



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

**“APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE SATISFACTORES
COTIDIANOS APLICADO A UN CONSUMIDOR DE
ALCOHOL”**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CARLOS ALBERTO MURILLO MACIAS.

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. AGUSTIN VELEZ BARAJAS

COMITE: MTRA. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE

MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA

DRA. SILVIA MORALES CHAINE

DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

CIUDAD UNIVERSITARIA, 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Es difícil plasmar en palabras todo el apoyo que mis seres queridos brindaron en este viaje ellos saben quiénes son, unas pocas palabras no hacen justicia .

Primero agradezco a mi familia, ¿Que soy yo sin ellos?

Le agradezco a mi tutor el Agustín Vélez por todo lo que enseñó y me sigue enseñando.

Gracias a todos los que me enseñaron algo:

Silvia, Leticia, Lidia, Miguel Angel, Mariana, Jorge, Fer, Cesar.

A mis amigos gracias por acompañarme:

Tere, Gil, María, Mauricio, Sarahí, Eunice, Ana, Carlos, Pablo.

Un especial reconocimiento a Sara.

Hay hombres que luchan un día y son buenos. Hay otros que luchan un año y son mejores.

Hay quienes luchan muchos años, y son muy buenos.

Pero hay los que luchan toda la vida, esos son los imprescindibles.

Bertolt Brecht

Introducción pág. 4

Capítulo I. Epidemiología. pág. 7

- 1.1 Contexto internacional. pág. 7
- 1.2 Revisión de la situación epidemiológica internacional por tipo de droga. pág. 9
 - 1.2.1 Alcohol pág. 9
 - 1.2.2 Tabaco pág. 11
 - 1.2.3 Marihuana pág. 12
 - 1.2.4 Cocaína pág. 14
 - 1.2.5 Estimulantes de tipo anfetamínico pág. 16
 - 1.2.6 Opiáceos pág. 19
- 1.3 Epidemiología Nacional. pág. 21
 - 1.3.1 Encuestas en estudiantes. pág. 22
 - 1.3.2 Sistema de Registro e Información en Drogas (SRID) pág. 24
 - 1.3.3 Resultados de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) pág. 25
 - 1.3.4 Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA). pág. 25
 - 1.3.5 Tendencia general en el 2011. pág. 28

Capítulo 2. Aspectos Básicos de la Prevención. pág. 30

2.1 ¿Por qué las personas consumen drogas? pág. 30

- 2.1.1 Por los efectos. pág. 30
- 2.1.2 Por imitación. pág. 31
- 2.1.3 Presión de pares. pág. 31
- 2.1.4 Por modelamiento. pág. 32
- 2.1.5 Por presión social. pág. 33
- 2.1.6 Por problemas existenciales. pág. 33
- 2.1.7 Por carencia de habilidades de afrontamiento.

2.2 Conceptos básicos en prevención de adicciones. pág. 34

- 2.3 Clasificación de drogas. pág. 35
- 2.4 ¿Qué es prevención? pág. 36
 - 2.4.1 Objetivo de la prevención. pág. 36
 - 2.4.2 Intervenciones Preventivas. pág. 37
 - 2.4.3 Modelo Teórico. pág. 37
 - 2.4.4 Evolución de los programas prevención. pág. 37
 - 2.4.5 Factores de riesgo y de protección. pág. 38
 - 2.4.6 Resiliencia. pág. 40

Capítulo 3. Intervenciones Breves y Entrevista Motivacional. pág. 41

- 3.1 Intervenciones breves en el consumo de alcohol y otras drogas. pág. 41
- 3.2 ¿A quién se aplican las intervenciones breves? pág. 42
- 3.3 Componentes de las intervenciones breves. pág. 42
- 3.4 Pasos importantes a seguir de las intervenciones breves. pág. 43
- 3.5 Selección, evaluación y supervisión. pág. 44
- 3.6 El cambio y establecimiento de metas. pág. 45
- 3.7 Resumir e incluir. pág. 46
- 3.8 Modelo de Etapas de Cambio. pág. 46
 - 3.8.1 Precontemplación. pág. 47
 - 3.8.2 Contemplación. pág. 47
 - 3.8.3 Preparación. pág. 47
 - 3.8.4 Acción. pág. 47
 - 3.8.5 Mantenimiento. pág. 47

- 3.9 Metas de la intervención breve para el consumo de sustancias. pág. 48
 - 3.9.1 Abstinencia. pág. 48
 - 3.9.2 Moderación. pág. 48
 - 3.9.3 Disminución paulatina hasta llegar a la abstinencia. pág. 49
- 3.10 Características de la entrevista motivacional. pág. 49
- 3.11 Componentes de la entrevista. pág. 49
- 3.12 Balance Decisional. pág. 50

Capítulo 4. Expectativas de pacientes consumidores de sustancias adictivas sobre el tratamiento en su modalidad de internamiento. pág. 52

- 4.1 Introducción. pág. 52
- 4.2 Método. pág. 56
- 4.3 Confiabilidad. pág. 62
- 4.4 Segunda Área. pág. 65
- 4.5 Tabla de Resumen. pág. 67
- 4.6 Conclusión. pág. 69

Capítulo 5. Programa de Satisfactores Cotidianos Aplicado a un consumidor de alcohol. pág. 70

- 5.1 Antecedentes. pág. 70
- 5.2 Criterios de inclusión. pág. 72
- 5.3 Componentes. pág. 74
- 5.4 Instrumentos utilizados. pág. 77
- 5.5 Procedimiento de intervención. pág. 82
- 5.6 Instrumentos aplicados. pág. 83
- 5.7 Componentes Aplicados. pág. 88
 - 5.7.1 Muestra de abstinencia. pág. 89
 - 5.7.2 Análisis Funcional. pág. 89
 - 5.7.3 Habilidades de comunicación. pág. 91
 - 5.7.4 Entrenamiento en Solución de Problemas. pág. 94
 - 5.7.4 Rehusarse al consumo. pág. 94
 - 5.7.5 Control de Emociones. pág. 96
 - 5.7.6 Metas de Vida Cotidiana. pág. 99
 - 5.7.7 Habilidades sociales y recreativas. pág. 100
 - 5.7.8 Prevención de recaídas. pág. 101
 - 5.7.9 Primer Seguimiento. pág. 103
 - 5.7.10 Seguimiento a tres meses. pág. 105
- 5.8 Discusión. pág. 105

6. Referencias. pág. 106

Introducción.

Es importante contextualizar el ambiente en el que se encuentra el mundo y el país en cuanto al consumo de sustancias adictivas. Como sabemos, esta tarea se realiza a través de los organismos internacionales dedicados al estudio y desarrollo de la epidemiología; esta empresa se convierte en algo un poco más esquivo cuando se trata del caso de naciones donde los datos epidemiológicos no son claros, casi siempre por diversos conflictos con la recaudación de datos. Ahora ¿por qué destacar el trabajo de los sistemas epidemiológicos con respecto al consumo de sustancias? Este es un indicador que justifica y dirige todo esfuerzo de los académicos y el sector salud para reducir el problema que causa el consumo de sustancias que producen adicción.

En este tenor se desarrolla el programa de maestría en psicología profesional con residencia en adicciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es entonces este programa un esfuerzo fundamentado en el problema de salud en el que se ha convertido el consumo de sustancias adictivas en nuestro país.

El consumo de sustancias ilegales se ha convertido en un problema importante desde mediados del siglo XX a la fecha; esto se puede constatar revisando los sistemas epidemiológicos internacionales (Informe de Drogas ONU, 2007). En el mundo, podemos encontrar que desde los años sesenta empieza a ser relevante el consumo de drogas ilegales, se estabiliza en los años subsecuentes y posteriormente el consumo de sustancias ilegales expresó tendencias a la alza, a la baja, aparecieron nuevas sustancias, etcétera. Se establecieron rutas comerciales alrededor del mundo para la distribución de sustancias, por ejemplo, la metanfetamina ICE de Asia Pacífico hasta Norteamérica o la heroína de Afganistán a Europa por la antigua ruta de la seda (JIFE 2006, Sánchez L. 2002). Esto trae aparejado una diversidad de problemas sociales, legales, familiares, problemas de salud pública y, en general, descomposición social. Según lo anterior podemos pensar que el consumo de sustancias se ha convertido en un fenómeno globalizado que afecta a todas las sociedades. Ahora, con la conversión del mundo en una aldea global gracias a las telecomunicaciones, los patrones de consumo se han extendido por una diversidad de culturas y países; tal es el caso del consumo explosivo de alcohol entre los jóvenes que se da en países como Israel, México,

España, Japón, Argentina, etc; si se quiere, se puede incluir en este sentido el consumo de otras sustancias como los estimulantes o la marihuana.

Por ende, es de cardinal importancia que los profesionales de la salud se especialicen en el tratamiento y prevención del consumo excesivo de sustancias legales e ilegales y todos los problemas que se asocian: problemas legales, de salud, los relacionados con violencia, económicos, etc; en suma, los profesionales de la salud están exigidos a profesionalizarse en una diversidad de áreas con el objetivo de atacar el problema de consumo de sustancias adictivas. En este marco descansa el objetivo de la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma México. Es entonces grande el reto que se lanza al profesional de la salud que se desarrolla en el área de tratamiento y prevención del consumo de sustancias adictivas.

Orden del Reporte.

Conforme a lo ya mencionado, se aclara que los capítulos siguientes tienen el objetivo de mostrar las habilidades y competencias desarrolladas en el programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma México, es por esto que los temas a tratar en ocasiones pueden parecer diversos o incluso inconexos, sin embargo, dejan constancia de la diversidad de áreas en las que fui capacitado; incluso resumir en un reporte la variedad de aprendizajes adquiridos es un proyecto que se antoja difícil, por lo cual solo dejo constancia de los más relevantes para este proyecto.

Los Capítulos que se presentan son:

-Epidemiología. Este capítulo tiene como objeto demostrar lo aprendido en la disciplina de epidemiología. No podemos decir que la formación profesional de un especialista en adicciones esté completa sin esta piedra angular. Tenemos que entender el contexto social que da origen al consumo sostenido de una droga en una población determinada y son las reglas de la epidemiología las que son determinantes para poder comprender esto; incluso podemos pensar que el carecer de esta herramienta puede limitar la práctica profesional. En este capítulo se establecen tres puntos claves por droga en el contexto internacional, su distribución, la prevalencia del consumo y una breve explicación de las consecuencias del uso de la droga. Establecido esto continuamos con la epidemiología nacional, en ambos casos se utilizan los sistemas epidemiológicos más destacados en el contexto nacional e internacional.

-Aspectos Básicos de la Prevención. En este capítulo se despliega lo aprendido en lo concerniente a la prevención de adicciones, incluyendo conceptos básicos que el profesional de las adicciones tiene que conocer a fondo, esto con la finalidad de poder desarrollar programas cuyo objetivo debe ser reducir la edad de inicio del consumo de drogas, combatir los daños aparejados que trae consigo el consumo y ayudar a las personas a desarrollar una relación madura con las drogas.

-Intervenciones Breves y Entrevista Motivacional. En este apartado lo que se persigue es explicar los aspectos básicos de las intervenciones breves y de entrevista motivacional, componentes vitales en la formación profesional del área de adicciones. Éste apartado está construido principalmente sobre la experiencia adquirida en la práctica clínica.

-Expectativas de pacientes consumidores de sustancias adictivas sobre el tratamiento en su modalidad de internamiento. Este capítulo es muy importante, ya que muestra la creación de un instrumento de medición, que es una de las competencias desarrolladas durante la maestría. De hecho, ésta es una habilidad vital para una práctica profesional adecuada.

-Programa de Satisfactores Cotidianos Aplicado a un Bebedor Problema.

En este apartado se encuentra plasmada la intervención realizada con un usuario consumidor de alcohol y cuyas características fueron idóneas para mostrar las habilidades clínicas adquiridas durante la maestría.

Aclarados estos puntos podemos decir que en las páginas siguientes encontraremos el testimonio de las competencias adquiridas durante el transcurso de dos años del programa de maestría.

Capítulo I. Epidemiología.

El consumo de drogas que generan dependencia es uno de los principales conflictos que presentan los estados modernos alrededor de todo el mundo; basta analizar los sistemas internacionales de epidemiología para constatar que el consumo de muchas sustancias conocidas como drogas es preocupante y se ha venido desarrollando un patrón epidémico notable en distintas naciones desde los años 60 hasta la fecha (World Drug Report 2008, Ross, D., Kaid, K., Suppurtt, D., 2011).

Es menester para un profesional de la salud que se desempeña en el campo de las adicciones que se capacite y profundice en el análisis de los sistemas epidemiológicos nacionales e internacionales; vista la epidemiología como la gran radiografía que nos permite identificar problemas que deberán ser atendidos por los sistemas de salud.

1.1 Contexto internacional.

Es imposible describir el consumo de drogas en nuestro país sin echar un vistazo a los sistemas internacionales de epidemiología. La distribución y el consumo de drogas legales e ilegales que generan patrones de abuso y dependencia alrededor del mundo dejan rutas y divisiones geográficas que relatan una historia para el que la puede leer.

Para el año 2010 se estimaba que unos 230 millones de personas, o el 5% de la población adulta del mundo, consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en sus vidas. Los consumidores problemáticos de drogas suman unos 27 millones, o el 0.6% de la población adulta mundial (World Drug Report 2011, Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes 2011).

Este dato contextualiza la naturaleza del problema, además, debemos tomar en cuenta los conflictos de todo tipo que trae consigo el consumo de sustancias adictivas. 230 millones de personas que necesitan atención de algún tipo relacionada con el consumo de sustancias; pensemos en la carga que significa esto para poblaciones enteras y los servicios de salud de países que se encuentran en crisis económicas (World Drug Report 2010).

En general, el uso de drogas ilícitas parece haberse estabilizado en todo el mundo, aunque continúa aumentando en varios países en desarrollo. La heroína, cocaína y otras drogas cobran la vida de aproximadamente 0.2 millones de personas cada año, sembrando así la devastación en las familias y causando sufrimiento a miles de otras personas. Las drogas ilícitas socavan el desarrollo económico y social, fomentan la

delincuencia, la inestabilidad, la inseguridad y la propagación del VIH y otras enfermedades (World Drug Report 2013).

Estimado por los sistemas epidemiológicos internacionales, el consumo, distribución y problemas de salud relacionados con el consumo de drogas no han cambiado en demasía en los últimos años, a no ser por las altas tasas de producción de opio en Afganistán (JIFE 2011).

El volumen de consumo mundial de drogas ilícitas se mantuvo estable durante los últimos cinco años hasta finales de 2010, entre el 3.4% y el 6.6% de la población adulta (personas de 15 a 64 años). Sin embargo, entre un 10% y un 13% de los usuarios de drogas siguen siendo consumidores problemáticos con dependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas como: la prevalencia del VIH (estimada en aproximadamente un 20%), la hepatitis C (46.7%) y la hepatitis B (14.6%). Por último, pero no por ello menos importante, aproximadamente una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas.

Los opiáceos siguen siendo el tipo de droga predominante en los demandantes de tratamiento en Asia y Europa y también contribuyen notablemente a la demanda de tratamiento en África, América del Norte y Oceanía. El tratamiento relacionado con el consumo de cocaína está en demanda principalmente en América, mientras que la cannabis es la droga que da lugar a la mayor demanda de tratamiento en África. La demanda de tratamiento relacionada con el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico es más común en Asia.

A nivel mundial las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo la cannabis (con una prevalencia anual mundial entre el 2.6% y el 5.0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el "éxtasis" (0.3% a 1.2%), aunque los datos relativos a su producción son escasos. Se ha observado que la producción y el cultivo total de coca se mantienen estable, mientras que la producción de opio ha vuelto a alcanzar niveles comparables a los de 2009. La prevalencia anual mundial correspondiente a la cocaína y a los opiáceos (opio y heroína) se ha mantenido estable, respectivamente entre el 0.3% y el 0.4% y entre el 0.3% y el 0.5% de la población adulta de 15 a 64 años de edad (World Drug Report 2013).

1.2 Revisión de la situación epidemiológica internacional por tipo de droga.

1.2.1 Alcohol

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas causa 2.5 millones de muertes cada año.

Unos 320 000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo de edad.

El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo asociados a la morbilidad mundial; es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa.

El consumo de alcohol está relacionado con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular, la violencia, el descuido, maltrato de menores y el desempleo.

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas es un problema de gravedad mundial que pone en peligro tanto el desarrollo de los individuos como el de comunidades enteras. Para empezar, causa 2.5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros de trabajo, familiares, amigos e incluso a extraños. En otras palabras, el consumo excesivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad (Global status report on alcohol and health 2011).

La ingestión nociva de alcohol es un importante factor en el desarrollo de algunos trastornos neuropsiquiátricos, como la dependencia al alcohol y la epilepsia, así como otras padecimientos que incluyen las enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos tipos de cáncer. El consumo nocivo también está relacionado con varias enfermedades infecciosas como el VIH/sida, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, lo que se debe, por un lado, al debilitamiento del sistema inmune por efecto del alcohol y, por otro, a que la embriaguez trastorna la adherencia de los pacientes al tratamiento con antirretrovirales (Anderson, P; Gual, A; Colon, J; 2008).

Una proporción considerable de mortalidad es atribuible a la ingestión nociva de bebidas alcohólicas ligada a los traumatismos involuntarios e intencionales, en particular, los causados por accidentes de tránsito, actos violentos y suicidios. Los traumatismos mortales relacionados con esta sustancia tienden a producirse en grupos de edad relativamente más jóvenes de consumidores.

La edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor de alcohol determinan los distintos grados de riesgo que puede correr. También entran en juego el grado de exposición a las bebidas alcohólicas, las circunstancias y el contexto en que se produce la ingestión. Es un fenómeno conocido mundialmente el patrón explosivo de consumo que se ha popularizado sobre todo entre los jóvenes en las última década. Esto conlleva a un riesgo importante a ser víctima de accidentes relacionados con el alcohol incluso aunque el joven no haya consumido (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2007).

Así también, el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo de enfermedades y discapacidad; en el Pacífico Occidental y las Américas ocupa el primer lugar y, en Europa, el segundo. Además, unos 320 000 jóvenes entre los 15 y los 29 años de edad mueren de causas relacionadas con el alcohol, lo que representan un 9% de la mortalidad en este grupo de edad. En mujeres embarazadas el consumo de alcohol puede provocar un síndrome alcohólico fetal y complicaciones relacionadas con el parto prematuro que perjudican a la salud y el desarrollo de los neonatos.

Las consecuencias del consumo de alcohol sobre las enfermedades y traumatismos están determinadas en buena medida por dos dimensiones relacionadas:

1. El volumen total de alcohol ingerido y
2. Las características de la forma de beber.

Una amplia variedad de formas de beber, desde la ingestión peligrosa ocasional hasta el consumo diario e intenso, genera problemas importantes de salud pública y seguridad en casi todos los países. Uno de los rasgos distintivos del hábito de beber peligroso es que haya episodios de ingestión excesiva, que se define como el consumo del equivalente de 60 gramos de alcohol puro o más por ocasión.

1.2.2 Tabaco

Impresionantemente, dentro del consumo de drogas, la sustancia que causa más muertes es el tabaco, este lidera los daños a la salud con 6 000 000 muertes al año por causas relacionadas con su consumo. Las proyecciones indican que si las cosas continúan de esta manera, para el año 2030, la cifra ascenderá a 8 000 000. Remarcable es también el hecho de que la mayoría de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo. El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad, discapacidad y mortalidad en los Estados Unidos. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), cada año, el hábito de fumar cigarrillos causa más de 443 000 muertes prematuras en los Estados Unidos, es decir, alrededor de 1 de cada 5 muertes en ese país. Además, otras 8.6 millones de personas sufren de alguna enfermedad grave causada por el tabaquismo. Esto quiere decir que por cada persona que muere a causa del tabaco, otras 20 más sufren de al menos una enfermedad grave relacionada con el mismo. Los efectos nocivos del tabaco se extienden mucho más allá del fumador, ya que inhalación pasiva del humo puede causar enfermedades graves y la muerte. Cada año se calcula que alrededor de 126 millones de personas en los Estados Unidos están expuestas regularmente al humo de otros fumadores y así, casi 50,000 personas que no fuman mueren de enfermedades causadas por haber estado expuestas a la inhalación pasiva del humo del cigarro (WHO Report on the global Tobacco epidemic, 2011).

¿Cómo afecta el tabaco al cerebro? Los cigarrillos y otras formas de tabaco, incluidos los cigarros o puros, el tabaco de pipa, el tabaco en polvo o rapé ("*snuff*") y el tabaco de mascar contienen nicotina. La nicotina es una droga adictiva que se absorbe fácilmente en el torrente sanguíneo al mascar, inhalar o fumar un producto de tabaco. Un fumador típico inhala 10 veces en el lapso de 5 minutos del cigarrillo que está encendido; de esta manera una persona que fuma 1.5 cajetillas (30 cigarrillos) por día, recibe 300 inhalaciones de nicotina diarias. Una vez en la corriente sanguínea, la nicotina inmediatamente estimula las glándulas suprarrenales, las que liberan la hormona adrenalina. La adrenalina estimula el sistema nervioso central y aumenta la presión arterial, la respiración y la frecuencia cardíaca. Al igual que la cocaína, la heroína y la marihuana, la nicotina aumenta los niveles de dopamina en el cerebro, esta es un neurotransmisor que afecta las vías de gratificación y placer del cerebro. En el caso de muchos de los consumidores de tabaco, los cambios a largo plazo en el cerebro inducidos por la exposición crónica a la nicotina, resultan en dependencia que se caracteriza por la

búsqueda y el consumo compulsivos de la droga a pesar de las consecuencias negativas que esto conlleva. Los estudios sugieren que el humo de tabaco contiene compuestos adicionales como el acetaldehído que puede aumentar los efectos de la nicotina sobre el cerebro. Cuando un consumidor de nicotina trata de dejarla presenta síndrome de abstinencia con síntomas como: irritabilidad, dificultad para prestar atención, perturbaciones en el sueño, aumento de apetito y un deseo vehemente por el tabaco. Hay tratamientos que pueden ayudar a los fumadores a controlar estos síntomas y mejorar la probabilidad de que dejen el hábito. Alrededor de la tercera parte de todos los tipos de cáncer, incluyendo el 90% de los casos de cáncer de pulmón, se deben al hábito de fumar. El tabaco sin humo (como el tabaco de mascar y el tabaco en polvo) también aumenta el riesgo de cáncer, especialmente, el de cáncer oral. Además del cáncer, el tabaquismo causa enfermedades de los pulmones tales como la bronquitis crónica y enfisema. Asimismo, aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas, incluyendo también afectaciones al cerebro, como enfermedades vasculares y aneurismas. También se ha encontrado una conexión entre el fumar tabaco y la leucemia, las cataratas y la neumonía (pulmonía). En promedio, los adultos que fuman mueren 14 años antes que los que no fuman (Drug Facts 2013; Serie de Reportes de Investigación Adicción al Tabaco 2010; Becoña, 2004).

1.2.3 Marihuana

Aparentemente, hay una distribución uniforme de la producción de marihuana en el mundo pero es importante recordar la dificultad que estriba el poder localizar a los productores debido a la naturaleza del cultivo. Se puede decir que la marihuana es cultivada prácticamente en cualquier parte del planeta; los informes mundiales indican que la producción desde el 2007 a la fecha ha cambiado del continente africano, donde se daba principalmente, al continente americano, donde la producción ha aumentado significativamente en los Estados Unidos y en países del cono sur. En Europa, por ejemplo, se encuentra que el consumo de hachís ha disminuido pero la presentación en hierba ha crecido, se cree que esto se debe a la producción local; como consecuencia, se observa una menor importación por la zona de Marruecos. En la década pasada ha cambiado la percepción del consumo de la marihuana en todo el mundo; por ejemplo en Europa, en lugares como Bélgica, se cultiva en exteriores, o las plantas productoras en Canadá, donde se defiende el cultivo legal de esta droga. Y no olvidemos la autosuficiencia de la producción de la droga en Estados Unidos. En el caso de la distribución y venta de marihuana en el mundo se debe de tener en consideración en lo

subsecuente que necesitamos nuevos modelos de regulación que difieran de los ya existentes.

Se estima que en el mundo existen entre 119 millones y 224 millones de usuarios de marihuana. Esto la hace la droga ilegal más usada en el mundo. El consumo ha crecido de manera uniforme en distintas poblaciones del mundo, sin embargo, se puede encontrar un incremento sustancioso del 2009 a la fecha en Asia; a pesar de esto, el consumo de la marihuana en Africa (12.4%), Australia y Nueva Zelanda (10.9%), Estados Unidos (10.7%) y Europa occidental (7.6%) es mayor que el promedio mundial (World Drug Report 2007; 2009; 2011; 2013).

En actualidad sabemos mucho más de la Marihuana que hace 10 años y haciendo una revisión histórica podemos comparar el caso de esta droga con el del alcohol y el tabaco. No todas las drogas deben ser tratadas de la misma manera por una población determinada.

Es verdad que la marihuana y su consumo trae consecuencias; hoy sabemos que el daño producido por la marihuana se da en la neuroglia, afectando así la motivación y la emoción del consumidor causando el ya reconocido síndrome amotivacional y la afectación de la memoria; los usuarios de marihuana que empezaron a consumirla en la adolescencia, revelan un déficit importante en las conexiones entre las áreas del cerebro responsables del aprendizaje y la memoria. Un vasto estudio prospectivo (que sigue a las mismas personas a través del tiempo) mostró que las personas que comenzaron a fumar grandes cantidades de marihuana en la adolescencia habían perdido hasta 8 puntos en su coeficiente intelectual entre los 13 y los 38 años de edad (Volkow, 2010).

Efectos de la Marihuana.

A corto plazo:

- Deterioro de la memoria a corto plazo
- Deterioro de la atención, el juicio y otras funciones cognitivas
- Deterioro de la coordinación y el equilibrio
- Aumento en el ritmo cardíaco
- Episodios psicóticos persistentes (duran más que la intoxicación pero no siempre son permanentes)
- Deterioro de la memoria y de las habilidades de aprendizaje
- Trastornos del sueño

A largo plazo (efectos acumulativos del abuso crónico):

- Puede llevar a la dependencia
- Aumento en el riesgo de la tos crónica y la bronquitis
- Aumento en el riesgo de la esquizofrenia en personas susceptibles
- Puede aumentar el riesgo de ansiedad, depresión y síndrome amotivacional

(Guía Básica sobre Cannabinoides 2002).

Estos son síntomas o trastornos que ocurren con el consumo constante de marihuana. En otro orden de ideas, las investigaciones aún no han determinado si la marihuana es la causa o si simplemente está asociada con estos problemas mentales.

Consecuentemente, alguien que fuma marihuana todos los días puede estar funcionando a un nivel intelectual reducido la mayor parte de o todo el tiempo. Como es de esperar, la evidencia sugiere que, en comparación con los compañeros que no fuman marihuana, los estudiantes que fuman tienden a obtener calificaciones más bajas y son más propensos a abandonar la escuela secundaria (Bobes and Calafat, 2000).

Un meta-análisis de 48 estudios relevantes, uno de los más completos realizados hasta la fecha, encontró que el consumo de cannabis se asociaba sistemáticamente con un nivel reducido de logros educativos (Drug Facts, La Marihuana 2013)

El caso de la marihuana es, como se puede ver, controvertido. Comparar la marihuana con drogas duras y que el Estado la trate como tal más bien parece en la actualidad una situación insostenible. Es importante que los gobiernos pongan en entredicho sus actuales políticas y consideren abrirse a la posibilidad de darle un tratamiento distinto a esta droga más similar al que se le da al alcohol o al café.

1.2.4 Cocaína

Este es un estimulante conocido por sus distintas presentaciones en forma de polvo blanco o piedra. La planta de coca casi no presenta cambios en su cultivo del año 2010 al 2011, sin embargo es destacable señalar que el área cultivable a nivel mundial se ha reducido un 14% del año 2007 a la fecha y, comparando con el año 2000, podemos observar que las zonas cultivables se han reducido en un 30%, lo que muestra el trabajo conjunto de diversas naciones por combatir la distribución.

Podemos ver que la mayor cantidad de toneladas incautadas de cocaína se dio en Colombia (200 toneladas) y Estados Unidos (94 toneladas) en el 2011; países, como sabemos, íntimamente relacionados en la producción y el consumo de este alcaloide. Además de esto, se observa en los últimos años un cambio en las regiones productoras; por ejemplo, se ha elevado en Sudamérica la violencia relacionada con la producción y la

distribución de cocaína, esto resultado de la competencia que ha surgido de organizaciones criminales y de la migración de los cultivos a otros lugares como Bolivia y Venezuela (World Drug Report 2013).

En cuanto al consumo, existen dos grandes mercados: Estados Unidos y Europa Centro-Occidente, en los que se puede observar un descenso del consumo entre los años 2010 al 2011. En ambos casos, los consumidores de esta droga sólo representan al 0.1% del total de la población de consumidores. Otro caso es el de Brasil, donde se observa un aumento sustancial del consumo de esta droga.

La cocaína nos muestra un panorama distinto al de otras drogas, ya que es una de las que ha generado mayor riqueza para las organizaciones criminales y su caso debe ser analizado con cuidado, ya que la cocaína es una droga extremadamente adictiva, es muy difícil que una persona que la pruebe pueda predecir o controlar hasta dónde continuará deseándola o consumiéndola. Asimismo, si la persona se vuelve dependiente, el riesgo de recaídas es alto aún después de periodos largos de abstinencia. De acuerdo con algunos estudios recientes, durante periodos de abstinencia del uso de cocaína, el recuerdo de la euforia asociado con su uso o solamente una referencia a la droga puede disparar un deseo incontrolable por consumirla y terminar en una recaída (Volkow, 2010).

Al ser expuesto repetidamente a la cocaína, el cerebro comienza a adaptarse a la misma y el circuito de recompensa del sistema nervioso central se vuelve menos sensible a los estímulos naturales y a la sustancia, también desarrollando tolerancia, lo que significa que necesitará una dosis cada vez mayor de la droga o que deberá consumirla con más frecuencia para obtener el mismo placer que cuando recién comenzó a usarla. Al mismo tiempo, los consumidores también se pueden volver más sensibles a estímulos ansiógenos.

La cocaína se suele consumir repetidamente y en dosis cada vez mayores, lo que puede conducir a un estado de irritabilidad, inquietud, paranoia e incluso puede causar un episodio total de psicosis.

Las reacciones adversas que resultan del consumo de cocaína varían dependiendo de cómo se administra. Por ejemplo, la inhalación regular puede causar una pérdida del sentido del olfato, hemorragias nasales, problemas al deglutir, ronquera y una irritación general del tabique nasal, lo que conlleva a una condición crónica de irritación y de secreción nasal. Cuando se ingiere, la cocaína puede causar gangrena grave en los intestinos debido a que reduce el flujo sanguíneo.

Los usuarios de coca intravenosa también pueden experimentar reacciones alérgicas, ya sea a la droga o a algunos de los aditivos que se agregan a la cocaína en la calle y, en los

casos más severos, estas reacciones pueden provocar la muerte. El uso crónico causa pérdida del apetito, haciendo que muchos consumidores tengan una pérdida significativa de peso y sufran desnutrición (Bobes and Calafat, 2001).

Según lo antes mencionado, podemos decir que la cocaína es una de las drogas más combatidas a nivel mundial y ha demostrado su peligrosidad en años anteriores en los países donde se consume. Es de señalarse también que fue la droga que generó riqueza nunca vista para traficantes de drogas; podemos ver a la cocaína como un caso modelo histórico para estudiar, desde las consecuencias para la salud, el comercio internacional y el nacimiento de los cárteles en Colombia y México.

1.2.5 Estimulantes de tipo anfetamínico

La metanfetamina es un estimulante del sistema nervioso central similar a la cocaína crack derivado de la efedrina y pseudoefedrina pero con efectos potenciados, su efecto es más intenso y más duradero; el patrón de búsqueda de la sustancia es mucho más desadaptativo que el de otras drogas, involucrando en gran parte de los casos de abuso episodios de violencia (National Institute of Drug Abuse, Research Serial Report 2007). Esta se produce principalmente de forma casera, su componente principal es la pseudoefedrina, que es conseguida por medios ilegales alrededor del mundo (JIFE 2011). Esto hace que sea de bajo costo y fácil de conseguir, agregando que sus componentes son de fácil acceso.

A nivel global las incautaciones de metanfetamina se han elevado. Tenemos que para el 2011 se incautaron 123 toneladas aportando un incremento 66% comparado con el año 2010. De entre los casos más sorprendentes se encuentra México, donde se paso de incautar 13 toneladas para el 2010 a incautar 31 toneladas. Se puede debatir si el aumento de las incautaciones es derivado de una campaña adecuada contra la distribución de la droga o por que simplemente hay un aumento en la producción. Las incautaciones y la lucha contra las organizaciones criminales han hecho que las mafias generen métodos de producción encubiertos. Por ejemplo, se sabe que mafias de la Federación Rusa, Polonia y Centro America se han involucrado en la producción.

En años recientes se ha popularizado el consumo de metanfetamina a nivel mundial, principalmente en el Pacifico Sur y en Norte América. El Reporte Mundial de Drogas, muestra que existe un aumento en la producción de metanfetaminas y consumo de las mismas constante desde 1998 a la fecha con disminución en el 2003 y un repunte en años subsecuentes. Se estima que la mayor población de consumidores de estimulantes

de tipo anfetamínico se encuentra en los países del Pacífico Sur, en donde por lo menos 15 millones de personas consumen estimulantes de este tipo, en su mayoría metanfetaminas. Ésta es la población más grande de consumidores de metanfetamina a nivel mundial, incluyendo países como China, Tailandia, Australia y el estado de Hawái. Norte América puntúa como el segundo consumidor en importancia a nivel mundial con 4 millones de personas que utilizan estimulantes de tipo anfetamínico; de entre estos, aproximadamente la mitad son consumidores de metanfetamina. (ONU Reporte Anual de Drogas 2006; 2012).

La popularidad de la metanfetamina continúa hasta la fecha. Se estima que en el 2011 el consumo de metanfetamina se ha incrementado en todo el mundo, aproximadamente 33.8 millones de personas entre las edades de 15 a 64 años ha probado metanfetamina.

Como ya se dijo, en los últimos años los mercados más importantes de la metanfetamina se encontraban en Asia Pacífico y en Norte América, pero en la actualidad observamos que en las economías desarrolladas de Asia, en el Sudeste Asiático y en África hay un aumento significativo del consumo de metanfetamina.

El abuso extendido de la metanfetamina trae aparejado la dependencia y una variedad de síntomas. Los abusadores crónicos de la droga muestran síntomas que pueden incluir ansiedad, confusión, insomnio, trastornos emocionales y comportamiento violento. También pueden demostrar varias características psicóticas, incluyendo la paranoia, alucinaciones auditivas y visuales, y delirio (por ejemplo, la sensación de que insectos le caminan por debajo de la piel). Los síntomas psicóticos a veces duran meses o hasta años después de haber dejado de usar la metanfetamina y se ha comprobado que el estrés precipita una recurrencia de la psicosis en los antiguos abusadores psicóticos de esta droga. Con el abuso crónico, se puede desarrollar una tolerancia a los efectos placenteros de la metanfetamina. Con el fin de intensificar los efectos deseados, los abusadores pueden tomar dosis más altas de la droga, consumirla con más frecuencia o cambiar el método de administración. El síndrome de abstinencia ocurre cuando el abusador crónico deja de usar la droga. Entre sus síntomas están la depresión, la ansiedad, el agotamiento y un deseo vehemente por la droga.

El abuso crónico de metanfetamina también cambia de manera importante al sistema nervioso central. Específicamente, los estudios de imágenes cerebrales han demostrado alteraciones en la actividad del sistema dopaminérgico que está asociado con una disminución en la velocidad motriz y un deterioro en el aprendizaje verbal. Los estudios

recientes de abusadores crónicos de metanfetamina también revelan severos cambios estructurales y funcionales en las áreas del cerebro asociadas con las emociones y la memoria, lo que puede explicar muchos de los problemas emocionales y cognitivos que se observan en los abusadores crónicos de metanfetamina (Volkow, 2010).

Otra droga de tipo anfetamínico es el éxtasis, la cual ha sido consumida por 19.4 millones de personas durante el 2011. Si comparamos estos números con los reportados en 2009 encontramos que hubo una disminución en consumo de la sustancia.

Es interesante cómo una droga determinada asciende en determinada cultura y época a un consumo de proporciones epidémicas, ya que son muchas variables las que determinan esto, en el caso de la Metanfetamina Ice y el Éxtasis se puede notar que mientras una muestra se mantiene en la preferencia de los usuarios, la otra disminuye su prevalencia.

Dado el análisis anterior podemos ver el problema potencial que representa la Metanfetamina Ice:

- Genera problemas diversos, como la búsqueda de precursores de manera ilegal.
- La manera de producirse que conlleva el abaratamiento de los costos de la sustancia.
- El hecho que sea una sustancia química que no necesita de grandes extensiones de cultivo.
- Que la sustancia para ser producida puede intercambiar componentes químicos.
- El efecto que produce la hace más atractiva que otras sustancias.
- El problema de violencia hacia la familia del usuario que trae aparejado el consumo.
- El daño potencial que causa a la salud en menor lapso de tiempo.
- Que los servicios de tratamientos no están preparados para este tipo de paciente.

Dicho lo anterior, es evidente que el estado se debe preocupar por el desarrollo de la distribución y consumo de esta droga.

1.2.6 Opiáceos

Los Opiáceos son todas aquellas drogas que se derivan del opio, y dentro de este grupo aparentemente es donde se encuentran más cambios en cuanto a consumo y distribución. Una de las rutas más utilizadas para su distribución fue la ruta de la seda, que va desde Afganistán, el país productor más importante, a Europa, cruzando por Estambul o Marruecos; otra ruta va por el Océano Pacífico a Norte América. Hace algunos años esta ruta cambio y los traficantes, en busca de nuevos horizontes, movilizaron sus recursos y comenzaron a utilizar rutas por el centro de África hasta la costa Atlántica y de allí cruzar al continente Americano. Este cambio de rutas propició un cambio en el consumo de las drogas derivadas del opio a nivel mundial. Recordemos que Afganistán sigue produciendo aproximadamente 74% del opio en el mundo. Otro dato importante es recordar que en América el principal productor de opio es México

El uso de opiáceos aumento en distintas partes de Asia y África a partir de las nuevas rutas de tráfico desde el 2009 (World Drug Report 2010).

Por otro lado, el uso de opiáceos se mantuvo estable en el mundo el último año, aproximadamente 16.5 millones de personas de entre 15 y 64 años consumen este tipo de sustancias a nivel mundial. La prevalencia más alta se presenta en Asia central y el sudoeste Asiático además de Europa del este y del sur, Norte América también es puntero en este sentido.

Por otra parte, en Europa se ha encontrado que la población que consume heroína inyectada ha disminuido debido a la regulación de la entrada de la heroína inyectada a Europa, más la maduración de los consumidores que se encuentran en tratamiento.

Estos datos, aunque deben de tomarse con precaución, pueden indicar que las estrategias de prevención, tratamiento y reducción de daños están dando resultados; el caso europeo puede ser tomado como un ejemplo o modelo para el tratamiento que se le debe dar a las drogas ilegales en otros países (World Drug Report 2013).

Uno de los efectos más perjudiciales de la heroína es la dependencia en sí, que produce recaídas, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de drogas y por cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro. Asimismo, la heroína produce un grado profundo de tolerancia y dependencia física, los que también son factores poderosos que motivan su uso compulsivo y abuso. Al igual que las personas que abusan de otras drogas adictivas, los consumidores de heroína gradualmente gastan cada vez más tiempo y energía obteniendo y usando la droga. Llega un momento en la historia del consumidor en que el propósito primordial en la vida es la búsqueda y el uso de la droga. Las drogas literalmente cambian el comportamiento del consumidor. Con la dependencia física, el

cuerpo se adapta a la presencia de la droga y los síntomas del síndrome de abstinencia comienzan si su uso se reduce abruptamente. Sus síntomas incluyen inquietud, dolor en los músculos y huesos, insomnio, diarrea, vómito, escalofríos y movimientos involuntarios de las piernas. Los síntomas agudos del síndrome de abstinencia alcanzan su punto máximo entre 24 a 48 horas después de la última dosis de heroína y se reducen aproximadamente en una semana. Sin embargo, algunas personas muestran signos persistentes del síndrome de abstinencia por muchos meses. La abstinencia a la heroína nunca es fatal para adultos saludables pero puede ser mortal al feto de una consumidora embarazada. Ocasionalmente hay adictos que soportan muchos de los síntomas del síndrome de abstinencia para reducir su tolerancia a la droga y así poder sentir el “rush” nuevamente. Las consecuencias médicas del uso crónico de la heroína mediante inyección incluyen venas cicatrizadas o colapsadas, infecciones bacterianas de los vasos sanguíneos, abscesos (forúnculos) y otras infecciones de los tejidos blandos, enfermedades hepáticas o de tipo renal. Las complicaciones pulmonares (incluyendo varios tipos de neumonía y tuberculosis) pueden ser el resultado de la mala salud del abusador, así como de los efectos depresivos de la heroína sobre el sistema respiratorio. Algunos de los aditivos encontrados en la heroína que se vende en la calle pueden contener sustancias que no se disuelven fácilmente y que obstruyen los vasos sanguíneos que van a los pulmones, el hígado, los riñones o el cerebro. Esto puede causar una infección y hasta la muerte de pequeños grupos de células en los órganos vitales. Las reacciones inmunes a estos y otros contaminantes pueden causar artritis u otros problemas reumatológicos. Bien asentado queda uno de los principales conflictos de salud generado por el consumo de heroína, compartir jeringas o fluidos puede resultar en infección de hepatitis B y C, VIH o una variedad de otros virus transmitidos por la sangre, que los consumidores a su vez pueden después pasar a sus parejas sexuales y a sus hijos (Volkow, 2010).

Muchas cosas son destacables sobre esta droga. En la actualidad hay dos situaciones que pueden ayudar a enfrentar los problemas generados por las drogas a nivel mundial. Uno es la manera como los diversos países del continente europeo hicieron frente a la epidemia de la heroína a finales de los 70 y principios de los 80 y la otra son los programas que se han generado para los consumidores de heroína que aparentemente resulta en el descenso del consumo de la sustancia, reducción en los problemas ocasionados por la sustancia y la migración del consumidor a sustancias menos peligrosas (Fernandez and Torrens, 2005).

Hasta este punto, y descrito lo anterior, es claro porqué es importante revisar el consumo de sustancias que se utilizan con fines de abuso y generan dependencia como una preocupación de salud pública, recordando que las estrategias de tratamiento y prevención se deben desarrollar en un marco científico basado en evidencias, de lo contrario, se dilapidan recursos públicos.

1.3 Epidemiología Nacional.

En los párrafos siguientes está descrita la epidemiología del país en cuanto al consumo de sustancias que son utilizadas con fines de abuso y que generan dependencia.

Diversas encuestas en hogares se han realizado en nuestro país en relación con el uso de sustancias. Algunas de ellas con representatividad nacional como lo son la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (Secretaría de Salud, 1990; 1994; 1998; 2003; 2009; 2011).

La emisión de la ENA de 2008, muestra un incremento en el consumo de drogas ilegales y médicas alguna vez en la vida en la población en general, en comparación con 2002. La marihuana continúa siendo la sustancia de preferencia de los usuarios. En tanto, en el consumo cocaína se observó un incremento del 1.4%, en 2002 a 2.4% en el 2008.

Otro incremento reportado fue la dependencia a sustancias, que aumentó del 0.4% al 0.6% para el 2008, representando a casi 450 000 personas entre los 12 y 65 años.

En las demás drogas la prevalencia se mantiene baja, pues es menor al 1%.

En cuanto a la distribución regional, el norte del país mantiene una prevalencia más alta, especialmente el estado de Tamaulipas; en el centro del país, el estado de Hidalgo presenta una mayor prevalencia; no obstante, el mayor incremento proporcional se reflejó en la región sur, de manera más notoria en el estado de Quintana Roo.

La situación del consumo de alcohol cambió, el abuso y dependencia incrementó del 4.1% en el 2002 a 5.5% para el 2008. Por sexo, ambos tuvieron incrementos importantes (8.3% a 9.7% en hombres y de 0.4% a 1.7% en mujeres).

El consumo de tabaco muestra modificaciones en la encuesta de 2008, con una tendencia a la disminución. En 2002, el 23.5% de la población refirió ser fumador actual y en 2008 se redujo a 18.5%. Estos resultados son consistentes con la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS 2009), la cual reporta que el 15.9% de la población mayor de 15 años es fumadora actualmente.

1.3.1 Encuestas en estudiantes.

En el país, desafortunadamente aún no se cuenta con una encuesta nacional reciente en estudiantes. No obstante, el trabajo en diversos estados ha permitido contar con encuestas en estudiantes de nivel medio y medio superior en Nuevo León en 2006, Jalisco y Estado de México en 2009, así como en la Ciudad de México, que cuenta con mediciones periódicas cada 3 años. Hay otro grupo de encuestas en esta población que han sido reportadas en la Encuesta Nacional de Adicciones del 2008.

La medición realizada en Nuevo León exhibe una prevalencia de 9.4% en el consumo de cualquier droga (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Juárez & Medina Mora, 2007).

Por sexo, el consumo en los hombres fue mayor (10.5%) que en las mujeres (8.4%). En el caso de los hombres, las drogas de preferencia fueron la marihuana (6.3%), cocaína e inhalables (3.5% cada una). Para las mujeres, las principales drogas fueron los tranquilizantes (3.6%), inhalables (2.4%) y las anfetaminas (1.9%). Con relación al consumo de alcohol alguna vez en la vida, este fue de 43.9% donde el 44.6% eran hombres y el 43.2% mujeres.

Por su parte, en Jalisco se encontró una prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida de 16.5%, cifra mayor a la del estado Nuevo León (Chávez, Villatoro, Robles, Bretón, Sánchez, et. al, 2010).

Por sexo, el consumo fue mayor en los hombres (17.7%) que en las mujeres (15.3%). Las drogas de preferencia en los hombres fueron marihuana (8.6%), inhalables (6.7%) y tranquilizantes (4.3%); para las mujeres, las drogas de preferencia fueron: tranquilizantes (6.7%), inhalables (4.4%) y anfetaminas (3.7%).

Con respecto al consumo de alcohol alguna vez en la vida, su prevalencia en la población fue de 65.1%, 65.3% en hombres encuestados y 64.9% en las mujeres.

En la encuesta del Estado de México se reporta un consumo mayor de cualquier droga alguna vez (20.2%) (Martín del Campo, Villatoro, Mosqueda, Gaytán, López, et al., 2009).

Por sexo, los datos se mantienen consistentes, ya que el consumo de drogas en este estado fue mayor en hombres (22.0%) que en mujeres (18.5%). Las drogas de preferencia en los hombres y las mujeres fueron los inhalables (11.2% y 9.5%) y la marihuana (10.9% y 6.4%).

Con relación al consumo de alcohol alguna vez en la vida, la prevalencia en estudiantes fue de 70.8%, siendo las mujeres quienes registran un mayor consumo de alcohol (71.9%) en relación con los hombres (69.7%).

El aporte de las mediciones de 2006 y 2009 realizadas en la Ciudad de México (Villatoro et. al, 2009; 2011) permiten analizar la evolución del consumo de drogas. Así, el consumo

de cualquier droga alguna vez en la vida aumentó de 17.8% a 21.5%. En los hombres pasó de 19.1% a 22.6%, mientras que el mayor incremento se observó en las mujeres que aumentaron su consumo de 16.5% a 20.5%. Por sexo, las drogas ilegales de preferencia de hombres en 2006 y 2009 fueron la marihuana (11.2% y 14.0%) e inhalables (7.3% y 10.8%), con un incremento significativo en esta última medición. En las mujeres, las drogas ilegales de preferencia en 2006 fueron, en primer lugar, la marihuana (6.4%) seguida de los inhalables (6.2%) y en 2009 el orden de preferencia se invirtió, apareciendo principalmente los inhalables (10.0%) seguidos de la marihuana (8.8%). En cuanto al consumo de alcohol alguna vez, en 2006 la prevalencia fue de 68.8% (hombres 68.2% y mujeres 69.4%), para 2009 esta cifra incrementó a 71.4%, siendo el mismo porcentaje para ambos sexos.

La recolección de datos llevada a cabo en Nuevo León reporta una prevalencia de 9.4% en el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Juárez & Medina Mora, 2007). Por sexo, el consumo en los hombres fue mayor (10.5%) que en las mujeres (8.4%). En el caso de los hombres, las drogas de preferencia fueron la marihuana (6.3%), cocaína e inhalables (3.5% cada una). Para las mujeres, las principales drogas fueron los tranquilizantes (3.6%), inhalables (2.4%) y las anfetaminas (1.9%). Con respecto al consumo de alcohol alguna vez en la vida, el total fue de 43.9%, donde el 44.6% eran hombres y el 43.2% mujeres.

En Jalisco se encontró una prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida de 16.5%, cifra mayor a la de Nuevo León. Por sexo este consumo fue mayor en los hombres (17.7%) que en las mujeres (15.3%). Las drogas de preferencia en los hombres fueron marihuana (8.6%), inhalables (6.7%) y tranquilizantes (4.3%); para las mujeres las drogas de preferencia fueron: tranquilizantes (6.7%), inhalables (4.4%) y anfetaminas (3.7%).

Con respecto al consumo de alcohol alguna vez, su prevalencia en la población fue de 65.1%, 65.3% en hombres y 64.9% en mujeres (Chávez, Villatoro, Robles, Bretón, Sánchez, et al., 2010).

En la encuesta realizada en el Estado de México se reporta un consumo mayor de cualquier droga usada alguna vez en la vida (20.2%) que la reportada en el Estado de Jalisco. Si lo clasificamos por sexo, los datos se mantienen con la misma tendencia ya que el consumo de drogas en este estado fue mayor en hombres (22.0%) que en mujeres (18.5%). Las drogas de preferencia en los hombres y las mujeres fueron los inhalables (11.2% y 9.5%) y la marihuana (10.9% y 6.4%). El consumo de alcohol alguna vez en la vida, muestra una prevalencia en estudiantes de 70.8%, siendo las mujeres quienes

registran mayor consumo de alcohol (71.9%) en relación con los hombres (69.7%) (Martín del Campo, Villatoro, Mosqueda, Gaytán, López, et al., 2009).

Las mediciones de 2006 y 2009 realizadas en la Ciudad de México permiten analizar la evolución del consumo de drogas. El consumo de cualquier droga alguna vez en la vida aumentó de 17.8% a 21.5%. En los hombres pasó de 19.1% a 22.6%, mientras que el mayor incremento se observó en las mujeres que aumentaron su consumo de 16.5% a 20.5%. Dividido por sexo, las drogas de preferencia entre los hombres en 2006 y 2009 fueron la mariguana (11.2% y 14.0%) e inhalables (7.3% y 10.8%), con un incremento significativo en esta última medición. En las mujeres, las drogas de predilección para el años 2006 fueron en primer lugar la mariguana (6.4%) seguida de los inhalables (6.2%) y, en 2009, el orden de preferencia se revirtió, emergiendo principalmente los inhalables (10.0%) seguidos de la mariguana (8.8%). En cuanto al consumo de alcohol alguna vez en 2006, la prevalencia fue de 68.8% (hombres 68.2% y mujeres 69.4%); para 2009 ésta cifra incrementó a 71.4%, siendo el mismo porcentaje para ambos sexos (Villatoro et al, 2009; 2011).

1.3.2 Sistema de Registro e Información en Drogas (SRID)

La información proveniente del SRID que se realiza sólo en la Ciudad de México indica que la mariguana es la sustancia que presenta el nivel de consumo más alto con 61%. Los usuarios de esta sustancia inician antes de los 11 años; sin embargo el grupo más afectado es el de los 15 a 19 años (56.7%). Su nivel de uso más frecuente es el alto (20 días o más durante el último mes) en el 4.8% de los casos. La vía de administración más frecuente es fumada (98.7%).

En cuanto a los inhalables, estos representan el 40.4% del uso de sustancias alguna vez en la vida. El grupo más afectado es el de los 12 a 14 años de edad (45.5%). El nivel de uso más frecuente es alto (20 días o más en el último mes) en el 34.3% de los casos. El nombre genérico y popular más mencionado es el activo (73.1%).

La cocaína ocupa el tercer lugar de consumo en la prevalencia de alguna vez en la vida (34.0%), esto representa una disminución en comparación con lo encontrado en el reporte anterior (40.7%). El grupo más afectado es el de los 15 a 19 años de edad (45.9%). El nivel de uso más frecuente es el leve (1 a 5 días en el último mes) en el 38.8% de los casos. Los nombres que más reportan los usuarios son cocaína (73.4%) y crack (25.9%) (Ortiz, Martínez & Meza, 2010).

1.3.3 Resultados de los Centros de Integración Juvenil (CIJ)

La información obtenida de los pacientes que acuden por primera vez a los CIJ muestra consistencias con lo reportado por los centros no gubernamentales. En estos centros, 25 665 personas solicitaron atención en el 2009. Las principales sustancias que motivaron la demanda de tratamiento fueron alcohol (19.9%), cocaína (12.5%), marihuana (15.6%) e inhalables (14.1%). Los hombres fueron los que más demandaron tratamiento (77.2%).

Quienes acudieron principalmente fueron jóvenes de 15 a 19 años de edad (31.9%), seguidos por los de 35 años o más (20.9%). De estos, la mayor parte eran solteros (62.2%) y tenían estudios a nivel secundaria (45%). Con respecto a la ocupación, el 28.7% eran estudiantes y el 25% tenían un trabajo estable. El nivel socioeconómico de la mayoría fue medio-bajo.

El tabaco fue la principal droga de inicio en los usuarios (55.4%), pero, al analizar por sexo, la marihuana fue la principal droga de inicio en los hombres (89.8%), mientras que en las mujeres fueron los depresores (57%).

En cuanto a la droga de impacto, en los hombres, fue la marihuana (89.5%) y la cocaína (87.9) y fueron también las drogas por las que acudían a tratamiento. En las mujeres fueron el tabaco (41.3%) y los depresores (34.5%) (Gutierrez & Castillo, 2010).

1.3.4 Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA).

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones del país realiza una medición del consumo de drogas en distintas áreas, incluyendo a Centros de Tratamiento y a los Centros de Integración Juvenil.

A continuación, se muestran los datos disponibles más recientes de las distintas áreas del SISVEA (Secretaría de Salud & Dirección General de Epidemiología, 2013).

1) Mediciones realizadas en los Consejos Tutelares de Menores.

En 2009, SISVEA contó con la participación de 30 Consejos Tutelares de Menores que proporcionaron información de 5 284 menores infractores. De ellos, el 90.7% tiene entre 15 y 18 años y únicamente el 7.5% son mujeres. En cuanto al nivel de estudios, el nivel de secundaria registra el mayor porcentaje (51.3%).

Con relación al consumo de drogas, el 24.3% cometió un delito bajo la influencia de alguna sustancia. El robo (72.1%) fue el delito más cometido por los menores. De los menores infractores entrevistados, el 68.1% refirieron consumir habitualmente drogas,

donde la marihuana es la sustancia más reportada (35.0%), seguida del alcohol (29.8%) y el tabaco (27.3%).

2) Servicio Médico Forense (SEMEFO).

El SEMEFO proporciona información sobre la presencia de sustancias en los casos de aquellas personas que murieron de manera violenta o súbita. En el año 2009 participaron 20 entidades federativas en el reporte al SISVEA. Se contó con información de un total de 18 724 defunciones, de las cuales 4 562 (24.4%) ocurrieron bajo la influencia de algún tipo de sustancia, presentándose los mayores porcentajes en los estados de Chihuahua (32.4%), Jalisco (21.7%) y el Distrito Federal (10.5%).

Del total de defunciones relacionadas con algún tipo de sustancia, el 92.1% fueron hombres; el grupo de edad en el que hubo mayor número de muertes asociadas a sustancias fue el de mayores de 40 años (30.4%). Las causas más comunes de defunción bajo la influencia de alguna droga fueron ocasionadas por arma de fuego (33.3%), accidentes de tránsito (17.2%) y asfixia (10.2%), así mismo, los lugares donde las defunciones ocurrieron con mayor frecuencia fueron en la calle (50.4%) y el hogar (22.4%).

3) Servicio de Urgencias Hospitalarias

El SISVEA también cuenta con un reporte de los servicios de urgencias hospitalarias, de manera que en el 2009 participaron 167 hospitales.

En este universo, de un total de 16 431 pacientes atendidos, únicamente el 3.4% llegaron bajo la influencia de alguna sustancia, pero 6 560, más de una tercera parte, reportaron el uso de alguna sustancia en los últimos 30 días.

4) Centros de Tratamiento no Gubernamentales.

La información de Centros de Tratamiento no Gubernamentales, proviene de las personas que acuden a consulta por primera vez. Esta información es un registro de eventos y no de casos, ya que una misma persona puede ir a más de un Centro y ser registrada en todos los que acuda.

Estas líneas se hicieron con la ayuda de la información que proporcionó directamente el SISVEA, de manera tal que los resultados se muestran en gráficas de tendencias para las ocho regiones en que fue subdividido el país para el desarrollo de la ENA 2011.

De acuerdo con último informe publicado por SISVEA, durante el año 2009, en 1 118 centros de tratamiento proporcionaron información de 70 467 personas que acudieron a

solicitar tratamiento. Los tres estados que reportaron más casos en Centros de Tratamiento fueron Baja California, Chihuahua y Jalisco, respectivamente.

El alcohol fue la droga de inicio más reportada (49.1%), seguida de tabaco (18.4%) y la marihuana (17.8%).

La droga de impacto más frecuente a nivel nacional fue el alcohol, mencionada por 29 417 personas; 10 450 personas mencionaron la cocaína; 8 235 a la marihuana y 6 950 a la metanfetamina.

La mayoría de los entrevistados tenía 35 años de edad o más (39%), seguido del grupo de 15 a 19 años (16.8%). El porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años fue mayor entre los usuarios que mencionaron como droga de impacto los inhalables (40.5%), seguido por la marihuana (35.1%). Por otro lado, entre los que tuvieron como droga de impacto a la cocaína y las metanfetaminas, más del 40% eran adultos jóvenes (20 a 29 años). Así mismo, el mayor porcentaje de adultos de 35 años o más reportaron como droga de impacto al alcohol (55.3%).

En cuanto a quienes inician con opiáceos, casi una tercera parte fueron mujeres (31.6%), mientras que, del porcentaje que inició con marihuana, sólo el 5.1% fueron mujeres.

Al estratificar por regiones, la región norte presenta una mayor demanda de atención y una mayor problemática con el consumo de heroína y metanfetaminas.

Al considerar sólo a la población femenina que se ha inyectado drogas (6.6% de quienes han asistido a tratamiento), el tabaco y la marihuana son sus principales drogas de inicio, en tanto que la heroína es la droga de mayor impacto y la mayoría se ubica en la región norte del país.

5) Atención en los Centros Nueva Vida.

Los 335 Centros Nueva Vida que operan en nuestro país han empezado a generar información importante para la vigilancia epidemiológica en el tema de adicciones. Aunque los Centros Nueva Vida realizan fundamentalmente actividades de prevención universal y selectiva, también ofrecen tratamientos breves para primeros consumidores o experimentadores, y, en algunos casos, personas con dependencia moderada.

A partir del 2012 se ha empezado a contar con información de personas atendidas en tratamiento. Los resultados que se muestran a continuación reflejan la atención registrada en los primeros meses del año.

Se atendieron 5 437 casos; la droga de impacto referida fue alcohol en el 44.8% de los casos, seguida por marihuana en el 24%, solventes 10.4%, tabaco 9.4% y cocaína 5%. De las personas atendidas, 68% fueron hombres y 32% mujeres. En cuanto al perfil de los

hombres atendidos, el 69% son solteros, el 48.4% menores de 18 años, 24.5% entre 18 y 34 y 24.9% entre 35 y 65. En cuanto a su escolaridad el 50.4% tienen secundaria, 22.6% bachillerato, 17% primaria y 5% estudios superiores.

Con respecto a las mujeres el 71.4% son solteras, 49% menores a 18 años, 27% de 35 a 65 años y 19.7% de 18 a 34. En cuanto a escolaridad, el 53.7% tienen secundaria, 21.7% bachillerato, 13.6% estudios superiores, 13.6% primaria y 6% estudios superiores.

La droga de impacto para el 40.7% de los hombres es el alcohol y 29.4% de marihuana, 10% solventes, 7% tabaco y 6% cocaína. Para mujeres la droga de impacto fue alcohol en 53%, 13.7% tabaco, 12.4% marihuana, 11% solventes y 3% cocaína (SISVEA 2011).

1.3.5 Tendencia general en el 2011.

Respecto al consumo de cualquier droga en el último año, la prevalencia pasó de 1.6% a 1.8%, incremento que no es estadísticamente significativo.

Asimismo, el consumo de drogas ilegales es de 1.5%, muy similar al encontrado en 2008. Con relación a las drogas específicas (Cuadro1, Gráfica1), la marihuana se mantiene como la de mayor consumo con una prevalencia del 1.2% y con relación al 2008, no hubo un incremento estadísticamente significativo en la población general, pero sí en los hombres en quienes el consumo pasó de 1.7% a 2.2%.

La siguiente droga de mayor prevalencia es la cocaína, con un 0.5%, similar al 2008.

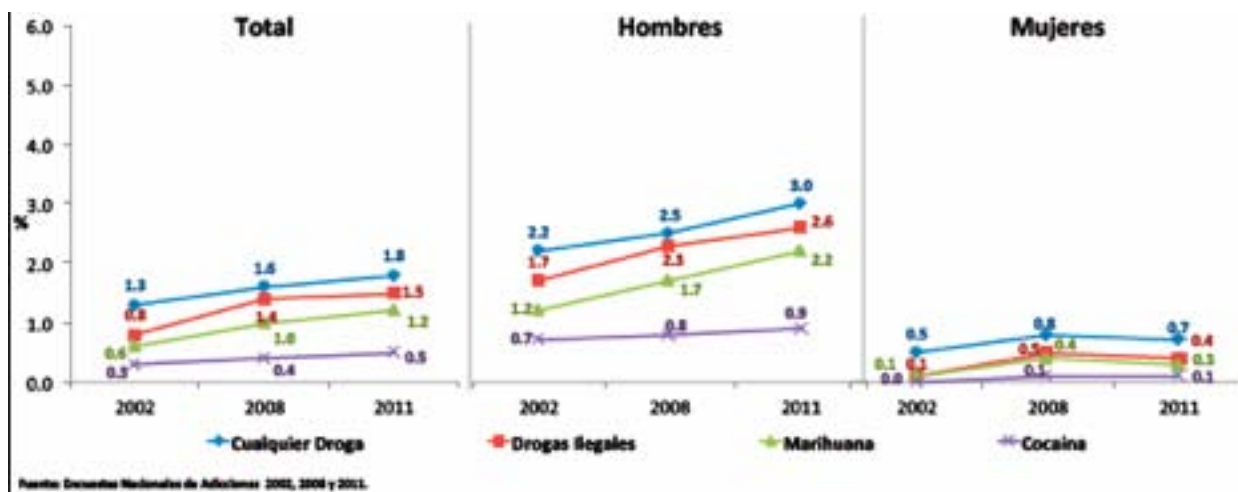
El consumo en el último año de las demás drogas sigue siendo mínimo, abajo del 0.2%.

Por otra parte, la prevalencia de dependencia al consumo de drogas en esta población durante el último año es del 0.7%, muy similar a la que se tenía en el 2008.

En términos del crecimiento demográfico, se han agregado 100 000 personas como dependientes en este período (pasa de 450 000 en el 2008 a 550 000 en el 2011).

Y son los hombres los más afectados en la dependencia al consumo de drogas (1.3%) en comparación con las mujeres (0.2%).

Tendencia del consumo de drogas en el último año, población total de edad de 12 a 65 años.



Gráfica tomada de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011.

En la gráfica se observa el aumento sustancial del consumo de sustancias en general en la población encuestada.

Podemos recalcar que de la década de 1990 a la primera del siglo XXI el consumo de drogas ha variado y aumentado significativamente, dejando constancia de un problema que se agrava año con año y los sistemas epidemiológicos nacionales son el foco rojo de alarma que indica un problema de salud que puede convertirse en un flagelo para el país. Importante es decir que la reducción de la demanda de drogas traería aparejado consigo una disminución del tráfico ilegal de drogas, siendo esta una estrategia libre de violencia.

Capítulo 2. Aspectos Básicos de la Prevención.

2.1 ¿Por qué las personas consumen drogas?

Existen diferentes teorías que explican el porqué las personas consumen drogas. Como todo lo que sabemos de los seres humanos, el conocimiento que tenemos del tema ha evolucionado mucho a lo largo del siglo XX y XXI. En la actualidad, algunas teorías sostienen distintos motivos por los cuales las personas consumen drogas.

Es de suma importancia revisar las distintas teorías que explican cómo se genera el consumo de drogas, es el punto de partida y, una vez que se tiene clara la teoría, ésta funge como el pilar para el desarrollo de programas de pocos o varios componentes para la prevención del consumo de drogas.

En los puntos siguientes se pretende resumir algunas de las explicaciones más utilizadas para explicar el consumo de drogas.

2.1.1 Por los efectos.

Una de las tesis más sostenida es aquella que dice que las personas consumen drogas por los efectos que estas tienen sobre el sistema nervioso central. Realmente esta teoría es una de las más utilizadas, ya que explica el por qué las personas mantienen el consumo. Sostiene que las drogas, al ser ingresadas al organismo y tener injerencia sobre el sistema nervioso central con efectos sumamente reforzantes debido a la mímica que hacen estas sustancias de los neurotransmisores cerebrales, lleva entonces a las personas a un consumo sostenido de la droga a pesar de los daños que la sustancia genera. Es imposible sostener el consumo de alguna sustancia si ésta no es reforzante, incluso es imposible sostener alguna conducta que no sea reforzante. Se advierte que esta teoría es alimentada por los hallazgos en neurociencias y los paradigmas del condicionamiento operante y clásico. Estos dos últimos paradigmas nos dan explicaciones de los síntomas o reacciones fisiológicas relacionadas a la parafernalia utilizada por los consumidores para ingerir la droga o las reacciones físicas relacionadas con la retirada de la droga. Otros de los fenómenos explicables son la elevación y mantenimiento de la conducta de consumo dada la naturaleza de reforzador que tiene la sustancia (Rogers, 2011).

Dentro de las cosas que no puede explicar esta teoría se encuentra el hecho de que muchas sustancias concebidas como drogas no son reforzantes de manera inmediata, por ejemplo, el tabaco: todas las personas que consumen por primera vez tosen y no es agradable el paso del humo por las vías respiratorias; o el alcohol, que tiene efectos que

no se sienten de manera inmediata. Recordemos que los reforzadores, para que sean efectivos, tienen que presentarse inmediatamente después de la conducta.

2.1.2 Por imitación.

Una de las teorías más socorridas para explicar el consumo de sustancias es la imitación. Su definición ha sido erróneamente confundida en muchos casos con el aprendizaje vicario establecido por Bandura (1957). La imitación es la conducta que emite un organismo reproduciendo la conducta de otro organismo observado.

Muchos de los comportamientos de los mamíferos se dan por imitación. Por largo tiempo se ha reportado en estudios hechos en jóvenes, que los amigos son una influencia importante para consumir drogas. Este fenómeno se explica de varias formas; una es la imitación (las otras se explicaran más adelante). La imitación es un comportamiento propio de los animales grupales. Los seres humanos imitan una serie de conductas que les lleva a la identificación con los pares. No es extraño ver grupos de jóvenes que optan por utilizar la misma ropa sin ponerlo en entredicho o adoptar las mismas costumbres por mera imitación como forma de sincronización inconsciente. Dentro de los grupos, el consumo de drogas funge también como símbolo de identificación, incluso distintas generaciones de jóvenes utilizaron distintos tipos de drogas que los identifican. La marihuana con los famosos hippies de los años sesenta en Estados Unidos o la heroína utilizada por los jóvenes españoles de las chabolas en los años ochenta (Becoña, 2007).

2.1.3 Presión de pares.

Uno de los fenómenos más conocidos y estudiados dentro del área de adicciones es la presión de los pares, en muchas ocasiones las personas inician o mantienen el consumo de sustancias adictivas por la presión de los pares. Un usuario de 25 años reporta en una ocasión, durante su tratamiento, que asistió a una fiesta con viejas amistades, estas le presionaron para consumir bebidas alcohólicas, sus habilidades de rechazo funcionaron, pero se retiró de la fiesta ya que uno de sus amigos lo tomó por el cuello a la fuerza e intentó obligarle a tomar colocando la botella en su boca, el usuario se zafó y se retiró de la fiesta. El caso anterior nos muestra el grado de presión que un par puede ejercer. Estudios en psicología social explican que esto se da por conformidad y el pensamiento grupal. Experimentos nos llevan a entender cómo, de manera natural, las personas ceden para concordar con el grupo aunque no estén de acuerdo con lo que pasa dentro del mismo (Becoña, 2002). Uno de los ejemplos más claros son los experimentos de Ash o Sherif. En el caso del consumo de sustancias es igual la presión, ya que el pertenecer al

grupo puede llevar a las personas a conformarse y ceder con el consumo de alcohol y otras drogas. Permanecer con un grupo de consumidores también alienta un estilo de vida donde se normaliza el consumo de sustancias y, si la persona no conoce otros modelos, esto reforzará la visión estereotipada del grupo sobre el consumo de drogas (Myers , 2007).

2.1.4 Por modelamiento.

En la primera parte del siglo XX existieron distintos estudiosos del comportamiento que establecieron sendas teorías que nos dan luz para poder entender el consumo de sustancias adictivas, uno de los autores más importantes es Albert Bandura; gracias a su teoría del Aprendizaje Social podemos entender en gran medida cómo se da el consumo de sustancias.

La teoría de Bandura explica cómo las personas consumen drogas por modelamiento y no sólo por lo reforzante de la sustancia o por mera imitación. Las personas no son mera calca al carbón de los demás, no calcan los comportamientos de los otros, generan operaciones mentales que les ayudan a tomar decisiones en un contexto social y así emitir una conducta. Para Bandura, las personas no somos organismos determinados por el ambiente o por fuerzas intra-psíquicas nada más, también tenemos las capacidades de auto-observarnos y de regular nuestro comportamiento impactando al medio que nos rodea (Bandura, 1987).

Bajo esta teoría se puede explicar que el consumo de sustancias se da por la observación de un modelo desde los primeros años de desarrollo, los niños observan dentro de sus familiares a consumidores de alcohol y otras drogas convirtiendo esto en un comportamiento deseable y esperado para las personas (Beck, 1999). Por ejemplo, si se le pregunta a un grupo de niños de diez años si es bueno consumir alcohol, le contestarán que no, aunque incluso muchos han probado alcohol de manera esporádica. Contestan según el estándar que generaron para su edad, apegados a las figuras de autoridad como sus maestros, algunos años más tarde la mayoría de los adolescentes ya consumirán alcohol. ¿Qué pasa, qué cambia? La diferencia la hace el estándar de comportamiento. En la adolescencia se necesita más la identificación con los pares y su reconocimiento, el joven entonces recurre a los modelos de convivencia que conoce y generalmente estos están relacionados principalmente con el consumo de alcohol.

2.1.5 Por presión social.

Las personas también consumen sustancias por presión social (Velazquez, Cardenas, Echeverría y Gutierrez, 1995). La presión social es muy evidente en las sociedades modernas, se materializa en la publicidad o en la normalización del consumo por grupos sociales, pregunte a un grupo de universitarios, ¿Cómo es una fiesta sin alcohol? Regularmente contestarán que no es fiesta, y eso muestra lo regular que es en los grupos sociales consumir alcohol. Un abstemio va a una boda y se encuentra con la insistencia de las personas que le ofrecen alcohol durante todo el tiempo que él esta allí. Podemos ver, por ejemplo, cómo en la televisión o en el cine, muchos personajes se muestran consumiendo drogas de manera normal en el trabajo o en convivencias. El joven actual se desarrolla en un ambiente donde se le exige un desempeño acelerado y de alto rendimiento, en este contexto los jóvenes recurren al uso de sustancias para poder cumplir el papel que sus grupos sociales exigen. Jóvenes en situación de calle reportan consumir inhalables para quitarse el hambre y el frío; en Tailandia, jóvenes reportan que consumen metanfetamina para poder aguantar el trabajo, escuela y diversión nocturna. En general, a lo largo del mundo se ha extendido un consumo explosivo de alcohol. Alrededor del mundo este fenómeno se explica gracias a la influencia de medios de comunicación que popularizan el patrón explosivo de consumo como una práctica regular.

2.1.6 Por problemas existenciales.

En la práctica clínica es común encontrar que los usuarios que llegan a la abstinencia se empiecen a hacer preguntas claves. Un usuario, después de tres meses de abstinencia a metanfetaminas, preguntó, “¿La vida siempre va a ser así?”, yo pregunto “¿Cómo?”, él dice, “*pleitos con mi madre y con mi padre, que todo el tiempo mi novia esté preocupada, un trabajo aburrido y sin mucho futuro*”. Estas preguntas revelan la naturaleza de fondo detrás del consumo de sustancias: malas expectativas sobre el futuro, pocas oportunidades de trabajo, mala utilización del tiempo libre y poca satisfacción en general dejan en claro que para muchos consumidores la vida no tiene mucho sentido y el dolor psicológico que esto causa puede ser aliviado por el consumo de una droga determinada (Barragán, Flores, Morales-Chainé, González, Martínez, 2006).

Fromm (1987) es uno de los primeros en proponer que el consumo de alcohol tiene que ver con aliviar el dolor psicológico que la vida moderna genera. Una vida sin sentido y aburrida puede ser sobrellevada consumiendo alguna droga.

2.1.7 Por carencia de habilidades de afrontamiento.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, las personas consumen drogas para poder enfrentar ciertas situaciones que le representan una dificultad. Debido a la disponibilidad de drogas, las personas pueden experimentar los efectos. Por otro lado, esto no mantiene el consumo, ya que de las personas que experimentan con drogas, la mayoría no sigue consumiendo. Muchas personas aumentan o sostienen el consumo de drogas por que descubren que las drogas les pueden ayudar a enfrentar una situación o varias situaciones; un abogado lo explicaba de esta forma, *“Cuando consumo cocaína, hablo mejor, pienso más rápido, trabajo más y, en general, antes todo eso me generaba mucha ansiedad. Mi trabajo es hablar con personas y eso me daba mucha ansiedad, pero con coca todo eso es diferente”*.

Este caso ejemplifica claramente cómo las drogas pueden ser utilizadas siendo parte de un estilo de afrontamiento (Navarro, 2000).

En el caso de las enfermedades y malestares es común encontrar que los consumidores utilicen las drogas como auto-medicación.

Hasta aquí, mostramos las teorías más reconocidas que explican el consumo de sustancias psicoactivas que generan dependencia. Concluyendo con esta exposición, es importante destacar que no podemos adjudicar a una sola teoría la explicación total de un fenómeno tan complejo como lo es el consumo de drogas, por lo que en la actualidad es ampliamente aceptado que es una combinación de factores lo que lleva a las personas a consumir drogas y a mantener el consumo. Sobre este principio descansa la generación de programas de prevención.

2.2 Conceptos básicos en prevención de adicciones.

Este apartado pretende dejar en claro los conceptos básicos en prevención de adicciones que sirven para ubicar al profesional dentro del sistema de salud una vez que desea desarrollar programas de prevención o desarrollar intervenciones clínicas.

Por droga tomamos la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

“Toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste”. Droga de abuso: *cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral (Becoña, 2002)*.

Por dependencia a sustancias entendemos: *un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por:*

- 1) *Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio,*
- 2) *Tendencia a incrementar la dosis,*
- 3) *Dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y*
- 4) *Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.*

Dependencia física: *Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico.*

El síndrome de abstinencia está constituido por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga (Becoña, 2007).

Dependencia psíquica o psicológica: *Situación en la que existe un sentimiento de insatisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar* (Ross, Kaid, Supurrett, 2011).

Intoxicación aguda: *Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancia psicótropica o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas.*

2.3 Clasificación de drogas.

Una agrupación clara y razonable de las sustancias psicoativas que generan dependencia es vital si se quiere generar intervenciones adecuadas. La siguiente es una de las clasificaciones más socorridas de la década pasada.

- Depresores del Sistema Nervioso Central (SNC): Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiazepinas).
- Estimulantes o Anfetaminas: metilfenidato en todos sus tipos, simpaticomiméticos del SNC, cocaína, productos para perder peso.
- Opiáceos: Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas.
- Canabinoides : Marihuana, hachís.
- Alucinógenos: Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mezcalina, psilocibina, éxtasis (MDMA).

- Inhalantes : Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes.
- Drogas que contienen: atropina, escopolamina, otros efectos estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores.
- Otros: Fenciclidina (PCP).

Tomado de Schuckit (2000).

Es totalmente necesario que el profesional de la salud que se dedique a la prevención o tratamiento de personas que consumen sustancias que causan dependencia, tenga claro qué efectos específicos causa cada droga, ya que los programas, sobretodo de tratamiento, deberán atender a las características de los consumidores con la finalidad de tener efectividad, aunque se utilicen herramientas similares para los tratamientos, es indispensable que se hagan adaptaciones por tipo de consumo (Holman, 2004).

Se definieron pues los conceptos anteriores ya que el experto en el desarrollo de programas de prevención los necesita como punto de partida con la finalidad de desarrollar investigación y programas con sustento adecuado basado en evidencias.

2.4 ¿Qué es prevención?

Por ella entendemos un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas (Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones 2010).

2.4.1 Objetivo de la prevención.

De la prevención se pueden destacar los siguientes objetivos según Becoña (2002):

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
2. Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
3. Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas.
4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
5. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
6. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
7. Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

2.4.2 Intervenciones Preventivas.

Las intervenciones preventivas se pueden clasificar en:

Universal: Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción (ejemplo: chicos de 12 a 14 años de edad).

Selectiva: Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.

Indicada: Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de consumo.

2.4.3 Modelo Teórico

Todo modelo de prevención debe estar fundamentado en una teoría que lo sustente.

Tres ejes básicos (Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes, una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad 2004):

- 1) Hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras.
- 2) Hay una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen, y
- 3) Toda una serie de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias.

2.4.4 Evolución de los programas de prevención.

A lo largo de la segunda parte del siglo XX se distinguen distintas etapas evolutivas (Becoña, 2002):

- 1960-70 Basados en el conocimiento: proporcionan información sobre el consumo de drogas y sus efectos.
- 1970-80 Programas afectivos, Programas inespecíficos (de desarrollo personal).
- 1980-90 Programas basados en el modelo de influencia social
 - Entrenamiento en habilidades de resistencia.
 - Entrenamiento en habilidades sociales.

En la actualidad imperan los programas basados en la evidencia científica aunque se utilizan elementos de los programas que se desarrollaron durante etapas anteriores.

2.4.5 Factores de riesgo y de protección.

Se entiende por Factor de riesgo un atributo y/o característica individual, condición de situación y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas.

Por Factor de protección entendemos un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

Las investigaciones realizadas durante las últimas dos décadas han tratado de determinar cómo comienza y cómo progresa el abuso de las drogas. Hay muchas variables que pueden aumentar el riesgo de que una persona consuma drogas. Los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo. Es importante notar, sin embargo, que hay personas que tienen factores de riesgo para el abuso de sustancias y no consumen o, si lo hacen, no generan dependencia. Además, lo que es un factor de riesgo para una persona puede no serlo para otra.

Los factores de riesgo y de protección pueden afectar a las personas durante diferentes etapas de la vida. En cada etapa, se presentan riesgos que se pueden modificar a través de una intervención preventiva. Se pueden prevenir o modificar los riesgos de los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares, y comunitarias dirigidas a ayudar a que los niños desarrollen conductas positivas apropiadas. Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el fracaso escolar y dificultades para relacionarse, aumentando así los factores de riesgo.

Los programas de prevención basados en evidencias se enfocan en una intervención temprana en el desarrollo del niño para fortalecer los factores de protección antes de que se desarrollen los problemas de conducta.

El cuadro a continuación describe cómo los factores de riesgo y de protección afectan a las personas en cinco dominios o ambientes, donde se pueden realizar las intervenciones (Principios de tratamientos para la drogadicción una guía basada en las investigaciones 2010).

Factores de Riesgo	Dominio	Factores de Prevención
Conducta Agresiva	Individual	Autocontrol
Falta de supervisión de los padres.	Familia	Monitoreo de los padres
Abuso de sustancias	Pares	Buen desempeño Académico
Disponibilidad	Escolar	Políticas Anti-drogas
Pobreza	Comunitaria	Apego al Barrio.

Los factores de riesgo pueden influir en el abuso de drogas de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que está expuesto una persona, mayor es la probabilidad de que ésta inicie y mantenga el consumo de drogas. Algunos factores de riesgo pueden ser más importantes que otros durante ciertos momentos del desarrollo, como es la presión de pares durante la adolescencia; así mismo, algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un mayor impacto en reducir los riesgos de consumo. Un objetivo importante de la prevención es aumentar los factores de protección y reducir los factores de riesgo. Cabe recordar que no sabemos con exactitud cuáles son los factores de protección que más influyen para el consumo de drogas.

Para dejar más clara la combinación entre factores de riesgo y protección tenemos el siguiente esquema.



Este esquema se presenta en el documento "Las drogas, cerebro y comportamiento" publicado por NIDA (2008). Se aprecia en este modelo tres pilares para entender los factores de riesgo: los factores biológicos, los ambientales y la droga misma como un factor determinante. La combinación de estos factores es la que lleva a las personas al consumo de drogas y al mantenimiento de este. Más que hacer enormes listas de factores de riesgo y de protección que, dicho sea de paso, no es menester de este documento, lo remarcable sobre estos tres pilares es que la investigación y el desarrollo de programas de prevención debe girar en torno a ellos. Encontrar qué grupo o cuál factor pesa más es una tarea de suma importancia para el investigador de los comportamientos excesivos.

2.4.6 Resiliencia.

Además de lo anterior, tenemos el caso de ciertos individuos que pese a una gran cantidad de factores de riesgo, no consumen drogas. Esto se lo conocemos como resiliencia y se define como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas. Es de suma importancia identificar a las personas que, a pesar de tener una gran cantidad de factores de riesgo, no consumen drogas. Estas personas se les conoce como resilientes (Navarro, 2000). Al identificar personas con esta característica podemos investigar qué factores de protección son los de mayor peso para alejar a las personas del consumo de drogas.

Realizar prevención tiene que ser uno de los objetivos principales del profesional que dedica sus esfuerzos al sector salud.

Hecho este resumen de conceptos básicos en prevención, podemos dejar claro la complejidad del tema. También podemos establecer que aquel profesional que quiera dedicarse al desarrollo de programas de prevención, necesita conocer los principios basados en evidencia científica que rigen las intervenciones efectivas.

Capítulo 3. Intervenciones Breves y Entrevista Motivacional.

Es importante aclarar que durante el siglo XX la manera de abordar el consumo de sustancias ha sufrido transformaciones radicales, desde la perspectiva de la debilidad moral a la enfermedad; posteriormente, fue visto como un problema del comportamiento. Uno de los fenómenos más interesantes para el que se dedica al estudio del comportamiento excesivo es cómo la comunidad de profesionales dedicados a la salud ha tratado de enfrentar el consumo de drogas de manera urgente y con los recursos de los que se dispone. En los tratamientos en adicciones, lo que encontramos es que uno a uno se fueron probando distintos modelos teóricos de los cuales al final emergieron sólo los más efectivos. Dentro de la historia de los tratamientos es increíble ver cómo las diferentes estrategias de intervención de parte de los servicios de salud se fueron depurando a base de prueba y error, esto derivado de lo delicado y acelerado que fue el desarrollo de la epidemia del consumo de drogas. A continuación, revisaremos brevemente estos modelos.

En esta parte se tocan dos temas claves: las intervenciones breves y la entrevista motivacional. Sin lugar a duda, este reporte no estaría completo sin la descripción de estos dos elementos. De hecho, en la actualidad, cuando hablamos de intervenciones en drogodependencias, el conocimiento de estas dos herramientas es vital y alguien que se llame experto en esta área no puede ignorarlas.

Este capítulo presenta un resumen de los aspectos básicos en intervenciones breves y en entrevista motivacional. No se refieren muchos datos a otros autores porque éstos son emanados de la práctica clínica.

3.1 Intervenciones breves en el consumo de alcohol y otras drogas.

Una de las modalidades más efectivas de tratamiento son las intervenciones breves. Éstas fueron desarrolladas en los contextos modernos de las instituciones de salud pública, pensando en el costo y efectividad de las mismas, llevando así una cantidad mayor de beneficios a la población en general sin costos suntuosos para el Estado. Dentro del desarrollo de las ciencias de la salud es uno de los inventos más importantes en el siglo XX.

Las intervenciones breves son caracterizadas por encuentros de entre seis y ocho sesiones. Otro de los objetivos es que sean de bajo costo, probando con evidencias científicas su efectividad (Cade, Hudson, O Hanlon , 2001).

Una de las características más deseables de las intervenciones breves es su rápida aplicación, esto hace que puedan desarrollarse en una variedad de ambientes y situaciones que requieren premura o que se tenga poca disponibilidad de recursos materiales.

A través del desarrollo y el perfeccionamiento de las intervenciones breves se ha demostrado que producen efectos inmediatos y de larga duración en comparación a intervenciones prolongadas que en ocasiones acarrearán pocos beneficios (Shah, y Gardner, 2008).

Parte vital de las intervenciones breves es que la evidencia muestra que los resultados son perdurables; a diferencia de otras intervenciones, esta modalidad basa su efectividad en la utilización del método científico, lo cual permite verificar, gracias a métodos de evaluación adecuados, si la persona obtiene o no los beneficios del tratamiento.

Otra de las características de las intervenciones breves es que no resultan intrusivas para el individuo.

3.2 ¿A quién se aplican las intervenciones breves?

Las intervenciones breves se aplican a las personas que inician el consumo de alcohol y drogas, es decir, personas que no tienen una dependencia importante a sustancias. En este sentido, tienen un carácter preventivo dentro de los sistemas de salud, pues pretende que el problema no se presente.

Las intervenciones breves se diseñan con la finalidad de que puedan ser aplicadas por una variedad de profesionales de la salud, este enfoque es el adecuado ya que no sabemos dentro de las instituciones quién puede tener el primer contacto con la persona que presenta riesgos. Definitivamente el enfoque moderno en los servicios de salud debe ser de interdisciplina y participación activa, esto obliga al profesional a prepararse.

Existe también el interés de intervenir de forma temprana en la comunidad más que en clínicas costosas (Anderson, Gual, Colon, 2008).

3.3 Componentes de las intervenciones breves.

Se proporciona retroalimentación al usuario acerca del riesgo que corre si continúa como hasta ahora, señalando que la responsabilidad del cambio corresponde a él mismo.

El terapeuta asesora a la persona para el cambio sólo utilizando un estilo empático, no confrontativo y sólo utiliza la información proporcionada por la persona.

Gracias a la información proporcionada por la persona se ofrece un menú de opciones de tratamiento que se adapte a sus posibilidades y necesidades (Daley, Marlatt, 2006).

Durante todo el tratamiento se promueve la auto-eficacia. Este concepto, emanado de la epistemología cognitivo-conductual, es uno de los conceptos más importantes para aquella persona que se dedica a realizar intervenciones terapéuticas. A su vez, también es uno de los conceptos base en la explicación de la formación del yo en psicología social. Uno de los teóricos vitales en el desarrollo del concepto es Bandura (1987).

La auto-eficacia significa, básicamente, qué tan capaz se siente una persona para realizar alguna actividad. Pregunte simplemente a alguien, ¿qué tan capaz se siente de correr diez kilómetros?, cada individuo le contestará de acuerdo a lo que cree o conoce de sí mismo.

Podemos darnos cuenta rápidamente de que la auto-eficacia está íntimamente relacionada con la formación de la personalidad junto con otros dos conceptos, auto-concepto (lo que creo de mí) y autoestima (qué tanto estimo lo que creo que soy) (Myers, 2007).

Cada uno de estos atributos o constructos están íntimamente ligados; si uno cambia, el otro también se modificará. Es menester del terapeuta repercutir en ellos con la finalidad de conseguir un efecto en la intervención; si la persona cree que puede dejar un comportamiento dañino es probable que emprenda estrategias para hacerlo y eso puede reforzar su sentido de satisfacción personal.

3.4 Pasos importantes a seguir de las intervenciones breves.

Ubicar el problema en el contexto es vital, con la finalidad de generar un encuadre que pueda centrar a la persona en el espacio-tiempo de la intervención, remitirnos a eventos pasados sólo será requerido si es vital para poder entender algún evento de la actualidad, ya que es sumamente importante que la persona sea capaz de evaluar su situación actual, de no hacerlo puede ser posible que se quede varado cognitivamente, rumiando conflictos que se interpongan con los objetivos de la intervención (Ashenberg, Brown, 2002).

Ayudar al cliente a entender el sentido de la entrevista, tiene que ser uno de los procedimientos claves dentro de la intervención, establecer claramente el objetivo será como la brújula que guiará nuestro barco, nos ayuda a no divagar y comenzar de manera inmediata la intervención.

Gran parte del fracaso de muchos terapeutas inexpertos estriba en no definir el objetivo claramente, lo que lleva a que no se puedan materializar los cambios en metas alcanzables y verificables. La clarificación del objetivo es vital, dado que las intervenciones no pueden girar entorno a objetivos confusos y poco claros que no se

pueden operacionalizar (Rosengren, 2009). Es importantísimo para la auto-eficacia de la persona intervenida que pueda materializar su objetivo, pues es la forma en la que puede evaluar y comparar sus progresos, es en sí, su retroalimentación.

Uno de los conflictos en las relaciones terapéuticas es la confidencialidad, entendamos que las personas que están sujetas a una intervención se pueden sentir expuestas debido a la naturaleza de la información que se revela, el terapeuta será mejor que tenga claro que el relatar aspectos personales de la vida a un extraño no es nada sencillo, por esto debe enfatizar de manera empática la confidencialidad de la información que se maneja durante la sesión (Arkowitz, Westra, Miller, Rollnick, 2008).

Similar a lo antes dicho, y punto muy importante, es no poner etiquetas. Es increíble que en el siglo XXI existan todavía trabajadores de la salud pública que insistan en las etiquetas para que las escuche la persona dentro de un tratamiento, la etiqueta afecta la auto-eficacia de la persona y no ayuda en nada a cumplir los objetivos del tratamiento.

Muy común es ver que un profesional de la salud puede utilizar la etiqueta como justificación a su incompetencia o falta de compromiso en el trabajo.

Ejemplo: en un caso un joven de 18 años le dice a su madre en sesión *"mira madre, entiendo que no dejaré de drogarme, como dijo el doctor y el psicólogo, estoy enfermo y la droga es mi medicina, nunca dejaré de drogarme"*.

Podemos ver cómo en este caso la etiqueta funciona como una forma de justificación para con la madre.

3.5 Selección, evaluación y supervisión.

En la evaluación, el terapeuta debe ser entrenado de manera ardua y constante, ya que es uno de los momentos más importantes en cualquier intervención. Evalúa las fortalezas y debilidades de la persona y, en el caso de adicciones, se evalúa el patrón de consumo, estilo de afrontamiento, qué consume y cuál es su nivel de dependencia. En ese sentido, Aaron Beck (1994) dice que no existe mejor forma de evaluación que una entrevista clínica y la evaluación se dará a lo largo de toda la intervención. Por otra parte, es importante recordar que existen instrumentos de evaluación que pueden ayudar en la tarea de evaluación (ISCA, CCS, LIBARE) (Echeverría, Ruiz, Salazar, & Tiburcio, 2004).

Otra situación importante es no romper la empatía con la persona. Una de las situaciones más comunes dentro de las intervenciones primitivas para consumidores de drogas son las confrontaciones. Si queremos generar intervenciones efectivas se debe partir de que es difícil encontrar personas que, al ser confrontadas, no se molesten. Póngase en el

lugar de alguien que es confrontado con respecto a un comportamiento en particular; en psicología los terapeutas confrontativos están destinados a tener poco o nulo efecto.

Con la finalidad de entender el proceso de la intervención necesitamos aprender dos conceptos:

Empatía. La empatía es el proceso mediante el cual un ser humano es capaz de entender emociones, pensamientos o conductas de otro humano, aunque no es raro sentir empatía por otros animales. En el proceso terapéutico es ver con los ojos de la persona que estamos atendiendo, concentrarnos en lo que nos dice, si genero empatía significa que en realidad me importa el ser humano que este sentado enfrente de mí y entonces la intervención está resuelta en gran medida.

El otro término es la resistencia. No es raro tratar usuarios que son derivados de otros servicios y encuentren la etiqueta de resistente en su expediente o que el mismo prestador del servicio te diga que derivó al usuario por que es resistente.

En el presente trabajo podemos definir la resistencia como incompetencia del terapeuta. Al ser incompetente, el terapeuta decide responsabilizar al usuario y lo deriva.

Para algunos terapeutas la resistencia no existe (De Shasern, 1987), para otros, es algo que se puede evitar siendo empático y no confrontativo, utilizando sólo la información dada por la persona, no etiquetando ni presionando demasiado (Murphy, Maiuro, 2009).

En las intervenciones breves la retroalimentación es uno de los puntos más importantes. Sólo se utiliza información proporcionada por la persona durante la evaluación y es esta la que se discute.

Siempre se practica la escucha activa, esto significa que el terapeuta tendrá que retroalimentar a la persona con pequeños resúmenes donde se refleja la información dada por él mismo. También es conveniente tener presente que se trabaja con el sistema de creencias de la persona, no con el propio.

3.6 El cambio y establecimiento de metas.

En las intervenciones breves es vital hablar sobre el cambio y el establecimiento de metas que sean verificables; las metas se establecen a corto plazo, se aclaran y se operacionalizan. Ofrecer opciones de cambio que correspondan a la necesidad de la persona es óptimo ya que si no se establecen estrategias fiables y acorde a la persona el fracaso y la subsecuente autoeficacia baja son inminentes. Ser realista es imperativo, igual que recomendar la mejor opción de cambio para la persona (Holman, 2004).

3.7 Resumir e incluir.

Dentro de las tareas de la intervención breve está implícita la revisión y la discusión de los cambios acordados. Como se mencionó anteriormente, esto se revisa a lo largo de todo el proceso, ya que durante la intervención pueden surgir temas de vital importancia para el cumplimiento de las metas. Un paso flexible es recomendado para el terapeuta, no hay nada que afecte más o sea más confrontativo que la inflexibilidad en las reglas.

Resumiendo, el terapeuta tiene que presentar estas habilidades:

- Actitud de entendimiento y aceptación.
- Escucha activa para ayudar a resolver la ambivalencia.
- Interés en metas realistas e intermedias.
- Conocimiento de las etapas de cambio.

3.8 Modelo de Etapas de Cambio.

Prochaska y Diclementi (1982) desarrollaron modelos para explicar cómo funciona la motivación para cambiar en personas que dejan de consumir alcohol sin intervención.

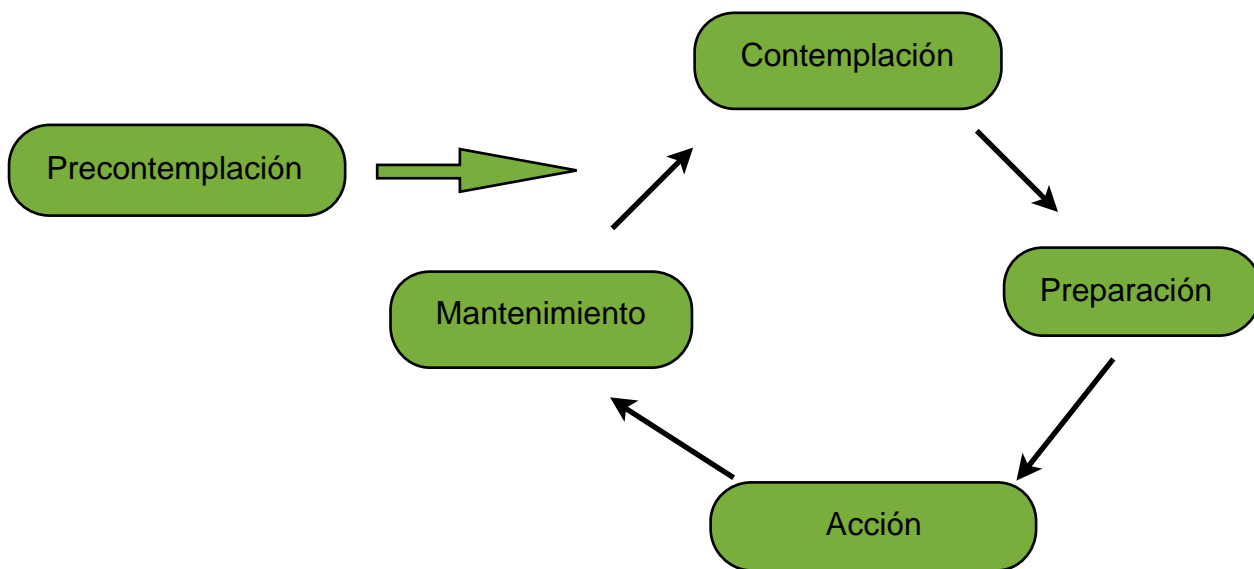
Este modelo plantea cinco etapas por las que pasa el pensamiento de una persona cuando decide cambiar un comportamiento específico.

Estas etapas han sido predictores importantes del comportamiento en diversos estudios con consumidores de sustancias.

El modelo fue una innovación dentro de las intervenciones puesto que la motivación no era algo que se consideraba como elemento primario para el desarrollo de la intervención. Anteriormente los terapeutas (en algunos casos esto continúa pasando) solían decir a las personas que acudieran a tratamiento “cuando lo tengan que hacer”, ya que motivar a la persona a que se acercara a un terapeuta se consideraba una decisión personal más que algo que se pueda cambiar.

En las intervenciones en adicciones recomendaban “tocar fondo”. La madre de un usuario refirió en una ocasión: “Y *¿cuál es el fondo, la muerte?*”. Este comentario ilustra lo desesperante de la situación. El modelo de etapas de cambio fue entonces la respuesta a las intervenciones que se enfocaban en ser breves con carácter preventivo y de reducción de daños.

A continuación se enuncian las etapas de cambio antes mencionadas.



3.8.1 Precontemplación.

La persona no considera cambiar aunque esté consciente de las consecuencias negativas; en este punto es muy improbable que haga algo.

La persona necesita información que vincule sus problemas con su forma de beber. La intervención puede educarlo acerca de las consecuencias negativas de beber y cómo beber agrava sus conflictos.

3.8.2 Contemplación.

La persona es consciente de los puntos a favor y en contra que trae consigo su comportamiento, solo que se muestra ambivalente acerca del cambio y todavía no decide cambiar para este momento.

Esta persona debería de explorar los sentimientos de ambivalencia. Por ejemplo, serviría poner en contraste los conflictos producidos por el consumo de alcohol y sus valores personales o sus planes a futuro con el fin de generar una discrepancia entre su estilo de vida y sus expectativas a futuro.

3.8.3 Preparación.

En esta etapa la persona ha decidido cambiar y empieza a planear el cómo de su cambio y los pasos hacia la recuperación, por lo que la persona necesita trabajar para fortalecer el compromiso. Se puede explorar estrategias diversas con la finalidad que la persona dirija su cambio y recomendar las mejores maneras de hacerlo si es necesario.

3.8.4 Acción.

La persona experimenta con nuevos comportamientos pero no son estables.

Esta etapa es el primer paso activo hacia el cambio. La persona necesita ayuda específica, elaborar un plan de acción y habilidades para mantenerse sin consumir.

3.8.5 Mantenimiento.

El usuario establece conductas a largo plazo. Esta persona necesita ayuda para prevención de recaídas. Se pueden evaluar las acciones presentes y redefinir metas.

3.9 Metas de la intervención breve para el consumo de sustancias.

Existen distintas metas que se pueden acordar con los usuarios dependiendo de distintas variables, como el patrón de consumo, nivel de dependencia y estado de salud. La evaluación del usuario es pertinente con la finalidad de poder establecer una meta adecuada. A continuación observamos las metas más frecuentes.

3.9.1 Abstinencia.

La abstinencia es la meta que se le recomienda a las personas con problemas de salud importantes o que también quieren cambiar su estilo de vida. Cuando se acuerda esta meta debe analizarse de manera exhaustiva, ya que puede ser un objetivo difícil de alcanzar, sobre todo en las primeras sesiones de la intervención. Sólo se puede recomendar cuando se tienen estrategias bien planeadas y con alternativas de internamiento en el caso de los problemas de salud. Algunas personas que optan por la abstinencia no sienten síntomas del síndrome de abstinencia en los primeros días que dejan el consumo de la sustancia, eso los alienta a tomar la decisión de abstenerse por completo, esto puede generar que al presentarse los síntomas la persona se sienta muy mal y esto lo lleve a disminuir su auto-eficacia (Holman, 2004).

3.9.2 Moderación.

La moderación es una meta que se puede establecer siempre y cuando consideremos los elementos que ya se mencionaron en el apartado anterior y a esto se le suma el tipo de droga que consume; Con el consumo de alcohol, por ejemplo, se puede llegar a la moderación. Consideremos que una parte importante de los consumidores de alcohol en el mundo no generan problemas, por otra parte, algunos otros consumidores de alcohol sí generan conflictos que pueden ser intervenidos de manera temprana y breve. A este tipo de consumidor se le llama consumidor problema. En este caso la meta es reducir los conflictos y, dependiendo de la situación del usuario, moderar el consumo de la sustancia. El caso del consumo de otras drogas es distinto, es por eso importante evaluar las características de la sustancia. Las variables a considerar son: cómo se genera la sustancia, qué tan rápido genera tolerancia y los daños generalizados a la salud que causa. No es lo mismo el consumo de metanfetamina que el de tabaco o marihuana.

Un consumidor de tabaco comentaba en tratamiento que sólo consumía un par de cigarrillos al mes, tenía 24 años y era ciclista, es difícil pensar que el tabaco le estaba dañando profundamente a este consumidor.

3.9.3 Disminución paulatina hasta llegar a la abstinencia.

Esta meta es recomendable en el caso de algunas personas que tienen una cantidad e intensidad de síntomas que pueden mermar la auto-eficacia cuando se detiene repentinamente el consumo de una sustancia. Obviamente, para acordar esta meta se consideran las variables antes descritas en los apartados anteriores.

En un caso clínico un chico de 21 años, consumidor de marihuana, se propuso la meta de abstenerse de consumir de manera inmediata, a esto el terapeuta recomendó cautela por el patrón de consumo observado; en las sesiones siguientes el usuario reportó sentirse muy mal y entonces se rectificó la meta, el usuario redujo paulatinamente su consumo con éxito (Matrix Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders 2007).

3.10 Características de la entrevista motivacional.

En el proceso de intervención la motivación no es algo estático, está relacionada con el mantenimiento de cualquier comportamiento y varía momento a momento.

El terapeuta debe establecer una relación que respete la autonomía de la persona y al mismo tiempo se convierta en un socio en el proceso del cambio. Como ya lo estuvimos mencionando, la resistencia no existe o se le da un vuelco en las intervenciones motivacionales.

Es totalmente necesario tener un menú de estrategias para los distintos tipos de usuarios y las diversas etapas de cambio en las que se pueden encontrar. Es responsabilidad del terapeuta promover la motivación de los usuarios en el tratamiento mediante estrategias adecuadas, más que hacer a un lado a las personas poco motivadas a cambiar.

Siempre se regresa el control al cliente, de no ser así la auto-eficacia no se puede fomentar en la persona.

Recordemos que las intervenciones motivacionales no deben de ser vistas como un proceso lineal, si no como algo dinámico y cambiante, el terapeuta se ve obligado a llevar un paso flexible durante todo el proceso, en este sentido, no debe verse una recaída como un rotundo fracaso si no como parte del proceso (Marllat, Donovan, 2005).

3.11 Componentes de la entrevista.

La aproximación.

En cualquier intervención un componente esencial es la aproximación y con esto nos referimos al proceso empático que se debe desarrollar en cualquier intervención psicológica.

3.12 Balance Decisional.

Esta es una estrategia primordial dentro de la entrevista motivacional y su finalidad es ser una cuña para poder mover la motivación al cambio de conducta del usuario. Consiste en un análisis de las razones por las cuales se consume una sustancia o se presentan un comportamiento específico. Realizar este análisis no es un mero ventajas y desventajas (Ellis, 1988) es mucho más complejo. Se revisan de manera profunda motivos y consecuencias de detener el consumo, así como motivos y consecuencias de no hacerlo; puesto que las personas sólo cambian si encuentran motivos para hacerlo o si han vivido consecuencias suficientes. Muchas de las veces los usuarios no se percatan de tener motivos o consecuencias o de la gravedad de estos, otras tantas veces no les quedan claros los motivos por los cuales consumen. El balance decisional es la herramienta precisa para cambiar esto.

Se le presenta a la persona un cuadro dividido en cuartos donde la persona coloca aspectos positivos y negativos de dejar de consumir o de continuar el consumo.

	Positivos	Negativos
Dejar de consumir		
Seguir consumiendo		

Este ejercicio se hace a conciencia y no se dejan cabos sueltos, se invita a llegar a un análisis profundo para encontrar motivos y consecuencias; recordemos que esta estrategia es la punta de lanza del tratamiento.

Estrategias básicas durante el proceso son:

- Retroalimentación acerca del riesgo personal siguiendo una evaluación (en esta se utiliza la información de la evaluación).
- La responsabilidad del cambio se enfatiza al usuario.
- La advertencia, sugerir modificar el consumo de sustancias (detenerlo o moderarlo).
- Un menú de opciones de cambio se ofrece a la persona.

- Propuestas empáticas.
- Fortalecer la auto-eficacia.
- Formular preguntas abiertas.
- Escuchar reflexivamente.
- Resumir.
- Afirmar.
- Elicitar auto-afirmaciones.

Se mantiene paso flexible, se evalúan constantemente a lo largo del tratamiento los objetivos así como los cambios en la motivación de la persona. Se proponen, acuerdan y analizan estrategias para cambiar. Recordemos: en este modelo las recaídas no son fatales, sino parte del proceso (Daley, Marlatt, 2006).

Hasta aquí, con este apartado, se deja constancia de la importancia de las intervenciones breves y la entrevista motivacional. Sin duda, estos son elementos clave para aquel que se quiera profesionalizar en el terreno del tratamiento en adicciones y, al redactar este breve resumen, se quiere dejar constancia de ello, uno de los elementos nodales que se aprende durante el desarrollo de Maestría en Psicología Profesional con residencia en adicciones.

Capítulo 4. Expectativas de pacientes consumidores de sustancias adictivas sobre el tratamiento en su modalidad de internamiento.

El objetivo de este apartado es demostrar la competencia desarrollada para la elaboración de instrumentos de medición en psicología. A nivel nacional, nos encontramos con un déficit en el desarrollo de instrumentos de medición. Esto se debe en gran medida a la falta de diseminación de los conocimientos requeridos para concretar esta tarea. Es importante cambiar esta situación, ya que la medición en psicología es un pilar en el desarrollo de nuestra ciencia y los conocimientos adquiridos durante la maestría coadyuvan a la diseminación de este conocimiento.

4.1 Introducción.

Existe poca literatura que haga la relación entre expectativas y el tratamiento que implique internamiento, por otra parte, la variable expectativas ha sido estudiada desde hace varios años por distintas disciplinas (Golman, Brown y Christensen 1987).

A continuación presentamos las más relevantes de esas referencias en relación a este proyecto.

Los antecedentes primarios se remontan a los trabajos de Toolman; sin embargo, para fines de nuestro estudio, comenzaremos con los trabajos de Bandura desde la teoría del aprendizaje social. Bandura, en sus escritos, propone a las expectativas como un componente de tipo cognitivo moldeador del comportamiento, de tal manera que lo analiza independientemente, procedimiento de suma importancia considerando que los autores confunden los términos como creencias, expectativas y actitudes (Bandura, 1987).

Según Bandura, las expectativas explican gran parte del comportamiento humano y éstas siempre se reflejan en relación a los resultados obtenidos ante una situación dada.

Este autor comenta que las personas no simplemente reaccionan al ambiente, sino que la mayor parte de la conducta es propositiva y regulada por la anticipación. Al anticipar resultados, las personas convierten las consecuencias futuras en motivadores y reguladores del comportamiento. A esto se le llama expectativas de resultados.

Refiere también que las expectativas de resultados son generadas por experiencias previas o por aprendizaje social, de hecho, para Bandura la gran parte de las expectativas son generadas de ésta última forma.

El autor describe tres tipos de expectativas de resultados, los tres con componentes positivos que incentivan y negativos que desincentivan la acción (Bandura 1997).

1. Relacionadas con síntomas físicos que acompañan al comportamiento.
2. Efectos sociales positivos o negativos.
3. Auto evaluación positiva o negativa.

En resumen, Bandura eleva a las expectativas a nivel de una variable relevante susceptible de ser estudiada, sobre todo la relaciona con otros conceptos como auto-eficacia y creencias, dadas las circunstancias de tiempo y la necesidad de sistematizar la experimentación este proyecto está enfocado a la variable expectativas.

Otros trabajos de relevancia en el campo de las expectativas son los realizados por Golman, Brown y Christiansen (1987), que presentan una revisión teórica del término expectativas y su aplicación en el consumo de alcohol.

Estos autores explican cómo el término expectativas se ha utilizado de manera indistinta con otros términos como creencias, auto-eficacia o actitudes.

Los puntos más importantes que tocan estos autores sobre la variable "expectativas" son:

- En la psicología social los términos actitudes, creencias, atribuciones y expectativas, suelen usarse de manera indistinta.
- "Expectativas" se refiere a una variable de naturaleza cognitiva.

- La anticipación y la relación sistemática que las expectativas tienen con objetos o eventos venideros.
- La variable "expectativa" es un predictor fidedigno del comportamiento y de los resultados obtenidos ante una situación dada.

Brown define expectativas como la anticipación en una relación sistemática entre eventos u objetos en una situación futura. Esta autora realiza trabajo con instrumentos para identificar expectativas sobre el alcohol, como el cuestionario sobre las expectativas de alcohol (Brown, Goldman y Christinasen 1985).

Como podemos constar, estos autores hacen una aportación teórica importante especificando más el término expectativas y recalcando la función de la variable como predictor del comportamiento.

Otro autor que conceptualiza las expectativas insertándolas en el contexto del tratamiento para las adicciones es Beck (1999).

Este autor relaciona directamente las expectativas con las creencias, es decir, que existen creencias llamadas esquemas, ideas o creencias nucleares que conciben o forman a las expectativas, de manera tal que éstas a su vez moldean impulsos que regulan el comportamiento.

Define creencias como estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas que no son fáciles de modificar por la experiencia y éstas tienen influencia sobre sentimientos y conductas; por ejemplo, si creo que el tratamiento no funciona, mi expectativa es que el mismo fracase, y mi comportamiento en el mismo no será de cooperación.

Se puede observar lo lineal de este modelo, en donde se pueden realizar intervenciones en cualquier nivel del proceso. Beck resalta la importancia en el tratamiento de comenzar por la identificación de las expectativas antes de llegar a la modificación de las creencias nucleares.

Para Beck, las expectativas son un predictor importante del comportamiento y precipita una serie de impulsos que pueden llevar a un desempeño conductual adecuado o inadecuado si las expectativas son acorde a la situación, incluso Beck propone instrumentos para evaluar creencias referidos al deseo o a la sustancia (1999).

En el contexto del tratamiento, Rollnick y Miller (1999) en su libro "La Entrevista Motivacional" también hacen hincapié en las expectativas como factor importante que incide en distintos niveles: en la motivación del paciente para cambiar y en cómo éste percibe el tratamiento. Consideran que las expectativas tienen un efecto poderoso sobre la conducta. Los autores mencionan el ejemplo de un fumador que quiere dejar de fumar pero no hace esfuerzo alguno por dejarlo ya que piensa que todo esfuerzo por dejarlo no dará resultado. Esto, por supuesto, tiene repercusiones importantes sobre el tratamiento, ya que aunque el tratamiento sea el mejor, si la creencia del paciente moldea una expectativa negativa el tratamiento no surtirá el efecto deseado.

Por lo antes mencionado, podemos ver que "expectativas" es una variable predictora del comportamiento que es redituable en tanto se relaciona con un número importante de otras variables, como creencias o actitudes. Puede ser medida de diferentes formas y lleva tiempo siendo estudiada por diferentes disciplinas.

Con relación a las expectativas sobre el tratamiento, existen algunos estudios no específicamente sobre el tratamiento de sustancias adictivas, sino sobre el tratamiento psiquiátrico, tratamiento de VIH, o terapia psicológica. Sin embargo, algo en lo que coinciden estos estudios es el hecho de que hay dos áreas de importancia cuando se quiere medir expectativas con la finalidad de mejorar el resultado del tratamiento: expectativas hacia el tratamiento y expectativas sobre la recuperación (Peter, Horvath, 1990; Johnson, Gamrel y Dawson, Rose 2006; Matthew, Nock, Phil y Kazdin 2001; Collins, Hier, 1986). Las personas pueden pensar que el tratamiento es bueno, pero si no esperan que exista recuperación, el tratamiento fallará. Estas dos áreas son congruentes

con las expectativas sobre efectos sociales y con las expectativas de auto-evaluación respectivamente planteadas por Bandura y descritas con anterioridad. La definición que aquí se plantea es la siguiente.

Expectativas sobre el tratamiento: lo que la persona espera que ocurra en el tratamiento en su modalidad de internamiento, específicamente en relación a los servicios que allí se ofrecen, esto es una situación social con sus componentes positivos y negativos. Este constructo fue examinado por el estímulo uno y genera el primer factor.

Expectativas sobre mi recuperación: Estas son examinadas por el segundo estímulo. Extrae las expectativas autoevaluativas con respecto a la recuperación con sus componentes positivos y negativos; este estímulo genera el segundo factor.

Esta definición es congruente con lo descrito por Bandura y explora las áreas de relevancia para medir expectativas planteadas por la literatura revisada con anterioridad.

Resumen	Expectativas sobre el tratamiento.	Expectativas sobre mi recuperación
Expectativas de Efectos Sociales	Factor 1. Estímulos: Satisfactorio	
Expectativas de auto evaluación		Factor 2. Estímulos: Total.

4.2 Método.

Se construyó un instrumento para medir expectativas de pacientes consumidores de sustancias sobre el tratamiento en su modalidad de internamiento. La construcción del

instrumento se llevó acabo a través de la técnica de redes semánticas modificadas (Reyes Lagunes 1993).

Por recomendación de la Dra. Reyes Lagunes y acorde con lo propuesto en su artículo se aplicaron tres estímulos y un distractor:

- 1) Mi tratamiento será: de este estímulo se extrajo lo que las personas esperan del tratamiento. Esta es una situación social.
- 2) Mí recuperación será: de este se extrajo lo que los pacientes esperaban sobre su recuperación. Esta es una situación de expectativas de autoevaluación.

De estos dos estímulos se extraen las dos áreas más importantes en lo que concierne a expectativas sobre el tratamiento según reportado por la literatura: expectativas sobre el tratamiento y expectativas sobre la recuperación (Horvat 1988, Collins y Hier 1986).

- 3) Seré atendido por: Este estímulo es de relevancia para conocer si los individuos saben qué profesionales los atenderán.
- 4) La gente en el centro será: (distractor).

Se aplicaron a 25 consumidores de sustancias internados en el centro de tratamiento Torres de Potrero, institución perteneciente al Gobierno del Distrito Federal.

Características:

- Sexo Femenino y Masculino.
- Edad de 18 a 40 años.
- Nivel educativo mínimo de primaria completa.
- Nivel socioeconómico medio, bajo y alto.
- Para hacer la medición a los sujetos se consideró el período más crítico de síndrome de abstinencia, que según el nivel de dependencia y del tipo de sustancia es usualmente de tres días a una semana. Durante este periodo no es posible obtener datos confiables de los sujetos.

- Por recomendación de la Dra. Reyes Lagunes se tomó a los sujetos de nuevo ingreso y a los que están por salir del centro.
- Se excluyó a los pacientes que presenten episodio psicótico consecuente al consumo de drogas. Diagnostico Referido del DSM-IV.

Debido al requerimiento de la institución, se tuvieron dificultades para obtener la muestra.

Por el deterioro cognitivo y escolaridad de los sujetos algunos datos obtenidos no pudieron ser procesados.

Otra de las dificultades fue no poder integrar los datos del estímulo tres (Seré atendido por) a la versión del instrumento debido a que no se adecuaron a las condiciones donde fue aplicado el instrumento.

A continuación se presentan los datos obtenidos de las redes semánticas.

Se presentan las tablas hasta el punto de quiebre.

Estímulos 1 hasta el punto de quiebre.		Mi tratamiento será:	
Definidora	Peso semántico	Porcentaje	
Bueno	46	100	
Saludable	33	71	
Profesional	29	63	
Benéfico	26	63	
Exitoso	26	63	
Estimulante	23	50	
Voluntario	20	43	
Ayuda	19	41	
Constante	18	39	
Reflexivo	18	39	
Difícil	16	34	
Satisfactorio	15	32	
Rápido	13	28	
Desesperante	12	26	
Coordinar	10	22	
Dedicado	10	22	
Evolutivo	10	22	
Honesto	10	22	
Integral	10	22	
Oportunidad	10	22	
Terminado	10	22	
Valioso	10	22	

Estímulos 2 hasta el punto de quiebre.		Mi recuperación será.	
Definidora	Peso semántico	Porcentaje	
Definidora	42	100	
Buena	34	81	
Permanente	27	64	
Constante	23	54	
Difícil	20	47	
Exitosa	18	42	
Orgullo	18	42	
Satisfactoria	17	40	
Agradable	16	38	
Feliz	16	38	
Saludable	15	35	
Confiable	15	35	
Excelente	14	33	
Aprovechada	14	33	
Total	13	30	
Eficaz	13	30	
Trabajosa	13	30	
Tranquila			

Estímulos 3 hasta el punto de quiebre.		Seré atendido por:	
Definidora	Peso semántico	Porcentaje	
Psicólogos	121	100	
Psiquiatras	112	92	
Enfermeras	97	80	
Doctores	77	63	
Profesionales	41	34	
Compañeros	28	23	
Trabajo Social	24	20	
Especialistas	19	16	
Médicos	19	16	
Cocineros	15	12	
Dios	10	8	
Gente	10	8	
Técnicos	8	6	

A partir de esta información se procedió a elaborar el instrumento.

En su primera emisión el instrumento contaba con tres áreas:

1. Expectativas sobre el tratamiento.
2. Expectativas sobre la recuperación individual.
3. Por quién espera ser atendido.

Se generó el primer prototipo del instrumento, que contaba con 47 ítems, colocados de manera aleatoria, que puntuaban del 1 al 6, donde el 6 significa acuerdo y el 1 significa desacuerdo. Al final se colocó el área de datos demográficos.

Se piloteó con 20 sujetos y se encontraron muchas dificultades para puntuar adecuadamente en cada ítem debido probablemente al nivel escolar y al deterioro cognitivo de los sujetos. También se encontró que la tercera parte no se adecuaba a la información requerida para este proyecto, además de la dificultad de los sujetos para contestar a los ítems de esta área.

Se resolvió a cambiar la puntuación 1 a 6 a puntuación del 1 al 4 con buenos resultados y se eliminó la tercera área quedando un instrumento de 40 ítems que a continuación se presenta.

A continuación encontrarás una serie de palabras que describen lo que se espera del tratamiento en internamiento, a un lado están cuatro cuadros que van de: Acuerdo, el más grande a Desacuerdo, el cuadro más pequeño. Marca el cuadro según pienses qué tan acuerdo o desacuerdo estás que esa palabra describe lo que esperas del tratamiento.

Mi tratamiento será:

	Acuerdo			Desacuerdo
1-Satisfactorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-Voluntario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Una Ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-Benéfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Dado por Profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-Constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-Obligatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-Saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-Estimulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-Exitoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-Rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-Valioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-Dedicado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-Bueno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-Reflexivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-Evolutivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-Integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-Honesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19-Relajante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-Difícil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-Desesperante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Una Oportunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-Perjudicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mi recuperación será:

	Acuerdo			Desacuerdo
1-Total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-Agradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-Eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-Trabajosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-Saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-Aprovechada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-Excelente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-Confiable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-Feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-Buena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-Tranquila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-Satisfactoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-Orgullosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-Exitosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-Difícil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16-Constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-Permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Una vez completado este procedimiento se procedió a la aplicación final y al análisis de confiabilidad y validez del instrumento.

4.3 Confiabilidad.

Se aplicó el instrumento a 170 internos de nuevo ingreso, en centros de rehabilitación para consumidores de sustancias del Distrito Federal. La muestra estaba conformada por 60 mujeres y 110 hombres, donde el 30% contaba con escolaridad de primaria y el 37% de secundaria; el porcentaje restante fue educación media y superior; la droga de mayor impacto fue la cocaína crack en un 60%; de primera vez fueron el 65% y el resto fueron pacientes de reingreso. La edad fue de 16 a 43 años.

Se hizo el análisis para cada una de las dos áreas del instrumento por separado.

Primera área. Expectativas con respecto al tratamiento.

Esta área se plantea como una situación social, ya que el tratamiento es considerado como una situación social donde se dirigen las expectativas hacia otros.

En primer término se realizó un análisis de frecuencias donde se revisó el sesgo y la media. Se verificó si cumplían los ítems con el parámetro del sesgo para conductas típicas de .05 a -.05. Fueron 11 ítems que no lo cumplieron:

Una ayuda =-.833, Benéfico =-.788, Dado por profesionales =-.603, Saludable =-.803, Estimulantes =.526, Rápido =.562, Valioso =-.633, Reflexivo =-.833, Evolutivo =-.619, Difícil =-1.010, Una Oportunidad =.731.

Se realizó un análisis de frecuencias para ver si los ítems fueron atractivos para los examinados, en donde se obtuvo que los ítems: Una ayuda, Benéfico, Saludable y

Reflexivo se cargaron a las puntuaciones 3 y 4 en un 65%, y no se contestó algunos de los ítems ya sea 1 o 2.

Los ítems: Estimulante, Exitoso y Evolutivo, no puntuaron en las opciones ya sea 1 o 2, sin embargo, la distribución de las respuestas fue mas equitativa para cada ítem.

Se procede al siguiente paso, realizar una Prueba T. En éste análisis se obtuvo significancia igual a .000, asumiendo varianzas iguales en todos los ítems.

Para el siguiente paso se realizó un análisis de tablas cruzadas para observar direccionalidad de los ítems. Este criterio no lo cumplen los ítems: Obligatorio, Rápido, Relajante, Díficil, Desesperante y Perjudicial.

Resumiendo, hasta este punto podemos observar que son los mismos ítems los que no cumplen con los criterios, por lo cual se fueron eliminando en análisis subsecuentes.

Posteriormente, se realizó un análisis de confiabilidad de los ítems restantes a través de obtener la correlación ítem total y el alfa de Cronbach, éste es el mejor indicador de discriminación (Nunnally y Bernstein 1995).

En este primer bloque se obtuvo un alfa de Cronbach de 9.72 y se fueron eliminando los ítems que no cumplían con una correlación ítem total (mayor a .30) uno por uno hasta quedar esta lista de ítem total:

Item-Total de expectativas hacia el tratamiento.

	Media si es Borrado el ítem.	Varianza si es borrado el ítem	Correlación ítem-Total	Múltiples correlaciones.	Alfa Cronbach excluyendo ítem
Satisfactorio	27,66	122,120	,798	,928	,971
Voluntario	28,05	113,513	,946	,969	,966
Dado por profesionales	27,78	113,831	,932	,964	,967
Constante	27,93	113,320	,941	,975	,966
Estimulante	27,95	118,128	,869	,968	,969
Exitoso	27,84	126,647	,814	,896	,971
Dedicado	27,99	114,852	,936	,935	,966
Bueno	27,89	112,427	,928	,981	,967
Integral	28,04	116,981	,882	,923	,968
Honesto	27,93	116,729	,877	,978	,968
Relajante	28,01	130,189	,517	,865	,977

Como se aprecia, fueron eliminados los mismos ítems que no cumplieron con los criterios requeridos a lo largo de todo el proceso.

Posteriormente, se realizó el análisis factorial en donde se encontró sólo un factor, uno de los ítems no pertenecía al factor Expectativas hacia el tratamiento (Relajante). Quedando un factor de 10 ítems que mide expectativas hacia el tratamiento en su modalidad de internamiento. Este factor explica según el análisis el 83% de la varianza.

Factor expectativas hacia el tratamiento.

	Componente
	1
Satisfactorio	,844
Voluntario	,956
Constante	,951
Estimulante	,887
Esquistoso	,833
Dedicado	,956
Bueno	,957
Integral	,916
Honesto	,895
Dado por profesionales	,938

Quedaron sólo las expectativas que tienen que ver con la situación social dirigida hacia otros que es el tratamiento, si la persona puntúa 10 podemos decir que tiene una expectativa negativa sobre esta situación social, si puntúa 40 podemos decir que tiene muy buena expectativa sobre esta situación social que es el tratamiento.

4.4 Segunda Área.

Esta área mide las expectativas sobre la recuperación. Ésta es una situación de expectativas autoevaluativas y también puede incluir situaciones físicas. Según la literatura, es otra área de suma importancia para medir expectativas pues, como vimos, el primer factor, siendo una situación social sólo mide las expectativas hacia otros.

Se realizó el análisis de sesgo para ver si cumplían con el criterio de sesgo para características típicas.

Sólo los ítems Trabajosa =-2.384, Saludable =-.880, Excelente =-.525 Satisfactoria =-.592 y Difícil =-.516 no cumplieron con el criterio

En segundo término se verificó si todos los ítems fueron atractivos para los examinados.

Sólo los siguientes no cumplieron el criterio: Trabajosa, con el 70% de las puntuaciones en 3 y 4; Saludable, con el 68% de las respuestas en 4; Buena, con un porcentaje de 57% puntuando en 4.

Posteriormente, se corrió la prueba T. Todos los ítems obtuvieron significancia asumiendo varianzas iguales de .000, excepto Trabajosa con sig =.001.

Posteriormente, se corrió una tabulación cruzada para verificar direccionalidad de los ítems. Este requisito no fue cubierto por los ítems Trabajosa, Difícil y Tranquila.

El siguiente paso fue realizar el análisis de ítem total y alfa de cronbach, en el cual se obtuvo un Alfa =.966

A continuación se presenta la tabla de correlación ítem total.

Item-Total

	Media si es borrado el ítem	Variance si es borrado el ítem	Correlación ítem-Total	Múltiples correlaciones.	Alfa Cronbach excluyendo ítem
Total	37,32	151,248	,731	,898	,965
Agradable	37,08	147,910	,758	,919	,964
Eficaz	37,58	139,891	,886	,983	,961
Aprovechada	37,29	145,014	,720	,934	,965
Excelente	37,21	141,564	,858	,979	,962
Confiable	37,07	148,776	,861	,976	,962
Feliz	37,12	148,104	,857	,953	,962
Buena	36,91	147,139	,924	,982	,961
Tranquila	37,35	150,904	,679	,898	,966
Satisfactoria	36,94	146,470	,908	,971	,961
Orgullosa	37,13	147,214	,839	,897	,962
Exitosa	37,15	145,527	,881	,963	,961
Constante	37,08	153,046	,632	,927	,966
Permanente	37,68	146,561	,790	,759	,963

Sólo se quedaron los ítems que cumplieron el criterio de correlación mayor a .3

Posteriormente se realizó el análisis factorial. Sólo dos de los ítems presentados en la tabla anterior no cumplían los criterios para ser incluidos en el único factor que se extrajo del análisis. Expectativas sobre mi recuperación explica el 75% de la varianza.

Factor expectativas sobre mí recuperación

	Componente
	1
Total	,802
Agradable	,768
Eficaz	,858
Excelente	,863
Confiable	,928
Feliz	,927
Buena	,947
Satisfactoria	,955
Orgullosa	,879
Exitosa	,911
Permanente	,805
Tranquila	,738

Este factor mide las expectativas auto-evaluativas sobre la recuperación, las personas se auto-evalúan y consideran cómo será su recuperación. Si las personas puntúan 12, presentan expectativas de auto-evaluación negativas sobre su recuperación. Por lo contrario, una puntuación de 48 sería tener expectativas auto-evaluativas positivas sobre su recuperación.

Finalizando, quedaron dos factores de 10 ítems y 12 respectivamente; el primero mide Expectativas hacia el tratamiento (situación social) y el segundo Expectativas sobre mi recuperación (Expectativas Auto-evaluativas dirigidas hacia la recuperación). A través de

identificar expectativas en estas dos áreas podemos realizar pronósticos e intervenciones para mejorar los resultados en el proceso terapéutico.

4.5 Tabla de Resumen.

Ítems. Primera parte	Sesgo	Atractivo	Dirección	T	r	Alfa	Fac1	Se queda
1-Satisfactorio	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
2-Voluntario	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
3- Una Ayuda	No	No	Si	Si	No	No	No	No
4-Benéfico	No	No	Si	Si	No	No	No	No
5- Dado por Profesionales	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
6-Constante	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
7-Obligatorio	Si	Si	No	Si	No	No	No	No
8-Saludable	No	No	Si	Si	No	No	No	No
9-Estimulante	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si
10-Exitoso	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si
11-Rápido	No	Si	No	Si	No	No	No	No
12-Valioso	No	Si	Si	Si	No	No	No	No
13-Dedicado	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
14-Bueno	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
15-Reflexivo	No	No	Si	Si	No	No	No	No
16-Evolutivo	No	No	Si	Si	No	No	No	No
17-Integral	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
18-Honesto	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
19-Relajante	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	No
20-Difícil	No	Si	No	Si	No	No	No	No
21-Desesperante	Si	Si	No	Si	No	No	No	No
22- Una Oportunidad	No	Si	Si	Si	No	No	No	No
23-Perjudicial	Si	Si	No	Si	No	No	No	No

Ítems Segunda parte	Sesgo	Atractivo	Dirección	T	r	Alfa	Fac2	Se queda
1-Total	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
2-Agradable	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
3-Eficaz	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
4-Trabajosa	No	No	No	Si	No	No	No	No
5-Saludable	No	No	Si	Si	No	No	No	No
6-Aprovechada	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
7-Excelente	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
8-Confiable	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
9-Feliz	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
10-Buena	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si
11-Tranquila	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si
12-Satisfactoria	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
13-Orgullosa	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
14-Exitosa	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
15-Difícil	No	Si	No	Si	No	No	No	No
16-Constante	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
17-Permanente	Si	Si	si	Si	Si	si	Si	Si

Conclusión.

Los análisis concluyeron de manera satisfactoria. Se terminó un instrumento de dos factores, cada factor de 10 y 12 ítems respectivamente. Se recomienda hacer estudios subsecuentes debido a los problemas presentados durante el proceso.

No se puede concebir un experto en la rama de la prevención y tratamiento de adicciones que no tenga habilidades en la elaboración de un instrumento; agregado a esto, un objetivo importante de nuestra ciencia es diseminar este tipo de información por todo el país.

Capítulo 5. Aplicación del Programa de Satisfactores Cotidianos a un consumidor de alcohol.

5.1 Antecedentes.

El consumo de sustancias en nuestro país es un fenómeno que ha ido en aumento desde las últimas décadas del siglo XX (ENA, 2006). Esto enfatiza la necesidad de que se creen esquemas de tratamiento adecuados para poder hacer frente al problema. Se advierte entonces el reto para las instituciones de salud y las instituciones académicas. En retrospectiva, podemos ver que en México no ha existido una gama de tratamientos para consumo de sustancias con sustento empírico adecuado; tenemos los programas de alcohólicos anónimos, por ejemplo. Esto enfatiza la responsabilidad de la academia por generar tratamientos adecuados sustentados con investigación y que tengan la posibilidad de ser diseminados en instituciones de salud.

En este marco es que se genera la adaptación del Programa de Satisfactores Cotidianos. El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es un tratamiento cognitivo-conductual para usuarios dependientes de sustancias adictivas que se deriva del “Community Reinforcement Approach” de Hunt y Azrin (1973) y que fue adaptado (Barragán, González, Medina-Mora & Ayala, 2004) y validado en México (Barragán, 2005; Flores, 2005; Barragán, Flores, Medina-Mora & Ayala, 2006).

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es la adaptación del CRA conceptual del análisis conductual aplicado. Inicialmente, el programa busca restablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios. La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad cuando el usuario se encuentre sobrio o abstinentes de drogas.

De manera general, el Programa de Satisfactores Cotidianos tiene como objetivo hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas sea más probable que el de uno con el alcohol o las drogas como eje primordial. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, el Programa de Satisfactores Cotidianos enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida pro-sociales deseados.

Por lo tanto, el programa consiste en 12 componentes que giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario se proponga. Más que forzar al usuario a aceptar su problema con el alcohol, el programa se enfoca en los problemas percibidos durante la evaluación. En la mayoría de los casos, al no desarrollar las habilidades

necesarias y lidiar con estos problemas el usuario recurría inevitablemente al uso de sustancias, por lo que se espera que ahora él decida enfrentar este problema favoreciendo su aprendizaje y aplicación de nuevos hábitos.

Dicho lo anterior es importante que se destaque el perfil del usuario al que el PSC puede beneficiar.

3- Pérdidas en Diferentes áreas de Vida Cotidiana	<p>Tener alguna(s) pérdidas/daños/alteraciones al menos en 3 áreas.</p> <p>Física: gastritis, úlcera, arritmias cardiacas, cirrosis u otras alteraciones en hígado, pancreatitis, lesiones, accidentes, várices esofágicas, ascitis, neumonías, tuberculosis, avitaminosis, diabetes.</p> <p>Laboral/ Académico: Desempleo, Suspensiones laborales, accidentes laborales, fallas en la calidad del trabajo, deserción escolar, años escolares reprobados, ausentismo.</p> <p>Familiar: Divorcio, separaciones, violencia física y verbal, conflictos recurrentes.</p> <p>Social: Aislamiento, pérdida de amigos, pleitos.</p> <p>Legal: Demandas, detenciones, encarcelamientos, homicidios, robos.</p> <p>Psicológico: Insomnio, Ansiedad, Depresión, ideas y/o intentos suicidas, lagunas mentales, culpa.</p> <p>Económico: Deudas.</p> <p>Personal: Falta de conductas de auto-cuidado.</p>	Entrevista Conductual
4- Edad	Tener 18 años o más	Entrevista Conductual
5- Rendimiento	Saber leer y escribir	Entrevista Conductual
6-Funcionamiento Cognitivo	6 puntos o superior	Escala de WAIS: Retención de Dígitos y Símbolos y Dígitos.
7- Escolaridad	Preparatoria en adelante	Entrevista Conductual

5.3 Componentes.

El primer componente es el *análisis funcional de la conducta de consumo*. Ésta es una entrevista estructurada que permite al terapeuta y al usuario identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de consumo. Así, se logran identificar situaciones de alto riesgo, las consecuencias que pueden reforzar la conducta de consumo y pueden ser elegidas como metas a alcanzar mediante conductas alternativas de cambio. También se hace un análisis funcional de una conducta que no tenga que ver con el consumo y que el usuario disfrute; analizar esta conducta le permite al usuario identificar aquellas conductas placenteras y pro-sociales que ya utiliza y que puede incrementar.

El siguiente componente del programa, es la *Muestra de Abstinencia*. A través de ésta, el usuario experimenta los beneficios de mantenerse sin consumo y se facilita la negociación del mantenimiento de la abstinencia. Un componente opcional, es el uso del Disulfiram (medicamento disuasivo del consumo del alcohol) este componente se integra cuando el usuario no ha sido capaz de cumplir con la muestra de abstinencia haciendo uso de los planes de acción delimitados entre él y el terapeuta. El Disulfiram se utiliza a partir del trabajo interinstitucional al requerir el trabajo del psiquiatra especializado en la problemática del comportamiento adictivo y puede complementarse con el involucramiento de otras personas no consumidoras e importantes para el usuario. La pareja o un familiar monitorean este proceso.

El componente de *Metas de Vida Cotidiana*, involucra al usuario tanto en la identificación de las áreas de vida que desea cambiar como en la estructuración de planes de acción específicos para alcanzar las metas. El objetivo principal en este componente es incrementar el placer de las actividades en abstinencia y reducir el poder del consumo como una fuente de satisfacción.

Los siguientes componentes del programa, enfatizan la variedad de habilidades que el usuario puede necesitar para mantenerse sin consumo. Cada componente se enfoca en un paquete de habilidades específicas: *habilidades de rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, habilidades de solución de problemas, búsqueda de empleo, consejo marital, habilidades sociales y recreativas y control de emociones*.

El componente de *Prevención de Recaídas* consiste en entrenar al usuario a reconocer los signos que indiquen posibles recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento. Adicionalmente, se incluye un componente para el *otro significativo* en caso de que el usuario haya decidido que un familiar o amigo suyo no consumidor participe en el tratamiento, para favorecer cambios en su ambiente inmediato y propiciar interacciones familiares y sociales favorables y de apoyo.

Es importante mencionar al terapeuta que los componentes de habilidades no tienen un orden estricto en la impartición del entrenamiento. El orden en que el terapeuta proporciona el entrenamiento en los diferentes componentes de intervención, depende de las necesidades del usuario identificadas por el terapeuta por medio de la evaluación, del componente de *Metas de Vida Cotidiana* y del reporte del usuario respecto a situaciones específicas de riesgo que necesite enfrentar en ese momento. También es importante mencionar que en algunos casos no todos los componentes van a ser usados; por ejemplo, si un usuario ya tuviera empleo y no tuviera problemas relacionados con éste, no requiere que el terapeuta imparta el componente *Búsqueda de Empleo*.

En primera instancia, se desarrolló un estudio piloto del programa en México, el objetivo en esta investigación preliminar fue adaptar, sistematizar, instrumentar y evaluar el impacto del modelo de intervención Community Reinforcement Approach en la disminución del patrón de consumo en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas en población mexicana.

Este modelo se instrumentó en nueve usuarios crónicos, los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, saber leer y escribir, tener un nivel de dependencia media o severa al alcohol y/o un nivel de dependencia sustancial y severa a otras drogas, uno o más tratamientos o internamientos previos y pérdidas asociadas al consumo en diferentes áreas de vida cotidiana. La duración del tratamiento fue de 15 a 24 sesiones y la duración de las sesiones fue de una hora y media a dos horas por semana. Se utilizó un diseño de caso único con réplicas y seguimientos. La adaptación del modelo original (CRA) incorporó los siguientes cambios: 1) inclusión de otras habilidades de comunicación, 2) evaluación de variables predictoras de recaídas: auto-eficacia y precipitadores, 3) se añadieron habilidades de rehusarse al consumo de acuerdo al contexto ambiental de los usuarios mexicanos. Los instrumentos de evaluación pre-post test fueron: línea base retrospectiva (LIBARE), auto-registro, cuestionario de confianza situacional y/o

cuestionario de auto-confianza de consumo de drogas, escala de satisfacción general, inventario de situaciones de consumo de alcohol y/o inventario de situaciones de consumo de drogas.

Los cambios significativos identificados en esta investigación constatan la efectividad del modelo en los nueve usuarios dependientes de sustancias adictivas: decremento en el patrón de consumo durante y al año después de terminado el tratamiento, incremento en el nivel de satisfacción de vida cotidiana y en el nivel de auto-eficacia después de tratamiento y en seguimiento y disminución de la cantidad de precipitadores al consumo después de tratamiento y en seguimiento. Los usuarios aprendieron a generarse un estilo de vida más satisfactorio al incluir actividades incompatibles con el consumo (Barragán, 2005).

Posteriormente, y con base en los resultados del piloteo, se evaluó la eficacia del modelo en una muestra intencional no probabilística de 20 usuarios con dependencia a sustancias adictivas a partir de las siguientes modificaciones: añadir el componente de autocontrol emocional; incluir registros de evaluación de observación directa de los componentes: solución de problemas, rehusar al consumo y comunicación; impartición de la intervención en dos sesiones semanales; inclusión de usuarios al club social al alcanzar la abstinencia durante el tratamiento y se añadió como criterio de inclusión tener un nivel de funcionamiento cognitivo de 6 puntos (Barragán, 2005). El patrón de consumo de 18 usuarios mostró cambio significativo a seis meses de terminado el tratamiento mediante el análisis de series temporales interrumpidas (Barragán, 2005).

5.4 Instrumentos utilizados.

NOMBRE	Descripción
INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA)	Evalúa las situaciones de riesgo de consumo de alcohol en el usuario. Elaborado por Annis, Graham y Davis en 1987. Adaptado a población mexicana en 1997 (Echeverría, et al., 1998). Consta de 100 reactivos que se agrupan en 8 categorías (Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros).

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA e ISCD)

Elaborado por Annis & Martin en 1985, consta de 60 reactivos; evalúa la cantidad porcentual (0% - 100%) de situaciones que precipitan el consumo de drogas ante ocho situaciones precipitadoras.

Se sustenta en los hallazgos sobre situaciones de riesgo al consumo desarrolladas por Marlatt en 1985.

OBJETIVO: identificar las situaciones de riesgo al consumo en las que el usuario es más propenso a presentar una recaída.

El individuo tiene que indicar la frecuencia con la que consumió drogas ante cada una de las situaciones que se le presentan.

Los reactivos de las ocho categorías de situaciones de consumo de drogas se clasifican en dos áreas:

I. Situaciones personales, en donde el consumo involucra una respuesta a un evento físico o psicológico y que se subdivide en 5 categorías, que incluyen los siguientes reactivos:

1) Emociones Desagradables: 5, 15, 25, 35, 45, 55, 10, 29, 40 y 51.

2) Malestar Físico: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 9, 20, 39 y 50.

3) Emociones Agradables: 1, 11, 21, 31 y 41.

4) Probando Autocontrol: 2, 12, 22, 32 y 42.

5) Necesidad o Tentación de Consumo: 4, 14, 24, 34, 44 y 54.

II. Situaciones que involucran a terceras personas. Se subdividen en tres categorías:

6) Conflicto con otros: 7, 17, 19, 27, 30, 37, 47, 49, 52, 56, 57, 58, 59 y 60.

7) Presión Social: 8, 18, 28, 38 y 48.

8) Momentos Agradables con Otros: 6, 16, 26, 36 y 46.

Instrucciones: "A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos, lea cada frase y marque la respuesta que en forma más precisa describa con qué frecuencia consumió ante diversas situaciones". Cada reactivo se contesta en una escala de 4 puntos: Nunca = 0, Rara Vez = 1, Frecuentemente = 2 y Casi siempre = 3.

Calificación: Se obtiene el puntaje de cada sub-escala al sumar los puntajes de cada reactivo. Las fórmulas para la obtención del índice del problema en cada sub-escala son:

- Emociones Desagradables: suma / 30 x 100
- Malestar Físico: suma / 30 x 100
- Emociones Agradables: suma / 15 x 100
- Probando Autocontrol: suma / 15 x 100
- Necesidad Física: suma / 18 x 100
- Conflicto con otros: suma / 42 x 100
- Presión Social: suma / 15 x 100
- Momentos Agradables con otros: suma / 15 x 100

Se obtiene el índice de problema de consumo de la droga en cada situación. Un índice de 0% señala que el usuario no utilizó la sustancia y hay poca probabilidad de riesgo de consumo en esa situación. Una puntuación entre 70% y 100% señala un consumo muy elevado ante esa situación siendo un riesgo mayor de consumo ante la misma.

Se pueden jerarquizar las tres situaciones de riesgo más altas, como las de mayores riesgos de consumo en el usuario.

Adaptado a población mexicana por De León y Pérez en el 2001. Confiabilidad test-retest de .98 siendo significativos todos sus reactivos al .000. Aplicaron el instrumento a 300 usuarios (150 consumidores de drogas y 150 no consumidores) del Distrito Federal y de áreas conurbadas; con edad promedio de 26.71 años; en su mayoría empleados; el 82% varones y el 60.66% de la muestra de no consumidores fueron mujeres. En su mayoría del grupo de consumidores fueron de nivel escolar de bachillerato y el 42.66% de los no consumidores de nivel profesional.

La validez se obtuvo mediante grupos contrastados para determinar si el instrumento discriminaba entre consumidores y no consumidores; al analizar los datos mediante "t" de student con muestras independientes, todos los reactivos fueron significativos al .000.

<p>CUESTINARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL (CCS)</p>	<p>Elaborado por Annis en 1982.</p> <p>Cuestionario de auto-reporte de 100 reactivos que evalúa el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo de alcohol ante 8 categorías situacionales (Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros).</p> <p>Requiere un tiempo estimado de 5 a 15 minutos para su aplicación.</p> <p>Es administrable de forma individual o grupal.</p>
<p>CUESTIONARIO DE AUTOCONFIANZA DE CONSUMO DE DROGAS (CACD)</p>	<p>Elaborado por Annis & Martin, (1985). Consta de 60 reactivos que evalúan la auto-eficacia del usuario para resistirse al consumo de drogas ante ocho situaciones de riesgo.</p> <p>Adaptado a población mexicana por De León y Pérez en 2001.</p> <p>Consistencia interna de .99, Confiabilidad test-retest y en su validez mediante la prueba “t” todos los reactivos obtuvieron una significancia de .000.</p> <p>Este instrumento se sustentan en la teoría de auto-eficacia de Bandura y está basado en la clasificación de factores de riesgo de Marlatt et al. 1985. el CACD es un cuestionario de 60 preguntas de auto-reporte, que fue diseñado para evaluar la confianza que tiene el usuario de poder resistir la urgencia de consumir drogas ante diversas situaciones.</p> <p>OBJETIVO: estima la auto-eficacia del usuario en relación a situaciones específicas de consumo de drogas sobre el curso del tratamiento.</p> <p>Es auto-aplicable, con un tiempo de aplicación de 15 a 20 minutos, pudiendo administrarse individual o grupalmente.</p> <p>Instrucciones: Se le pide al sujeto que se imagine a sí mismo en cada una de las 60 situaciones y que indique qué tan confiando esta de resistirse a la necesidad de usar una droga en particular.</p>

	<p>Calificación: Se obtiene mediante la sumatoria de los porcentajes de cada uno de los reactivos correspondientes. Los reactivos que corresponden a cada sub-escala son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emociones Desagradables: 5, 15, 25, 35, 45, 55, 10, 29, 40 y 51. • Malestar Físico: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 9, 20, 39 y 50. • Emociones Placenteras: 1, 11, 21, 31 y 41. • Probando Autocontrol: 2, 12, 22, 32, y 42. • Necesidad y Tentación de Consumo: 4, 14, 24, 34, 44 y 54. • Conflicto con Otros: 7, 17, 19, 27, 30, 37, 47, 49, 52, 56, 57, 58, 59, 60. • Presión Social: 8, 18, 28, 38 y 48. • Momentos Agradables con otros: 6, 16, 26, 36 y 46. <p>Posteriormente se obtiene el porcentaje final de cada sub-escala al dividir el porcentaje ente el número total de reactivo por cada escala, las formulas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emociones Desagradables: sumatoria / 10 • Malestar Físico: sumatoria / 10 • Emociones Placenteras: sumatoria / 5 • Probando Autocontrol: sumatoria / 5 • Necesidad y Tentación de Consumo: sumatoria / 6 • Conflicto con Otros: sumatoria / 14 • Presión Social: sumatoria / 5 • Momentos Agradables con otros: sumatoria / 5 <p>Las puntuaciones indican el nivel de confianza del individuo para resistirse al consumo de drogas ante cada situación; por ejemplo, una puntuación de 20% indica que el usuario tiene poca confianza de resistirse al consumo de drogas ante esa situación; por lo que ese tipo de situaciones representan un alto riesgo para el usuario.</p>
<p style="text-align: center;">LINEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)</p>	<p>Desarrollado por Sobell y Sobell en 1992.</p> <p>Es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario un año antes de iniciado el tratamiento.</p> <p>Tiene una confiabilidad test-retest de 0.91. La correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de 0.82. La validez concurrente, con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST), con los días de internamiento, días de cárcel, hospitalizaciones o tratamiento de internamiento; con otros marcadores biológicos (gama-glutamyl-transpeptidasa).</p>

5.5 Procedimiento de intervención.

Datos sociodemográficos.

Nombre: PL

Edad: 36. Sexo: Masculino. Droga por la que Acude: Alcohol.

Lugar de Procedencia: Iztacalco. Nivel de Estudios: Universidad incompleta.

Ocupación: Jardinero. Estado civil: Unión libre

Datos de la Evaluación.

- **Generalidades obtenidas en la entrevista.**

Motivo de Consulta.

Quiere dejar de consumir alcohol.

Meta de la intervención: abstinencia

Comienza a consumir alcohol en la adolescencia, cuando tiene 17 años, comenta que fue con la finalidad de relajarse en las fiestas aunque en la actualidad no es así; reporta que a lo largo del tiempo ha tenido un consumo más bien explosivo, en donde pasa varios meses sin consumir; comenta que los últimos tres años de consumo son los peores. Actualmente consume por enojo, cansancio y depresión.

Motivadores.

Sus motivadores principales son su salud, ya que incluso ha llegado a vomitar sangre, ha tenido, sobretodo, problemas con su pareja y cree que es un motivador importante para dejar de consumir. Ha dejado otras actividades como leer por el consumo y económicamente ha tenido muchas pérdidas.

Apoyos.

Cuenta con el apoyo de su mujer solamente. Sin embargo, su esposa desconfía de los tratamientos y se lo hace patente, no asiste con él y él toma esto como motivador.

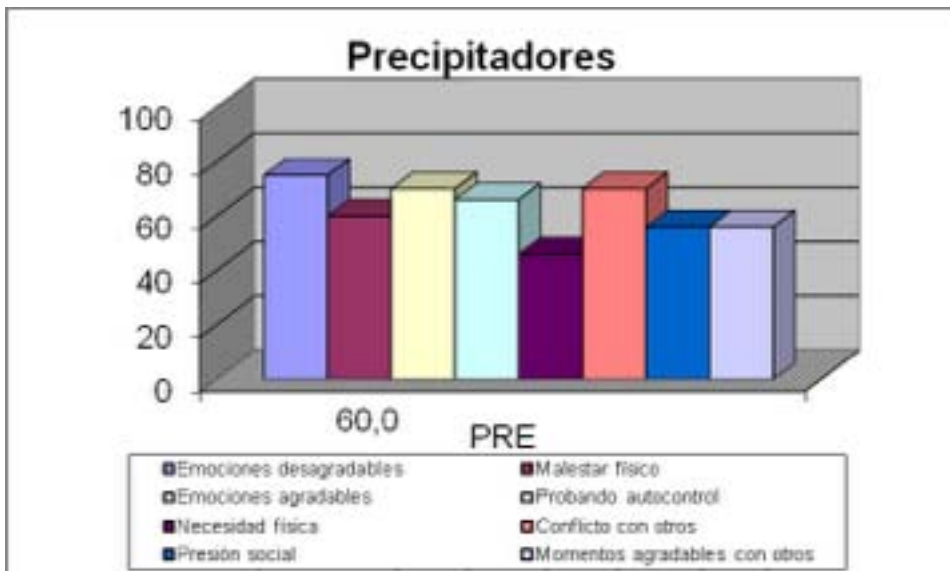
Consecuencias negativas: Ha vomitado sangre, pérdidas económicas, dejó de prepararse y ha tenido altercados con su esposa.

No considera a la familia de origen como relevante para el cambio. Emocionalmente, se ha distanciado de su mujer; laboralmente es menos creativo.

5.6 Instrumentos aplicados.

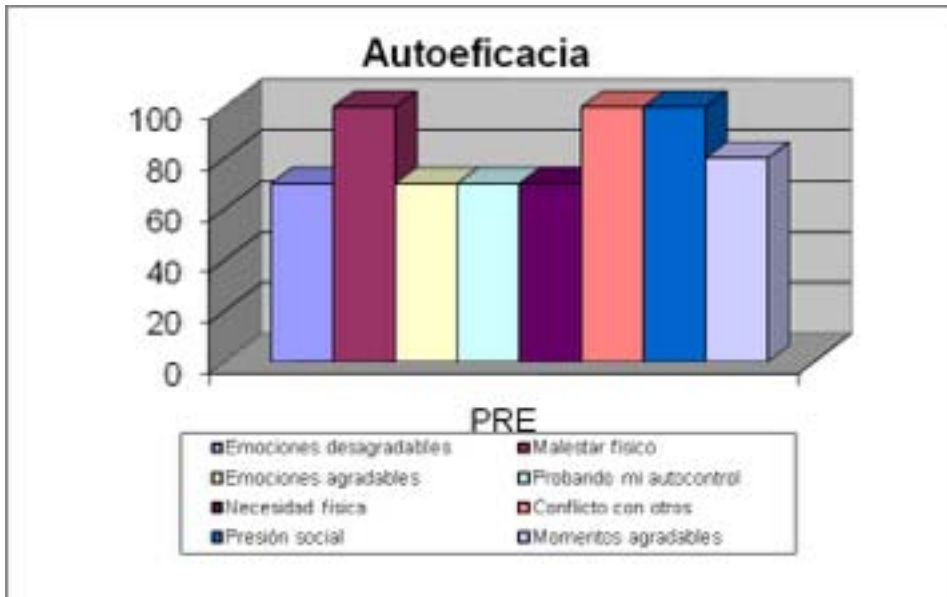
- Entrevista.
- Funcionamiento cognitivo: de 9
- ISCA.
- CCS.
- EDA.
- BECK Ansiedad- Depresión.
- Escala de Satisfacción.
- LIBARE.

ISCA



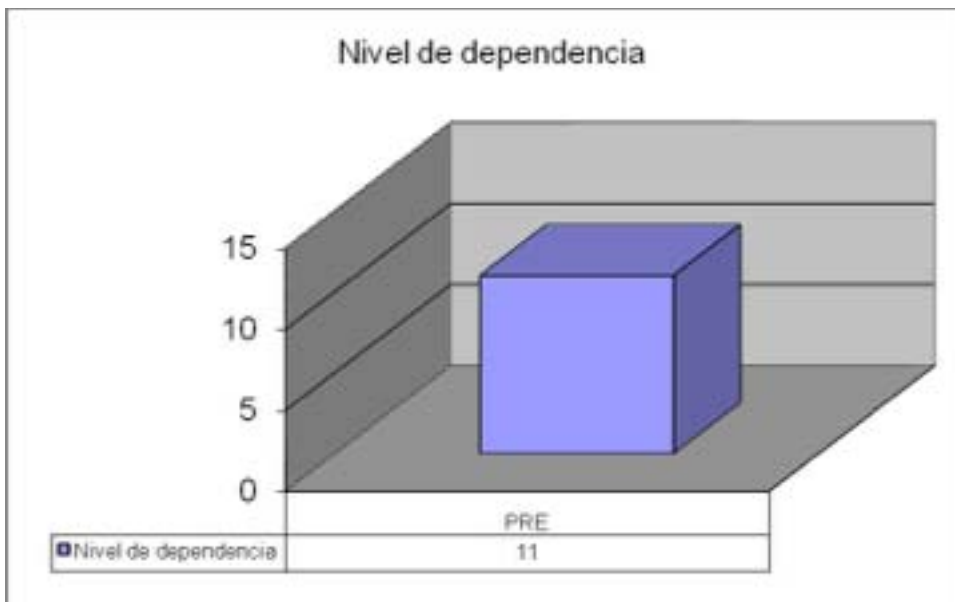
Se puede apreciar en la gráfica cómo las situaciones de riesgo más importantes son: Emociones desagradables, Emociones agradables, Probando auto-control y Conflicto con otros. El usuario ya identificaba como sus situaciones de riesgo eran el conflicto con otros y emociones desagradables; sin embargo, no percibía situaciones como: Probar auto control como una situación riesgosa, tampoco Emociones agradables. De hecho fue en este rubro donde más riesgo había.

CCS



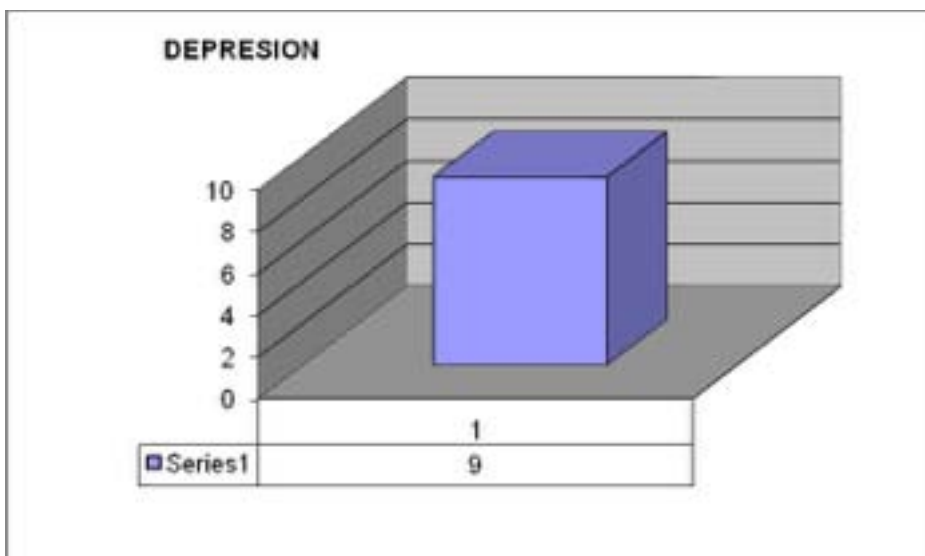
En contraste con los resultados del ISCA, como se ve, sólo aparece una diferencia importante que es Necesidad Física. Es de suma importancia que el usuario establezca ésta como una situación de riesgo.

EDA

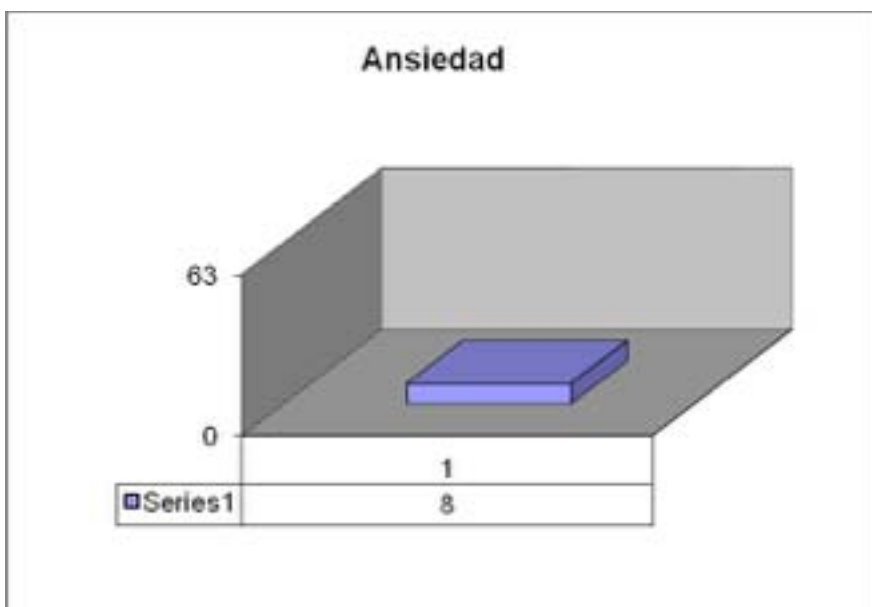


Podemos ver que el usuario presenta un nivel de dependencia bajo, por lo que no cumple este criterio de inclusión. Sin embargo, cubre los ítems como: una vez que consume no puede parar, o se levanta con temblor en las manos después de un episodio de consumo, mas las consecuencias graves a la salud.

Beck Depresión.

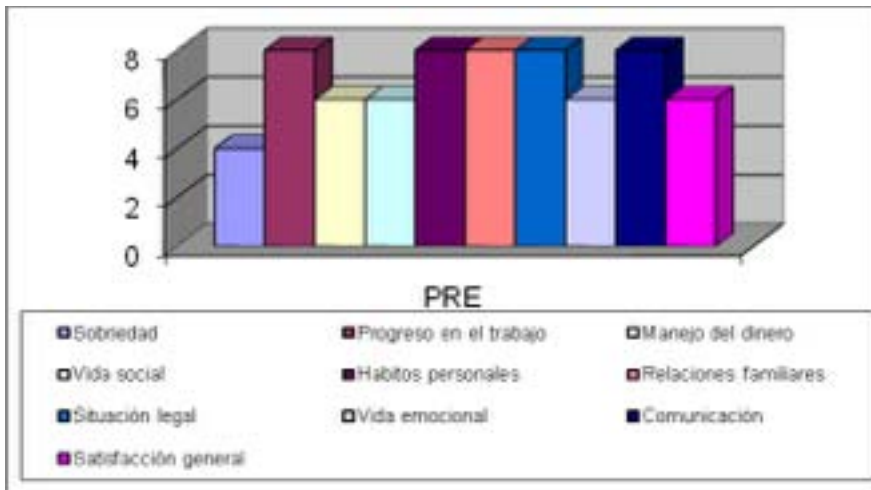


Beck Ansiedad.



Observamos en las gráficas que sus niveles obtenidos son los más bajos. Podemos decir entonces que el usuario no presenta depresión ni ansiedad. Recordemos que estas emociones pueden ser disparadores importantes para el consumo de sustancias.

Escala de Satisfacción General.



El resultado de esta escala fue muy interesante, ya que el consumo fue su área de mayor insatisfacción; luego vida social y vida emocional; posteriormente el manejo de dinero. Este dato lo perfila como un candidato ideal para el Programa de Satisfactores Cotidianos.

LIBARE.

Conforme a lo obtenido nos podemos dar cuenta que el usuario apenas cumple los criterios de inclusión. La clave para ser incluido en el programa de Satisfactores Cotidianos fueron los episodios en los que su consumo dura por 15 días. Otro criterio importante fue el hecho de que tenía daños importantes en su salud, como el haber vomitado sangre. Además, el usuario comenta que ha dejado varias cosas inconclusas, por ejemplo, ha dejado de leer o de ahorrar dinero para poder invertir el dinero en otras cosas. Comenta que los problemas más fuertes los tiene con su esposa, estos son pleitos que el usuario identifica directamente con el consumo de alcohol.

De acuerdo con la evaluación podemos establecer que los componentes cruciales son los de manejo de emociones y, sobre todo, los componentes de metas de vida con el objeto de recuperar satisfactores que lo apartan del consumo; mas los componentes de solución de problemas, habilidades de comunicación y consejo marital que son cruciales para la habilitación del usuario en las áreas en las que demanda atención.

Resumen.

Usuario de 36 años con problemas de salud vomitó sangre; su periodo de mayor consumo fue después de una fiesta, cuando consumió durante 15 días.

Su profesión es jardinero.

Consume después de su trabajo y en fiestas, pero él identifica como un mayor problema las dos cervezas después del trabajo.

Situaciones de riesgo:

ISCA.

	%
Precipitadores	
Emociones desagradables	75,0
Malestar físico	60,0
Emociones agradables	70,0
Probando autocontrol	66.7
Necesidad física	46.7
Conflicto con otros	70,0
Presión social	56,0
Momentos agradables con otros	56,0

CCS

Emociones desagradables	70
Malestar físico	100
Emociones agradables	70
Probando mi autocontrol	70
Necesidad física	70
Conflicto con otros	100
Presión social	100
Momentos agradables	80

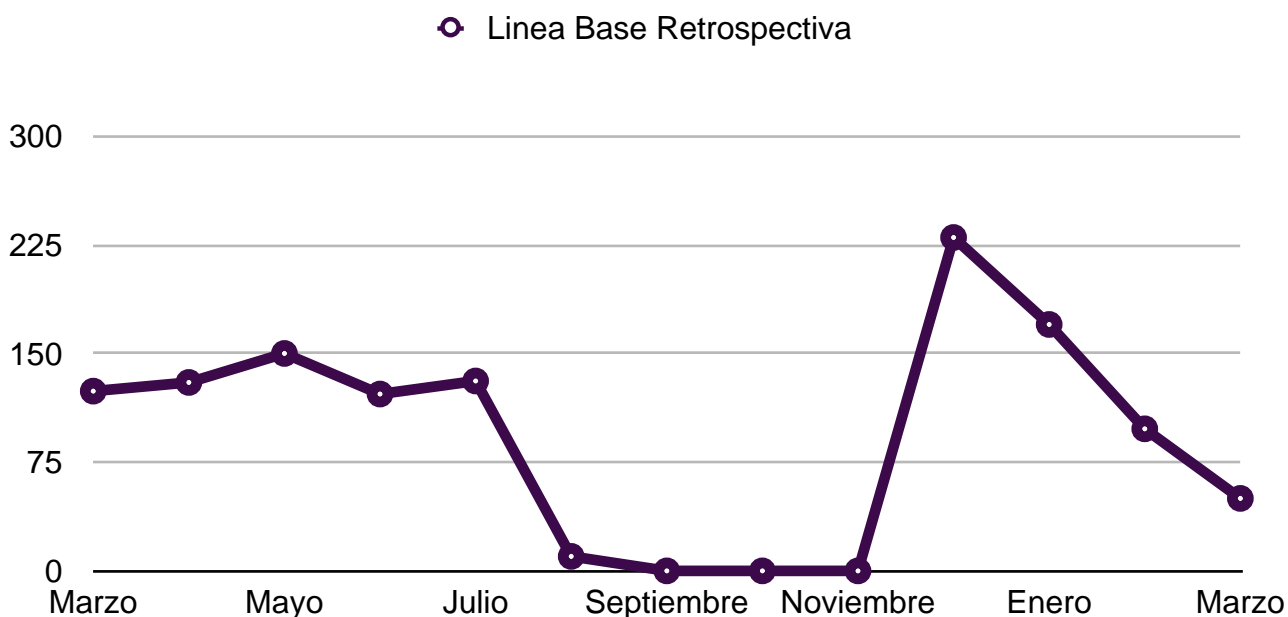
EDA: 11 sustancial

Depresión de Beck: 9 Mínima

Ansiedad de Beck: 8 leve.

Nivel cognitivo de promedio.

LIBARE: Consumió alrededor de dos copas por día los 365 del año; sus periodos más largos de consumo son de 15 días; se abstuvo durante 4 meses.



En la gráfica se puede ver claramente el patrón de consumo de la persona, los cuatro meses que dejó de consumir tienen que ver con problemas de salud importantes; se abstuvo hasta noviembre y recae en el periodo conocido como Guadalupe-Reyes, que abarca las fechas navideñas y de fin de año, cuando se trata de moderar pero no puede y es así como llega a tratamiento.

5.7 Componentes Aplicados.

Antes de comenzar, es conveniente comentar que durante el periodo de evaluación hubo consumo. El usuario comentó que no pensaba volver a sesión y fue necesario realizar un balance decisional. Se recalcó que si no asistía a la evaluación no exploraríamos sus disparadores y, por consiguiente, el usuario seguiría sin identificar cómo está utilizando el alcohol como estilo de afrontamiento. Cuando descubre cuáles son los mecanismos por los cuales consume, esto se vuelve muy reforzante para él. En este caso, fueron los instrumentos de evaluación los cuales se utilizaron como retroalimentación. Gracias a esto y a que ésta sesión fue dada en un ambiente de empatía se facilitó llegar a una disonancia cognoscitiva y el apego a la intervención se consolidó en ese momento. No hay nada más efectivo dentro de los tratamientos que los resultados inmediatos que la persona percibe; si alguna de las herramientas que le damos al usuario la pone en práctica y tiene efecto inmediato la intervención esta resuelta en gran medida.

Se hizo hincapié también en el hecho de que sólo llevaba una cita, por lo cual es importante no ver el consumo como una tragedia, sino más bien hay que verlo como parte del proceso.

Afortunadamente el usuario decidió continuar con el tratamiento.

A partir de ese momento se decidió que se aplicarían una serie de estrategias (componentes) con la finalidad de llegar a la abstinencia y generar estrategias específicas para poder mantenerse sin consumo.

El esquema de los componentes a aplicar se eligió conforme a la evaluación y se cotejó con el usuario para ver si estaba de acuerdo

Esquema de tratamiento.

- Análisis funcional.
- Muestra de abstinencia.
- Habilidades de comunicación.
- Solución de problemas.
- Rehusarse al consumo.
- Control de las emociones.
- Metas de vida.
- Habilidades Sociales y recreativas.
- Prevención de recaídas.

Se recomendó al usuario el uso de auto-registro con la finalidad de identificar cómo enfrenta situaciones donde desea consumir.

5.7.1 Muestra de abstinencia.

En la Línea base retrospectiva podemos observar que existen periodos extensos de no consumo, por lo cual no le costó aceptar una muestra de abstinencia de tres meses (lo solicitado por el programa). Por otro lado, se convirtió en un motivador estar en abstinencia ya que quiere demostrarle a su pareja que el tratamiento sirve y así traerla con él.

5.7.2 Análisis Funcional.

Se comienza esta sesión con el auto-registro; se presenta sin consumo.

Este componente se constituye de las estrategias más apegadas a los modelos epistemológicos cognitivo-conductuales. Es importante recalcar que el componente de análisis funcional es fundamental junto con el balance decisional. Al igual que en el balance decisional, la retroalimentación elaborada con la información de la evaluación, es

nuestra principal herramienta. Bien llevado, este componente genera cambios importantes para el usuario. Realmente es una estrategia que no puede faltar dentro de los tratamientos para el consumo de sustancias adictivas.

Durante la sesión, el usuario planteó los viernes como los días de mayor consumo, sobre todo, los días de paga. Al analizar la situación, el usuario se muestra con mayor auto-eficacia que durante la evaluación al enfrentar una semana sin consumo.

Precipitadores Internos	Presipitadores Externos	Conducta	Consecuencias Positivas	Negativas
Cansado	Calor	Ron o Cerveza	Descansa	La cruda
Satis fecho	La tienda	6 tragos	Se le olvida el conflicto	Baja rendimiento
Enojado	Sentado en su casa	3 horas ingiere todo	Se relaja	Pleitos
Triste	Una fiesta		Saca algunos conflictos	No dinero
	Tiene dinero			Malestar general

Ejemplo de Análisis Funcional.

El usuario comenta que todo comienza cuando se pone feliz el día de paga, posteriormente, se le paga y va a su casa en el transporte público, de allí se baja a dos cuadras de su casa, pasa por la tienda donde saluda al tendero (su amigo) y es allí donde comienza el consumo; con regularidad consume dos medias de cerveza, que es su bebida favorita. Para el usuario son estas cervezas las más importantes, dice que si no se toma esas no presentaría problemas, ya que cuando llega a su casa quiere seguir consumiendo bebidas alcohólicas y regularmente está abastecido de estas, es después de comer cuando continua consumiendo, prende la televisión o escucha música.

Un análisis concienzudo de la conducta en un ambiente motivador y empático fue lo que llevo al usuario a la reflexión.

Para generar una estrategia conductual de no consumo, empezamos por el estímulo principal que es la anticipación antes de que termine el día de paga. Para esto se trabajo la generación de pensamientos confrontativos de no consumo deteniendo así la anticipación, se repetía los motivos por los cuales entró a tratamiento y las consecuencias vividas, todo esto cuando presentaba pensamientos de consumo, más adelante este

pensamiento lo generalizó en otras situaciones donde se presentaba el deseo de consumo. Otra estrategia es el cuestionamiento socrático; en otras situaciones se cuestionaba qué tan necesario es consumir. Una de los eventos más importantes que aumento la auto-eficacia del usuario, fue notar que no tenia síntomas físicos importantes al dejar de consumir alcohol, esto generó apego al tratamiento.

Después se cambió la ruta que le lleva a su casa con la finalidad de que no llegara a la tienda que queda a dos cuadras de su casa. Afortunadamente, existían diversas rutas para poder llegar y pudo evitar ese evento, una vez evitadas las dos primeras cervezas el cambió de toda la cadena conductual fue mayúsculo.

La siguiente estrategia fue deshacerse de las botellas de alcohol y cerveza de su hogar, con la finalidad de limitar la disponibilidad de alcohol; para poder sustituir el consumo se recomendó que tomara distintos tipos de aguas frescas.

Otra de las conductas a modificar fue la diversión que genera el consumo de alcohol de manera conjunta con escuchar música o ver la televisión. Tenemos que el usuario es de profesión jardinero y tiene como proyecto personal el arreglar su propio jardín, para esto tiene muchos libros y revistas de jardinería. Se recomendó que se sentara a escuchar música, a leer y contemplar su jardín.

La aplicación de este componente fue vital para el éxito del tratamiento.

5.7.3 Habilidades de comunicación.

En esta sesión se empezó con el auto-reporte que no tuvo mayor movimiento, se corroboró si las estrategias dieron resultados.

Para esta sesión se preparó el componente de habilidades de comunicación, ya que es una de las quejas más frecuentes el no poder comunicar molestias, emociones desagradables o conflictos y esto se convierte en un factor de riesgo para la recaída.

Las tareas propuestas fueron:

- Iniciar conversación.

Esta habilidad consiste en empezar pláticas respecto a un tema, y/o cambiar la conversación respecto a una nueva o diferente. Se recomienda lo siguiente:

Inicia con temas sencillos.

Hablar acerca de uno mismo.

Escucha y observa.

Habla suficientemente alto.

Usa preguntas abiertas para favorecer la conversación.

Verifica tu atención.

Termina la conversación amistosamente

•Hacer críticas

Consiste en expresar, solicitar y negociar con otra persona el cambio en alguna de sus conductas. Se recomienda:

Manténte tranquilo

Inicia y finaliza en términos positivos

Mantén un tono de voz claro y firme, no enojado.

No generalices.

Solicita la ocurrencia de la conducta específica que quieres que ocurra y que es la que va a sustituir a la que te molesta.

Menciona las ventajas del cambio.

Negocia un compromiso.

•Ofrecer entendimiento.

Consiste en ser empático con la otra persona demostrando que se está atento a sus pensamientos y sentimientos.

Se recomienda la siguiente:

Considera el punto de vista del otro.

Expresa comprensión ante el sentimiento de la otra persona.

•Ofrecer ayuda.

Se usa para mostrar que se está dispuesto a negociar para llegar a una solución en la que ambos estén de acuerdo. Se recomienda lo siguiente:

Ofrece varias soluciones alternativas.

Permanece abierto para escuchar y considerar las ideas de la otra persona.

•Recibir reconocimiento.

Consiste en aceptar la expresión que otra persona hace de tus cualidades o conductas.

•Expresar desacuerdo.

Se trata de expresar tu desacuerdo o inconformidad con algunas cuestiones sin provocar enojos o malos entendidos. Se recomienda lo siguiente:

Utiliza el pronombre personal “yo pienso”, “a mí me parece” o “yo opino”.

Expresa tus ideas respetando las de la otra persona

•Recibir críticas.

Debes aceptar y negociar cambios ante la expresión de molestia por parte de otra persona respecto a tus conductas.

Se recomienda lo siguiente:

No te pongas a la defensiva

Haz preguntas que te permitan aclarar y tener más información.

Identifica algo en lo que pudieras estar de acuerdo en la crítica.

Propón un compromiso.

•Solicitar Apoyo.

Consiste en solicitar ayuda a tus familiares o amigos cuando te encuentras en una situación difícil, se recomienda:

Inicia preguntando acerca del bienestar de la persona.

Solicita amablemente la ayuda deseada.

Señala en qué te puede servir esa ayuda.

Establece un compromiso.

Ofrécele tu ayuda.

Pídele su opinión.

Resultados:

Se practicó iniciar conversación en el trabajo y con la esposa.

Ofrecer entendimiento con conflictos de la esposa con el hijo.

Ofrecer ayuda en la cocina con la esposa.

Hacer y recibir críticas de la esposa.

Dar reconocimiento a la esposa.

Un ejemplo de los ejercicios fue cómo iniciar una conversación con sus compañeros de trabajo, ya que reporta que era una persona que se ensimismaba y no platicaba con sus compañeros.

Por otro lado, su esposa se queja constantemente de la falta de comunicación, por ello se realizaron ejercicios de cómo iniciar conversaciones con ella. En este ejercicio se hizo hincapié en que los temas de interés de la esposa son válidos, ya que en un principio descalificaba mucho las conversaciones de ella. Se enfatizó en los beneficios de escuchar a las personas.

En este caso se explicó y modeló cómo desempeñar cada una de las tareas y no hubo mayor conflicto; se acordó hacer ensayos conductuales para perfeccionar las habilidades y reportarlo con el formato de registro de ocurrencia para, de esta manera, comprobar si lo puede llevar a la práctica.

En esta sesión el nivel de satisfacción del usuario fue mucho mayor que en las sesiones anteriores, en la mayoría de las áreas había mejoras en la puntuación, reporta que todo se mejoró al dejar de consumir.

5.7.4 Entrenamiento en Solución de Problemas.

En esta sesión se empezó con el auto-registro y de nuevo se presentó en ceros. Reporta sentirse muy bien y confiado ya que no ha tenido problemas de salud ni malestares; comenta también el usuario que no se ha enfrentado a una situación de riesgo importante; siguió con los ejercicios que se le recomendaron; reporta que en realidad al disminuir el consumo, disminuyeron mucho los conflictos con su esposa y con su hijastro, incluso comenta que se han propuesto salir en fin de semana.

Se resolvió un episodio de celos con la esposa. La esposa se puso celosa por algunos números que le encontró en la camisa.

Se explicó y se trabajó en sesión con el formato de solución de problemas y resultó:

1. Identificar el problema: La esposa se puso celosa por algunos números de clientes en la camisa, le dieron celos y se generó un conflicto.
2. Posibles alternativas de solución: Se instigó al usuario para generar lluvia de ideas, de esas opciones se tomaron cinco. La más viable fue aplicar las técnicas de habilidades de comunicación y se le invitó a la esposa a estar presente cuando se llamara a los clientes.
3. Elección de solución: Quedó como una tarea pendiente aplicar la estrategia planeada.
4. La evaluación de ésta fue parte de la tarea.

Se finalizó con la evaluación de satisfacción general y el usuario comenta sentirse cada vez más satisfechos.

5.7.4 Rehusarse al consumo.

En esta sesión se comenzó con la revisión del auto registro, el usuario continuó sin consumo. Se reportó satisfecho ya que pudo resolver los conflictos con la esposa, ahora valora los beneficios de no consumir alcohol como forma de disminuir los conflictos.

Esta sesión era vital para la resolución de toda la intervención: por una parte, el usuario rápidamente mejoró su situación en general; sin embargo, es el momento preciso para mantener el cambio y aplicar estrategias para rehusarse al consumo. Una gran falla de los tratamientos para consumidores de drogas es no entrenar a las personas en estrategias de rechazo. En la actualidad este es un componente que no puede faltar en ningún tratamiento o intervención preventiva; incluso resulta difícil creer que en algún momento los tratamientos hicieran hincapié en aspectos morales del comportamiento social como la fuerza de voluntad y no en las habilidades de rechazo. En la práctica clínica encontraremos que las personas que se sometieron a tratamientos que no estaban

basados en evidencia científica reclaman no haber tenido estrategias para volver al entorno donde se desarrollan.

Es vital que la persona cuente con estrategias bien practicadas para enfrentarse al mundo fuera del tratamiento. En este caso el terapeuta debe de ser incisivo y disciplinado, no escatimar ni dejar cabos sueltos en cuanto a la aplicación de las estrategias.

Se procedió a explicar, modelar y ensayar la estrategia conductual básica, que tiene que ver con ser consciente del lenguaje no verbal. Se aclara que se procedió de manera similar con las otras estrategias.

Lenguaje del cuerpo (lenguaje no verbal).

Esta estrategia debe ser utilizada en todas las técnicas de rehuso al consumo.

- Debes evitar ponerte nervioso.
- Debes actuar con seguridad.
- Mirar directamente a los ojos a quien te está hablando.
- Decir firmemente “no, gracias”.
- Mostrar una actitud relajada.

En esta parte de la sección, se acordó que un punto débil del lenguaje no verbal era la forma en que decía que no, ya que no lo enfatizaba lo suficiente; se ensayo hasta que el usuario pudo ser firme en la verbalización “no, gracias”.

- Negarse asertivamente.

Dentro del protocolo de intervención se continuó con las estrategias de asertividad de la misma manera. Se explicó qué es asertividad, se modelaron formas de contestar de manera asertiva y se realizó un ensayo conductual referente a una situación que se avecinaba: el usuario acordó asistir a una boda en Puebla con su esposa y quería demostrar sus avances dentro del tratamiento probando que no bebería. Esta iniciativa fue aprovechada para los ensayos conductuales, siempre con cautela, pues si fallaba la estrategia, el coste para la auto-eficacia del usuario seria muy alto; fue por ello que se trabajo de manera exhaustiva.

- Sugerir alternativas.

Dentro de la sugerencia de alternativas se encontró una serie de bebidas preferidas por el usuario; afortunadamente, disfrutaba mucho de aguas frescas y dentro de estas estaban sus primeras opciones como alternativas al consumo de alcohol.

- Cambiar de tema.

Dentro del cambio de tema se practicó también el cambio de actividad, como bailar o platicar con personas que no consumen; se previno al usuario identificando quién estaría en la fiesta y con quién la convivencia seria más sana.

- Confrontar al otro.

Esta estrategia se practicó desde el punto de vista socrático, es decir, se entrenó en hacer cuestionamientos a las posibles personas que le insistieran en el consumo con preguntas claves como: "Bueno ¿Y eso que tienes tantas ganas de que tome? ¿Qué será diferente para ti si yo tomo? ¿Por qué quieres que tome? ¿No te gusta como soy sin tomar?".

De esta manera se ensayó por si se presentaba este tipo de incidentes.

- Reestructuración cognitiva.

Desarrollar esta tarea era muy importante para que el componente quedara bien consolidado, lo que se ensayó fue que él fuera capaz de mantener y recordar los motivos por los cuales dejó de consumir cuando se enfrente al deseo por consumir y que recordara las consecuencias vividas; se hizo una pequeña tarjeta con motivos y consecuencias para que la llevara en la cartera y la sacara en caso de que necesitara recordar.

- Ofrecer justificación.

La estrategia de justificación que el usuario eligió fue explicar que él ha decidido dejar de tomar y que es parte de un programa, por lo cual desea que se le respete. Comentó que no le costaría decirlo ya que se siente orgulloso de poder dejar de consumir.

- Interrumpir la interacción

En el caso de interrupción de la interacción se ensayaron alternativas para generar una serie de actividades diversas como alternativas para romper la interacción en el momento; por ejemplo, bailar, ayudar a alguien con una actividad o buscar a alguien que por seguro no consume y platicar con esa persona.

Se preparó al usuario para la boda y se trabajó con los formatos correspondientes para cada actividad.

Se aplicó el instrumento de satisfacción general y se mostró más satisfecho en esta sesión

5.7.5 Control de Emociones.

La sesión comenzó con la revisión del auto-registro que continuaba en cero; el usuario explica cómo fue la boda a la que asistió y una de las cosas que más destaca es que no hubo contratiempos. No consumió; sólo tuvo que rechazar a los meseros dos veces, la consecuencia directa fue que la esposa estaba contenta por que pudieron conversar y bailar, actividad que no realizaban muy seguido. La esposa del usuario comenta que le dio gusto por fin ver que *"en serio va a dejar el alcohol"*.

En esta sesión se propuso el trabajo de control de emociones, más específicamente de enojo, ya que en un comienzo el usuario reportaba problemas porque se enojaba constantemente con su esposa o con sus compañeros de trabajo. En esta fase del tratamiento, debido al éxito obtenido por el usuario, éste se mostraba muy motivado a continuar, la auto-eficacia se mostró como una bola de nieve. Una vez que se dio cuenta que podía cambiar todo fue mucho más fácil para él, pues se generó una expectativa de recuperación. Primero se introdujo al usuario a las técnicas de respiración y de relajación muscular. Ese fue el punto de partida y piedra angular para el desarrollo del componente de control de emociones. Importante como en todos los componentes del tratamiento fue explicar, modelar y terminar con un ensayo conductual.

Haciendo uso de los folletos, se explicó cómo funciona la respiración central y la relajación muscular como una técnica para disminuir la frecuencia cardiaca, deteniendo así la ansiedad. Se le dejó como tarea que lo practicara, al menos, tres veces por día, ya que el establecimiento de estas conductas sólo se da tras la repetición constante.

Posteriormente se trabajó enojo, se explicó con el folleto cómo es que el enojo es una emoción normal, pero se convierte en algo desadaptativo cuando se hace más intenso; se dejó claro cómo conductas y pensamiento pueden intensificar esta emoción desagradable y así desbocar en violencia. El usuario no reporta violencia en el hogar pero sí comentó que le gustaría la idea de manejar el enojo. Al explicar cómo funciona el enojo lo asoció con la cadena conductual.

Ejercicios para el control del enojo:

- Tiempo fuera.

Esta técnica consiste en alejarse de la situación física y psicológicamente. Una vez que te has alejado físicamente, no se deben realizar más conductas que retroalimenten el enojo. Se recomendó la técnica “paro de pensamiento” y utilizar pensamientos de defensa que ayudan a no pensar más en el enojo, por ejemplo: “ya basta”, “no pienses en eso”, “alto”, etc. Esto de manera conjunta a un cambio de actividad, eligiendo una contraria al enojo. Se hizo una lista de frases posibles de las cuales las que más se adaptaron al usuario fueron:

- Mira, esto es molesto y sí que lo es, pero si seguimos así no vamos a llegar a nada.
- El enojo me ha hecho mucho daño.
- ¿A dónde quieres llegar con esto?

- Distracción de pensamiento.

Esta técnica consiste en saber distraer el pensamiento y no prestar atención a síntomas derivados del enojo; para ello es necesario: 1) concentrarse en lo que pasa alrededor, 2)

practicar alguna actividad mental, 3) hacer ejercicio físico, 4) realizar respiraciones lentas y profundas.

Estas estrategias se adaptaron para el usuario de la siguiente manera:

- primero respira profundo
- salir a caminar
- escuchar música de relajación
- leer revistas.

Según reporta el usuario, estas fueron las técnicas que mejor se adaptaban a las situaciones que se le presentaron.

- Auto-instrucciones positivas.

En el caso de esta actividad se explica que los pensamientos negativos en gran medida han estado generado respuestas conductuales excesivas; se instruyó al usuario a generar una serie de instrucciones positivas que tienen como finalidad contraponerse al pensamiento negativo que constantemente moldea un desempeño conductual pobre, llevándolo a producir conflictos.

Las auto-instrucciones positivas, como fin último tienen ayudar a la persona a mudar a un estilo de vida distinto y moldear conductas que le ayuden a adaptarse.

La selección de auto-instrucciones fueron:

1. Espera a llegar para ver qué te encontrarás.
2. No pienses por los demás.
3. Espera, escucha lo que tienen que decir.
4. Las cosas no son tan malas como parecen.
5. ¿Qué es lo peor que puede pasar?
6. Solo será un rato.

Estos pensamientos fueron la base con la consigna de que otros muchos pensamientos se pueden mejorar o adaptar conforme lo practique.

- Registro de enojo.

Se le instruyó para poder utilizar el registro de enojo conforme aplicara las técnicas; a esta altura de la intervención el usuario ya está muy familiarizado con los beneficios de los registros conductuales.

Se aplicó el instrumento de satisfacción general y prácticamente marcó todas las categorías en nueve, por lo que se le preguntó la razón de esto y contestó que nada es perfecto y siempre se puede mejorar.

5.7.6 Metas de Vida Cotidiana.

En esta sesión se inició con el auto-registro de nuevo en ceros y se revisó si practicó las tareas de la sesión de control de enojo. Reporta que no se presentó ningún contratiempo y que la técnica más utilizada fue la de auto-instrucciones positivas. En esta sesión se le comentó que el final de la intervención estaba cerca, a lo cual él responde diciendo que se siente muy bien que de todos modos continuará con el programa como hasta ahora y que está muy satisfecho con su mejora.

Continuando con la agenda de la sesión se trabaja la explicación sobre metas de vida con el folleto correspondiente.

En el caso de este usuario, ya en diversas sesiones se platicó sobre las diferentes metas a largo y a corto plazo, es en esta sesión donde se retomaron.

Se explicó cuál es la fórmula para poder plantear metas:

- Utilizar frases breves.
- Escribe las metas en forma positiva
- Que sea medible

Metas del usuario en tratamiento:

Área Problemática	Plan de Acción	Frecuencia	Logros y Avances.
Vida Social: Salir con amigos que no consumen.	Buscar amigos no consumidores, empezar a platicar con ellos y proponer actividades en grupo.	Cada 15 días.	
Hábitos Personales: Completar su jardín personal.	Llegar del trabajo, leer sobre jardinería, hacer un plan maestro e irlo aplicando por ensayo y error.	Todos los días.	
Relaciones Familiares: Realizar actividades con su hijastro y pareja.	Salir con ellos al mercado, a los parques, al cine, acompañar al hijo a las actividades recreativas, salir a cenar y a fiestas con su esposa.	Cada fin de semana.	
Area de Sobriedad: Seguir sin consumir.	Seguir con las lecturas que me da el terapeuta y leer otras cosas similares, practicar todo lo visto en sesión.	Todos los días.	
Progreso en el Trabajo: Realizar mejoras a los jardines donde de trabaja.	Ir sin resaca a trabajar y poder documentarme más sobre técnicas de jardinería, mejorar la relación con sus compañeros de trabajo.	Todos los días.	
Situación de Pareja: Mejorar su relación de pareja.	Salir con mi pareja a compromisos sociales, salir a lugares los fines de semana, ir a caminar juntos.	Fines de semana y salir a caminar al menos 3 veces al día.	

Estas fueron las metas que el usuario estableció y se recomendó que esta estrategia se utilizará para poder establecer más metas si es que el usuario lo requiere.

Se aplicó al finalizar la sesión el inventario de satisfacción general, mismo que calificó con resultados positivos. Reporta verbalmente que se siente mucho más satisfecho.

5.7.7 Habilidades sociales y recreativas.

Se comienza la sesión revisando el auto-registro y se encuentra en ceros. Se platica sobre las metas que se plantearon en la sesión pasada y empezó con las que tienen que

ver con relacionarse con su pareja e hijastro; otras metas ya tenía tiempo que comenzó a trabajar en ellas. Más específicamente, comenzó con ellas desde que inició el tratamiento. En esta sesión se explicó al usuario la importancia de fortalecer las habilidades sociales y recreativas, se utilizó el folleto y se recomendaron las técnicas para poder identificar actividades que le parecieran adecuadas y de fácil adopción.

Dentro de las actividades que se propusieron fueron:

- Caminar en el parque.
- Escuchar música y entrar a clases de baile.
- Ir al cine y a comer.
- Ir a los partidos de fútbol para apoyar a su hijastro.
- Salir de viaje.

A las personas que nombró para realizar sus actividades fueron:

- Esposa.
- Hijastro.
- Hermanos y hermanas.
- Compañeros de trabajo.
- Vecino.

Posterior a esto se explicaron los beneficios del registro de actividades con el formato correspondiente.

Como actividades permanentes colocó:

- Caminar en el parque.
- Escuchar música y entrar las clases de baile.
- Ir al fútbol .

De las actividades esporádicas fueron:

- Ir al cine y a comer.
- Salir de viaje.

Para poder emprender actividades no se presentó ningún conflicto, el usuario comentó que ya tenía tiempo queriendo llevar a cabo otras actividades que no tuvieran relación con el consumo de alcohol.

Para terminar con la sesión se aplicó el instrumento de satisfacción general, el cual puntúo casi perfecto.

5.7.8 Prevención de recaídas.

Esta sesión es la última para dar paso al seguimiento en este caso. Se comenzó revisando el auto-registro, se comentó que esa era la última sesión antes del seguimiento

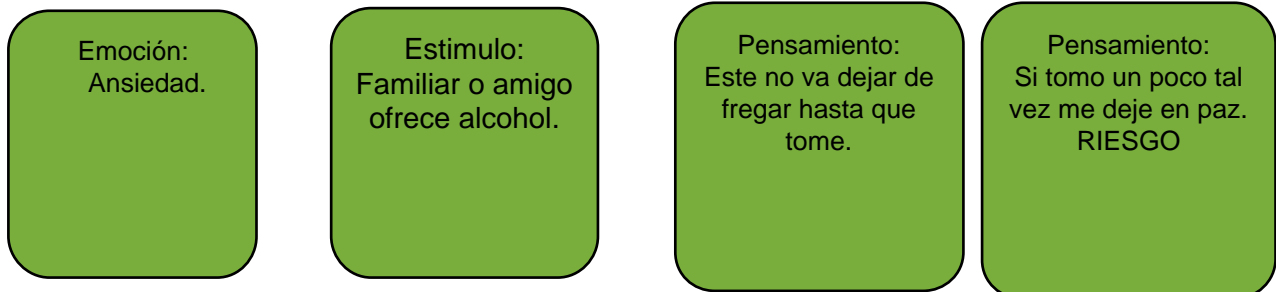
y se estableció que este se daría a un mes, tres meses, a los seis meses y al año; el usuario se mostró de acuerdo y comentó que le parece muy buena la atención hacia él. Se le recordó que se hablaría con su esposa ya que fue la persona que él designó como colateral al inicio del tratamiento, el usuario a esto respondió con un rotundo sí.

Se continuó la sesión aplicando el inventario de situaciones de consumo (CCS) sólo puntuó en 80% a la presión social, todas las demás situaciones las puntuó en 100%, pues reporta sentirse plenamente seguro de no recaer. El usuario dice *“aunque ya no esté en sesiones, yo sigo con el programa y me apego a él, ahora es mi programa”*.

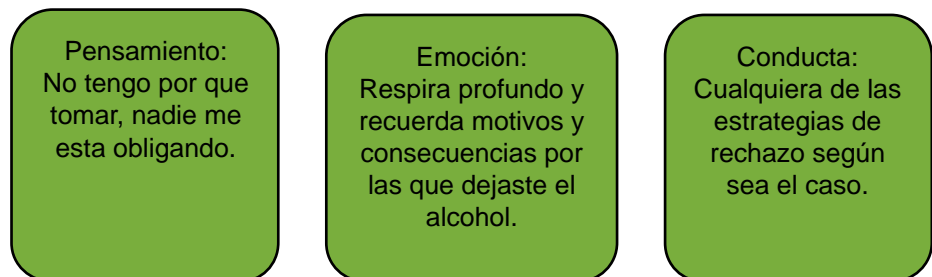
Una de las situaciones que se presentó fue una salida que tuvo un fin de semana a Morelos a una fiesta familiar. Acude a ésta con su esposa, reporta que sufrió de mucha presión de algunos familiares y puso en práctica sus habilidades rechazo, se sintió muy seguro al darse cuenta que podía continuar sin consumir alcohol y ve el futuro sin consumo de alcohol, dice *“ahora conozco otro estilo de vida”*.

Para esta sesión se practicó la cadena conductual específicamente en eventos de presión social. Cabe aclarar que en esta cadena no está el consumo por que no ocurrió, sólo se reforzó habilidades de no consumo:

Cadena de Consumo.



Cadena de no consumo.



Ya establecida la cadena conductual se realizaron ejercicios conductuales para reafirmar las habilidades de rechazo del usuario.

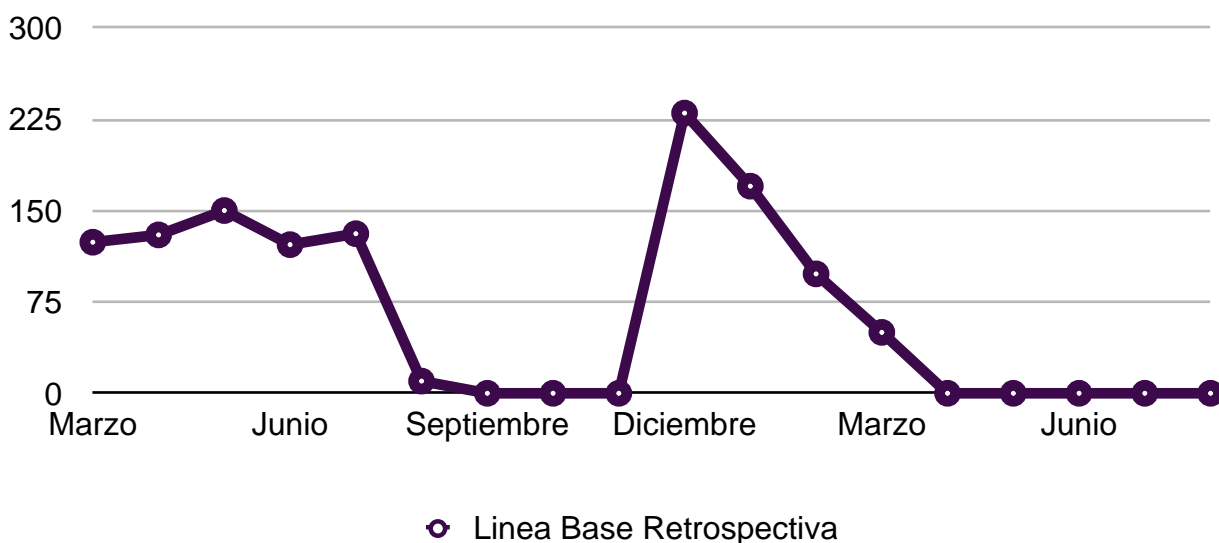
Se aplicó al finalizar la escala de satisfacción general.

5.7.9 Primer Seguimiento.

Para la primera sesión de seguimiento se comenzó con el análisis de auto-registro del usuario que continua, gratamente, en ceros. Posteriormente, se le recordó al usuario cuál es el objetivo de la sesión de seguimiento. Para esta sesión se fue aplicando los instrumentos de evaluación, la cual resultó como sigue:

Patrón de Consumo, Línea Base Retrospectiva:

En este caso se comparó la evaluación de línea base retrospectivas con el consumo a lo largo del tratamiento y durante este primer mes posterior al tratamiento.



La intervención se comienza en marzo y se pudo observar que durante la intervención no se presentó consumo, a excepción de una copa entre la primera y las segunda sesión, este primer mes de seguimiento se mantiene en abstinencia.

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).

En este caso encontramos cosas interesantes durante la evaluación en comparación con el seguimiento.

ISCA durante la evaluación.

	%
Precipitadores	75,0
Emociones desagradables	60,0
Malestar físico	70,0
Emociones agradables	66,7
Probando autocontrol	46,7
Necesidad física	70,0
Conflicto con otros	56,0
Presión social	56,0
Momentos agradables con otros	56,0

En esta ocasión, donde se vuelve a aplicar el instrumento, la persona lo llena en ceros, reporta que no ha consumido ni ha sentido ganas de consumir alcohol.

Cuestionario de Confianza Situacional CCS.

Este es uno de los instrumento más importantes ya que muestra el nivel de autoeficacia de la persona y en la evaluación puntuó:

CCS durante la evaluación

Emociones desagradables	70
Malestar físico	100
Emociones agradables	70
Probando mi autocontrol	70
Necesidad física	70
Conflicto con otros	100
Presión social	100
Momentos agradables	80

Mientras en esta ocasión marcó como 100% seguro de no consumir en cada una de las situaciones.

En ambas evaluaciones se pueden observar cambios importantes; al preguntarle a la persona, ésta reporta sentirse seguro de no volver a beber y que sabe que tiene las estrategias adecuadas para no hacerlo.

Escala de Dependencia al Alcohol (EDA).

El usuario presentaba en esta escala una puntuación de 11, que está asociada a una dependencia baja; por otro lado, fue admitido en el programa debido a las consecuencias de salud que presentaba y los síntomas físicos. En el caso de esta nueva aplicación, ya no presentó síntomas. La versión del usuario es que, con el tiempo, se fue sintiendo cada vez mejor y las técnicas de respiración le sirvieron mucho. Mientras más tiempo pasaba, dice, se sentía mejor y menos síntomas físicos presentaba.

Escala de Satisfacción General.

En la primera evaluación el consumo fue su área de mayor insatisfacción, luego vida social y vida emocional, posteriormente el manejo de dinero. Su nivel de satisfacción general puntuaba en seis y tenía un tres en el consumo de alcohol, lo cual deja claro lo poco satisfecho que estaba con las cosas hasta ese momento.

En esta aplicación, la persona puntúo todas las situaciones con nueve, repitiendo que nada es perfecto y que todo puede mejorar, en este momento dice sentirse satisfecho con su vida.

Cuestionario de Percepción del Otro Significativo.

En la fase de evaluación no se contó con la participación de la pareja, sin embargo, ya para este momento la actitud de la pareja era distinta. Se le aplicó por teléfono el instrumento y la puntuación recolectada fue de 75; la pareja destacó que sí llegan a tener conflictos pero no tienen que ver con el alcohol y no son como antes.

Hasta aquí, en este primer seguimiento, se corrobora el éxito de la intervención.

5.7.10 Seguimiento a tres meses.

Este seguimiento se hizo por teléfono ya que el terapeuta cambio su lugar de residencia.

Se aplicaron los instrumentos que se podían aplicar en estas condiciones, que fueron:

- Cuestionario de Confianza Situacional: se reportó 100 en todas las situaciones.
- Escala de Satisfacción General: en este caso puntuó en 9.
- Y el reporte verbal del otro significativo: la pareja reportó que sigue sin consumo.

Primero que nada, cuando se le llamó, el usuario se reportó contento, según dice le dio gusto que le llamaran, lo vio como una atención, contestó de buena gana a todas las preguntas, la única limitante fue el tiempo de la llamada, por este motivo no se pudieron aplicar todos los instrumentos.

5.8 Discusión.

En el caso que se presenta hay dos cosas importantes a destacar. La primera es que la persona se encuentra entre ser un bebedor problema pero con consecuencias de una persona con dependencia mayor. Por este motivo, la Maestra Leticia Echeverría, con su amplia experiencia clínica, recomendó que se llevara el caso del Programa de Bebedores Problema al Programa Satisfactores Cotidianos.

La segunda es el paso flexible de la intervención que permite que las estrategias se adapten lo mejor posible al usuario.

Es importante destacar también que el usuario dejó de consumir anteriormente hasta por cuatro meses y su fracaso es atribuible a la falta de estrategias.

La falta de estrategias estructuradas y el poco apoyo convirtió su deseo de dejar de consumir en una experiencia fallida, una vez que se apego al programa, como él mismo lo

reporta, se elevó mucho su auto-eficacia, tanto como para poder invitar a su esposa a que también ella dejara de tomar y que esta misma pasará de la desconfianza al apoyo. Su esposa reporta que en un principio ella dudaba, pero cuando lo vio en una fiesta sin tomar y confirmó ver que podía hacer las cosas de una manera distinta se sintió muy contenta.

Durante el proceso terapéutico fue vital el fortalecimiento de la empatía para tener éxito. Desde un comienzo la muestra de entendimiento, de no recriminar y de no etiquetar fue vital para reestructurar la forma en que el usuario percibe el consumo de alcohol. Uno de los eventos más representativos fue cuando el usuario comentó, en la segunda sesión, que no pensaba llegar, ya que había consumido alcohol, pero al utilizar el cuestionario de confianza situacional y analizar la situación de consumo, éste le reveló información que no percibía o que no entendía de esa manera, comenta el usuario: *"uno dice que sabe por qué toma pero no es cierto del todo"*.

En caso de la experiencia como terapeuta se puede comparar la intervención con estudiar música. El programa es claro, conciso, probado científicamente como lo es una partitura de una sinfonía; pero por otro lado, eso no garantiza que el terapeuta pueda reproducir el programa como el músico, no puede reproducir simplemente la partitura de la sinfonía.

Es vital para el terapeuta el modelamiento, las lecturas y las prácticas supervisadas, además de aprender una tonelada de estrategias para adaptarlas a las necesidades de los usuarios.

6. Referencias.

- 1-Anderson P, Gual A, Colon J. (2008) Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS.
- 2-Arkowitz, H., Westra, H., Miller, W., Rollnick S., (2008) Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems. New York London. Gilford Press.
- 3- Ashenberg, S., Brown, S. (2002) Handbook Of Addiction Treatment for Women. San Francisco Cal. John Wiley & Sons, Inc.
- 4-Bandura A. (1997). Self-Efficacy, The Exercise of control. NewYork. W.H. Freeman.
- 5-Bandura A.(1987). Social Foundations of Thought and Action a social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey. Prentice-Hall.
- 6-Barlow H.B., Hersen M. (1988) Diseños experimentales de caso único. Editado en México por Martínez Roca, Libros universitarios profesionales.
- 7-Barragán, L., Flores, M., Morales-Chainé, S., González, J., Martínez, M., (2006) Programa de Satisfactores Cotidianos Para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- 8-Beck A. T.(1999). Terapia Cognitivo Conductual de las Drogodependencias. Barcelona España, Ed. Paidós.
- 9- Becoña, E. (2004) Monografía Tabaco. Adicciones. Madrid España 17 suplemento 2.
- 10- Becoña, E., (2002) Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias. Madrid España,Ministerio del Interior Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Secretaría General Técnica.

- 11- Becoña, E. (2007) Bases Teóricas que Sustentan los Programas de Prevención en Drogas. Santiago de Compostela, Universidad de Santiago de Compostela y Plan nacional de drogas.
- 12 -Berenzon S., Mora-Rios J., (2005). Los Padecimientos Emocionales cotidianos, percepciones y creencias en dos poblaciones de la ciudad de México. Investigación en Salud. Vol. 7, No. 3, pag. 181-187.
- 13- Bobes J., Casas M., Gutiérrez F., (2002) Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencias. Cap. 2 y 3. Editado por Ars Medica. España.
- 14- Bobes, J. Calafat, A. (2000) Monografía Cannabis. Adicciones. Madrid España, 12 Suplemento 2.
- 15- Bobes, J. Calafat, A. (2001) Monografía Cocaína. Adicciones. Madrid España, 13 Suplemento 2.
- 16- Bobes, J. Saiz, A. (2003) Monografía Drogas Recreativas. Adicciones. Madrid España, 15 Suplemento 2.
- 17- Brofman M., CastroR., Zúñiga E., Miranda C. y Oviedo J. (1997). Hacemos los que podemos, los prestadores de servicio frente al problema de la utilización. Salud Pública de México. Vol. 39, no. 6, pag. 546-553.
- 18-Brown, S.A., Christiansen B.A., Mark S. Goldman. (1987). The Alcohol Expectancy Questionnaire: And Instrument for Assessment of Adolescent and Adult Alcohol Expectancies. Journal of Studies of Alcohol, Vol . 48, No. 5, pag. 483-490.
- 19-Brown S. B., Goldman M.A. and Christensen B.A. (1985). Do Alcohol Expectancies Mediate drinking Patterns of Adults. Journal of Consulting And Clinical Psychology. Vol 53, No. 4, pag. 512-519.
- 20-Cade B., Hudson O Hanlon W., (2001) Guia Breve de Terapia Breve. Barcelona España. Editorial Paidós. Cap. 2 y 3.

21 -Collins J., Hyer L., (1986) TREATMENT EXPECTANCY AMONG PSYCHIATRIC INPATIENTS, *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 42, No. 4, 562-568

22-Caballero, L. (2005) Adicción a Cocaína: Neurobiología, Clínica, Diagnostico y Tratamiento. Madrid España, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

23-Center for Substance Abuse Treatment. Counselor's Treatment Manual: Matrix Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders. DHHS Publication No. (SMA) 06-4152. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006.

24- Center for Substance Abuse Treatment. Client's Handbook: Matrix Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders. DHHS Publication No. (SMA) 07-4154. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006, reprinted 2007.

25- Daley, D., Marlatt, A., (2006) *Overcoming Your Alcohol or Drug Problem: Effective Recovery Strategies*, Second Edition. Oxford University Press, Inc. Madison Avenue, New York, New York.

26-De los Ríos J., Sánchez Sosa J. (2002). Well- Being and Medical Recovery in the critical care unit: The role of nurse- Patient interaction. *Salud Mental*. Vol. 25, No. 2, pag. 21-31.

27- Domingo, A. (2006) *Comunidades Terapéuticas en España Situación Actual y Propuesta Funcional*. Madrid, Grupo GID.

28-Echeverría, S. V. L., Ruiz, T. G. M., Salazar, G. M. L., & Tiburcio, S. M. (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.

29- Fernandez, J. Torrens, M. (2005). *Monografía Opiáceos. Adicciones*. Madrid España, 17 suplemento 2.

- 30-Goldman S. M., Brown S. A., Christiansen B. A. (1987). Expectancy Theory thinking about Drinking. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*. No 14 pag. 184-226.
- 31- Goldstein A.P., Sprafkin R.P., Gershaw N.J., Klein P. (1989). *Habilidades Sociales y Auto control en la Adolescencia. Un Programa de enseñanza*. Cap. 5 y 7. Editado por Martínez Roca, España, Libros Universitarios y Profesionales.
- 32-Heather, N. Wodak, A. Nadelmann, E. O'Hara, P. (2004) *Cultura de drogas en la sociedad de riesgo*. Barcelona Publicaciones Grup IGIA.
- 33- Holman, R., (2004) *Addictive Disorders a practical guide to diagnosis and treatment*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- 34- Horvath P.(1990) TREATMENT EXPECTANCY AS A FUNCTION OF THE AMOUNT OF INFORMATION PRESENTED IN THERAPEUTIC RATIONALES *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 46, No. 5, pag 636-642
- 35- Johnson M.O., Gamarel K.E., Dawson Rose C. (2006) Changing HIV treatment expectancies: a pilot study *Vol 18, No 6, pag 550-553*.
- 36- Lira-Mandujano, J., González-Betanzos, F., Carrascoza C. A., Ayala H.E., Cruz-Morales S.E., (2009) Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32, 35-41
- 37- Marlatt, A., Donovan, D., (2005) *Relapse Prevention Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. The Guilford Press.
- 38- Martínez, M. K. I., Ayala, V. H., Salazar, G. M. L., Ruiz, T. G. M & 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.

- 39- Matthew K., Phil. M and Alan E. Kazdin, Ph.D.; Parent Expectancies for Child Therapy: Assessment and Relation to Participation in Treatment, *Journal of Child and Family Studies*, Vol. 10, No. 2, pag. 155–180
- 40- Medina-Mora, Ma. Natera, G. Borges, G. Cravioto, P. Fleiz, C. Tapia-Conyer, R. (2001) *Del Siglo XX al Tercer Milenio. Las Adicciones y la salud pública: Drogas, Alcohol y Sociedad*. *Salud Mental*, 24(4), agosto 3-19.
- 41- Myers, D., (2007) *Psicología Social*. New York Macgraw Hill.
- 42- Miller W. R., Rollnick S. (1999) *La Entrevista Motivacional, preparar para el cambio de conductas adictivas*. Cap. 4, Editado en Barcelona España, Editorial Paidós.
- 43- Murphy, C., Maiuro, R., (2009) *Motivational Interviewing and Stages of Change in Intimate Partner Violence*. New York, Springer Publishing Company.
- 44- Navarro, J. (2000) *Factores de Riesgo y Protección de Carácter Social Relacionados Con el Consumo de Drogas*. Madrid España, Departamento del Plan Municipal Contra las Drogas. Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.
- 45- Nunannlly, J.C. y Bernstein, I. J. (1995) *Teoría Psicométrica*, México, Mcgraw Hill.
- 46- Oropeza, R., Loyola, L. P., Vázquez, F., (2007) *Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína: Un Modelo Cognitivo Conductual, Principios de Aplicación*. Manual del Terapeuta. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- 47- Ortiz A., Galván J., Rodríguez E. Unikel C., González L. y Domínguez M. (1995). *Percepción del Usuario Sobre el Consumo de Cocaína*. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. pag. 161-168.
- 48- Ortiz A., Soriano A., Galván J., Rodríguez E., González E. y Unikel C. (1997) *Características de los Usuarios de Cocaína, su Percepción y Actitud Hacia los Servicios de Tratamiento*. *Salud Mental* Vol. 20, Sup. Julio. pag. 8-14.

49- Prochaska J, DiClemente C. Transactional therapy: toward a more integrative model of change. En: *Psichoterapy: theory, research and practice* 1982; 19:276-288.

50-Reyes Lagunes I. (1993) Las Redes Semánticas Naturales, su Conceptualización y su utilización en la construcción de los instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. Vol. IX, No. 1, pag 81-97.

51-Rogers, K., (2011) *Substance Use And Abuse*. Britannica Educational Publishing (a trademark of Encyclop.dia Britannica, Inc.) in association with Rosen Educational Services, LLC 29 East 21st Street, New York, NY 10010.

52- Rojas, E. Real, T. García-Silberman, S. Medina-Mora M. A. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*. 34, 351-365.

53- Rollnick, S., Miller, W., Butler, C., (2008) *Motivational interviewing in health care : helping patients change behavior* The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc. 72 Spring Street, New York, NY 10012.

54- Rosengren, D., (2009) *Building Motivational Interviewing Skills*. The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc. 72 Spring Street, New York, NY 10012.

55- Ross, D., Kaid, K., Supurrett, D., (2011) *What is addiction*. Boston, Massachusetts Institute of Technology.

-Schuckit, M. A. (2000): *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (5th ed.). Nueva York: Plenum Medical Book Company.

56- Shah, J. Y. y Gardner, W.L. (2008) *Handbook of Motivation Science*, New York London, The Guilford press.

57- Steve de Shazer. (1987) *Claves para la Solución en la Terapia Breve*. Barcelona España. Editorial Paidós. Cap. 2.

58- Velazquez, H. A. Cardenas, G. Echeverría, L. Gutierrez, O. (1995) Los Resultados Iniciales de un programa de Auto-control para bebedores problema en México. *Salud Mental* V. 18 No. 4 18-24.

59- Volkow, N.D.,(2010)Serie de Reportes de Investigación Cocaína Abuso y Adicción .Maryland ,NIH Publicación Número 10-4166(S) Impresa en enero del 2001. Reimpresa en julio del 2005. Actualizada en marzo del 2010.

60- Volkow, N.D.,(2010)Serie de Reportes de Investigación La Heroína Abuso y Adicción .Maryland ,NIH Publicación Número 02-4165(S) Impresa en enero del 2001. Reimpresa en julio del 2005. Actualizada en marzo del 2010.

61- Volkow, N.D.,(2010)Serie de Reportes de Investigación Metanfetamina Abuso y Adicción .Maryland ,NIH Publicación Número 07-4210(S) Impresa en enero del 2001. Reimpresa en julio del 2005. Actualizada en marzo del 2010.

62- Volkow, N.D.,(2010)Serie de Reportes de Investigación Abuso de la Marihuana.Maryland ,NIH Publicación Número 11-3859(S) Impresa en enero del 2001. Reimpresa en julio del 2005. Actualizada en marzo del 2010.

63- Volkow, N.D.,(2010)Serie de Reportes de Investigación Los Medicamentos de Prescripción Abuso y Dependencia .Maryland ,NIH Publicación Número 12-4881(S) Impresa en agosto del 2001. Reimpresa en julio del 2005. Actualizada en Diciembre del 2011.

64- Volkow, N.D.,(2010)Serie de Reportes de Investigación Abuso de Inapetables. Maryland ,NIH Publicación Número 12-4881(S) Impresa en enero del 2001. Reimpresa en julio del 2005. Actualizada en Febrero del 2011.

65- Volkow, N.D.,(2010)Serie de Reportes de Investigación Adicción al Tabaco .Maryland ,NIH Publicación Número 11-4342(S) Impresa en Abril del 2002. Reimpresa en julio del 2005. Actualizada en Mayo del 2011.

66- (2002) Guía Básica sobre Cannabinoides. Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC) Departamento de Bioquímica y Biología Molecular Facultad de Medicina Universidad Complutense de Madrid 28040-Madrid.

- 67- (2004) *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad.* Maryland, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas.
- 68- (2007) *El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas.* Barcelona, Sociedad Española de Medicina de Familia y ComunitariaPortaferrissa 8, pral.
- 69- (2008) *Las drogas el cerebro y el comportamiento, la ciencia de la adicción.*Nacional sobre el Abuso de Drogas Institutos Nacionales de la Salud Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.
- 70- (2008) *World Drug Report 2008.*UNODC, *World Drug Report 2013* (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6).New York, United Nations.
- 71- (2009) *World Drug Report 2009.*UNODC, *World Drug Report 2013* (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6). New York, United Nations.
- 72- (2010) *Principios de tratamientos para la drogadicción Una guía basada en las investigaciones.* Maryland, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas Institutos Nacionales de la Salud Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.
- 73- (2010) *World Drug Report 2010.*UNODC, *World Drug Report 2013* (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6). New York, United Nations.
- 74- (2011) *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas Primera edición 2012.* Mexico, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud.
- 75- (2011) *Global status report on alcohol and health.* Switzerland, Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press.
- 76- (2011) *WHO Report on the global Tobacco epidemic, 2011 Warning about the dangers of tobacco,* World Health Organization, fresh and a live mpower.

77- (2011) World Drug Report 2011.UNODC, World Drug Report 2013 (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6). New York, United Nations.

78- (2012) Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Luxemburgo, Publicaciones de la Union Europea.

79- (2012) Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras Drogas Boletín de Sustancias Psicoactivas, Mexico Df. ,Comisión Nacional Contra las Adicciones.

80- (2012) World Drug Report 2012.UNODC, World Drug Report 2013 (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6). New York, United Nations.

81- (2013) Drug Facts Los cigarrillos y otros productos que contienen tabaco, Maryland, National Institute Of Drug Abuse, Junio.

82- (2013) Drug Facts La Marihuana, Maryland, National Institute Of Drug Abuse, Mayo.

83- (2013) Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2012, New York, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes Publicación de la las Naciones Unidas.

84- (2013) Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) Informe 2011. Mexico Df,Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología.

85-(2013) World Drug Report 2013. UNODC, World Drug Report 2013 (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6). York, United Nations.