué tan real? | Cambio | Otras actividades |
|-----------------------|--|----------------|---|-------------------|
| Ir a disco con amigos | Me sentiré bien solo unos segundos, pero vale la pena | 90 % | Tal vez me sienta bien, pero puedo ponerme agresivo y llegar mal a mi casa lo que me provocaría problemas, no hace falta pasar por todo lo malo que me trae la piedra, mejor no consumo, mañana voy a despertar feliz y sin arrepentimiento | Estar con mi hija |
| Salir de trabajar | Si consumo se me va a quitar el aburrimiento y olvidaré mi problemas | 60% | Tal vez se me quite el aburrimiento pero entraré en la <i>paranoia</i> , mejor enfrente mis problemas para crecer como persona; no la necesito para estar y sentirme bien | Estar con mi hija |

Al llegar a este ejercicio noté que estaba bastante completo y bien hecho, se lo reforcé indicándole que lo único que faltaba era agregar otras actividades que le ayudaran a evitar el consumo, pues su hija podría no siempre estar disponible y mientras más alternativas de actividades tuviera mayor sería la posibilidad de prevenir una recaída.

Ejercicio 4. Actividades Prioritarias

La finalidad de la actividad era que E.M.C. se diera cuenta de que tenía actividades prioritarias por las cuales valía la pena mantener la abstinencia:

| Actividad | ¿Por qué es importante? | Jerarquía |
|-----------------------------|---|-----------|
| Ir al gimnasio | Porque me he descuidado y quiero volver a sentirme bien físicamente | 2 |
| Estar con amigos sin vicios | Nunca he tenido este tipo de amigos y pienso que me ayudaría mucho | 3 |
| Estar con mi hija | Porque me gusta mucho estar con ella y cuidarla | 1 |

Al término de la revisión de los ejercicios en papel hablamos sobre otras estrategias que podría utilizar para evitar o enfrentar sus pensamientos relacionados con el consumo: Actividades de distracción, como el dibujar; tener presentes las metas que quería alcanzar; hacer un balance decisional y platicarlo con alguien, para lo cual era necesario tuviera una lista con los teléfonos de esas personas, el hacerlo le ayudaría a olvidarlos pues se podría concentrar en otra cosa.

Ejercicio ¿Qué voy a hacer esta semana para no consumir o controlar mi consumo?

1. *Situación de riesgo 1.* Cobrar en el trabajo

Plan de acción. Dárselo a mi mamá

Nuevamente proponía el plan de semanas anteriores, debido a que le había resultado efectivo sólo le recordé que era necesario que poco a poco fuera dejando el apoyo externo, que considerar las nuevas estrategias que se habían abordado, haciéndole notar que algunas de ellas ya las estaba practicando, como la autoplática constructiva abordada en la sesión anterior, así como las actividades prioritarias y las de distracción.

Ejercicio ¿Qué estrategias utilicé esta semana?

| Situación de riesgo | Plan de acción | % de efectividad ¿por qué? |
|---------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Cobrar | Darle el dinero a mi mamá | 100% porque sí funcionó, no consumí |

Antes de concluir la sesión E.M.C. me comentó que estaba muy contento con el tratamiento y con los cambios obtenidos hasta ese momento, pues consideraba haber obtenido consejos y adquirido estrategias útiles, además de que le gustaba el trato que recibía desde que llegaba hasta que se iba; que esta sensación no la había tenido en los tratamientos anteriores. Mencionó también que el material de trabajo, aunque nunca lo llenaba completo, le gustaba mucho pues parecía que estaba hecho como si realmente los que trabajábamos en el CEPREAA entendiéramos lo que les pasa a los usuarios y que eso lo hacía sentirse identificado. Agradeciéndole el reforzamiento, le señalé que los logros que había obtenido se debían a su esfuerzo, que nuestro trabajo era sólo, ayudados del material, mostrarle las estrategias, pero que los resultados se debían a él, por lo que lo invitaba a seguir con el mismo empeño y dedicación.

Concluimos la sesión recordando el llenado del auto- registro, se le entregó el material de la siguiente sesión, para la cual eligió Decisiones Aparentemente Irrelevantes y concertando la cita para la siguiente semana.

3.8. TÓPICO 5. DECISIONES APARENTEMENTE IRRELEVANTES (1)

La sesión que estaba programada no se pudo trabajar, pues E.M.C. asistió sin el material, explicando que había ido al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” y no le había dado tiempo de regresar a su casa, por lo que dedicamos la sesión al análisis del auto-registro en el que, después de casi cuatro semanas de abstinencia, reportó haber tenido un consumo al cual se refirió como una recaída.

E.M.C. refirió sentirse muy mal, considerar que nada valía la pena, pues después de casi un mes de abstinencia había recaído. Ante lo antes descrito, le pregunté cuánto había consumido, dijo que 2.5 gr el domingo. Recordando que el patrón de consumo previo era de hasta 6 gr, dos días a la semana, traté de motivarlo, recordándole la metáfora de la montaña, le expliqué que en proceso de recuperación podía haber resbalones en lo que hubiera algún consumo, que lo importante era no dejarse caer sino analizar lo que había sucedido y prevenir que sucediera en futuras ocasiones, siempre y cuando lo tomara como una experiencia de aprendizaje.

Le pedí que me contara lo que había sucedido:

El domingo estaba jugando videojuegos con sus sobrinos y recibió de su prima el pago de la semana de trabajo; se fue a su casa con la intención de darle el dinero a su mamá. Cuando llegó no había nadie en la casa y le asaltó en pensamiento de consumir *“puedo ir por un papel, lo que no me gaste se lo doy a mi mamá”* sic. En ese momento intentó cambiar el pensamiento, lo cual no logró pues comenzó a experimentar deseo, referido como síntomas de ansiedad. Esta sensación lo llevó a pensar *“solo va a ser un papel, seguro que sí puedo y el dinero que me sobre se lo doy a mi mamá”*. Se mantuvo en ambivalencia durante 30 minutos aproximadamente, pero al final no pudo resistir y fue a comprar un papel el cual fumó en calle. Refirió que en ese momento se sintió físicamente satisfecho, pero el pensamiento de consumir más siguió. Al no manejarlo adecuadamente, compró dos papeles más, los cuales también fumó en la calle. Regresó a su casa, donde encontró a su familia, debido a que aún percibía los efectos de la intoxicación tomó un baño, con la idea de tranquilizarse y distraerse. Al salir del baño la ansiedad no había disminuido, por lo que salió de la casa y fue a comprar dos papeles más y los fumó, terminándose todo el dinero que había cobrado.

Al no tener más dinero y recordando, según refirió, que le había ofrecido ese dinero a su mamá para que comprara cosas para la casa, se dirigió a casa de la mamá de su hija y le pidió dinero prestado; ella se lo negó.

Sin otra solución en mente optó por regresar a su casa donde fue confrontado por su mamá, refirió que en un inicio pensó negarlo y mentirle a su mamá, pero que reconoció que hacerlo sería volver a hacer lo que hacía antes, por lo que decidió decirle la verdad y solicitarle ayuda respecto al cobro de su sueldo. Su mamá, aunque molesta con él, aceptó ayudarlo, acordando que le pedirían a la prima que le diera el dinero directamente a ella.

La mamá decidió no comentarle nada a su hija ni a su esposo para que no lo “anexaran”, pero amenazó con ser la última vez que procedía de esa manera y exigiéndole que siguiera el tratamiento y le platicara todo a su terapeuta.

E.M.C. siguió el relato comentando que al día siguiente (lunes), al ir a recoger a su hija, la mamá le dijo que si regresaba a lo mismo ya no le permitía ver a la niña, ante lo cual él se disculpó y comprometió a no hacerlo.

Al preguntarle cómo se sentía y que pensaba sobre lo que había sucedido, E.M.C. comentó que le haber sido amenazado nuevamente con ser “anexado” y de no volver a ver a su hija, lo había hecho recordar su meta de abstinencia y lo había hecho sentir muy mal, pero que pensaba que si volvía a trabajar como lo había hecho podría evitar ambas situaciones.

Le hice notar que era imperativo que cambiara sus pensamientos sobre ser capaz de consumir solo una dosis, pues debía que entender que fisiológicamente tenía una dependencia caracterizada por la pérdida de control en el consumo; además de que dicho pensamiento se contraponía a su meta de abstinencia.

Analizamos las alternativas que tuvo para que el consumo no se hubiera presentado, entre las que mencionó que hubiera podido regresar con sus sobrinos, pero que no lo había hecho pues consideró que podía controlar el consumo.

Reconoció las consecuencias negativas a las estuvo expuesto; al preguntarle cuáles habían sido las positivas mencionó que la intoxicación no la había disfrutado, pero que le había dado la oportunidad de hablar con mamá y aplicar el plan de acción que había planteado desde el principio y no arriesgarse, como lo había estado haciendo, a llevárselo él en persona.

Reconociendo que el consumo se había debido a un mal manejo de pensamientos y a una prueba de auto-control, le aclaré que por el momento estaba bien que se apoyara en su mamá, pero que era necesario que asumiera la responsabilidad de su recuperación., haciéndole notar que ya lo había logrado durante cuatro semanas y que debía confiar en él mismo, que había logrado poner en práctica sus habilidades y que este suceso no debía hacerlo retroceder.

Para ese momento comentó que la ansiedad que había experimentado en semanas pasadas había disminuido (parecía ya no ser un factor de riesgo), sin embargo, le sugerí no dejara de asistir a su consulta en el Instituto.

Aunque al parecer E.M.C. había logrado un buen análisis de la situación e identificaba los antecedentes y consecuencias de su conducta y había adquirido nuevamente la motivación para continuar su proceso de recuperación, le sugerí retomara todos los tópicos que se habían revisado hasta el momento, considerando la situación actual, de manera que obtuviera un mayor beneficio.

Para concluir, le reforcé su asistencia, el haber sido sincero y el haber trabajado antes y durante la sesión el tema del consumo y las estrategias que había puesto los demás días, pues había sido capaz de detener el consumo de manera que se mantuviera en un día; recordándole también que

eran necesario que siguiera poniendo en práctica las estrategias que se habían revisado y los planes de acción nuevos y los que ya le habían funcionado. Le recordé el llenado del auto-registro y del material de sesión de Decisiones Aparentemente Irrelevantes y acordamos la cita para la siguiente sesión.

Para finalizar, me solicitó que hablara con su mamá (a petición de ella), sobre lo sucedido. Al hablar con la señora me corroboró lo sucedido; quería saber qué tan grave había sido la recaída de E.M.C., le expliqué el proceso de adicción y el de recuperación donde la “recaída” puede ser “normal”, que lo importante es verla como una experiencia de aprendizaje para prevenir futuras situaciones y que el apoyo que le estaba dando a su hijo era de mucha ayuda, pero que ante la situación que estaba enfrentando y al decidir enfrentarla sin comentarlo con su hija o con su esposo, le podía sugerir el tratamiento para familiares, donde podría encontrar apoyo para enfrentar la situación. Aparentemente la señora se fue más tranquila, refiriendo considerar lo del tratamiento para ella.

TÓPICO 5. DECISIONES APARENTEMENTE IRRELEVANTES (2)

E.M.C. asistió a la sesión refiriendo haber estado en abstinencia desde la sesión anterior, al revisar la estrategias utilizadas mencionó que puso en práctica el plan de acción que había acordado con su mamá y que además no había tenido pensamientos ni deseo de consumir, pues nuevamente se había enfocado en el trabajo para mantenerse ocupado.

Reforzándole su esfuerzo y su avance continuamos con la revisión del tópico:

Ejercicio 1. Análisis de las Decisiones Aparentemente Irrelevantes (DAI)

El objetivo del ejercicio era que el usuario identificara y analizara una cadena de DAI, para poderlas aplicar en su caso y evitar el consumo.

¿Qué piensas de lo que dijo Pedro? Que hizo mal porque tal vez inconscientemente quería drogarse sin darse cuenta y por eso hizo las cosas

¿Este tipo de DAI se relaciona contigo? Sí, siempre pude haber hecho otras cosas que no me llevara al consumo

Me comentó que lo que había sucedido en su consumo anterior podía relacionarse con el tema de las DAI y que lo que habíamos platicado la semana pasada le había hecho que se identificara mucho con el tema y que aunque el material lo había llenado antes de que le sucediera la caída lo había analizado con lo que sucedió y se había dado cuenta de su cadena de DAI y las comento, lo cual le fue reforzado.

Ejercicio 2. Identificación de Ejemplos Personales de DAI

El ejercicio tuvo por objetivo la identificación de ejemplos personales donde hubiera tomando DAI que lo hubieran llevado al consumo:

| | Situación 1 | Situación 2 | Situación 3 |
|------------------------|---|--|--|
| DAI | Querer ir a una disco | Ir a trabajar | Quedarme en casa y pensar en sentir el efecto de consumir |
| 1er eslabón | Ir a la disco | Estar en mi trabajo | Pensar que podía consumir solo una piedra |
| 2º eslabón | Estar con viejos amigos | Tomar dinero que no era mío | Pensar que “para qué me torturaba tanto, mejor ir a comprarla” |
| 3er eslabón | Tomar alcohol y fumar | Comprar alcohol | |
| Otros eslabones | Platicar sobre drogas | Cerrar el negocio Consumir ahí | |
| Último eslabón | Comprar cocaína | Invitar a un amigo que llevó cocaína | Ir a comprar |
| Resultado | Consumir cocaína | Consumir cocaína | Consumirla |
| Plan | Salir sólo a platicar con un familiar o un verdadero amigo Ir a jugar con mis primos | Trabajar responsablemente No tomar dinero que no es mío | Regresar a jugar con mis primos Buscar a mi hija Dibujar |

Al revisar el ejercicio, identificamos el consumo de alcohol como un precipitador del consumo, el cual se había visto en las semanas anteriores, haciendo una breve revisión de su patrón de consumo y considerando los datos de la entrevista inicial, le hice ver que si bien el consumo de alcohol no representaba un problema, era importante ver que podía precipitarle el consumo de cocaína, por lo que debía considerar la posibilidad de abandonar el consumo de alcohol, pues de no hacerlo podía seguir cayendo en cadenas de DAI. Me dijo que lo consideraría.

Ejercicio 3. Decisiones Futuras

El objetivo de este ejercicio era que el usuario analizara las decisiones que pudieran estar relacionadas con su consumo durante la semana y que considerara alternativas saludables y de riesgo para cada una de ellas:

| Situación | Alternativa Saludable | Alternativa de Riesgo | Decisión a Tomar |
|-----------------------|--|--------------------------------------|--|
| Salir a caminar | Ir por las calles en que no vendan (alejarme de ellas) | Pasar por sitios donde pueda comprar | Ir por lugares seguros |
| Estar solo en mi casa | Distraerme haciendo labores del hogar | Pedir prestado para comprar | Distraerme haciendo labores en mi casa |

Reforzando la identificación de situaciones de riesgo y las alternativas saludables generadas le comenté que eran necesario buscar diferentes alternativas saludables, pues en caso de que una no fuera posible de realizar en un momento de riesgo podría robar otra.

Ejercicio ¿Qué voy a hacer esta semana para no consumir o controlar mi consumo?

1. *Situación de riesgo 1.* Que me paguen

Plan de acción. Que mi prima le dé el dinero personalmente a mi mamá y ella sepa qué hacer con él

Como en ocasiones anteriores, le recordé que era importante generar un plan alternativo, en el que no depositara la responsabilidad en su mamá; le hice notar que si bien este plan le estaba funcionando, la idea era que él llegara a lograrlo solo y que era importante ir generando estos nuevos planes para cuando adquiriera el suficiente nivel de auto-eficacia como para ponerlos en práctica.

Ejercicio ¿Qué estrategias utilicé esta semana?

| Situación de riesgo | Plan de acción | % de efectividad ¿por qué? |
|---------------------|--|---|
| Me pagaron | Mi prima le dio el dinero a mi mamá y ella lo administró | 100% porque se usó el dinero en cosas que valen la pena |

Al terminar la revisión del tópico E.M.C. me comentó que había algo que no me había comentado y era que el domingo se había sentido muy ansioso por consumir y que había tomado alcohol (tequila) para tranquilizarse, lo cual sí logro, pero que había consumido tal cantidad (1/2 lt, aproximadamente 12 tragos estándar) que había llegado al estado de embriaguez; al día siguiente se había sentido muy mal por lo ocurrido, por lo que decidió tirar el 1/2 lt que le sobraba de la botella y que al hacerlo se había arrepentido, pero ya lo había tirado. Comentó que ahora, después de lo visto en el tópico estaba convencido de que no quería volver a consumir así, pues comprendía las consecuencias positivas y negativas de hacerlo, pues corría el riesgo de desarrollar otra adicción, además de que no era una buena alternativa para enfrentar la situación.

Le reforcé el habérmelo comentado, pues en el ejercicio de identificación de ejemplos personales de DAI, al identificar que el consumo de alcohol era un disparador del consumo, se había concretado a responder que consideraría la posibilidad de dejarlo. Respondió había sido lo revisado en la sesión lo que lo había hecho decirme lo ocurrido y en ese momento lo llevaba a concluir que era la mejor opción si realmente quería cambiar.

Le comenté que en ese momento estaba dando un gran paso y que dado que el consumo de alcohol no le representaba un problema le sería mucho más sencillo no consumir, sugiriéndole como estrategia el cambio de pensamiento basado en las consecuencias negativas que podría tener si consumía alcohol, como desarrollar una dependencia o consumir cocaína por el estado de embriaguez y que podía tener una autoplática constructiva en la que se reconociera capaz de no consumir, pues en realidad sí podía y lo había demostrado en otras ocasiones. Para concluir la sesión le recordé a E.M.C. el llenado de su auto-registro y le entregué y expliqué el material de la siguiente (Solución de Problemas) y se agendó cita para la siguiente sesión.

3.9. TÓPICO 6. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La cita para esta sesión fue cancelada debido a que E.M.C. estuvo enfermo, pero asistió la siguiente semana como se programó por teléfono con su mamá.

Asistió a la sesión refiriendo seguir en abstinencia, mediante la aplicación del plan de acción. Comentó sentirse mucho mejor de la ansiedad que había experimentado semanas atrás; debido a que estuvo enfermo no asistió al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” y consideraba que ya no era necesario pues se sentía considerablemente mejor. Le comenté que era de esperar que la ansiedad disminuyera conforme avanzaba el tiempo y disminuían los síntomas de abstinencia, pero que era importante no dejarlo pasar, pues sería mejor que lo revisara un especialista, pero que la decisión era suya (cabe señalar que además de lo que refería sí se notaba mucho más tranquilo).

Comentó que dado que la ansiedad había disminuido, en ese momento era capaz de disfrutar los beneficios de mantenerse en abstinencia, como no tener problemas en casa y poder ver libremente a su hija sin miedo a que se lo prohibieran. Refirió que podía darse cuenta de las estrategias que estaba utilizando para poder mantenerse sin consumo, mencionando que básicamente era el balance decisional (realizado mentalmente) y la reestructuración cognitiva, en ambos ejercicios basándose en las consecuencias negativas del consumo y en el establecimiento de actividades prioritarias, su trabajo y estar con su hija.

Mencionó que en esa semana había tenido dinero, pues se lo había llevado a la mamá de su hija y que había tenido momentos en los que había presentado pensamientos sobre consumir, pero que mediante la aplicación de las estrategias aprendidas como la respiración profunda y la realización de actividades alternativas (dibujo) no había consumido; le reforcé este avance explicándole que a eso me refería con que poco a poco iría adquiriendo mayor nivel de autoeficacia, que no era necesario que se expusiera a situaciones de riesgo, pero que ahora podía tener la confianza de enfrentarlas, pues ya lo había hecho y el resultado había sido positivo.

Recordando lo comentado al término de la sesión anterior, le pregunté qué avances había tenido respecto a la realización de actividades que le gustaran, a lo que respondió que por falta de dinero, pues había pasado mucho para los gastos de su hija, no había ido a ver lo del gimnasio, pero que había estado dibujando mucho, lo cual lo había hecho sentir mejor. Le reiteré la importancia de realizar actividades placenteras, como medio para protegerse de las desventajas de dejar de consumir, de manera que las ventajas del consumo no adquirieran fuerza nuevamente, se comprometió a realizar dichas actividades y a pedir informes sobre el costo del gimnasio.

Pasamos a la revisión del tópico, comentó que no lo había hecho bien pues no le había quedado clara la lectura, por lo que lo revisamos ahí mismo:

Ejercicio 1. Solución de Problemas Relacionados con el Consumo

El objetivo de este ejercicio fue que el usuario pusiera en práctica la estrategia de solución de problemas.

Situación 1. Estar con los mismos amigos de consumo y con los que empecé a consumir

Solución que has usado antes y evalúala. Alejarme de ellos

1. **Reconoce que hay un problema:** Los amigos que tengo son de consumo
2. **Identifica y especifica el problema:** Quiero tener amigos que no consuman
3. **Genera alternativas:** Buscar amigos de antes; conocer nuevos amigos
4. **Toma decisiones y aplica la solución:** Buscar amigos de antes
5. **Evalúa la aproximación seleccionada:** Creo que es buena, sólo falta aplicarla

Situación 2. Tener dinero

Solución que has usado antes y evalúala: Que el dinero lo maneje alguien más

1. **Reconoce que hay un problema:** Pienso que puedo controlar el consumo
2. **Identifica y especifica el problema:** Consumo y se me sale de control
3. **Genera alternativas:** No pensar que puedo controlarlo; realizar otras actividades
4. **Toma decisiones y aplica la solución:** No pensar que puedo controlarlo
5. **Evalúa la aproximación seleccionada:** Sirve mucho, he logrado no consumir

Al revisar el ejercicio noté que algunos pasos parecían no haber quedado claros, por lo que los analizamos:

Situación 1. Estar con los mismos amigos de consumo y con los que empecé a consumir

Solución que has usado antes y evalúala. Alejarme de ellos, funciona mientras la aplico, pero luego vuelvo a buscarlos

1. **Reconoce que hay un problema:** El que mis amigos sólo sean de consumo y alejarme de ellos me hace sentirme sólo y triste
2. **Identifica y especifica el problema:** Mis amigos son sólo de consumo
3. **Genera alternativas:** Buscar amigos de antes; conocer nuevos amigos
4. **Toma decisiones y aplica la solución:** Buscar amigos de antes
5. **Evalúa la aproximación seleccionada:** Como antes de consumir ya eran mis amigos, considero que si los busco voy a poder tener una buena relación con ellos y así además, puedo conocer nuevos amigos

Situación 2. Tener dinero

Solución que has usado antes y evalúala: Que el dinero lo maneje alguien más

1. **Reconoce que hay un problema:** El no tener la fortaleza de manejar mi propio dinero me hace sentir enojo, tristeza y siento que no soy responsable ni maduro

2. **Identifica y especifica el problema:** Cuando tengo dinero pienso en consumir y en que podré controlar el consumo
3. **Genera alternativas:** No pensar que puedo controlarlo; realizar otras actividades; seguir dejando que alguien más maneje mi dinero
4. **Toma decisiones y aplica la solución:** No pensar que puedo controlarlo, tener una autoplática constructiva
5. **Evalúa la aproximación seleccionada:** Sirve mucho, he logrado no consumir

Le enfatiqué que si bien muchos de sus problemas actuales se relacionaban con el consumo, esta estrategia le sería útil para solucionar cualquier tipo de problema que se le presentara, que era importante que recordara las claves que podían ayudar a reconocer que tenía un problema: sentir preocupación, enojo, ansiedad, tristeza, que otras persona se lo señalaran, incomodar a los demás, etc. y que una vez que reconociera que tenía un problema podría especificarlo y poner en práctica la estrategia completa.

Para finalizar la revisión pasamos al resto de los ejercicios.

Ejercicio ¿Qué voy a hacer esta semana para no consumir o controlar mi consumo?

1. *Situación de riesgo 1.* Cobrar en el trabajo

Plan de acción 1. Que mi prima se lo de a mi mamá

Plan de acción 2. Pensar en las otras cosas que puedo y tengo que hacer con el dinero, recordar las consecuencias negativas del consumo y hacer una reestructuración cognitiva

Le pregunté por qué a pesar de haber enfrentado la situación de riesgo con el segundo plan de acción elegía el primero, a lo que respondió que aunque sabía que le servía y que ahora se daba cuenta de que sí podía enfrentarlo, por el momento prefería no exponerse a la situación de riesgo si no era necesario. Le reforcé que pensara en protegerse, comentándole que conforme fuera

avanzando y poniendo en práctica sus estrategias iría adquiriendo mayor confianza y terminaría por lograr enfrentar la situación satisfactoriamente, que no estaba mal que buscara el apoyo y control externos, pero que poco a poco tendría que poner en práctica las estrategias que había adquirido, había probado obteniendo resultados positivos, de manera que fuera asumiendo la responsabilidad de su abstinencia.

Ejercicio ¿Qué estrategias utilicé esta semana?

| Situación de riesgo | Plan de acción | % de efectividad ¿por qué? |
|---------------------|--|-------------------------------------|
| Tener dinero | Que mi prima se lo de a mi mamá | 100% porque sí funcionó, no consumí |
| Tener dinero | Pensar en las otras cosas que puedo y tengo que hacer con el dinero, recordar las consecuencias negativas del consumo y hacer una reestructuración cognitiva | 100% porque sí funcionó, no consumí |

Para concluir la sesión, le entregué el material del siguiente tópico (Habilidades Asertivas de Rechazo) y se lo expliqué; le recordé el llenado del auto-registro y agendamos la cita para la siguiente semana.

3.10. TÓPICO 7. HABILIDADES ASERTIVAS DE RECHAZO

E.M.C. asistió a su sesión puntualmente, la cual inició con la revisión del auto-registro, el cual se mantenía en ceros; se le reforzó dicho mantenimiento cuestionándole qué le había ayudado a lograr su meta, respondiendo que conforme la ansiedad iba disminuyendo era capaz de realizar reestructuración cognitiva basada tanto en las consecuencias negativas del consumo, como en el logro de sus metas y/o necesidades, como era lograr tener un negocio propio de manufactura de ropa (vestidos para presentaciones y quince años) y cubrir las necesidades de su hija, lo cual también le fue reforzado enfatizando que para esa sesión llevaba cuatro semanas sin consumo, con un nivel mucho más bajo de ansiedad, con una avance en el enfrentamiento de su principal

situación de riesgo (tener dinero) y en la aplicación y reconocimiento de las estrategias que estaba utilizando, motivándolo a seguir adelante e intentando incrementar su nivel de autoeficacia, haciéndole ver que sus esfuerzos estaban reflejándose de manera positiva, pues hasta su relación familiar y con la mamá de su hija habían mejorado significativamente.

Una vez terminada la revisión y la retroalimentación seguimos con la revisión del material del tópico correspondiente, el cual llevaba en blanco pues no había logrado identificar a ningún proveedor, mencionando que desde que inició el consumo de *crack* nadie se lo había ofrecido, siendo él quien se aproximaba al *dealer* (proveedor). Ante dicha situación le propuse que trabajáramos con situaciones hipotéticas y con ofrecimientos de alcohol, pues a lo largo del tratamiento él había identificado que dicha sustancia podía ser un disparador del consumo de cocaína.

Ejercicio 1. Análisis de la Situación

El objetivo del ejercicio era que el usuario aprendiera a identificar a sus proveedores

| Quién | Cuándo | Dónde | Cómo |
|----------------------|---|-------------------------|--|
| Compañero de escuela | Cuando entre nuevamente, en alguna fiesta | Casa de algún compañero | Ofreciéndome una copa en la fiesta |
| Cuñados | Reunión familiar | Casa de algún familiar | Ofreciéndome algo de tomar cuando llegue |

Ejercicio 2. Evaluación de las Respuestas Asertivas

Su objetivo era que el usuario evaluara la efectividad de las respuestas asertivas, las respuestas fueron elaboradas considerando situaciones hipotéticas de ofrecimiento tanto de alcohol como de cocaína

| Respuesta | Tipo de Respuesta |
|---|-------------------|
| 1. No, ya no le hago a eso | Asertiva |
| 2. Creo que ya no necesito eso para estar bien | Pasiva |
| 3. No, porque ya no tengo trabajo y no tengo para pagar | Pasiva |
| 4. No, simplemente ya no quiero, no insistas | Asertiva |
| 5. ¿Qué crees? Ya lo dejé, pero gracias | Asertiva |
| 6. ¿Te pido un favor? Ya no me ofrezcas coca | Asertiva |
| 7. No, me siento mejor sin consumir | Asertiva |

Al evaluar el tipo de respuesta le recordé la diferencia entre los tipos de respuesta, haciendo hincapié en evitar tanto las respuestas pasivas como las agresivas y que era importante que trabajar en las respuestas asertivas, pues en algunas ocasiones dichas respuestas podían parecer pasivas o agresivas, como el caso de las respuestas 2, 3, 4 y 5.

Respuestas más efectivas

1. No, simplemente ya no quiero, no insistas

¿Por qué? Porque él verá que en verdad no quiero y no va a insistir

2. No, me siento mejor sin consumir

¿Por qué? Porque le voy a mostrar que ya no la necesito para estar bien

3. ¿Te pido un favor? Ya no me ofrezcas coca

¿Por qué? Porque si soy claro ya no me va a ofrecer

4. No, simplemente ya no le hago a eso

¿Por qué? Porque va a entender que ya no consumo

Cuando se realizaron los ensayos conductuales, E.M.C. mostró seguridad a través del lenguaje tanto verbal como no verbal, lo cual le fue reforzado, insistiéndole en que para que una respuesta fuera asertiva era indispensable valerse del lenguaje no verbal y que era un requisito indispensable que él estuviera seguro de su respuesta y de su decisión de no consumir para que dicha seguridad le fuera reflejada al proveedor.

Ejercicio 3. Respuestas Asertivas al Ofrecimiento de Coca

Nuevamente los ejemplos se hicieron con situaciones hipotéticas o ante el ofrecimiento de alcohol

| Proveedor | Lo que le diré | Pasos para eliminar el acceso |
|----------------------------|--|---|
| Un compañero de la escuela | ¿Sabes qué? Estoy mejor sin eso, ya no me ofrezcas | 1. Borrar a esa amistad 2. Dejarle de hablar y que vea que no me interesa su amistad |
| Mis cuñados | No, gracias, ya no tomo | No hay porque son mi familia, pero puedo no estar con ellos en la reunión familiar |

En este ejercicio le hice notar que sus pasos para el proveedor 1 podían ser un tanto complicados, pues era una situación similar a la segunda, pues los compañeros de escuela serían sus compañeros todo el curso, pero que el alejarse de él sería una buena alternativa.

Ejercicio ¿Qué voy a hacer esta semana para no consumir o controlar mi consumo?

1. *Situación de riesgo 1.* Cobrar en el trabajo

Plan de acción 1. Que mi mamá cobre mi dinero

Plan de acción 2. Pensar en las otras cosas que puedo y tengo que hacer con el dinero, recordar las consecuencias negativas del consumo y hacer una reestructuración cognitiva

Como en semanas anteriores, los planes de acción eran los mismos pues hasta el momento le habían traído excelentes resultados, refiriendo que aunque se sentía más capaz de tener el dinero aún prefería no exponerse propositivamente al dinero.

Ejercicio ¿Qué estrategias utilicé esta semana?

| Situación de riesgo | Plan de acción | % de efectividad ¿por qué? |
|---------------------|--|----------------------------|
| Tener dinero | Que mi prima se lo de a mi mamá | 100% no consumí |
| Tener dinero | Pensar en las otras cosas que puedo y tengo que hacer con el dinero, recordar las consecuencias negativas del consumo y hacer una reestructuración cognitiva | 100% no consumí |

Para finalizar la sesión le expliqué que la siguiente semana tendríamos la última cita semanal, posterior a lo cual se harían los seguimientos para evaluar sus avances, prevenir situaciones de riesgo que se pudieran presentar y trabajar estrategias y planes de acción que requirieran mayor detalle o tuvieran que ser revisadas o retomadas; le hice un resumen de los avances que había observado a lo largo de las semanas, resaltando que para ese momento era capaz de mantenerse sin consumo, mediante la aplicación de estrategias de evitación (realización de actividades de distracción como el dibujo), metas efectivas (el trabajo y su hija) y habilidades de enfrentamiento (reestructuración cognitiva y balance decisonal).

Le mencioné que era importante que monitoreara su estado anímico, sobre todo en lo referente a la ansiedad, pues a lo largo de las semanas había sido su principal disparador y una emoción que no sólo lo había generado malestar, sino que lo había llevado al consumo y le había impedido poner en práctica sus estrategias de no consumo obstaculizando además que fuera capaz de observar sus avances.

Comentó que en realidad, en ese momento se daba cuenta de que no eran tan difícil dejar de consumir, que sólo era cuestión de decisión, la cual, le comenté, había sido realmente tomada un par de sesiones atrás, cuando se retomó el balance decisional y se le había preguntado directamente en cuál de los cuatro cuadrantes se ubicaba a sí mismo; le señalé que mientras tuviera clara su decisión y presentes sus razones de cambio y sus metas de vida, podría seguir avanzando ya no en alcanzar la abstinencia sino en mantenerla, pues ya tenía un mes sin consumo y en mejorar su calidad de vida.

Concluimos la sesión con la entrega y explicación del tópico de Restablecimiento de Metas, se le recordó el llenado del auto-registro y se concertó la cita para la siguiente semana.

3.11. TÓPICO 8. RESTABLECIMIENTO DE METAS

Última sesión semanal programada, E.M.C. asiste puntualmente, se observa menos ansioso, lo cual también él refiere. Iniciamos con la revisión del auto-registro, el cual permanece en cero, no habiendo consumido *crack* desde hace 5 semanas, lo cual refirió, le hacía sentir no sólo físicamente mejor, sino emocionalmente también, además de sentir mucha más confianza de lograr el mantenimiento. Le reforcé la abstinencia, el incremento de la autoeficacia y las estrategias utilizadas hasta ese momento, que como ya se ha mencionado en tópicos anteriores, eran dedicarse al trabajo y dibujar, como estrategias de evitación, las metas efectivas como el trabajo y su hija y las habilidades de enfrentamiento como la reestructuración cognitiva y el balance decisional. Aunque le hice notar que terminando el tratamiento, aún no era capaz de

manejar al 100% su principal situación de riesgo, que era el tener dinero, por lo que sería importante que intentara hacerlo durante el tiempo que transcurriría entre esa sesión y el primer seguimiento que se habría (un mes y medio).

Continuamos con la revisión del tópico cuyo objetivo era restablecer la meta de consumo, evaluar el tratamiento y crear planes de acción para enfrentar situaciones de riesgo futuras.

Ejercicio 1. Evaluación de las Metas Establecidas al Inicio del Tratamiento

Este ejercicio tuvo por objetivo analizar el avance que se había tenido en las metas establecidas al inicio del tratamiento

| META | Satisfacción | Cumplimiento | Confianza | Importancia |
|-------------------|--------------|--------------|-----------|-------------|
| Reducción () | 100% | 100% | 95% | 100% |
| Abstinencia (X) | | | | |

| Área de la vida | ¿Se cumplió? | Cambios logrados |
|-----------------|--------------|---|
| Social | 70% | Me he relacionado mejor con amigos y empiezo a divertirme sanamente |
| Familiar | 70% | Poco a poco me toman confianza y me llevo mejor con ellos |
| Escolar/Laboral | 80% | Tengo trabajo y más energía y rindo más |
| Personal | 80% | Me siento mejor por dentro y por fuera y estoy muy motivado |

Notando que mencionaba un avance en el área social, le pregunté qué había hecho al respecto, pues no lo había comentado en sesiones anteriores, a lo que respondió que la última semana

había buscado a sus amigos de antes de comenzar a consumir y que había salido con ellos al cine y se la había pasado muy bien. Le comenté que eso era un gran avance, pues era indispensable que cuidara la parte social, de manera que no cayera en una rutina trabajo-hija-familia, pues eso lo podía cansar pronto, que era indispensable cuidar la parte social/recreativa, para que además de mantenerse ocupado, evitara la tentación del consumo mediante la realización de actividades placenteras que compitieran con el consumo.

Ejercicio 2. Establecimiento de la Abstinencia

El objetivo era establecer la abstinencia como meta, aunque fue su meta inicial y llevaba 5 semanas manteniéndola.

| ¿Qué tan importante es establecer la abstinencia? | ¿Qué tan viable es esta meta? | ¿Qué tan motivado estoy para cumplirla? | ¿Qué tanta confianza siento para alcanzarla? | ¿Qué tan probable es que logre esta meta? | ¿Me siento satisfecho con esta meta? |
|---|-------------------------------|---|--|---|--------------------------------------|
| 100% | 100% | 100% | 95% | 98% | 100% |

Al cuestionarle por qué en confianza y probabilidad no había puesto 100% como en las otras preguntas refirió que si bien llevaba las 5 semanas de abstinencia y se sentía mucho menos ansioso y más motivado, aún tenía miedo de que pudiera consumir, pues no olvidaba lo sucedido 6 semanas atrás. Le comenté que el tener ese miedo era un factor que lo podía proteger pues le hacía darse cuenta de que debía tener cuidado y no dejar de aplicar sus estrategias, pero que me alegraba ver que eran niveles bastante elevados, reflejo de las semanas que llevaba sin consumo, enfatizando que si se mantenía como hasta ese momento, seguía avanzando en sus metas y aplicando sus estrategias y planes de acción lograría el mantenimiento por mucho más tiempo.

Ejercicio 3. Metas Vitales a Alcanzar en Seis Meses

El ejercicio tenía como propósito que el usuario planteara metas de vida a seis meses, ya fuera retomando las metas iniciales del tratamiento o proponiendo nuevas metas.

| | Metas | Razones | Plan de Acción | Obstáculos | Apoyo Social |
|-----------------------------|--|---|--|------------|---------------------------------|
| Social | Tener amigos que se diviertan sanamente | Los perdí por el consumo | No portarme como un <i>patán</i> y ser buen amigo Buscarlos | No hay | Compañeros de antes del consumo |
| Familiar | Que confíen en mi en todos sentidos | Los quiero y quiero que me vean bien | Confiar en mí para que ellos lo hagan No consumir | No hay | Familia |
| Escolar/ Laboral | Tener mi propio negocio y seguir estudiando | Superarme | Seguir echándole ganas como hasta ahora | No hay | Familia |
| Personal | Nunca más drogarme y que la abstinencia sea para siempre | Me doy cuenta que si estoy bien los demás también lo están Me siento mejor física y emocionalmente | Empezar a quererme y aceptarme | No hay | |

Hasta esta sesión a E.M.C. le seguía resultando difícil expresar de manera escrita sus ejercicios, los planes de acción seguían siendo muy pobres, pues no era capaz de detallar paso a paso lo que haría para alcanzar sus metas y en esta caso en particular no fue capaz de identificar los obstáculos que podrían presentarse, por lo que le comenté que era necesario que trabajara más en ello, pues eso le permitiría, por un lado, evaluar periódicamente el avance que iba teniendo, identificar posibles fallas y perfeccionar o corregir los pasos para lograr alcanzar la meta, como ejemplo trabajamos la meta social:

Meta: Tener amigos que se diviertan sanamente

¿Qué era para él “sanamente”? Sin alcohol o con consumo moderado y que no se drogaran. Él sabía que no debía consumir alcohol por lo que necesitaba amigos que no lo hicieran para evitar la tentación, pero consideraba que era muy difícil encontrar gente abstemia por lo que tenían que ser amigos que no bebieran en exceso para que ellos mismos no fueran un riesgo para él

Razones: Quería salir a divertirse con amigos, pues entendía que la vida era más que su hija, su trabajo y su familia

Plan de acción: Buscar a sus amigos de antes de consumo, salir con ellos a lugares no relacionados con el consumo, como cine, parque, teatro, casa de alguien a jugar videojuegos, gimnasio.

Si no encuentro a mis amigos de antes, ir a pasear a una plaza con mi hermana y tratar de conocer gente o si entro al gimnasio, podría hacer amigos ahí, igual si entro a la escuela.

Obstáculos: Que mis amigos de antes no quieran juntarse conmigo o que no se sepan divertir sanamente

Apoyo social: Amigos de antes que ya contacté y mi hermana

Le comenté que era necesario que las demás metas las trabajara de esta manera, para que le quedara más claro y como le había mencionado anteriormente, pudiera evaluarlas y modificarlas en caso de ser necesario.

Ejercicio 4. Planes de Acción para Situaciones de Mayor Riesgo

El objetivo de este ejercicio era que se identificaran situaciones futuras de riesgo y se realizaran planes de acción para enfrentarlas eficientemente.

| Situación de Riesgo | Plan de acción | Consecuencias Probables |
|---|--|--|
| Me gustaría reunirme con viejos amigos, pero no consumir con ellos | 1. Olvidarme de ellos | Querer verlos |
| | 2. Estar con ellos y sólo platicar | Tal vez los vea pero me cueste trabajo no consumir |
| | 3. Quedarme con mi hija | No consumiría pero no me divertiría con ellos |
| Mi mejor opción es: <p style="text-align: right;">1</p> | ¿Por qué? Porque así estoy mejor con mi hija, enseñándole cosas yo aprendo a ser mejor padre y no consumo | |
| Pasos a llevar a cabo: <ul style="list-style-type: none"> • Pensar que en realidad no son mi amigos, eran compañeros del consumo • Pensar que si los veo la probabilidad de que recaiga es mayor • No buscarlos • Borrar sus teléfonos • Si los veo en la calle pasar de largo, o saludarlos pero no detenerme y para lograrlo sólo tengo que pensar que no quiero consumir y estar con ellos me pone en riesgo | | |

En este ejercicio dejó son contestar la sección de Pasos a llevar a cabo, por lo que la realizamos en la sesión. Además no identificó otra situación de riesgo pues para él, básicamente sus amigos y el

dinero eran lo que consideraba situaciones de riesgo, para el dinero se había ido trabajando el plan a lo largo del tratamiento, por lo que sólo trabajó la de los amigos.

Terminada la revisión del tópico se prosiguió al cierre de la sesión y del tratamiento; se hizo un resumen de los principales puntos abordados: Se reforzó el que hubiera llegado a tratamiento, así como la constancia que había mostrado a lo largo de los aproximadamente 3 meses, se le comentó que a pesar de haber costado trabajo alcanzar la abstinencia y de la presencia de un consumo a mitad del proceso, sus esfuerzos y la motivación que había tenido le daban en ese momento el resultado de cinco semanas consecutivas de abstinencia; nuevamente le enlisté las habilidades que estaba poniendo en práctica, realización de actividades de distracción, metas efectivas, balance decisional y reestructuración cognitiva además del apoyo que tenía por parte de su madre, el cual, nuevamente le enfatiqué, era necesario que fuera dejando como última alternativa.

Retomando sesiones anteriores, le comenté que mediante la reestructuración cognitiva era capaz de enfrentar los pensamientos relacionados con el consumo, pero que en la parte del deseo, era muy importante que siguiera practicando la relajación con la técnica de respiración profunda y que monitoreara su nivel de ansiedad, de manera que si se volvía a sentir mal, era indispensable que acudiera al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” para evitar que dicho estado lo pusiera en riesgo de recaer.

Además le mencioné que era indispensable que evaluara constantemente si sus planes de vida se modificaban de manera que detectara si se comenzaba a involucrar en decisiones aparentemente irrelevantes que lo pudieran llevar al consumo.

Le recordé que más allá de las situaciones de riesgo que él identificaba, era necesario no dejar de aplicar la estrategia de solución de problemas, pues un problema no solucionado le podría generar ansiedad, que a su vez podía llevarlo al consumo.

Por último, le enfatiqué que conforme fuera avanzando en el logro de sus metas de vida era de suma importancia que restableciera nuevas metas, de manera que no se quedara sin motivos por los cuales valiera la pena seguir en abstinencia y que para ello también era indispensable seguir haciendo el balance decisional, de manera que su motivación siempre se mantuviera hacia el lado de las ventajas de no consumir, incrementando así la probabilidad de mantener la abstinencia.

E.M.C. cerró la sesión comentando, como en veces anteriores, lo satisfecho que estaba con el tratamiento, pues aunque al principio había creído que dejar el consumo sería imposible y que le costó mucho trabajo decidirse a dejarlo, poco a poco, a través de los tópicos revisados y del apoyo obtenido lo había conseguido y su calidad de vida había mejorado significativamente. Mencionó igualmente, que aunque se le había dificultado darse cuenta de qué era lo que hacía para no consumir, ahora sabía que no era sólo “no consumir”, ahora sí veía las estrategias que practicaba.

Para concluir la sesión le sugerí siguiera realizando el ejercicio del auto-registro, pues el seguir viendo los ceros le serviría como una motivación más para mantenerse; también le recordé la importancia de practicar los ejercicios de relajación y la práctica de actividades recreativas placenteras pero responsables e incompatibles con el consumo.

Se le mencionó que intentara tomar la responsabilidad de su dinero, de manera que fuera capaz de enfrentar la situación y que las estrategias que había utilizado hasta el momento, le serían útiles, pues en alguna ocasión ya las había practicado con resultados positivos, que sólo era cuestión de que adquiriera la confianza recordando las ventajas que hasta el momento le había traído la abstinencia y teniendo en mente que si volvía a consumir, las consecuencias negativas se restablecerían con una alta probabilidad de que empeoraran.

Por último le recordé que aunque las sesiones semanales terminaban ese día, aún faltaban las sesiones de seguimientos, las cuales serían al mes, a los tres meses y a los seis meses a partir de esa fecha, comentándole que en caso de que considerara requerir apoyo antes de la fecha programada podía comunicarse y recibiría el apoyo necesario. Agendamos la sesión para el primer seguimiento y se despidió al usuario en la puerta del Centro, reforzándole nuevamente el logro que había obtenido hasta el momento y motivándolo a mantenerlo, intentando elevar su nivel de autoeficacia comentándole que ya lo había logrado, que sólo era necesario seguirse cuidando para mantenerse.

Evaluación del Usuario

| | 0% | 25% | 50% | 75% | 100% |
|--|----|-----|-----|-----|------|
| 1. El usuario respondió al tratamiento | | | | X | |
| 2. Realizó sus tareas | | | | X | |
| 3. Estuvo activo durante las sesiones | | | | X | |
| 4. Se mostró interesado en el tratamiento | | | | | X |
| 5. Era puntual para las sesiones | | | | X | |
| 6. Parecía estar satisfecho | | | | | X |
| 7. Comprendió las tareas | | | X | | |
| 8. Se encontraba listo para cambiar su consumo | | X | | | |
| 9. Leyó las lecturas | | | | | X |
| 10. Estuvo resistente al tratamiento | | X | | | |
| 11. Respondió a la retroalimentación | | | | X | |
| 12. Trabajó en metas seleccionadas | | | X | | |
| 13. Hubo empatía con el terapeuta | | | | X | |
| 14. Confía en que el usuario conseguirá cambios importantes en el control de su problema | | | | | 90% |

Evaluación Individual del Programa Realizado por el Terapeuta

1. ¿El paciente mostró agrado por las lecturas? Si
2. ¿Cree recomendable darle más lecturas parecidas? Si
3. ¿Usted ha recomendado otro tipo de lecturas? No
4. ¿El paciente ha referido lecturas parecidas a las del programa o de otro tipo acerca de la cocaína? No
5. ¿El paciente le ha manifestado que quiere otro tipo de terapia? No
6. ¿Usted le ha recomendado o le recomendaría otro tipo de terapia? No
7. Limitaciones y sugerencias observadas durante el transcurso del tratamiento: El usuario no tenía mucha creatividad para realizar planes de acción, por lo que tendía a basarse en los que se generaban en la sesión; se le sugirió seguirlos trabajando

Después de haber impartido el TBUC completo, al cerrar la última sesión de tratamiento, E.M.C. seguía en abstinencia, con mucho menos ansiedad y con escasos pensamientos sobre consumir; refería estar satisfecho con los logros alcanzados, no sólo en cuanto a la abstinencia, sino en su vida en general, pues consideraba que había avanzado mucho en la consecución de las metas que se había planteado.

Si bien había logrado mantener la abstinencia sin ayuda de su mamá, seguía depositando demasiada responsabilidad en su hija, pues todos los avances que iba teniendo refería que eran por y para ella. Observando que el dedicarse a su hija en la manera que lo hacía le había impedido alcanzar varios de sus objetivos, trabajé con él el punto pues al ser cuestionado directamente él mismo lo reconoció, quedando como punto para el seguimiento la propuesta de solución para dicho problema.

Respecto al consumo, en ese momento el pronóstico de E.M.C. era positivo pues reconocía las consecuencias positivas y negativas tanto del consumo como de la abstinencia, siendo, desde hacía varias sesiones, de mayor peso estar en abstinencia. Aunque aún no desarrollaba completamente la habilidad para crear planes de acción, ya no identificaba situaciones de riesgo, pues había aprendido a realizar cambios de pensamientos efectivos, la ansiedad era mínima y sabía que la podía controlar si realizaba actividades que lo distrajeran y refería que mientras tuviera presentes las consecuencias negativas del consumo lo evitaría.

3.12. PRIMER SEGUIMIENTO

E.M.C. se presenta puntualmente a su primera sesión de seguimiento, la cual estaba programada a casi a los dos meses de concluido el tratamiento.

Se le pregunta cómo estuvo durante ese tiempo, respondiendo que muy bien, que había pasado las fiestas decembrinas, que se mantenía en abstinencia a pesar de que aún presentaba pensamientos relacionados con volver a consumir, en especial cuando tenía algún problema, pero que mediante la realización de otras actividades había logrado pararlos lo que a su vez impedía que llegara el deseo de consumir (el cual refirió no haber experimentado) y que ese mantenimiento le brindaba mucha satisfacción.

Me comentó que ya que se encontraba en abstinencia y que se sentía mucho más tranquilo era capaz de establecerse metas y ya no consideraba que fuera imposible, que quería iniciar un negocio con su hermana de manufactura de vestidos para 15 años y/o presentaciones, pues era el trabajo que desde hacía meses realizaba con su prima, estableciendo un límite de tiempo de no más de un año. También comentó que quería retomar la escuela, aunque no estaba seguro porque no le gustaba mucho estudiar, pero que lo seguiría considerando y tomaría una decisión para el segundo seguimiento.

Durante esos casi dos meses en lo que no nos vimos mantuvo una relación de pareja, la cual terminó porque ella era mucho menor que él y *“estaba muy desubicada”* (sic.), sin embargo, logró hacer algo a lo que temía mucho y se dio cuenta de que *“en realidad no pasa nada”* (sic.).

Se le reforzó el haber mantenido la abstinencia, el haberse dado la oportunidad de tener una relación y haberse dado cuenta de que no funcionaba, enfrentando el rompimiento sin consumir y sobre todo la capacidad de análisis que había desarrollado para darse cuenta de que esa relación no lo hacía sentir bien. Al preguntarle qué había hecho para mantenerse sin consumo refirió que *“nada en especial”* (sic.), ante dicha respuesta le pregunté qué hacía cuando pensaba en el consumo y comentó que generalmente se ocupaba en actividades que lo distrajeran como dibujar, trabajar, ver televisión, entre otras y que sobre todo, siempre se acordaba de los malos momentos que había pasado cuando consumía y en lo difícil que le había sido lograr la abstinencia; ante esas respuestas le hice darse cuenta de que esas eran las técnicas de evitación y enfrentamiento que se habían revisado durante el tratamiento, enfatizándole que era necesario que él mismo reconociera lo que hacía, pues aplicaba dichas técnicas de una manera eficiente e incluso había logrado adquirirlas como parte de su repertorio natural de respuesta, motivo por el cual no las reconocía, pero que era necesario que lo hiciera para que supiera cómo actuar ante alguna situación que pudiera ser más difícil.

Posteriormente se le aplicó la LIBARE, en la cual no refirió consumo y se aplicó la Entrevista General de Seguimiento:

1. Calidad de Vida

a. ¿Qué tan satisfecho está con su estilo de vida en este momento?

1. Muy insatisfecho
2. Insatisfecho
3. Inseguro
4. Satisfecho
5. Muy satisfecho

b. Satisfacción en las áreas:

0% Nada buena -----X----- 100% Muy buena

- Familia ¿problemas? Tenemos problemas

¿mejorías? Sí, los problemas ya no son tan fuertes como antes

- Social ¿problemas? He conocido gente pero no me satisfacen

¿mejorías? No he consumido porque no he visto a mis amistades con las que antes consumía

- Laboral ¿problemas? No me gusta ser empleado

¿mejorías? He mejorado mucho en mi trabajo haciendo ropa para presentaciones

- Educativa ¿problemas? No tengo porque no estudio

¿mejorías? Tengo que considerar si quiero o no estudiar

- Salud ¿problemas? No hay

¿mejorías? "Me siento mejor desde que dejé de consumir" (sic).

c. ¿Cómo ha repercutido en su vida el cambio en el consumo de sustancias? La relación ha mejorado, pero aún dudan de mi cambio

2. Tratamientos adicionales

a) ¿Ha participado en otro tratamiento sobre cocaína en este período? No

b) ¿Cuál? Ninguno

c) ¿Qué tan útil ha sido?

1. nada

2. poco

3. ni útil ni inútil

4. útil

5. muy útil

d) ¿Ha asistido a otro tratamiento por otros problemas? No

3. Materiales

- a) ¿Ha continuado su autorregistro? No
- b) ¿Ha revisado el material usado en las sesiones de tratamiento? Si
- c) ¿Han surgido dudas acerca del material? No
- d) ¿Cuáles? Ninguna

4. Meta

- a) ¿Ha cumplido la abstinencia? Si
- b) ¿Por qué? No he consumido

5. Manejo de recaídas

- a) ¿Ha tenido alguna recaída en este período? No
- b) ¿Qué ha consumido?
 - 1. cocaína (polvo)
 - 2. Crack (piedra)
- c) ¿Cuántas veces?
- d) ¿Cuántos días?
- e) ¿Cuál ha sido su consumo aproximado? (en gramos)
- f) ¿Ha tenido problemas relacionados con consumo?
- g) ¿Cuáles?
- h) ¿Qué factores disparadores identificó?
- i) ¿Cuáles fueron las consecuencias?

6. Evaluación del consumo de cocaína

a) En este último período, le consumo es un problema:

1. El más grave
2. Grave
3. Medio
4. Menor
5. Sin problema

7. Planes de Acción

a) ¿Los ha podido seguir? Si

b) ¿Qué limitaciones ha tenido para si/no seguirlos? Ninguna

c) ¿Qué cambios ha hecho? Ninguno

d) ¿Cuáles han sido las consecuencias? No he consumido

8. Estrategias

a) En este último período ¿usó satisfactoriamente alguna de las estrategias o técnicas aprendidas durante el programa? Si

b) ¿Qué tan útiles han sido las estrategias para controlar el consumo?

1. nada útiles
2. poco útiles
3. ni útil ni inútil
4. útil
5. muy útil

c) Indique qué estrategia ha sido la más útil: Cambio de pensamientos

d) ¿Qué otras estrategias diferentes a las enseñadas en el tratamiento ha usado? Realizar actividades alternativas

9. Evaluación del tratamiento

a) el tiempo del tratamiento fue:

1. Muy inadecuado
2. Inadecuado
3. Ni adecuado ni inadecuado
4. Adecuado
5. Muy adecuado

b) El problema por el que asistió se solucionó:

0% Nada buena -----X 100% Muy buena

c) ¿Recomendaría este tratamiento? Sí

Para concluir la sesión nuevamente se le reforzó el haber asistido, los avances que había tenido y el mantenimiento de la abstinencia, recordándole que no se debía a una coincidencia sino al esfuerzo que él estaba haciendo, pues aunque no se daba cuenta en realidad estaba poniendo en práctica las estrategias que se habían revisado durante el tratamiento y siguiendo sus planes de acción y que era importante que tratara de darse cuenta de qué hacía para que pudiera utilizar dichas habilidades cuando enfrentara situaciones de riesgo. Se acordó la fecha para el segundo seguimiento, mencionándole que si antes de la fecha programada consideraba que necesitaba alguna sesión adicional me llamara para programarla.

Cabe mencionar que al retirarse del cubículo mencionó que se sentía muy contento con los avances que había tenido y que estaba muy agradecido con sus terapeutas (recordando que en las sesiones iniciales había tenido co-terapeuta), que le gustaba mucho el trato que se le daba, pues como ya lo había referido con anterioridad, sentía que en realidad se le comprendía y apoyaba.

3.13. SEGUNDO SEGUIMIENTO

E.M.C. se presentó puntualmente a la sesión programada para el segundo seguimiento, tres meses después de haber concluido las sesiones de tratamiento.

Al cuestionarle cómo había estado durante esos meses, comentó haber tenido pensamientos sobre consumir, los cuales había manejado recordando las consecuencias negativas que le había ocasionado en el pasado y pensando que si las cosas estaban bien en ese momento o aún si no estaban tan bien, el consumo sólo las empeoraría, concluyendo que era mejor no consumir; también realizaba actividades que lo distrajeran, como trabajar o pintar o jugar videojuegos si estaba en sus casa. Refirió que el tener pensamientos no le había provocado deseo, por lo que no había tenido que poner en práctica ningún ejercicio de manejo del deseo.

Después de un momento comentó que en una ocasión los pensamientos habían sido tan intensos que se había dirigido “al punto” y que al llegar no había encontrado al proveedor, “*ya se lo llevaron*” (sic.), en ese momento, pensó que podría ir a buscar a otro lado, pero también se acordó de las cosas que podría perder si en su casa se enteraban de que había consumido y del trabajo que le había costado parar, por lo que decidió mejor regresar a su casa.

A partir de lo anterior, se le reforzó el haber hecho tan buen manejo de los pensamientos que había presentado, haciendo énfasis en la necesidad de poner en práctica las estrategias de evitación, de manera que la presentación de dichos pensamientos fuera disminuyendo; entre las alternativas que mencionó estuvieron el mantenerse ocupado en las actividades que le eran atractivas como su trabajo, el dibujo y su hija y propuso, como en otras ocasiones, asistir al gimnasio y seguir con sus clases de baile.

Hasta ese momento, E.M.C. no había interrumpido el consumo de alcohol, a pesar de que en reiteradas ocasiones se le había explicado la importancia de dejar de beber, pues aunque no tenía

problemas de abuso ni dependencia, el consumo de alcohol lo podía llevar a consumir cocaína nuevamente, explicándosele el proceso neurobiológico subyacente; sin embargo no había logrado dejar de beber, pues además se le dificultaba mucho enfrentar la presión social, sobre todo porque en su casa, su papá, le invitaba a beber al considerar que su problema era la cocaína y no el alcohol. En esta sesión de seguimiento, refirió que su consumo había disminuido considerablemente, presentándose cuando mucho una vez al mes y únicamente lo hacía cuando se sentía seguro de querer beber y después de hacer un análisis de cómo se sentía, si se sentía bien bebía; había logrado enfrentar la presión social siendo capaz de negarse ante invitaciones incluso con su papá. Se le reforzó el avance, aunque nuevamente se le mencionó la necesidad de dejarlo por completo si quería evitar una recaída con la *pedra*. Se le recordó el tópico de Habilidades Asertivas de Rechazo aunque también se revisaron algunas estrategias del componente de Rehusarse al Consumo del Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (Barragán, et. al., 2005), como ofrecer justificación, sugerir alternativas o interrumpir la interacción, posterior a lo cual refirió intentaría dejar de beber mediante la puesta en práctica de las respuestas asertivas y sugerir alternativas como tomar agua o refresco.

No se aplicó LIBARE pues no hubo consumo y las respuestas a la Entrevista General de Seguimiento se presentan a continuación:

1. Calidad de Vida

a. ¿Qué tan satisfecho está con su estilo de vida en este momento?

1. Muy insatisfecho
2. Insatisfecho
3. Inseguro
4. Satisfecho
5. Muy satisfecho

b. Satisfacción en las áreas:

0% Nada buena -----X----- 100% Muy buena

- Familia ¿problemas? No he tenido

¿mejorías? Confían más en mi

- Social ¿problemas? No tengo muchos amigos

¿mejorías? No he consumido porque no he visto a mis amistades con las que antes consumía

- Laboral ¿problemas? No he tenido

¿mejorías? He mejorado mucho en mi trabajo haciendo ropa para presentaciones

- Educativa ¿problemas? No tengo porque no estudio

¿mejorías? Tengo que considerar si quiero o no estudiar

- Salud ¿problemas? No hay

¿mejorías? ¡Al dejar de consumir me siento mejor! sic

c. ¿Cómo ha repercutido en su vida el cambio en el consumo de sustancias? Han recuperado la confianza, hay mejor convivencia

2. Tratamientos adicionales

a) ¿Ha participado en otro tratamiento sobre cocaína en este período? No

b) ¿Cuál? Ninguno

c) ¿Qué tan útil ha sido?

1. nada

2. poco

3. ni útil ni inútil

4. útil

5. muy útil

d) ¿Ha asistido a otro tratamiento por otros problemas? No

3. Materiales

a) ¿Ha continuado su autorregistro? No

b) ¿Ha revisado el material usado en las sesiones de tratamiento? Una vez

c) ¿Han surgido dudas acerca del material? No

d) ¿Cuáles? Ninguna

4. Meta

a) ¿Ha cumplido la abstinencia? Si

b) ¿Por qué? No he consumido porque ya no quiero volverlo a hacer

5. Manejo de recaídas

a) ¿Ha tenido alguna recaída en este período? No

b) ¿Qué ha consumido?

1. cocaína (polvo)

2. Crack (piedra)

c) ¿Cuántas veces?

d) ¿Cuántos días?

e) ¿Cuál ha sido su consumo aproximado? (en gramos)

f) ¿Ha tenido problemas relacionados con consumo?

g) ¿Cuáles?

h) ¿Qué factores disparadores identificó?

i) ¿Cuáles fueron las consecuencias?

6. Evaluación del consumo de cocaína

a) En este último período, el consumo es un problema:

1. El más grave
2. Grave
3. Medio
4. Menor
5. Sin problema

7. Planes de Acción

a) ¿Los ha podido seguir? Si

b) ¿Qué limitaciones ha tenido para si/no seguirlos? Ninguna

c) ¿Qué cambios ha hecho? Ninguno

d) ¿Cuáles han sido las consecuencias? No he consumido

8. Estrategias

a) En este último período ¿usó satisfactoriamente alguna de las estrategias o técnicas aprendidas durante el programa? Si

b) ¿Qué tan útiles han sido las estrategias para controlar el consumo?

1. nada útiles
2. poco útiles
3. ni útil ni inútil
4. útil
5. muy útil

c) Indique qué estrategia ha sido la más útil: Cambio de pensamientos

d) ¿Qué otras estrategias diferentes a las enseñadas en el tratamiento ha usado? Realizar actividades alternativas

9. Evaluación del tratamiento

a) el tiempo del tratamiento fue:

1. Muy inadecuado
2. Inadecuado
3. Ni adecuado ni inadecuado
4. Adecuado
5. Muy adecuado

b) El problema por el que asistió se solucionó:

0% Nada buena -----X 100% Muy buena

c) ¿Recomendaría este tratamiento? Sí

Resumiendo la sesión, E.M.C. refirió varios puntos:

- Incremento en la satisfacción con su vida u con los cambios que había realizado
- Había logrado mantener y manejar el dinero que ganaba trabajando con su prima sin presentar *craving*
- Recuperó la confianza de sus padres
- Había aprendido que no podía obtener al momento todo lo que deseaba, que en ocasiones llevaría tiempo y que incluso en algunas no lo obtendría (incrementó su tolerancia a la frustración)
- Había aprendido o estaba aprendiendo a resolver sus problemas y no ignorarlos o evadirlos con el consumo
- Asistía eventualmente al gimnasio y estaba tomando clases de baile (salsa y cumbia)
- El área social, refirió no haberla trabajado, aunque le interesaba en ese momento prefería centrarse en el trabajo
- En el área escolar no refería interés en ese momento
- En cuanto a la pareja, refirió sentir algo hacia la mamá de su hija, pensando que podría volver a haber algo entre ellos, pero que no quería forzar nada, que si las cosas se daban entre ellos las dejaría seguir su curso

- Refería estar muy satisfecho en el área laboral, con planes de poner un negocio propio con ayuda de su prima y de su papá. En este punto le comenté que eran indispensable que estableciera una fecha para alcanzar ese propósito, pues llevaba meses planeándolo sin presentar avances; propuesto tener avances para el seguimiento de los seis meses

Para finalizar, se le reforzaron todos sus avances, el mantenimiento de la abstinencia y la proyección de metas, así como el seguimiento de sus planes de acción y la puesta en práctica de las estrategias de manejo y evitación de pensamientos, recordándole la importancia de esforzarse más en éstas últimas.

Se programó el tercer seguimiento recordándole que si antes de la fecha necesitaba alguna sesión adicional, me llamara para que la programáramos. Le hice énfasis en lo bien que iba de manera que su nivel de autoeficacia aumentara, pues aunque en ese momento ya reconocía bastante bien las estrategias que utilizaba seguía siendo muy sensible al reconocimiento social, algo que durante el tratamiento le había servido y gustado mucho.

3.14. TERCER SEGUIMIENTO

E.M.C. asistió puntualmente a su sesión para el tercer y último seguimiento. Se notaba animado y al preguntarle cómo había estado durante las semanas en que no nos habíamos visto refirió sentirse mejor cada vez; los pensamientos sobre consumir habían disminuido en frecuencia e intensidad, siendo capaz de manejarlos, por lo que se mantenía en abstinencia, lo cual le daba mucha satisfacción. La relación con su familia había mejorado, aunque aún había dudas, sobre todo de parte de sus padres, lo cual, según comentó, entendía que era normal después de todo lo que había pasado cuando consumía.

El manejo de los pensamientos sobre el consumo, lo había realizado mediante el recuerdo de las consecuencias negativas que le traería volver a consumir y sobre todo, pensando en los logros que había tenido estando en abstinencia: mejoría de la relación familia, convivencia con su hija, tener

una pareja, crecimiento en el trabajo, tener dinero para comprar cosas para él y para su hija, entre otros. Continuaba realizando actividades que lo mantuvieran ocupado y distraído, como el trabajo, pasar tiempo con su hija, jugar videojuegos con sus sobrinos y dibujar y entre el manejo de los pensamientos y las actividades de evitación había logrado mantenerse sin deseo de consumir.

Para ese momento ya era capaz de manejar su dinero sin que éste le representara un factor de riesgo, pues desde antes de recibirlo lo destinaba a las diferentes inversiones que tenía: su hija, su casa y artículos personales como ropa. Además empezaba a ahorrar, con ayuda de su mamá, pues seguía con la meta de poner un negocio de manufactura de ropa.

En cuanto al consumo de alcohol, había logrado abstenerse, había logrado enfrentar la presión social, mediante la estrategia de rehusarse asertivamente al consumo, aunque también utilizó estrategias como sugerir alternativas, ofrecer justificación e interrumpir la interacción (*Componente: Rehusarse al consumo, Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas. Barragán, et. al., 2005*), las cuales habían sido revisadas en el seguimiento anterior.

Considerando lo anterior, se le reforzó el avance en sus metas y el mantenimiento de la abstinencia, reconociéndole el que identificara las estrategias que estaba utilizando.

A continuación se reportan las respuestas de la Entrevista General de Seguimiento:

1. Calidad de Vida

a. ¿Qué tan satisfecho está con su estilo de vida en este momento?

1. Muy insatisfecho
2. Insatisfecho
3. Inseguro
4. Satisfecho
5. Muy satisfecho

b. Satisfacción en las áreas:

0% Nada buena -----X----- 100% Muy buena

- Familia ¿problemas? Sin problemas

¿mejorías? "Cuento con su apoyo" sic.

- Social ¿problemas? "No me gusta socializar, la gente que he conocido se me hace aburrida" sic.

¿mejorías? "He conocido gente que sí me cae bien" sic.

- Laboral ¿problemas? "No me gusta ser empleado, definitivamente quiero tener mi propio negocio" sic.

¿mejorías? "Sigo mejorando en lo que hago" (hacer ropa para presentaciones, bautizos, etc.) sic.

- Educativa ¿problemas? "Sigo sin estudiar" sic.

¿mejorías? "Por el momento no quiero estudiar" sic.

- Salud ¿problemas? Tabaquismo, "quiero dejar de fumar" sic. Se le canalizó a tratamiento para tabaquismo

¿mejorías? "No hay, al dejar de consumir empecé a fumar más" sic.

c. ¿Cómo ha repercutido en su vida el cambio en el consumo de sustancias? Ha mejorado su calidad de vida, la relación con su familia es mejor, con mayor comunicación y confianza, aunque aún hay dudas de parte de su familia. Ha crecido en su trabajo; su relación con la mamá de su hija ha mejorado; con su hija está muy bien y en general en todas las áreas de su vida ha visto cambios positivos.

2. Tratamientos adicionales

a) ¿Ha participado en otro tratamiento sobre cocaína en este período? No

b) ¿Cuál? Ninguno

c) ¿Qué tan útil ha sido?

1. nada
2. poco
3. ni útil ni inútil
4. útil
5. muy útil

d) ¿Ha asistido a otro tratamiento por otros problemas? No

3. Materiales

a) ¿Ha continuado su autorregistro? No

b) ¿Ha revisado el material usado en las sesiones de tratamiento? Sí

c) ¿Han surgido dudas acerca del material? No

d) ¿Cuáles? Ninguna

4. Meta

a) ¿Ha cumplido la abstinencia? Sí

b) ¿Por qué? "No he consumido porque ya no se me antoja y no lo quiero hacer para mantener las cosas buenas que he logrado hasta ahora" sic.

5. Manejo de recaídas

a) ¿Ha tenido alguna recaída en este período? No

b) ¿Qué ha consumido?

1. cocaína (polvo)
 2. Crack (piedra)
- c) ¿Cuántas veces?
- d) ¿Cuántos días?
- e) ¿Cuál ha sido su consumo aproximado? (en gramos)
- f) ¿Ha tenido problemas relacionados con consumo?
- g) ¿Cuáles?
- h) ¿Qué factores disparadores identificó?
- i) ¿Cuáles fueron las consecuencias?

6. Evaluación del consumo de cocaína

a) En este último período, el consumo es un problema:

1. El más grave
2. Grave
3. Medio
4. Menor
5. Sin problema

7. Planes de Acción

- a) ¿Los ha podido seguir? Si
- b) ¿Qué limitaciones ha tenido para si/no seguirlos? Ninguna
- c) ¿Qué cambios ha hecho? Ninguno
- d) ¿Cuáles han sido las consecuencias? No he consumido" sic.

8. Estrategias

a) En este último período ¿usó satisfactoriamente alguna de las estrategias o técnicas aprendidas durante el programa? Si

b) ¿Qué tan útiles han sido las estrategias para controlar el consumo?

1. nada útiles
2. poco útiles
3. ni útil ni inútil
4. útil
5. muy útil

c) Indique qué estrategia ha sido la más útil: Cambio de pensamientos

d) ¿Qué otras estrategias diferentes a las enseñadas en el tratamiento ha usado? Realizar actividades alternativas

9. Evaluación del tratamiento

a) el tiempo del tratamiento fue:

1. Muy inadecuado
2. Inadecuado
3. Ni adecuado ni inadecuado
4. Adecuado
5. Muy adecuado

b) El problema por el que asistió se solucionó:

0% Nada buena -----X 100% Muy buena

c) ¿Recomendaría este tratamiento? Si

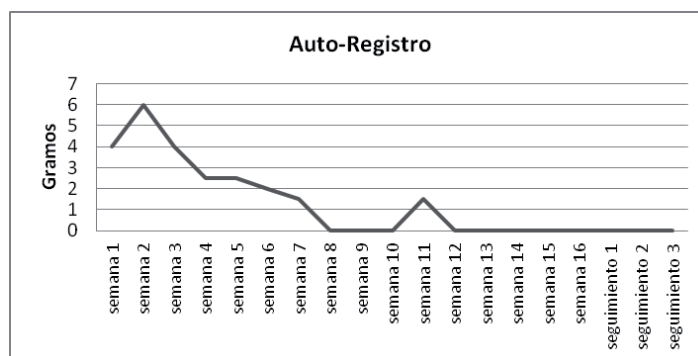
Al realizar el formato de seguimiento, la LIBARE no registró consumo; al llenar el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), el Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias

(DSM-IV), el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD) y el Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD), se observó una disminución total en la percepción de situaciones de riesgo (puntuó cero en todos los ítems), así como una elevación total en la autoconfianza (indicó 100% en todas las situaciones de riesgo); en el Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias (DSM-IV), si se consideraban los últimos 12 meses como las instrucciones lo indican, salía con los mismos resultados que 11 meses atrás que se había iniciado el tratamiento, esto es, que obtenía el diagnóstico de abuso, dependencia y dependencia fisiológica, sin embargo, si se consideraban los últimos seis meses, en todos los reactivos puntuó negativo, pues no había consumido desde hacía nueve meses. En el CAD puntuó cero en todos los ítems, pues como se mencionó no había consumido.

En la figura 13 se muestra el Auto-Registro semanal, en el cual se puede observar como el consumo fue disminuyendo a lo largo de las semanas de tratamiento, observándose una caída en la semana 11, cuyo abordaje fue explicado en la sesión correspondiente.

En general, E.M.C. refirió que a lo largo de las semanas desde el inicio del tratamiento a la fecha, los cambios habían sido muchos y muy favorables, pues no sólo había logrado interrumpir el consumo, que era su objetivo principal, sino que había obtenido cambios en todas sus áreas de vida, sus relaciones interpersonales eran mucho más estables y positivas; en el trabajo le iba muy bien y mantenía la meta de establecer el negocio de manufactura de ropa. La única área en la que reportaba problemas era en la de salud, pues refería que desde que había alcanzado la abstinencia del *crack* el consumo de tabaco había incrementado considerablemente, lo cual no le gustaba. Al respecto le comenté que podía utilizar las mismas estrategias que había utilizado para dejar el *crack*, para el cigarro, pero que de todas formas lo canalizaría al programa de tabaco que se daba en la institución.

Fig. 13. Auto-registro semanal durante el tratamiento y los meses de seguimiento, se observa un decremento del consumo a lo larga del tratamiento hasta llegar a la abstinencia, la cual se mantiene hasta el último seguimiento



Para concluir la sesión se le reforzó a E.M.C. el haber alcanzado y mantenido la abstinencia, se le comentó que aunque el proceso no había sido sencillo y se había presentado una caída, para ese momento estaba mucho más capacitado para el mantenimiento, pues era capaz de reconocer riesgos y de aplicar adecuadamente las estrategias revisadas, se apegaba a los planes de acción y había logrado enfrentar su principal situación de riesgo (tener dinero); con lo anterior se elevó el nivel de autoeficacia refiriéndole que a partir de ese momento era capaz de seguir adelante sin el apoyo terapéutico, aunque si en algún momento él consideraba necesario retomar el tratamiento o alguna sesión de apoyo, me llamara para concertarla.

Algo que se le enfatizó fue que para que el mantenimiento fuera más sólido y permanente, era necesario que no dejara de trabajar en sus metas, no sólo en lo que se refería a la abstinencia, sino en todas sus áreas de vida y que recordara que el logro de las mismas era incompatible con el consumo.

Dado que no reconocía situaciones de riesgo ni de manera verbal ni en la evaluación de seguimiento, se le recordó que a lo largo del tratamiento el tener dinero había sido su principal

situación de riesgo, que si bien había logrado enfrentarla de manera eficiente mediante la puesta en práctica de sus planes de acción, era necesario que siguiera generando alternativas y sobre todo que evitara manejar grandes cantidades de dinero y que siempre lo tuviera previamente destinado para algo específico de manera que “no le sobrara”.

Se concluyó la sesión y con ello el tratamiento, recordándole a E.M.C. que en caso de necesitar apoyo en el futuro podría recurrir a mi o al Centro, pero elevando su nivel de autoeficacia al mencionarle que consideraba que había respondido muy bien al tratamiento, logrando no sólo la abstinencia sino avances en sus metas de vida cotidiana y que en la medida que fuera avanzando sería cada vez más capaz y le resultaría menos complicado actuar y reconocer las acciones que realizaba para lograrlo, pero que era muy necesario que se esforzara por realizar la identificación de las estrategias que utilizaba, de manera que pudiera ocuparlas siempre que le fuera necesario.

3.15. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La aplicación del TBUC a E.M.C. nos permite vincular claramente la práctica con las teorías del aprendizaje subyacentes al modelo de tratamiento.

La conducta del consumo de *crack* se constituye en un hábito en el usuario ya que los estímulos neutros, como el dinero en este caso, funcionaron como condicionados al provocar en el usuario las respuestas fisiológicas del craving y ocasionar el comportamiento de consumo (Cooper, Heron y Heward, 2007).

De igual manera, la aplicación de los principios del condicionamiento clásico permite entender, que el usuario alcanzara la abstinencia, mediante el principio de extinción ya que, al dejar de presentarse el consumo cuando tenía dinero, éste perdió su carácter condicionado dejando de ocasionar las molestas fisiológicas del craving.

El condicionamiento operante jugó un papel sustantivo tanto en la adquisición de la conducta adictiva como en el mantenimiento de la abstinencia, donde las 4 combinaciones entre estímulos y consecuencias tuvieron relevancia: En un inicio la droga fue un reforzador positivo para el usuario, ya que el consumo le producía placer, que a su vez le ocasionó la conducta compulsiva de consumo al ocasionarle un efecto placentero. Por su parte y resulta sumamente relevante en el caso, el reforzamiento negativo fue una de los principales factores asociados al mantenimiento del consumo, ya que el alivio de la intensa ansiedad que le producía el síndrome de abstinencia hacía del *crack* un reforzador negativo de mucho peso.

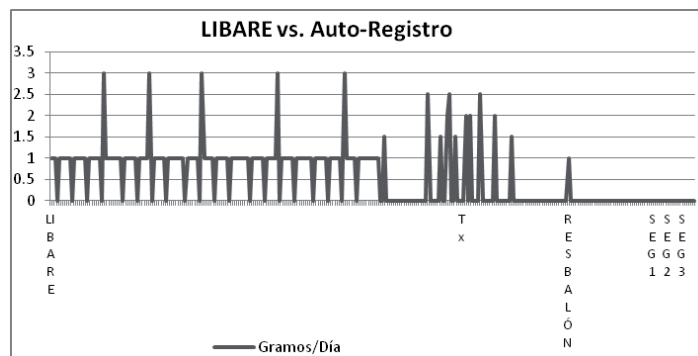
En cuanto a la abstinencia alcanzada, se pudo observar que los problemas familiares que se derivaron del consumo jugaron como castigos positivos y que la posibilidad de enfrentarse al castigo negativo de la pérdida de su hija fue una de las principales razones por las cuáles el usuario mantuvo la conducta de cambio al no consumir y la recompensa de tener acceso frecuente a su hija asociada a la abstinencia fortaleció dicho comportamiento.

Otra forma en que se puede observar la acción del condicionamiento operante en el caso revisado es la adquisición del usuario de nuevos reforzadores, aprendiendo a experimentar placer con actividades alternativas como el dibujo, el ejercicio, jugar videojuegos con sus sobrinos, entre otras.

Debido a las características del patrón de consumo del usuario es posible analizar el impacto del descuento temporal (Cano, Araque y Cándido, 2011) en el análisis de la caída: El usuario había mantenido la abstinencia por algunas semanas debido al autocontrol que había desarrollado en cuanto a la obtención de recompensas a largo plazo, sin embargo, al percibir la satisfacción inmediata (placer experimentado con el consumo del *crack*) que le daría el consumo cuando estuvo expuesto a una situación de riesgo lo llevó a actuar de manera impulsiva.

Se puede concluir que el TBUC fue una intervención a la que E.M.C. respondió favorablemente, ya que desde un inicio se planteó la meta de la abstinencia, aplicó la reducción gradual de manera eficiente, logrando interrumpir el consumo a las siete sesiones; posteriormente presentó una caída en la que no regresó al patrón de consumo previo al inicio del tratamiento ni en cantidad ni en frecuencia (Fig. 14).

Fig. 14. Evolución del patrón de consumo desde el pre-tratamiento (LIBARE), hasta el tercer seguimiento (Auto-Registro), se observa que en el pre-tratamiento el consumo llevaba un patrón regular de consumo que incrementa en frecuencia durante el inicio del tratamiento y disminuye hasta llegar a la abstinencia, la cual se mantiene hasta el último seguimiento



Durante el tratamiento E.M.C. se estableció metas, lo cual le ayudó a mantenerse sin consumo, pues reconocía que el consumir resultaría incompatible con el logro de las mismas, de manera que entendió que mientras tuviera metas y objetivos que trabajar a corto, mediano y largo plazo no consumiría.

Al término del tratamiento se puede considerar que E.M.C. tiene un pronóstico favorable, pues integró las herramientas revisadas durante el tratamiento y logró mantener la abstinencia 40 semanas consecutivas desde la caída hasta la fecha de la última sesión de seguimiento, cuando anteriormente el máximo de tiempo que se había mantenido en abstinencia habían sido 20 días y estando en tratamiento residencial. Se puede considerar que mientras siga aplicando eficientemente las herramientas revisadas durante el tratamiento, mantendrá la abstinencia y lo que es más, seguirá trabajando en sus metas de vida, por lo que su calidad de vida se verá favorecida y será a su vez un factor protector ante la posibilidad de volver a consumir.

En agosto del presente año contacté a E.M.C. obteniendo información sobre su situación actual: Refirió que desde el último seguimiento a la fecha mantenía la abstinencia mediante la aplicación de las habilidades adquiridas durante la intervención, describió su relación familiar como buena, la relación con la madre de su hija como cordial y con su hija como excelente (a finales de año cumplirá 5 años); se asoció con su hermana para establecer un negocio de manufactura de ropa para niños y bebés. Sus tiempos libres los dedica a pasar tiempo con su hija, al dibujo. Ha logrado estabilidad económica y emocional que actualmente le permite mantener una relación de pareja (desde hace 2 años). En términos generales refirió estar satisfecho con su estilo de vida y con los logros que ha alcanzado, teniendo en mente la ampliación del negocio o su posible independencia de la hermana.

REFERENCIAS

- Anicama, J. (2001). *Impacto de los factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo de la conducta adictiva*. En Zavaleta Martínez – Vargas, A. (Ed.) Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud. 94-129. Lima, Perú: CEDRO.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª Ed. Texto Revisado. (DSM-IV-TR)*. España: Masson.
- Ayala, V.H.E., Echeverría, S.V.L., Ruiz, T.G.M., Salazar, G.M.L. y Tiburcio, S.M.A. (2005). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México: CONADIC.
- Ayala, H.E., Echeverría, L., Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*. 6(1):71-93.
- Barragán, T. L., Flores, M. M., Morales, C. S., González, V. M. J. y Martínez, R. M. J. (2005) *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas: Manual del Terapeuta*. 1. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Barragán, T.L., Flores, M.M., Ramírez, G.A.N. y Ramírez, M.C. (2008). *Manual del Programa de Prevención de Recaídas*. México: CONADIC.
- Barragán, T.L., Flores, M.M., Ramírez, M.C., Ramírez, G.N., Medina-Mora, I.M.E. y Reidl, M.L. (2009). Programa de satisfactores cotidianos para dependientes de alcohol y otras drogas. *An Invest Adicc*. 10(1): 50-64.
- Cano, C.G.J., Araque S.F. y Cándido, O.A. (2011). Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. *Adicciones*. 23(2):141-148.

Consejo Nacional contra las Adicciones. (2003). *Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y Otras Drogas 2003*. México: Secretaría de Salud.

Cooper, J.O., Heward, W. L., Heron, T. E. (2007). *Applied Behavior Analysis*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Chance, P. (2001). *Aprendizaje y conducta*. México: Manual Moderno.

Echeverría, S.V.L., Ruíz, T.G.M., Salazar, G.M.L. & Tiburcio, S.M.A. (2004). *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Higgins, S. T. y Silverman, K. (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: research on contingency management interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.

<http://cij.gob.mx>, 2009

<http://www.drugabuse.gov/drugpages/alcohol.html>, 2010

http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook_spanish.pdf, 2009

<http://www.drugabuse.gov/prevention/spanish/capitulo1.html>, 2009

<http://www.inegi.org.mx>, 2009

<http://www.nida.nih.gov>

<http://www.salud.gob.mx>, 2009

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen ejecutivo.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte Drogas. Villatoro-Velazquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y Guisa-Cruz V. México, DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Reynales-Shigematsu LM, Guerrero-López CM, Lazcano-Ponce E, Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, TéllezRojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM, 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

- Martínez, M.K.I., Ayala, V.H., Salazar, G.M.L., Ruíz, T.G.M. y Barrientos, C.V. (2004). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas. Manual del Terapeuta*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. México: Paidós.
- Mrazek, P.J. y Haggerty, R.J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Oropeza, T.R., Fukushima, T.E. y García, Q.L.R. (2008). Descripción y características del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, tercera versión (TBUC-III). *An Invest Adicc.* 9(1).
- Oropeza, T.R., Loyola, B.L.P., Vázquez, P.F. (2004). *Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. Un Modelo Cognitivo Conductual, Principios de Aplicación*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

En esta sección se hace la descripción de los instrumentos de evaluación que se utilizan en los diferentes programas impartidos en el CEPREAA, los cuales pueden dividirse en dos grupos: Instrumentos Generales, utilizados en todos los programas e Instrumentos Específicos, diseñados para cada programa de acuerdo a sus necesidades, siendo algunos adaptaciones de los instrumentos generales a una población determinada.

Instrumentos Generales

- **Entrevista Inicial** (Echeverría, et al., 2004). Es una entrevista semi-estructurada diseñada para este tratamiento en particular cuyo objetivo es ayudar al terapeuta a conocer las características e historia del usuario para una adecuada planeación del tratamiento y que permite al terapeuta:
 - ✓ Identificar del motivo de consulta
 - ✓ Explorar la etapa de disposición al cambio
 - ✓ Recolección de información sobre:
 - Historia y Patrón de Consumo
 - Consecuencias relacionadas con el consumo
 - Situaciones de consumo
 - Características clínicas que sugieran dependencia severa
 - Contraindicaciones para consumir alcohol
 - Uso de drogas psicoactivas, antecedentes familiares, violencia familiar
 - Historia de síntomas físicos
 - Situación laboral

- **Auto-registro de Consumo de Alcohol y Otras Drogas** (Echeverría y Ayala, 1997). Requiere que el usuario anote rutinariamente varios aspectos de su conducta de consumo, así como los eventos relacionados a éste (necesidad de consumo, consecuencias). Su objetivo es que el usuario registre los días en los que consumió, la cantidad consumida y las situaciones en las que se presentó dicho consumo.

Este registro proporciona retroalimentación al usuario sobre su conducta y se ha sugerido que el sólo hecho de registrar la conducta puede producir un cambio en el comportamiento registrado (Nelson y Hayes, 1981).

Requiere que el usuario lleve un diario en el que registre diferentes aspectos relacionados con su consumo (en Ayala, et. al., 2005):

- ✓ Episodios de consumo
- ✓ Cantidad, frecuencia e intensidad de la conducta de consumo
- ✓ Circunstancias asociadas con el consumo (lugar, estado de ánimo, consecuencias a corto y largo plazo, etc.)
- ✓ Pensamientos y necesidad de consumo

Su validez se obtiene de la 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, recomendándose que el terapeuta lo aplique en la sesión para poder obtener la información necesaria y ahondar en puntos que podrían ser importantes.

Permite obtener información sobre el promedio semanal de consumo y el cumplimiento de la meta establecida.

- **Línea Base Retrospectiva (LIBARE)** (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979). Permite al terapeuta y al usuario conocer el patrón de consumo actual y retrospectivo (últimos 12 meses o últimos 6 meses según el programa) del usuario en cuanto a frecuencia y cantidad, obteniendo registros precisos del consumo antes, durante y después del tratamiento.

Consiste en un calendario de los últimos 12 o 6 meses del año en el que se identifica el patrón de consumo en cuanto a días de consumo y cantidad consumida en un día típico.

Para cuantificar las diferentes sustancias se utilizan los siguientes equivalentes:

- Alcohol=trago estándar
- Marihuana=equivalente a un cigarro de tabaco
- Cocaína=líneas, papeles (puede convertirse a gramos)
- Inhalables="monas" o mililitros
- Otras sustancias como benzodiacepinas o anfetaminas = número de pastillas

Puedes ser administrada por un entrevistador o en forma de auto-reporte; su llenado requiere de 25 a 30 minutos aproximadamente, pueden utilizarse apoyos como días clave, días de

abstinencia, situaciones particulares de riesgo y se deben establecer los límites de consumo (mínimo y máximo de copas consumidas por ocasión), para lo cual, si el usuario no es capaz de establecerlos, el entrevistador puede utilizar la “técnica de la exageración” (Echeverría, et al. 2004).

Si bien no es un instrumento que arroje un puntaje específico, permite obtener información sobre varios puntos (Echeverría et al., 2004):

- ✓ Total de copas/dosis consumidas: sumatoria de todos los tragos/dosis consumidos durante los seis meses considerados
- ✓ Número total de días de consumo
- ✓ Número total anual de gramos consumidos
- ✓ Promedio de consumo por ocasión: suma de copas/dosis consumidas en los seis meses dividida ente el total de días de consumo
- ✓ Cantidad máxima: mayor cantidad consumida en una ocasión
- ✓ Cantidad mínima: menor cantidad consumida en una ocasión
- ✓ Porcentaje de días de abstinencia
- ✓ Porcentaje de días de consumo bajo, moderado y excesivo

Psicométricamente se ha demostrado que es un instrumento adecuado, sin embargo, el reporte en forma retrospectiva es vulnerable a errores de memoria del usuario (Ayala, et. al., 2005).

La confiabilidad y validez de la LIBARE ha sido establecida en poblaciones de adultos usuarios de alcohol (O’Farell et al., 1984, en Martínez et al., 2004), bebedores que no abusan de alcohol y población de estudiantes entre 20 y 28 años de edad (Sobell et al., 1986, en Martínez, 2004); la confiabilidad test-retest fue de 0.91. Su validez se obtiene de la aplicación clínica, al comparar el reporte de la LIBARE con registros oficiales, indicando un alto grado de correspondencia tanto en duración como en incidencia; la validez concurrente con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST), muestra correlaciones de 0.53.. Puntajes altos de la escala de dependencia al alcohol correlacionan positivamente con un consumo fuerte, mayor número de días de consumo y un mayor promedio de consumo por día. Así mismo, Echeverría y Ayala (1997, en Martínez, 2004) encontraron correlaciones positivas entre las respuestas del paciente y la de otros informantes (0.82).

➤ **Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA)** (Annis, 1982). Adaptado a población mexicana por Echeverría y colaboradores (1998); mide situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en el individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída. Se basa en un análisis de diversas situaciones ocurridas en el último año, que en la mayoría de las ocasiones resultan en consumo excesivo; se utiliza como herramienta para planear un perfil de las áreas de mayor riesgo en un individuo (Annis y Davis; Peachey y Annis, 1985, en Martínez, 2004).

Consiste en un cuestionario de 100 reactivos que miden las situaciones en las que el individuo bebió excesivamente durante el último año; estos 100 reactivos se agrupan en 8 categorías que a su vez se dividen en dos grupos:

- ✓ Situaciones personales (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad de consumo)
- ✓ Situaciones que involucran a terceras personas (conflicto con otros, presión social, momentos agradables)

El tiempo aproximado para contestarlo es de 20 minutos; su aplicación puede ser individual o grupal y lo puede aplicar el entrevistador o ser auto-aplicado. Para calificar el cuestionario, cada reactivo se responde en una escala tipo Likert de 4 puntos:

- 0 = Si "NUNCA" bebió en exceso en esa situación
- 1 = Si "OCASIONALMENTE" bebió en exceso en esa situación
- 2 = Si "FRECUENTEMENTE" bebió en exceso en esa situación
- 3 = Si "CASI SIEMPRE" bebió en exceso en esa situación

Se calculan ocho subpuntajes que corresponden a las ocho subescalas, sumando los puntos de los reactivos que corresponden a esa categoría.

- 0 pts. = Bajo Riesgo
- 1 – 33 pts. = Riesgo Moderado
- 34 – 66 pts. = Alto Riesgo
- 67 – 100 pts. = Muy Alto Riesgo

Los puntajes obtenidos pueden ser transformados en un puntaje final llamado "índice del problema", dividiendo cada subpuntaje entre el puntaje máximo posible en cada subescala y multiplicándolo por 100.

- 0% = No representa riesgo de consumo
- 1-29% = Situación de bajo riesgo

30-50% = Situación de riesgo moderado

51-69% = Situación de alto riesgo

70-100% = Situación de muy alto riesgo

Se jerarquizan los puntajes a partir de los más altos y los tres más elevados indican las áreas de mayor riesgo para el consumo en exceso.

Respecto a las características psicométricas del ISCA, los puntajes de cada subescala conforman una distribución normal; las ocho subescalas demostraron una validez de contenido adecuada, considerándose que representan el universo de situaciones de recaída; de igual manera, las ocho subescalas mostraron confiabilidad para individuos que buscan tratamiento por beber excesivo.

En base al análisis de las diversas situaciones ocurridas en el último año, que en la mayoría de los casos resultan en consumo excesivo, puede utilizarse como herramienta para planear el tratamiento, pues proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo para el individuo (Annis y Davis, 1985; Peachey y Annis, 1985). Para investigación, el ISCA es un instrumento que permite el estudio de los resultados de un tratamiento, así como del proceso de recaída (en Ayala, et. al., 2005).

➤ **Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)** (De León, Pérez, Oropeza y Ayala, 2001). El inventario está basado en el trabajo de Annis y Martin (1985), consta de 60 reactivos en formato auto-aplicable, que tienen el objetivo de conocer las principales situaciones de riesgo de consumo, distribuidos en cuatro categorías:

- ✓ Emociones agradables
- ✓ Emociones desagradables
- ✓ Búsqueda de bienestar
- ✓ Momentos agradables con otros

Cada reactivo tiene cuatro opciones de respuesta:

0 = Si "NUNCA" consumió drogas en esa situación

1 = Si "RARA VEZ" consumió drogas en esa situación

2 = Si "FRECUENTEMENTE" consumió drogas en esa situación

3 = Si "CASI SIEMPRE" consumió drogas en esa situación

Se calculan ocho subpuntajes que corresponden a las ocho subescalas, sumando los puntos de los reactivos que corresponden a esa categoría.

0 pts. = Bajo Riesgo

1 – 33 pts. = Riesgo Moderado

34 – 66 pts. = Alto Riesgo

67 – 10 pts. = Muy Alto Riesgo

Los puntajes obtenidos pueden ser transformados en un puntaje final llamado “índice del problema”, dividiendo cada subpuntaje entre el puntaje máximo posible en cada subescala y multiplicándolo por 100.

0% = No representa riesgo de consumo

1-29% = Situación de bajo riesgo

30-50% = Situación de riesgo moderado

51-69% = Situación de alto riesgo

70-100% = Situación de muy alto riesgo

Se jerarquizan los puntajes a partir de los más altos y los tres más elevados indican las áreas de mayor riesgo para el consumo en exceso.

➤ **Cuestionario de Confianza Situacional versión breve (CCS)** (Annis y Martin, 1985). Adaptado por Echeverría y Ayala (1997), se creó como un instrumento para que el terapeuta mida, durante el tratamiento, la evolución de la auto-eficacia del paciente en relación a situaciones de riesgo específicas durante el tratamiento. Igualmente, puede ser empleado para la investigación enfocada en estudiar los resultados del tratamiento y el proceso de recaída (auto-eficacia/situaciones de riesgo) (Ayala, et. al., 2005). El CCS fue diseñado para medir el concepto de auto-eficacia de Bandura (1977, 1986), en relación a la percepción del usuario para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol o cualquier otra droga.

Es un cuestionario de auto-reporte que consta de ocho reactivos que equivalen a las ocho categorías evaluadas en el ISCA, en los que se le pide al usuario que valore el porcentaje de seguridad que percibe (de 0% “*Definitivamente Consumiría*” a 100% “*Definitivamente No Consumiría*”) para resistirse al consumo en cada situación dada.

El usuario marca en una línea continua, en una escala de 0 a 100%, qué tan capaz se siente de controlar su forma de beber en cada una de las situaciones (Ayala, et. al., 2005).

Las situaciones que se valoran son (Ayala, et al., 2004):

- ✓ Situaciones personales (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física o urgencia por consumir)
- ✓ Situaciones de grupo (conflicto con otros, presión social, momentos agradables)

En términos generales se considera que (Echeverría, et al., 2004):

0 – 20% = No tiene o tiene poca confianza de poder resistir (situación de alto riesgo)

80 – 100% = Mucha confianza o seguridad para controlar el consumo excesivo (situación de bajo riesgo)

Al ser adaptado a población mexicana (Echeverría y Ayala, 1997) se obtuvo una consistencia interna de 0.977. Aunque es un cuestionario de auto-reporte, se recomienda que la aplicación sea por parte del terapeuta.

- **Cuestionario de abuso de drogas (CAD-20)** (De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez y Ayala, 2001). Este cuestionario consta de 20 preguntas, con opción de respuesta “sí” o “no”, sobre el consumo de drogas en los últimos 12 meses, excluyendo alcohol y tabaco. Proporciona un índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas; el análisis factorial reportó cinco dimensiones de consecuencias:

- ✓ Dependencia a las drogas
- ✓ Problemas sociales
- ✓ Problemas médicos
- ✓ Poli-uso de drogas
- ✓ Búsqueda de ayuda

Tiene por objetivo determinar el nivel de consumo del usuario, mediante la medición de la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando el consumo, permitiendo discriminar clínicamente entre los más involucrados en el consumo y los menos, así como con fines de evaluación en el tratamiento.

Puede ser aplicado por el entrevistador o auto-aplicado; no debe aplicarse a pacientes que se encuentre bajo la influencia de alguna droga. Su aplicación dura aproximadamente 5 minutos en formato de prueba de lápiz y papel.

Se califica mediante la asignación de un punto a cada respuesta afirmativa, excepto a la cuatro y cinco, a las que se les asigna un punto si fueron respondidas negativamente; posteriormente se suman todos los puntos y se obtiene el nivel de consumo que va de uno a 20:

0 = Ausencia de problemas por el consumo

1 – 5 = Leve

6 – 10 = Moderado

11 – 15 = Sustancial

16 – 20 = Severo

El análisis psicométrico arrojó índices de confiabilidad de 0.95 a 0.86 para usuarios de alcohol y drogas; estudios de análisis factorial han mostrado de dos a cinco componentes que explican más del 50% de la varianza total; las puntuaciones han correlacionado significativamente con medidas del número de drogas usadas (*cannabis*, barbitúricos, anfetaminas y heroína).

INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS

❖ Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína

- **Auto-Registro** (Méndez, Vázquez y Oropeza, 2006). Se utiliza para el registro del consumo y del deseo de consumir; permite monitorear la conducta y el contexto en el que se presenta la conducta. El usuario debe registrar si hubo o no consumo durante un día típico; en caso de haber consumido debe anotar la vía de administración, la cantidad consumida, si estaba sólo o acompañado, en lugar donde consumió y los pensamientos relacionados al consumo. En caso de no haber presentado consumo, el usuario debe registrar si tuvo pensamientos relacionados y cuáles fueron. Por otra parte, el usuario debe registrar si presentó o no deseo; en caso afirmativo debe especificar la duración, intensidad del episodio más significativo en una escala de cero a 100, la cantidad de episodios en el día, si se acompañó o no de consumo y los eventos que lo dispararon; en caso negativo, se registra la ausencia de deseo.

- **Cuestionario de Preselección**. Está conformado por cinco preguntas con opción de respuesta “sí” o “no”, cuyo objetivo es determinar si el usuario cumple o no los criterios de inclusión al tratamiento.

➤ **Cuestionario diagnóstico del consumo de sustancias.** Está basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, *American Psychiatric Association*); consta de 13 preguntas con opción de respuesta “sí” o “no”. Su objetivo es conocer si el usuario tiene dependencia a la cocaína o si reúne los criterios de abuso de drogas. Debe ser aplicado por el terapeuta y hace referencia a los últimos 12 meses; la calificación se hace mediante el conteo de las respuestas afirmativas en las diferentes categorías:

- ✓ Abuso: Diagnóstico propio de usuarios que hayan contestado “sí” a las primeras cuatro preguntas y hasta dos de las preguntas cinco a 13
- ✓ Dependencia: El diagnóstico se da a aquellos usuarios que hayan respondido “sí” a tres o más preguntas de la cinco a la 13
- ✓ Dependencia fisiológica: Diagnóstico asignado a los usuarios que respondan “sí” a las preguntas cinco a ocho

➤ **Cuestionario de autoconfianza del uso de drogas (CACD)** (De León, Pérez, Oropeza y Ayala, 2001). Toma como base el trabajo de Annis y Martin (1985) y está constituido por 60 afirmaciones sobre situaciones de consumo de drogas; su objetivo es conocer la confianza que el usuario percibe tiene para rehusarse al consumo; los factores que incluye son:

Situaciones Positivas: Tiempo placentero con otros y Emociones placenteras

Situaciones Negativas: Emociones displacenteras, Incomodidad física y Conflicto con otros

Situaciones de Tentación: Necesidad y tentación de consumo, Presión social y Prueba de control personal

Es un cuestionario auto-aplicable cuyas opciones de respuesta van de 0% a 100%, con intervalos de 20% entre cada opción.

0% = No representa riesgo de consumo

1-29% = Situación de bajo riesgo

30-50% = Situación de riesgo moderado

51-69% = Situación de alto riesgo

70-100% = Situación de muy alto riesgo

❖ Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema

- **Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)** (Echeverría, et al. 2004). Diseñada para medir la dependencia en población adulta que abusa del alcohol. Psicométricamente cuenta con estabilidad y validez como medida de dependencia, tiene confiabilidad test-retest, pero no ha sido reportada ninguna medida de consistencia interna. Refleja todas las dimensiones del Síndrome de Dependencia al Alcohol, es probable que sea sensible para detectar cambios en dependencia. Originalmente fue diseñada como un instrumento de auto-reporte, pero puede ser administrada como parte de una entrevista estructurada. El tiempo promedio de aplicación es de cinco minutos.

Consta de 15 reactivos que se contestan en una escala tipo Likert de cuatro puntos:

- 0 = “NUNCA”, si nunca ha estado en esa situación
- 1 = “ALGUNAS VECES”, si algunas veces ha estado en esa situación
- 2 = “FRECUENTEMENTE”, si ha estado en esa situación con frecuencia
- 3 = “CASI SIEMPRE”, si ha estado casi siempre en esa situación

El puntaje puede ir de 0 a 45 puntos que se interpretan de acuerdo a las siguientes categorías:

- 1 – 10 = Dependencia Baja
- 11 – 25 = Dependencia Media
- 26 – 42 = Dependencia Severa

❖ Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas

- **Entrevista Inicial** (Campos, Martínez y Ayala, 2001). Basada en la entrevista utilizada en el Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema (Echeverría, et al., 2004), es una entrevista desarrollada específicamente para el Programa de Intervención Breve para Adolescentes. Su objetivo es obtener información general acerca del adolescente, su historia de consumo y de los problemas relacionados con el consumo. Está constituida por 58 reactivos que miden 10 áreas:

- ✓ Datos de identificación
- ✓ Historia de tratamiento

- ✓ Historia del 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
- ✓ Recomendaciones para iniciar el tratamiento

La validez de la entrevista se obtuvo a partir de jueces expertos, obteniéndose un acuerdo del 100%. Debe ser aplicado por un entrevistador, en este caso el terapeuta, de forma individual. No arroja puntajes, la información que recaba le sirve al terapeuta para tener un conocimiento más amplio acerca de la vida del adolescente.

- **Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT)** (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1997). Es un cuestionario filtro para detectar a los adolescentes que presentan problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas. Consta de 81 reactivos; contempla siete áreas de funcionamiento:

- ✓ Uso/abuso de sustancias
- ✓ Salud mental
- ✓ Relaciones familiares
- ✓ Relaciones con amigos
- ✓ Nivel educativo
- ✓ Interés laboral
- ✓ Conducta agresiva/delinuencia

Para los objetivos del programa sólo se utiliza el área de uso/abuso de sustancias constituida por 19 reactivos con respuesta dicotómica (sí/no). La confiabilidad del instrumento en población mexicana es de $\alpha=0.9057$.

La administración puede ser individual o en grupo. En cuanto a la calificación, a partir de una respuesta afirmativa a uno de los 19 reactivos, se considera que el adolescente es candidato a participar en el programa, pues indica la presencia de problemas relacionados con el consumo, sin embargo, es común que cualquier adolescente responda de esta manera, por lo que se ha

establecido un criterio de calificación más estricto que identifica a aquellos adolescente que realmente presentan problemas relacionados con el consumo, este criterio consiste en considerar los reactivos más relevantes en cuanto a dichos problemas (3, 5, 7, 9, 10, 11, 14 y 17).

➤ **Entrevista Semiestructurada** (Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz y Barrientos, 2004). Es un cuestionario que consta de 11 reactivos que permiten recabar información acerca de del consumo y determinar si el adolescente es o no candidato al programa. Es aplicado por el terapeuta de forma individual. Al ser una entrevista, no arroja un puntaje, el tipo de información que arroja provee un conocimiento más amplio sobre la problemática del adolescente para determinar si es o no candidato para el programa.

➤ **Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)** (Organización Mundial de la Salud, 1993). Su objetivo es identificar problemas de salud mental y consumo de drogas en población mayor de 15 años. Arroja el diagnóstico de 13 diferentes trastornos ocurridos durante la vida, incluidos en la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10, permitiendo establecer la historia de los padecimientos y su comorbilidad. Al ser una entrevista diseñada para estudios epidemiológicos, permite evaluar diversos factores de riesgo, así como las consecuencias sociales de los trastornos psiquiátricos específicos.

Para los objetivos del programa se utiliza únicamente la sección I, que mide los trastornos debidos al consumo de alcohol (16 reactivos) y la sección L, que mide los trastornos debido al consumo de sustancias ilegales (15 reactivos). La escala de respuesta es de cuatro graduaciones en donde:

1=Si

2=No

3=No sabe

9=Se rehúsa a contestar la pregunta

Se recomienda que la aplicación se haga por parte del terapeuta. La calificación se obtiene mediante conteo de las respuestas afirmativas, que son las que indican la presencia de algún criterio del DSM-IV para el diagnóstico de abuso y dependencia de alcohol o drogas.

➤ **Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISDC-A)** (Martínez, Ruiz y Ayala, 2003). Es un cuestionario cuyo objetivo es detectar las principales situaciones de consumo de drogas, en población adolescente. El formato es auto-aplicable y consta de 27 reactivos distribuidos en cuatro categorías:

- ✓ Emociones agradables
- ✓ Emociones desagradables
- ✓ Búsqueda de bienestar
- ✓ Momentos agradables con otros

Cada reactivo tiene cuatro opciones de respuesta:

- 0 = Si "NUNCA" consumió drogas en esa situación
- 1 = Si "OCASIONALMENTE" consumió drogas en esa situación
- 2 = Si "FRECUENTEMENTE" consumió drogas en esa situación
- 3 = Si "CASI SIEMPRE" consumió drogas en esa situación

La confiabilidad del instrumento es de 0.92. Para calificarlo, se ubica cada uno de los puntajes dentro de las cuatro categorías, de manera que se obtiene un puntaje crudo para cada una; posteriormente se obtienen los deciles por categoría los cuales ubican el resultado en una equivalencia a:

- Deciles 1 a 4 = Situaciones de consumo sin problemas
- Deciles 5 al 7 = Situaciones de consumo de riesgo
- Deciles 8 al 10 = Situaciones de consumo problemáticas

➤ **Cuestionario de Validación Social** (Martínez y Ayala, 2000). Este instrumento fue desarrollado para medir la satisfacción del adolescente en relación con los temas que se manejaron en el programa, los materiales, los procedimientos empleados para lograr el cambio en el patrón de consumo y las metas alcanzadas durante el tratamiento. Se encuentra incluido dentro del folleto utilizado en la cuarta sesión recomendándose que el adolescente lo responda sólo para brindarle total libertad. Consta de nueve reactivos de los cuales, seis son enunciados con cinco opciones de respuesta:

- ✓ Muy de acuerdo
- ✓ De acuerdo
- ✓ Indeciso
- ✓ En desacuerdo
- ✓ Muy en desacuerdo

Los otros tres reactivos son preguntas abiertas en las que se le solicita al adolescente que mencione las cosas que le gustaron más del programa, las que no le gustaron y las sugerencias que haría al programa.

La validez del cuestionario se obtuvo a partir de jueces, obteniendo un acuerdo del 100%.

❖ Programa de Prevención de Recaídas

- **Escala de Dependencia al Alcohol (EDA):** Desarrollada a partir de un instrumento más amplio llamado “Inventario de consumo de alcohol” (Horn y Wanberg, 1969). Mide desde dependencia baja hasta severa.

Estudios psicométricos sugieren que la escala tiene confiabilidad test-retest (0.92) (Skinner y Horn, 1984 en Barragán, et. al., 2005) y consistencia interna (0.85) (Kivlahan, et. al., 1989 en Barragán, et. al., 2005), así como validez ($r = 0.58$ con el DSM – III) (Skinner y Allen, 1982 y Ross et, al., 1990 en Barragán, et. al., 2005) para medir dependencia y parece probable que sea sensible para medir cambios de dependencia (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998 en (Barragán, et. al., 2005).

En 1981 Skinner identificó un factor general en el inventario de Consumo de Alcohol que correspondía al Síndrome de Dependencia definido por Edwards y Gross (1976). Este factor de dependencia está compuesto por cuatro escalas que se encontraban en el Inventario: pérdida del control conductual, síntomas de retiro psicofisiológicos, síntomas de retiro psicoperceptuales y estilo obsesivo-compulsivo para beber. Se realizó una evaluación inicial del EDA utilizando 29 reactivos que median los cuatro factores (Skinner & Allen, 1982). Una versión final eliminó 7 reactivos y añadió tres, dejando una versión formada por 25 reactivos. La mayoría de los reactivos se clasifican en una escala de tres puntos, se incluyen varios reactivos dicotómicos y algunos de cuatro puntos.

La Escala de Dependencia al Alcohol puede ser administrada como cuestionario y como parte de una entrevista estructurada y requiere menos de 10 minutos para ser contestada. Las respuestas de los 25 reactivos tienen diferentes escalas, pero la calificación para cada respuesta siempre será:

a = 0

b = 1

c = 2

d = 3

Se suman los reactivos y se obtiene un solo puntaje que puede ir de 0 a 47 puntos y puede ser interpretado de la siguiente manera:

0 pts. = No hay dependencia

1 a 13 pts. = Dependencia Baja

14 a 21 pts. = Dependencia Moderada

22 a 30 pts. = Dependencia Media

31 a 47 pts. = Dependencia Severa

➤ **Escala de Satisfacción General:** Es la valoración porcentual respecto a la satisfacción actual de diversas áreas de vida cotidiana y fue elaborada por Azrin, Naster y Jones (1973) (en Barragán, et. al., 2005). Consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (0-10 puntos) en nueve áreas de vida cotidiana y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción. Las áreas de vida evaluadas son:

1. Consumo/sobriedad
2. Progreso en el trabajo o en la escuela
3. Manejo del dinero
4. Vida social y recreativa
5. Hábitos personales
6. Relaciones familiares o matrimoniales
7. Situación legal
8. Vida emocional
9. Comunicación
10. Satisfacción general

Este instrumento detecta el nivel de satisfacción general que identifica tener el individuo con su vida cotidiana, así como los diferentes niveles de satisfacción que percibe sentir en áreas específicas de su funcionamiento. Por lo que el instrumento arroja un criterio global de satisfacción, un promedio y medidas específicas de satisfacción.

Su aplicación va de cinco a diez minutos de duración; los puntajes cercanos a uno reflejan insatisfacción y los más cercanos al diez reflejan satisfacción.

Su confiabilidad es de 0.76 mostrando buena consistencia interna. Además, tiene validez de criterio adecuada, puesto que los autores correlacionaron el promedio de satisfacción de las diferentes áreas con el puntaje de satisfacción general.

- **Inventario de Depresión de Beck:** Elaborado por Beck (1988); este instrumento consta 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 total de la siguiente manera (Barragán, et. al., 2005):

0 a 9 pts. = Depresión mínima

10 a 16 pts. = Depresión leve

17 a 29 pts. = Depresión moderada

30 a 63 pts. = Depresión severa

La estandarización del instrumento en población mexicana fue realizada por Jurado, et. al. (1998) (en Barragán, et. al., 2005), se obtuvo consistencia interna (0.87) y en el análisis factorial se agruparon tres factores, igual que en la versión original: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. Por otra parte, la prueba también tiene validez concurrente con la Escala de Zung y el Inventario de Depresión ($r = 0.65$) (Barragán, et. al., 2005).

- **Inventario de Ansiedad de Beck:** Es un cuestionario de 21 reactivos elaborado por Beck (1988); es de fácil aplicación y calificación y permite evaluar síntomas de ansiedad. El tiempo de aplicación varía de entre cinco a diez minutos. Las respuestas se clasifican en:

“Poco o nada” 0 puntos

“Más o menos” 1 punto

“Moderadamente” 2 puntos

“Severamente” 3 puntos

Posteriormente se hace la sumatoria total y se obtienen el puntaje que indica el nivel de ansiedad; este nivel corresponde a:

- 0 a 5 pts. = Ansiedad Mínima
- 6 a 15 pts. = Ansiedad Leve
- 16 a 30 pts. = Ansiedad Moderada
- 31 a 63 pts. = Ansiedad Severa

El instrumento fue estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) (en Barragán, et. al., 2005), mostró una alta consistencia interna (0.83) y una validez de constructo que arrojó cuatro factores principales congruentes con los referidos por los autores de la versión original: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. Así mismo, tiene una alta confiabilidad test-retest ($r = 0.75$) y en una validez convergente adecuada entre el Inventario de Beck de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) ya que los índices de correlación fueron moderados y positivos ($p < 0.05$); y una validez discriminante que permite detectar pacientes con trastornos de ansiedad y normales ($t = - 19.11, p < 0.05$).

- **Escala de Símbolos y Dígitos del Weschler Adult Intelligence Scale (WAIS)**

- **Escala de Repetición de Dígitos Weschler Adult Intelligence Scale (WAIS)**

ANEXO 2

CONCEPTOS BÁSICOS

Ambivalencia. Estado de la mente en el que una persona tiene sentimientos conflictivos simultáneos sobre algo (Miller y Rollnick, 1999); es una situación en la que el individuo se enfrenta a dos alternativas diferentes, ambas igualmente atractivas, pero incompatibles (Oropeza, et al., 2004).

Análisis Funcional de la Conducta. Herramienta que examina, mediante una entrevista estructurada, los antecedentes y consecuencias de una conducta específica de interés. El objetivo es establecer los precipitadores de la conducta de manera que se pueda identificar la cadena de eventos que promueve dicha conducta, así como identificar las consecuencias, tanto positivas como negativas de la conducta, a partir de lo cual es sujeto específica los resultados agradables inmediatos y los desfavorables a largo plazo de la conducta problema. Mediante el análisis de los antecedentes y consecuencias de la conducta, se pretende que el sujeto sea capaz de generar conductas alternativas a la conducta que se pretende modificar (Barragán, et al., 2005).

Autoeficacia. Creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo exitosamente una tarea específica (Bandura, 1997; 1982, en Miller y Rollnick, 1999).

Balance Decisional. Metáfora postulada por Janis y Mann (1977) en la que se contrastan las motivaciones contrapuestas (beneficios y costos) ante un problema. Herramienta útil para vencer la ambivalencia (Miller y Rollnick, 1999).

Entrevista Motivacional. Es una forma de ayudar a la persona para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales o presentes. Pretende ayudar al individuo a vencer la ambivalencia y lograr progresar en el cambio. Se caracteriza porque el terapeuta no asume un rol autoritario, sino que deposita en el individuo la responsabilidad para cambiar. Las estrategias que se utilizan son persuasivas y de apoyo más que coercitivas y de discusión; algunas son derivadas de la terapia centrada en el paciente. Los principios clínicos que le subyacen son (Miller y Rollnick, 1999):

1. *Expresar empatía.* Mostrar empatía cercana y escucha reflexiva, intentando comprender los sentimientos y perspectivas del sujeto sin juzgarlo, criticarlo o culpabilizarlo.
2. *Crear discrepancia.* Evitando caer en la confrontación, consiste en crear y potenciar en la mente del individuo una discrepancia entre la conducta actual y los objetivos más amplios, lo cual conlleva a una motivación para el cambio. La discrepancia se origina analizando las consecuencias reales o potenciales de la conducta actual, que entran en conflicto con los objetivos importantes o metas que tiene el sujeto. El objetivo es que sea el mismo sujeto quien exponga sus propias razones para cambiar.
3. *Evitar la discusión.* Pretende que el terapeuta evite discutir y la confrontación directa. El objetivo es aumentar la consciencia sobre el problema y la necesidad de realizar un cambio evitando provocar una resistencia por parte del individuo.
4. *Darle un giro a la resistencia.* En la entrevista motivacional, la resistencia y la ambivalencia ante el cambio son reconocidas como naturales y comprensibles, el terapeuta no impone su punto de vista sino que invita al sujeto a considerar la nueva información y le ofrece nuevas perspectivas. Generando preguntas y planteando problemas al sujeto, el terapeuta no impone soluciones sino que da al individuo el reconocimiento de un ser capacitado, con conocimientos e ideas importantes para solucionar sus propios problemas. Resumiendo, se implica al individuo, de forma activa, en la solución de su problema.
5. *Fomentar la autoeficacia.* Un objetivo más de la entrevista motivacional es aumentar las percepciones del individuo sobre su capacidad para enfrentar los obstáculos y tener éxito en el cambio (Miller, 1983); una forma de lograrlo es enfatizando la responsabilidad personal del sujeto de manera que transmita el mensaje de que él mismo puede y debe realizar el cambio, pues nadie más lo hará por él, ofreciéndole el apoyo necesario para alcanzar dicho cambio.

Algunas aproximaciones motivacionales que han mostrado ser efectivas para ayudar a las personas a progresar a través de las etapas de cambio son (Miller y Rollnick, 1999):

- 1) *Ofrecer consejo.* Para estimular el cambio es útil ofrecer un consejo claro y no conductivo, en un momento preciso. Para que un consejo sea efectivo debe contener ciertos elementos:
 - a) Identificar claramente el problema
 - b) Explicar por qué el cambio es importante
 - c) Recomendar un cambio específico

- 2) *Eliminar obstáculos.* El terapeuta ayuda a identificar y eliminar los obstáculos que existen en los esfuerzos hacia el cambio.

- 3) *Ofrecer alternativas.* Dado que la motivación aumenta ante la percepción de que uno ha elegido con libertad un curso concreto de acción sin coerción externa, el terapeuta debe ayudar al sujeto a sentirse libre y responsable de la elección mediante el ofrecimiento de diferentes alternativas entre las cuales pueda hacer su elección.

- 4) *Disminuir la deseabilidad.* La tarea del terapeuta consiste en identificar los reforzadores positivos que mantienen la conducta del sujeto, buscar aproximaciones efectivas para disminuirlos, eliminarlos o compensarlos. Una estrategia útil es aumentar la consciencia de la persona de las consecuencias adversas de su conducta; las contingencias sociales también pueden ayudar ya que disminuyen las consecuencias positivas y aumentan las negativas de la conducta problemática.

- 5) *Practicar la empatía.* La empatía terapéutica, como un factor que favorece la motivación al cambio, no se refiere a la habilidad o tendencia a identificarse con la otra persona, sino a la habilidad concreta de comprender el significado de lo que el otro expresa a través del uso de la *escucha reflexiva*.

- 6) *Ofrecer retroalimentación.* Para conservar o incluso para aumentar la motivación al cambio hay que ofrecer al sujeto información clara y suficiente de su situación actual; puede producirse de diferentes maneras: expresiones de las personas que rodean al sujeto, resultados obtenidos en test de evaluación, realización de auto-registros diarios y la información dada por el terapeuta sobre el estado actual, las consecuencias y los riesgos de la conducta.

- 7) *Aclarar los objetivos.* Para que la retroalimentación sea útil debe ser comparada con los objetivos personales del sujeto, de manera que se incremente la motivación al cambio, por lo que el terapeuta debe ayudarle a formular objetivos claros, realistas y alcanzables.

- 8) *Ofrecer ayuda activa.* Significa que el terapeuta se interese activa y afirmativamente por el proceso de cambio del individuo. El terapeuta toma la iniciativa terapéutica y demuestra interés y cuidado por el sujeto sin quitarle responsabilidades a éste sobre su propio proceso de cambio.

Escucha Reflexiva. Requiere una atención clara ante cada comentario del sujeto y una elaboración continuada de hipótesis sobre el significado subyacente de dichos comentarios, las cuales se le deben devolver al sujeto añadiendo un contenido a lo que éste dijo espontáneamente (Miller y Rollnick, 1999).

Modelo del Cambio. También conocido como Rueda del Cambio, postulado por Prochaska y DiClemente (1982), considera una serie de etapas que reflejan el proceso que atraviesa un sujeto ante un cambio. Estas etapas son (Miller y Rollnick, 1999):

- *Precontemplación.* La persona aún no considera tener un problema o necesitar un cambio en su vida. En esta etapa la persona raramente acude a tratamiento por sí misma, necesita información y retroalimentación a fin de lograr aumentar su consciencia del problema y la posibilidad de cambiar.

- *Contemplación.* Aparece la toma de consciencia del problema; está caracterizada por la ambivalencia, en la que la persona considera y rechaza a la vez la idea del cambio, oscila entre las razones para cambiar y las razones para continuar de la misma manera.
- *Determinación.* Considerada como una ventana para la oportunidad de la que la persona puede avanzar hacia la siguiente etapa (acción) p retroceder a la etapa de contemplación o incluso a la de precontemplación. Generalmente el individuo se inclina hacia las razones del cambio, aunque es susceptible de cambiar hacia las razones de permanecer en su conducta.
- *Acción.* La persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio. Durante esta etapa la persona puede experimentar pequeños (tropezones) o grandes (recaídas) pasos hacia atrás, sin embargo, eso no implica necesariamente que regrese a las etapas iniciales, aunque puede darse el caso.
- *Mantenimiento.* Esta etapa consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior y prevenir la recaída.
- *Recaída.* Consiste en regresar al patrón de conducta inicial, generalmente se acompaña de un retroceso a las etapas iniciales de cambio. En este sentido, el tropezón sería considerado un retroceso que no llega hasta el estado inicial. Tanto la recaída como el tropezón son considerados como normales en el proceso de cambio.

Plan de Acción. Consiste en que el sujeto identifique situaciones de riesgo que pudieran presentarse y, considerando los recursos con que cuenta, genere posibles alternativas para enfrentarlas.

ANEXO 3

TÉCNICAS UTILIZADAS POR SESIÓN DEL REPORTE DE CASO

| OBJETIVOS POR SESIÓN | TÉCNICAS UTILIZADAS |
|---|---|
| <p>Admisión</p> <p>Fue el primer contacto con el usuario, tiene como finalidad obtener datos generales sobre el usuario y una breve revisión de su historia de consumo, para evaluar si cumple los criterios de inclusión al tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Criterios de pre-selección • Nivel de dependencia (Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias y CAD-20) | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Motivacional <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar calificar, o etiquetar al cliente ▪ Utilizar un estilo reflexivo y propositivo en lugar de uno confrontativo ▪ Proporcionar retroalimentación objetiva en forma no amenazadora ▪ Informar al usuario el cambio es posible ▪ Permitir a los clientes planear el tratamiento y elegir la meta del tratamiento (abstinencia inicial o reducción gradual) |
| <p>Evaluación</p> <p>El objetivo era obtener información sobre historia y patrón de consumo, situaciones de consumo y nivel de autoeficacia del usuario para abstenerse del consumo en determinadas situaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia de consumo (Entrevista) • Patrón de consumo (LIBARE) • Situaciones de consumo (ISCD) • Nivel de autoeficacia (CACD) • Problemas asociados (Entrevista) | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Motivacional • Auto-Registro • Identificación de situaciones de riesgo • Planes de Acción |
| <p>Balance decisional y establecimiento de la meta</p> <p>El objetivo fue motivar al usuario a que abandone su consumo de cocaína, ya sea mediante la reducción gradual o intentando la abstinencia desde ese momento</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional • Balance decisional • Razones para cambiar • Establecimiento de metas • Auto-registro • Identificación de situaciones de riesgo • Planes de acción |
| <p>Manejo del consumo de cocaína</p> <p>Tuvo como objetivo enseñar al usuario a identificar y manejar los disparadores del consumo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional • Análisis Funcional de la Conducta • Auto-registro • Identificación de situaciones de riesgo • Planes de acción |

| | |
|---|--|
| <p>Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína</p> <p>El objetivo de esta sesión fue enseñar al usuario a identificar y manejar, mediante técnicas de evitación y enfrentamiento, sus pensamientos relacionados con el consumo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional • Técnicas de Evitación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Distracción ▪ Metas efectivas • Técnicas de Enfrentamiento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relacionar una situación de consumo previa con un estado negativo particular ▪ Desafiar los pensamientos asociados con el consumo ▪ Establecer prioridades ▪ Hacer un balance decisional ▪ Hablar • Diario de pensamientos • Establecimiento de metas de vida • Cambio de pensamientos • Auto-registro • Identificación de situaciones de riesgo • Planes de acción |
| <p>Identificación y manejo del deseo de consumo de cocaína</p> <p>Tiene como objetivo enseñar al usuario a identificar y manejar el deseo de consumir</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional • Identificación de situaciones de deseo y de consumo • Análisis Funcional del Deseo • Lista de actividades de evitación • Estrategias de Enfrentamiento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hablar del deseo ▪ Auto-plática constructiva ▪ Sentir el deseo ▪ Balance decisional • Auto-registro • Identificación de situaciones de riesgo • Planes de acción |
| <p>Habilidades asertivas de rechazo</p> <p>Su objetivo es enseñar al usuario habilidades asertivas de rechazo ante el ofrecimiento de cocaína que le ayuden a controlar posibles situaciones de riesgo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional • Análisis funcional • Evaluación de respuestas asertivas • Identificación de proveedores • Planes de enfrentamiento para proveedores • Auto-registro • Identificación de situaciones de riesgo • Planes de acción |

| | |
|--|---|
| <p>Decisiones aparentemente irrelevantes</p> <p>El objetivo es enseñar al usuario a tomar decisiones que prevengan la ocurrencia de situaciones de riesgo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional • Análisis Funcional • Identificación de decisiones aparentemente irrelevantes • Identificación de señales rojas • Auto-registro • Identificación de situaciones de riesgo • Planes de acción |
| <p>Solución de problemas</p> <p>Tiene por objetivo que el usuario aprenda, desarrolle y aplique estrategias de solución de problemas relacionados con el consumo y de la vida cotidiana</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional • Estrategia de solución de problemas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer que hay un problema ▪ Identificar y especificar el problema ▪ Generar alternativas ▪ Tomar decisiones y aplicar la solución ▪ Evaluar la alternativa seleccionada • Auto-registro • Identificación de situaciones de riesgo • Planes de acción |
| <p>Restablecimiento de la meta y planes de acción</p> <p>Se evalúa el cumplimiento de la meta de tratamiento y la creación de planes de acción que incluyan la práctica de las habilidades adquiridas durante el tratamiento para alcanzar o mantener la abstinencia</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional • Evaluación de metas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacción ▪ Cumplimiento ▪ Confianza ▪ Importancia • Contrato conductual • Auto-registro • Identificación de situaciones de riesgo • Planes de acción |
| <p>Seguimientos</p> <p>El objetivo de los seguimientos es identificar los avances del usuario para el logro de su meta y/o evaluar el mantenimiento del cambio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el mantenimiento del cambio del usuario • Obtener información relativa al cambio en el patrón de consumo y los problemas relacionados • Reforzar el proceso de tratamiento • Identificar posibles recaídas o prevenirlas • Evaluar la necesidad de retomar el tratamiento o algún componente específico del programa • Medir la eficacia de la intervención | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional • Planes de acción |