

Tratamiento breve para usuarios de cocaína

Un modelo cognitivo,
Principios de aplicación₁



Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína:

Un Modelo Cognitivo Conductual, Principios de Aplicación

Autores:

Dr. Roberto Oropeza Tena
Lic. Lilian Patricia Loyola Bello
Mtro. Fernando Vázquez Pineda

Investigador Responsable:

Dra. Lucy Ma. Reidl Martínez

Directorio

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Ma. Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Eduardo González Pier
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Lic. Juan Antonio García Villa
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Act. Juan Antonio Fernández Ortíz
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán López
Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones

Lic. Ma. Eugenia Galván Antillón
Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

Lic. Ignacio Ibarra Espinosa
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Adriana Cuevas Argumedo
Directora General de Comunicación Social

Responsables de la Publicación: Lic. José Ocaña Bernal. Subdirector de Difusión.
Dr. José Angel Prado García. Director Técnico.
Lic. Raúl Martín del Campo Sánchez. Jefe del Depto. de Monitoreo de Indicadores

www.conadic.gob.mx Tels: 5207-3358, 5207-3341
ISBN: 970-721-378-7

Índice

Introducción	5
1. Cocaína	7
Breve historia de la cocaína	7
Características de la cocaína y sus efectos	8
Epidemiología del consumo	9
2. Fundamentos Cognitivos y Conductuales de las Adicciones	11
Teoría conductual	11
Teoría cognitiva	13
Teoría cognitiva social	14
3. Componentes Clínicos del TBUC	16
Entrevista motivacional	16
Autoeficacia	18
Habilidades de enfrentamiento	19
Prevención de recaídas	20
4. TBUC: Sesiones, Evaluación y Tópicos	22
Estructura general de una sesión	23
Sesiones de admisión y evaluación	25
Sesiones de tratamiento	26
Sesiones de seguimiento	27
Estrategia de evaluación del consumo	27
Proceso de admisión del usuario	27
Proceso de evaluación del consumo	30
Tópicos del TBUC	33
I Balance decisional y establecimiento de la meta	33
II Manejo del consumo de cocaína	35
III Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína	37
IV Identificación y manejo del deseo de consumir cocaína	39
V Habilidades asertivas de rechazo	42
VI Decisiones aparentemente irrelevantes	44
VII Solución de problemas	47
VIII Reestablecimiento de la meta y planes de acción	49
5. Recomendaciones para la Aplicación del Tratamiento	51
Fuentes de insatisfacción con el tratamiento	51
Manejo de las dificultades en la aplicación del TBUC	52
Referencias	55
Apéndice	59
Instrumentos de evaluación del usuario	59
Libro de trabajo	93

INTRODUCCIÓN

Este manual es una guía para la aplicación del Tratamiento Breve Cognitivo Conductual para Usuarios de Cocaína (TBUC, Oropeza, 2003). El objetivo del TBUC es ayudar al usuario a que alcance la abstinencia del consumo de cocaína. Este objetivo se logra a partir de estrategias cognitivas y conductuales que permiten identificar situaciones de riesgo de consumo para enfrentarlas de manera efectiva.

El TBUC es un tratamiento flexible, de bajo costo y de corta duración. Se ha aplicado a una variedad de usuarios y se ha observado un mayor número de días de abstinencia (Oropeza, 2003). El cambio en el estilo de vida de los usuarios aumenta su autocontrol y disminuye los daños asociados al consumo, como conflictos familiares, laborales, económicos, entre otros.


Con este manual se intenta disminuir la brecha entre la investigación y la práctica en el campo del abuso de drogas, como lo recomienda el National Institute on Drug Abuse (NIDA). En particular, el NIDA plantea que los tratamientos cognitivo conductuales de corte breve, son útiles para atender a usuarios de cocaína. De acuerdo con Carroll (1998) este tipo de tratamientos ha mostrado su efectividad clínica y su conveniencia práctica, por lo que

son recomendables frente a otras alternativas más costosas. Con la finalidad de aplicar los hallazgos de la investigación, la American Psychological Association (Crits-Christoph, 1998) subraya la necesidad de desarrollar manuales que sistematicen los tratamientos para guiar al terapeuta en su aplicación.

Ayala (1999) y Crits Christoph (1998) señalan algunas ventajas de contar con un manual para terapeutas, entre las que están: unificar criterios clínicos, promover el apego del terapeuta a las normas del tratamiento, apoyar la difusión del tratamiento, fortalecer las competencias de los terapeutas y evaluar su desempeño. Además, de las ventajas mencionadas, este manual apoya al profesional de la salud dedicado al tratamiento de las adicciones, facilitándole una herramienta útil en el manejo de usuarios de cocaína.

La información del manual se distribuye de la siguiente manera: En el capítulo 1, se incluye una breve historia sobre la cocaína, sus características y efectos, así como algunos datos epidemiológicos del consumo. En el capítulo 2, se proporciona información sobre el fundamento teórico cognitivo conductual, que explica la adquisición y mantenimiento del consumo. En el capítulo 3, se presentan los componentes clínicos del TBUC. En el capítulo 4,

se describe la estructura de las sesiones, se explica el proceso de admisión y evaluación del consumo, así como, cada uno de los tópicos del TBUC. En el capítulo 5, se presentan recomendaciones para la aplicación del tratamiento. Por último, se presentan

tres apéndices, que incluyen los instrumentos de la admisión del usuario, de evaluación del consumo, y una lista de términos relacionados con el consumo de cocaína para que el terapeuta se familiarice con ellos. 

1 COCAÍNA

El consumo de drogas es un tema prioritario de salud pública a nivel mundial. Las consecuencias del consumo se reflejan tanto en el usuario, como en su entorno, y pueden implicar daños costosos como la violencia intrafamiliar, suicidios, homicidios, accidentes, enfermedades, ausentismo laboral, entre otros. En México el consumo de cocaína ha aumentado en los últimos años, así como los problemas asociados. El objetivo de este capítulo es reseñar información general sobre la cocaína que permita entender el contexto del uso de la droga.

A lo largo del capítulo se describirán, de manera breve, los usos de la cocaína a lo largo de su historia, algunos datos del consumo en nuestro país, las principales características de esta droga, sus efectos y consecuencias tanto a corto como a largo plazo, dependiendo de la dosis y la frecuencia de uso.

Breve historia de la cocaína

De acuerdo con Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2003) el uso inicial de la planta de coca (*Erythroxylon coca*) generalmente se asocia con las civilizaciones peruanas prehispánicas, específicamente con el imperio Inca. Sin embargo, se han encontrado hojas del arbusto en tumbas de las zonas ar-

queológicas del área del Amazonas que datan del siglo IX a. C.

Se ha documentado que alrededor del año 1200 los sacerdotes incas empleaban las hojas de coca en ritos religiosos. Ellos atribuían a la droga un significado social, político y religioso especial, lo que se ha asociado con la leyenda de Manco Capac. Los pueblos andinos masticaban las hojas secas, junto con cenizas de otras plantas, para combatir el hambre y el cansancio.

A partir del año 1553 con la conquista española de América del Sur, se buscó terminar con la asociación ritual y religiosa que tenían las hojas de coca. Aunque, así como sucedió con el peyote, la marihuana y los hongos en otras culturas prehispánicas, el uso de la coca continuó entre los esclavos indígenas en las minas de plata para aumentar su rendimiento.

En 1860, en Alemania, Albert Niemann aisló la cocaína a partir de las hojas del arbusto. Veinte años después, la cocaína tuvo impacto en la industria de la elaboración de bebidas revitalizantes, como el Vin Mariani, llamado así por el apellido del químico corzo que lo fabricaba. Aunque, sin duda el refresco "Coca-Cola" es el caso más popular de distribución lícita de cocaína a finales del siglo XIX, la fórmula de

esta bebida fue patentada en 1886 por Pemberton y se modificó treinta años después, cuando la droga se convirtió en una sustancia ilegal, sustituyendo la cocaína por cafeína.

En los años 1880, Sigmund Freud empleó y recomendó la cocaína en el tratamiento de afecciones físicas y psicológicas, como el asma, problemas gastrointestinales, depresión y alcoholismo, además, como anestésico local en oídos, boca y ojos. El primer caso reportado de psicosis inducida por cocaína, lo padeció Von Fleishl como resultado del uso repetido de la droga para superar su dependencia a la morfina. En 1887, Freud se retractó de su apoyo al uso de la cocaína para tratar la adicción a los opiáceos, aunque negó su potencial adictivo.

En 1914, en Estados Unidos de Norteamérica, se promulgó la Ley Harrison. Esta ley prohibió el consumo de cocaína, lo que dio lugar al tráfico ilegal de la sustancia. En 1923, en México, el general Obregón lanzó un decreto que prohibía la importación del opio, cocaína, heroína y sus derivados; una de las implicaciones detrás de este decreto era la necesidad del régimen obregonista, de congraciarse con el gobierno de Estados Unidos que cada vez ampliaba más su campaña antinarcótica. En 1925, el presidente de México Plutarco Elías Calles derogó el decreto de 1923 y lo sustituyó por uno donde se establecía que el Departamento de Salubridad Pública otorgaría los permisos de importación de cocaína, entonces retomó su auge el comercio ilícito de drogas (Pérez, 1999). En los años setenta, el aumento en el consumo, se asoció con el surgimiento y difusión de diversos movimientos sociales y de contracultura.

Características de la cocaína y sus efectos

De acuerdo con Brailowsky (1995) la cocaína es un alcaloide, con dos formas químicas, el clorhidrato de sal y los cristales. El clorhidrato de sal, es un polvo blanco y cristalino, que usualmente se mezcla con cafeína, azúcares, anfetaminas, u otras sustancias para "rebajarlo o cortarlo". A los cristales de co-

caína, se les conoce como *crack* o piedra, se preparan con ciertas sustancias para reducir su punto de fusión, y así poder fumarlos en pipas u otro tipo de contenedores.

Se ha clasificado a la cocaína como estimulante por sus efectos en el sistema nervioso central. La magnitud de los efectos depende de las características del usuario, la dosis, la frecuencia, la vía de administración y el ambiente en el que ocurre el consumo (Brailowsky, 1995; Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2003).

La vía de administración determina el tiempo que dura el efecto inmediato. Entre más rápida sea la absorción, más intenso es el efecto estimulante o high. Cuando la cocaína se inyecta o se fuma, los efectos iniciales se presentan más rápido, son más intensos y menos duraderos (pocos minutos). En cambio, el high de la cocaína en polvo es más duradero, pero menos intenso; sus efectos se retardan más, en comparación con el crack y regularmente desaparecen al cabo de dos horas, aunque algunos de éstos pueden permanecer disminuidos hasta cuatro horas.

Los efectos de la cocaína, en dosis bajas (aproximadamente hasta 200 mg.) y a corto plazo son: euforia, aumento en el estado de alerta, percepción de mayor capacidad para el trabajo físico e intelectual, disminución de la fatiga, del hambre, del sueño, locuacidad, entre otros. Además, produce temblor, dilatación de las pupilas, inquietud, náuseas, aumento de la temperatura corporal, del ritmo cardiaco y de la presión arterial.

Cuando se usan dosis altas (mayores a 200 mg.) a corto plazo, el high es mayor, también pueden experimentarse temblores, vértigo, espasmos musculares, paranoia, irritabilidad, ansiedad, y rara vez ocurre la muerte súbita debida a paros cardiacos o paro respiratorio.

Con el consumo repetido de cocaína se desarrolla la tolerancia a la droga, esto es, la necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto. Entre los efectos de dosis altas a largo plazo, se pue-



den presentar alucinaciones, cambios súbitos en el estado de ánimo, pérdida del apetito (anorexia), insomnio, conductas estereotipadas y repetitivas (como tocar algunas partes del cuerpo y rechinar los dientes al punto de dañarlos), ideas paranoides, entre otros.

En cuanto a los efectos físicos a largo plazo, se pueden presentar hemorragias nasales, complicaciones respiratorias (debido a la perforación del tabique nasal), cardiovasculares, neurológicas, gastrointestinales, o lesiones en la piel que resultan de alucinaciones táctiles, como sentir insectos. Además, los usuarios pueden sufrir depresión, somnolencia y una fuerte necesidad de obtener la droga.

Los efectos de la cocaína sobre el embarazo se manifiestan como abortos, prematuridad y complicaciones obstétricas. En el producto se pueden observar malformaciones congénitas, una circunferencia craneal de menor tamaño, bajo peso y una probable dependencia a la sustancia.

Epidemiología del consumo

El hecho de que el consumo de cocaína represente hoy en día un problema social, en parte, se debe a su disponibilidad, puesto que antes, esta droga era exclusiva de grupos limitados (Medina Mora y Rojas, 2003).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reporta que el 81% de los países que le informan sobre la demanda de drogas son consumidores de algún derivado de la hoja de coca; y que el 70% del consumo de cocaína, tiene lugar en el continente americano (Medina Mora y Rojas, 2003).

Respecto a México, en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), se encontró que la cocaína es la segunda droga preferida en población urbana, de 12 a 65 años. La tabla 1 muestra las drogas más comunes en orden de mayor a menor consumo, durante dos períodos de tiempo (1998 y 2002) en donde se puede apreciar una aparente estabilización del consumo actual de cocaína².

Tabla 1. Consumo de drogas en México

Tipo de Droga	Alguna Vez 1998 - 2002	Último Año 1998 - 2002	Último Mes 1998 - 2002
Marihuana	4.70 – 3.48	1.03 – 0.60	0.70 – 0.31
Cocaína	1.45 – 1.23	0.45 – 0.35	0.21 – 0.19
Inhalables	0.80 – 0.45	0.15 – 0.08	0.09 – 0.08
Alucinógenos	0.36 – 0.25	0.03 – 0.01	---- -- 0.01
Heroína	0.09 – 0.09	0.02 – 0.01	---- -- ----

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.
Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 2002.

² Al interpretar la tabla 1, se debe tomar en cuenta que la ENA (2002) advierte sobre la diferencia en los criterios metodológicos empleados respecto a las encuestas anteriores.

El único rango de edad en el que la cocaína no ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población es de 12 a 17 años. En adolescentes el consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína (ENA, 2002).


El 1.44% de la población urbana de 12 a 65 años, ha consumido cocaína por lo menos una vez en su vida con una proporción de cuatro hombres por una mujer; más de la mitad (59.52%) ha consumido de una a cinco veces; únicamente el 8.05% de seis a diez veces; el 16.87% de once a cuarenta y nueve veces, mientras que el 15.56% cincuenta veces o más. Además, la mayor proporción de usuarios tienen entre 18 y 34 años, con una media de 22 años como edad de inicio (ENA, 2002).

A nivel nacional, el consumo de cocaína, tanto en población urbana como rural, es mayor en el norte del país (3.05%), seguido por el centro (0.71%) y finalmente por la región sur (0.52%). La ciudad con mayor consumo del país es Tijuana. El consumo de cocaína es mucho mayor en hombres que en

mujeres, independientemente de la región (ENA, 2002).

Respecto a la forma de conseguir la droga, la ENA (2002) reportó que el 69.57% la obtenía con sus amigos, mientras que el 26.55% en la calle, el 0.89% en su casa y el 2.78% corresponde a otras fuentes de obtención.

Conclusión

Como se puede observar a partir de los datos expuestos, el consumo de la cocaína requiere de una detección temprana y un tratamiento oportuno, para lo cual se requiere del entendimiento del contexto de consumo. De acuerdo con la información revisada, es clara la necesidad de desarrollar formas de atención al creciente problema de consumo. En los capítulos que siguen se tratarán las bases psicológicas, los componentes y la estructura del TBUC como una herramienta, que ha mostrado ser efectiva para reducir el consumo de cocaína y los problemas asociados a éste. 

2

FUNDAMENTOS COGNITIVOS Y CONDUCTUALES DE LAS ADICCIONES

En este capítulo se plantean las bases teóricas que explican el comportamiento adictivo y que, a su vez, fundamentan el tratamiento breve cognitivo conductual para usuarios de cocaína (TBUC, Oropeza, 2003). El objetivo de este capítulo es identificar y analizar el funcionamiento de los principios de comportamiento que regulan la conducta adictiva.

Se revisan brevemente elementos de tres enfoques, el conductual, el cognitivo y el cognitivo social, aunque se hace énfasis en éste último. El primer apartado describe la teoría conductual, incluye dos principios de aprendizaje relevantes para la adquisición y el mantenimiento de las conductas adictivas: el condicionamiento clásico que analiza los aspectos reflejos del consumo como la respuesta fisiológica del apetito o deseo por el consumo, y el condicionamiento operante que estudia el consumo a través del análisis de las relaciones entre la respuesta de consumo y sus consecuencias. En el segundo apartado del capítulo se aborda la principal teoría sobre adquisición, mantenimiento, tratamiento y recaídas del consumo de drogas: la teoría cognitiva social que concibe al consumo de sustancias como una conducta aprendida socialmente y le da un papel central a los procesos de

autoeficacia que sugieren que la percepción del individuo influye en su consumo. Estos elementos teóricos representan piezas clave que permiten entender el consumo del usuario, así como los fundamentos del TBUC.

Teoría Conductual

La teoría conductual (Skinner, 1938, 1953; Staddon, 2001) supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene, en buena parte, por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y el operante. Para este enfoque, la conducta más que estar determinada exclusivamente por factores genéticos, resulta de la adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible modificar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos principios que explican su adquisición (Cooper, Heron y Heward, 1987). Una estrategia conductual del estudio de las adicciones se enfoca en la identificación de conductas observables y cuantificables en relación con eventos del entorno, lo que se denomina un análisis funcional de la conducta. Con este análisis se pueden conocer, de manera precisa, detalles de la frecuencia e intensidad del consumo y las condiciones bajo las cuales ocurre.

Condicionamiento clásico

El condicionamiento clásico, o condicionamiento pavloviano, es un principio de aprendizaje (Chance, 2001) que se explica a partir de la existencia de dos tipos de reflejos: los incondicionados (los cuales son innatos), que están formados por un estímulo incondicionado (EI) y una respuesta incondicionada (RI) y los reflejos condicionados (los cuales son adquiridos), formados por un estímulo condicionado (EC) y una respuesta condicionada (RC). El condicionamiento clásico es útil para explicar la adquisición, el mantenimiento, el tratamiento y la recaída en las adicciones. De acuerdo con este paradigma, un reflejo incondicionado ocurre al momento de consumir cocaína, y las respuestas incondicionadas son las que se experimentan durante la ingesta de la droga:

EI (Estímulo Incondicionado cocaína)	—	RI (Respuesta Incondicionada de activación)
--	---	---

De acuerdo con los principios asociativos del condicionamiento clásico, (como intensidad del EI, frecuencia de apareamiento, contigüidad y continuidad), la respuesta condicionada a la droga aumenta, lo que hace que el apetito por la sustancia permanezca aún después de la abstinencia (Pavlov, 1927). Con frecuencia el RI se asocia de manera muy duradera y efectiva con otros estímulos presentes al momento del consumo. Como resultado de ésta asociación, los estímulos del contexto, adquieren propiedades condicionadas (EC), dando lugar a respuestas condicionadas. Las RC son parecidas a las RI del consumo y suscitan un estado de inquietud o deseo por consumir (Childress, McLellan, Ehrman y O'Brien, 1988). Por ejemplo, se ha observado que la persona con dependencia, al hablar sobre el consumo, experimenta inquietud y deseo por la sustancia. Un estímulo condicionado que es fácil de identificar en los usuarios de drogas es el ambiente donde se consume, como pueden ser las señales condicionadas asociadas a la presencia de un ami-

go o grupo de amigos con los que se consume o bien, estar en la situación donde se ha consumido con anterioridad.

Se han diseñado algunos tratamientos derivados del condicionamiento clásico para reducir el consumo de sustancias adictivas, los cuales se apoyan en técnicas puramente conductuales como el condicionamiento aversivo o la extinción de la conducta como es el caso de la terapia de exposición a señales. La primera técnica, también conocida como contracondicionamiento, consiste en hacer menos atractiva la relación estímulo-respuesta como resultado de aparear un reflejo aversivo al consumo (en ocasiones, electrochoques o algún tipo de malestar, como mareo, inducido químicamente), aunque en la actualidad, este tipo de intervenciones ya no suelen emplearse (Rimmele, Howard y Hilfrink, 1995).

Una variante del contracondicionamiento, que puede utilizarse para aumentar la efectividad del tratamiento es la sensibilización cubierta. Esta técnica consiste en guiar imaginativamente una secuencia de eventos donde el usuario acostumbraba consumir y aparear estos pensamientos a sensaciones desagradables, con la finalidad de inducir aversión por la sustancia (Rimmele, Howard y Hilfrink, 1995). En el tópico 4 del TBUC, se emplea esta técnica para manejar el deseo por consumir.

La extinción pavloviana es otra técnica conductual basada en el condicionamiento clásico, que representa otra manera de eliminar una conducta que fue adquirida a través de la asociación entre reflejos. La extinción se logra después de exponer en ocasiones repetidas el EC sin aparearlo al EI, hasta que pierda su valor condicionado (Klein, 1994). Los tratamientos para usuarios de drogas que emplean esta técnica, exponen a los usuarios a la sustancia de su preferencia (por ejemplo, la cocaína), protegiéndolo del consumo para evitar que se establezca el reforzamiento y después de algunas veces, se extinga la conducta de consumir (Rohsenow y Monti, 1995).

En el TBUC se enseña al usuario a relacionar consecuencias negativas del consumo con el deseo; por ejemplo; cuando se experimenta el deseo por la cocaína, se puede pensar en la pérdida de confianza por parte de su familia que ocurriría luego del consumo. De manera alternativa se enseña al usuario a superar los episodios de deseo, mediante relajación o imaginación guiada, rompiendo de esta manera la asociación condicionada al consumo.

Condicionamiento operante

El condicionamiento operante, o condicionamiento instrumental, es otro principio de aprendizaje que establece la adquisición de asociaciones entre conductas particulares y sus consecuencias. Las conductas que se aprenden por este medio, cambian en función de sus consecuencias, como puede ser, obtener una consecuencia agradable (reforzador) o evitar una consecuencia aversiva (castigo). De esta manera la clase de conductas que es seguida por un reforzador se fortalece, mientras que si es seguida por un castigo, se debilita (Skinner, 1938).

La relación positiva que establece una persona entre el uso de cocaína y la destreza de su desempeño social es un patrón conductual aprendido que puede modificarse durante el tratamiento al cambiar las consecuencias que refuerzan la conducta (Klein, 1994).

Se han desarrollado varias técnicas a partir del condicionamiento operante, útiles en tratamientos para usuarios de drogas. Una de ellas es el manejo de contingencias, donde se refuerza la conducta de no consumir y mantener la abstinencia, a través de fichas canjeables por privilegios (Higgins y Silberman, 1999).

El contrato terapéutico es una herramienta basada en el condicionamiento operante, que puede ser útil para aumentar la adherencia terapéutica en la reducción del consumo. La acción de firmar el acuerdo hecho entre el usuario y el terapeuta, es un ritual significativo para mantener el compromiso. En el TBUC este tipo de contrato se practica en

la sesión de admisión y se le llama consentimiento de participación. El formato de consentimiento incluye una breve descripción del tratamiento; así como las obligaciones y los derechos del usuario. Una vez que la persona ha leído el formato, y solo si está de acuerdo con esa información, debe firmarlo para cerrar el acuerdo de una manera formal, además de anotar su nombre, la fecha y los datos de dos personas cercanas a él (nombre, dirección, parentesco y teléfono) a quienes se les pueda solicitar información sobre su consumo.

Otra alternativa del empleo del condicionamiento operante en TBUC es diseñar y reforzar planes de acción alternativos al consumo. Se propone reforzar actividades recreativas incompatibles con el consumo, reorganizando el ambiente de la persona (Higgins, Heil y Plebani Lussier, 2004).

Aunque se ha discutido si los principios conductuales son suficientes para entender el comportamiento, el TBUC los considera útiles en el manejo de un fenómeno tan complejo como es el consumo de drogas.

Enseguida se revisa la teoría cognitiva, la cual está centrada en pensamientos, en actitudes y en creencias que influyen la conducta y a su vez, moderan la relación entre el estímulo desencadenador del consumo y sus consecuencias (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

Teoría Cognitiva

El término cognición se refiere al conocimiento que poseen los organismos sobre el ambiente y cómo sus expectativas y creencias controlan su comportamiento. En este sentido se entiende por expectativa, aquella representación mental de las contingencias entre acontecimientos ambientales (Klein, 1994; Anderson, 2001).

Los antecedentes de la teoría cognitiva comenzaron en los años treinta del siglo XX, con Tolman (Klein, 1994) quien suponía que nuestra manera de actuar está orientada hacia una meta y que nuestras expectativas, en forma de planes, determinan qué

conducta específica realizamos para obtener una recompensa o evitar un castigo. Para el punto de vista cognitivo, la conducta es flexible, interactiva y dinámica, se enfoca en los antecedentes, pensamientos y atribuciones. De esta forma, al modificar la cognición, es posible cambiar la conducta (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

Esta teoría permaneció sin fuerza durante mucho tiempo hasta que los investigadores empezaron a interesarse en fenómenos distintos a los de la conducta abierta, tales como la percepción y memoria, pero particularmente, en los procesos asociados al razonamiento, al juicio y a la decisión (Sternberg, 2003). En el contexto de la psicología clínica, Beck retomó el concepto de creencias y expectativas para entender la depresión. Actualmente se ha aplicado la terapia cognitiva de Beck a diferentes campos de salud mental, entre ellos el abuso de sustancias (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

De acuerdo con Beck, la mayor parte de los problemas psicológicos y conductuales se derivan de procesos disfuncionales de pensamiento que frecuentemente preceden a las emociones, pero ocurren tan rápido que no los percibimos. Los errores más comunes en la construcción de pensamientos, que a su vez llevan a problemas conductuales, como el abuso de drogas, son:

- Centrarse en detalles negativos, excluyendo los aspectos positivos de cada situación.
- Poseer un pensamiento polarizado, esto es, enfocarse en los extremos de la situación.
- Generalizar excesivamente a partir de incidentes particulares.
- Suponer que se conoce lo que los demás piensan.
- Esperar desastres por el simple hecho de escuchar alguna situación adversa.
- Sentir responsabilidad sobre el estado de ánimo de los otros.
- Culparse por lo que sucede a nuestro alrededor.

La reestructuración cognitiva supone que el cambio de los patrones de pensamiento relacionados con el consumo, llevará a los usuarios de drogas a adoptar conductas más adaptativas. La reestructuración cognitiva se enfoca en la modificación del papel que tiene la sustancia para la persona. El cambio de conducta implica que el usuario identifique los pensamientos relacionados con su consumo y con el deseo por la sustancia. Una vez que la persona ha logrado dicha identificación, tiene más elementos para enfrentar su consumo con el apoyo de las estrategias de reestructuración que aprenda durante el tratamiento.

Otro elemento relevante para la teoría cognitiva es la atribución, entendida como la explicación que cada persona da a su comportamiento. La atribución puede ser interna (por ejemplo, cuando el usuario justifica su consumo por su propia debilidad ante la sustancia), externa (si culpa a los demás por su consumo), específica (cuando cree que el consumo se debe a alguna situación especial), global (si la causa es más general), estable (si el usuario piensa que la causa del consumo esta presente de manera permanente) o negativa (si el usuario esta convencido de que no puede abandonar el consumo). Esta última posee especial importancia cuando deriva de una recaída, porque significa que el usuario tiene un sentimiento de incapacidad y una actitud pesimista que aumenta la probabilidad de continuar el consumo (Marlatt y Gordon, 1985).

El TBUC hace un empleo extenso de la teoría cognitiva; por ejemplo, en la modificación de la percepción de las recaídas, porque para este modelo de tratamiento, no son fracasos, sino experiencias útiles de aprendizaje, que permiten identificar situaciones de riesgo y desarrollar habilidades de enfrentamiento. A continuación se presenta la teoría cognitiva social del consumo de drogas, que combina elementos conductuales, cognitivos y sociales.

Teoría Cognitiva Social

La teoría cognitiva social (TCS) toma en cuenta eventos externos en los cuales se centra el condi-

cionamiento clásico, así como contingencias de reforzamiento relevantes para el condicionamiento operante. Sin embargo, considera que estas relaciones no son autónomas al organismo y están fuertemente reguladas por procesos interpretativos de naturaleza cognitiva. De hecho la TCS se basa en el principio de determinismo donde el ambiente, la conducta y la cognición se afectan de manera recíproca (Bandura, 1986).

Para este enfoque, el comportamiento humano es principalmente aprendido. Los mismos procesos cognitivos que intervienen en la adquisición de hábitos pueden ser empleados para cambiarlos a través de la enseñanza de conductas más adaptativas, debido a que la conducta está primordialmente determinada por factores ambientales y contextuales (Kanfer y Phillips, 1976).

La teoría cognitiva social estudia las relaciones particulares donde influye la observación, la memoria, la reproducción de lo que se observa y las expectativas derivadas de la experiencia. Esta teoría ha ganado auge porque además de la experiencia toma en cuenta el contexto social en el que la persona se desarrolla y la propia individualidad.

El simple hecho de observar a un modelo, nos da la pauta para imitar su comportamiento. Este proceso se denomina modelado y es la base del aprendizaje social. En el caso de las adicciones, su éxito se atribuye a la modificación de las expectativas que tiene el usuario sobre el consumo de drogas al observar un modelo. El estatus del modelo, la interacción con el mismo o el afecto del observador por él, son factores que disponen al organismo a aprender selectivamente y que mejoran el aprendizaje vicario (Bandura, 1986).

Los factores que pueden afectar al modelado, además de las diferencias individuales, son las conductas de otras personas que siguen a la respuesta

del modelo, los propios procesos de atención, la capacidad de retención del observador y la práctica cubierta de las respuestas de los modelos (Pear, 1995).

Dos vertientes del proceso de modelado de las conductas adictivas son la expectativa de resultado y la autoeficacia. Mediante la expectativa de resultado, los usuarios de drogas tienden a considerar que el consumo es lo único que puede ayudarles a mejorar su estado de ánimo o a enfrentar situaciones sociales desafiantes (Abrams y Niaura, 1987). La autoeficacia del consumidor está relacionada con la capacidad o confianza percibida de realizar una determinada tarea; como rechazar de manera asertiva una invitación para consumir. Respecto a las adicciones, la expectativa de resultado y la autoeficacia son resultado de experiencias concretas del consumo. En el capítulo 3 se revisará, con mayor detalle el proceso de autoeficacia, por ser uno de los componentes clínicos del TBUC.

Conclusión

Los procesos de los que hablan las teorías conductual, cognitiva y cognitiva social, guían nuestra comprensión de la forma cómo las personas adquieren, mantienen, reciben tratamiento y recaen en el consumo de sustancias adictivas. Estos procesos son el marco de referencia cognitivo conductual de las adicciones. A los usuarios de cocaína que reciben el TBUC, se les alienta a que consideren su conducta de consumo como una conducta aprendida y no como una enfermedad que no pueden cambiar. Para modificar el consumo, se les prepara, desarrollando habilidades de enfrentamiento y autocontrol. Las consecuencias del ejercicio de estas habilidades, a su vez, permiten el desarrollo de la propia percepción del manejo del consumo, la cual influye en el proceso de alcanzar la meta de tratamiento. 🌀

3

COMPONENTES CLÍNICOS DEL TBUC

Los principios conductuales, cognitivos y cognitivo sociales, permiten una aproximación clara y sistemática para la comprensión del comportamiento adictivo. Estos principios son útiles para fundamentar el tratamiento del consumo de sustancias y de los problemas asociados; así como para entender la naturaleza de las recaídas y su manejo terapéutico.

En los últimos cincuenta años se han desarrollado marcos clínicos que permiten un manejo sistemático de los trastornos conductuales. La terapia del comportamiento (Goldfried y Davison, 1994) y la terapia cognitiva (Beck, 1995), han dado lugar a un conjunto variado y flexible de procedimientos útiles y efectivos de evaluación y tratamiento. Estos dos tipos de tratamiento han dado lugar a la combinación cognitivo conductual, que busca hacer más potente y comprensiva la intervención y los beneficios para el usuario.

El objetivo del capítulo es mostrar las características de los componentes cognitivo conductuales que constituyen la base clínica del TBUC. A lo largo del capítulo se describe, de manera breve, la entrevista motivacional, la autoeficacia, las habilidades de enfrentamiento y la prevención de recaídas, como los cuatro componentes clínicos del TBUC. Estos com-

ponentes reúnen, de manera cuidadosa y sistemática, elementos centrales de la motivación humana y de la perspectiva cognitiva social. La investigación clínica de los componentes mencionados y sus procedimientos, ha dado lugar a informes, cada vez más numerosos, de los resultados de su aplicación, que pueden ser consultados por los especialistas.

Entrevista Motivacional

Para Miller y Rollnick (2002) la entrevista motivacional es un método no directivo centrado en la persona, para promover la motivación intrínseca hacia el proceso de cambio terapéutico. El concepto de motivación, es un estado de disposición al cambio, el cual puede variar de un momento a otro, o de una situación a otra, a lo largo del tratamiento. Los principios básicos de la entrevista motivacional son:

1. Expresar empatía
2. Crear la discrepancia
3. Evitar la discusión
4. Manejar la resistencia
5. Fomentar la autoeficacia

El primer principio de este tipo de entrevista, es esencial. El terapeuta debe escuchar a la persona

de manera reflexiva, debe comprender sus sentimientos y nunca juzgarla, debe aceptarla, lo que no es igual a que la apruebe en todo sentido. El segundo principio, consiste en llevar a la persona a una discrepancia entre el consumo y una situación más saludable. El terapeuta debe provocar una reflexión sobre los costos de su conducta para que presente sus propias razones para cambiar. El tercer principio se refiere a evitar las confrontaciones. El terapeuta debe ser persuasivo, pero no debe discutir con el usuario ni etiquetarlo para no provocar una actitud defensiva. El manejo de la resistencia, es el cuarto principio y se refiere al giro que le da el terapeuta a las respuestas de la persona, cuando éstas no son cooperativas; aquí el terapeuta intenta cambiar las percepciones del cliente, de una manera sugerida más que impuesta. El último principio es el fomento de la autoeficacia ya que esto mejora la capacidad de la persona para disminuir su uso de drogas.

En este contexto, para entender el proceso de cambio terapéutico, Prochaska y DiClemente (1983) suponen que la motivación es un proceso que guía el cambio en las personas. La motivación tiene una forma cíclica que todas las personas recorren antes de lograr la estabilización de su meta. El camino al cambio se divide en las siguientes etapas:

Precontemplación. Esta etapa supone que la persona se percibe sin problemas con su consumo, por lo que ni siquiera intenta abandonarlo; la tarea del terapeuta es aumentar la duda sobre el riesgo que corre el usuario en situaciones de consumo.

Contemplación. En esta etapa, la persona ya tiene una vaga idea de abandonar el consumo, aunque con dudas acerca de su capacidad para lograrlo, esto quiere decir que el usuario siente ambivalencia en cuanto al cambio. El terapeuta debe reforzar las razones que tiene el usuario para dejar la cocaína y hacerle ver los riesgos que conlleva su uso.

Determinación. El usuario está dispuesto a cambiar, y debe elegir el mejor plan de acción para conseguir su meta. Se cuestiona sobre qué alternativa le resultará más efectiva para abandonar la cocaína o para disminuir su uso. El terapeuta guía a la persona para que elija el plan de acción más adecuado, si el usuario comienza a llevar a cabo ese plan, avanza hacia la fase de acción, si no lo hace, retrocede a la contemplación.

Acción. Ya existe el compromiso con uno mismo e inician las conductas que llevarán al usuario a la moderación o a la abstinencia. La tarea del terapeuta, es ayudar al usuario a caminar hacia su meta; sin embargo el cese del consumo o la disminución del uso de cocaína, no garantiza que esta modificación conductual sea permanente.

Mantenimiento. Es la fase donde se trabaja para prevenir una recaída. El usuario junto con el terapeuta identifica las situaciones de riesgo y aplica la estrategia apropiada para cada una de ellas. Si a pesar de la aplicación de estrategias para mantener el cambio o debido a su ausencia, ocurre la recaída, la tarea del terapeuta consiste en evitar la desmoralización del usuario y renovar juntos el proceso de cambio.

La rueda de cambio es el contexto motivacional en el que actúan los principios de la entrevista motivacional. Una inferencia del proceso de cambio es que pasar de una a otra etapa involucra, típicamente, un esfuerzo sostenido del individuo que puede requerir de apoyo externo deliberado, tal como ocurre en el proceso de tratamiento o por medio de la asistencia de personas significativas. También se subraya que los cambios no son lineales ya que se puede pasar por las etapas sin un orden determinado. Por lo anterior, la disposición al cambio debe ser el foco de tratamiento de manera continua.

La entrevista motivacional es un estilo de cómo conducirse durante el tratamiento, más que sólo un

conjunto de habilidades clínicas. La aplicación de este tipo de entrevista en el contexto del comportamiento adictivo es útil para promover el apego del usuario al tratamiento y propiciar los cambios de conducta.

Un elemento fundamental para que se mantengan los cambios terapéuticos es que el usuario desarrolle su autoeficacia para rechazar el consumo. En la siguiente sección se describe cómo se adquiere y se emplea la autoeficacia.

Autoeficacia

La autoeficacia se refiere a los juicios que una persona hace sobre sus capacidades, para organizar y ejecutar cursos de acción esperados (Bandura, 1977, 1986). Ésta se determina por el estado emocional, historia de éxitos y fracasos, y por el repertorio de habilidades de enfrentamiento. La baja autoeficacia conduce a pensamientos negativos acerca de uno mismo y a una motivación pobre para lograr cambios de conducta. Por otro lado, la elevada autoeficacia conduce a actuar de manera asertiva y fortalece la resiliencia entendida como la capacidad de una persona para superar las situaciones adversas.

De acuerdo con Bandura (1977, 1997) la autoeficacia se forma a partir de cuatro fuentes de información: 1) Las experiencias de ejecución, que pueden ser éxitos o fracasos, los primeros fortalecen la autoeficacia, los segundos la debilitan; 2) La experiencia vicaria, implica la observación del desempeño de los otros, ya que si la persona se identifica con ellos, sus éxitos aumentarán su eficacia y sus fracasos la disminuirán; 3) La influencia activa, como la persuasión verbal de alguien a quien se admira; 4) Las propias reacciones emocionales y físicas; por ejemplo, si se experimenta dolor al pasar por una situación difícil, es probable que la autoeficacia percibida disminuya, contrario a cuando los acontecimientos son positivos. Esto quiere decir que la autoeficacia es susceptible de aumento o disminución, dependiendo de las experiencias.

En el ámbito de las conductas adictivas, la autoeficacia, desempeña un papel relevante, tanto en la adquisición del hábito o su prevención, como en el proceso de modificarlo, incluso en el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas. Por lo tanto, es necesario fortalecer la autoeficacia del usuario para enfrentar las situaciones de riesgo de consumo, por ejemplo, con la enseñanza de habilidades de enfrentamiento que se tratará en el siguiente apartado de este capítulo.

Los procesos de autoeficacia pueden estar involucrados en diferentes momentos del consumo de cocaína. Para Marlatt, Baer y Quigley (1999) existen cinco categorías de autoeficacia que pueden aplicarse a la conducta adictiva:

1. Autoeficacia de resistencia.

En la fase de inicio, incluso antes de que se forme el hábito de consumo, los juicios sobre la propia capacidad para evitar el uso de la droga, responden a este tipo de eficacia. Lo anterior supone que los programas de prevención de adicciones, deben enfocar sus esfuerzos sobre la habilidad de las personas para resistirse a las presiones relacionadas con el consumo de las drogas.

2. Autoeficacia de reducción del daño.

Esta modalidad de eficacia personal, tiene lugar cuando ya se ha establecido el consumo, lo que no significa que en todos los casos, se llegará al abuso de la sustancia o a la dependencia. La tarea de minimizar el daño que ocasiona el uso de drogas, es la principal meta de este tipo de autoeficacia.

3. Autoeficacia de acción.

Se refiere a la propia capacidad para alcanzar la meta terapéutica establecida, implica la reducción o eliminación del uso de drogas, una vez que el usuario ha decidido modificar su conducta de consumo. En el momento en que se da este tipo de autoeficacia, la persona está iniciando el cambio de su conducta de consumo.

4. Autoeficacia de manejo.

Cuando ya se logró la meta terapéutica, la autoeficacia que entra en juego es la de mantenimiento o manejo del consumo. Se refiere a la propia capacidad para sostener ese cambio. Los usuarios en esta etapa que asisten a algún tratamiento, reciben entrenamiento para enfrentarse a las situaciones de riesgo que se presenten.

5. Autoeficacia de recuperación.

Este tipo de autoeficacia tiene lugar cuando hubo alguna recaída, para detenerla lo antes posible, con el objetivo de que la persona no abandone de forma definitiva su meta y no lo tome como un fracaso. Con el manejo de la autoeficacia en esta etapa, se intenta reducir la probabilidad de que el usuario crea que su recaída tiene razones que él no puede controlar.

La autoeficacia nos ayuda a entender fenómenos del consumo como la remisión espontánea, que se da cuando el usuario abandona el consumo o lo modera significativamente sin concluir el tratamiento o en ocasiones sin siquiera acudir a él. En el TBUC el sentido de autoeficacia se fortalece mediante el entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, que proveen al usuario de estrategias útiles en situaciones de riesgo de consumo.

Habilidades de enfrentamiento

Los problemas asociados al consumo de cocaína pueden hacer que la persona busque tratamiento. Con frecuencia, estos problemas son resultado de un déficit de habilidades para manejar las situaciones de estrés. En esta sección se describen las características del entrenamiento en habilidades de enfrentamiento y la evidencia de su efectividad, en el contexto del control del consumo de sustancias adictivas.

El enfrentamiento se define como el empleo de pensamientos y conductas para manejar situaciones de estrés (Folkman y Moskowitz, 2004). La

literatura sobre adquisición de habilidades de enfrentamiento muestra su efectividad en una variedad de contextos; en el caso de consumidores de sustancias, estas habilidades le ayudan a aumentar su control en situaciones de riesgo de consumo y consecuentemente a lograr la abstinencia (Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney y Abrams, 2002).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), el estrés ocurre cuando la persona percibe que las demandas del ambiente superan sus recursos para enfrentar la situación. Sin embargo, las personas pueden aprender a manejar su estrés, mediante un tratamiento cognitivo conductual. De hecho, las conductas adictivas son una forma de enfrentar el estrés, lo que a su vez, causa dificultades a la persona. En general, los cambios en el estilo de vida son estresores comunes que el usuario debe enfrentar (por ejemplo, un aumento de las responsabilidades laborales). El estrés resulta de una combinación de factores biológicos, demandas situacionales y los recursos de la persona.

Para Monti y cols. (2002) las habilidades de enfrentamiento se dividen en habilidades interpersonales e intrapersonales, estas últimas a su vez, se dividen en dos categorías, las que tienen que ver con la situación de riesgo y las que se relacionan con un cambio en el estilo de vida.

Las habilidades interpersonales incluyen la comunicación no verbal, las conductas asertivas, habilidades de conversación, de escucha, dar y recibir retroalimentación, etc.; las habilidades intrapersonales para enfrentar situaciones de riesgo incluyen el manejo del deseo por consumir, manejo del enojo, etc. y para cambiar el estilo de vida consisten en desarrollar planes de acción alternativos al consumo.

En general, el manejo de situaciones de consumo implica que el usuario emplee un enfrentamiento cognitivo o conductual, ya sea para evitar que se presente la situación o actuar ante ella. Para enseñar habilidades de enfrentamiento es necesario, primero, que el usuario identifique las situaciones de riesgo de consumo y los disparadores

asociados a ella, para luego decidir cómo los va a manejar: evitándolos o enfrentándolos. El estudio de las situaciones de riesgo se basa en el análisis funcional de la conducta (Skinner, 1938), donde se reconocen los antecedentes, la conducta y las consecuencias de un episodio de consumo.

En la evitación, se enseñan habilidades para impedir la presencia en situaciones de riesgo; en el enfrentamiento, se enseñan habilidades que ayudan a los usuarios a manejarse adecuadamente, una vez que están en la situación de riesgo de consumo.

La enseñanza de habilidades de enfrentamiento emplea técnicas derivadas de los principios de aprendizaje y de cognición. Entre estas técnicas están los ensayos conductuales, el modelado, el moldeamiento, la desensibilización sistemática, la detención de pensamientos, entre otras (Latham y Heslin, 2003).

Los ensayos conductuales son fundamentales para practicar las habilidades de enfrentamiento. Durante los ensayos, el terapeuta dará forma y reforzará con aproximaciones sucesivas las conductas adecuadas, identificando problemas específicos para su aplicación. El usuario debe tener la oportunidad de construir sus nuevas habilidades durante estos ensayos y recibir retroalimentación constructiva; por ejemplo, en el tópico cinco del TBUC se enseña a los usuarios a dar respuestas asertivas de rechazo para enfrentar a un distribuidor de cocaína, de manera tal que se cancelen futuros ofrecimientos, evitando respuestas agresivas o pasivas, que puedan ser contraproducentes.

Sin embargo, el hecho de que la persona adquiera las habilidades de enfrentamiento, no garantiza que las emplee en las situaciones apropiadas; la selección de estas habilidades en un momento dado, depende de la autoeficacia que el usuario tenga para aplicar las conductas alternativas al consumo, así como de las expectativas de los resultados del consumo (Abrams y Niaura, 1987).

La enseñanza de habilidades de enfrentamiento ha resultado efectiva en el tratamiento de dro-

gas. Sin embargo, se reconoce que el fenómeno de la recaída es parte del comportamiento adictivo, por lo que se han desarrollado estrategias para su manejo. En la siguiente sección se revisará un modelo de prevención de recaída que ha mostrado su efectividad.

Prevención de recaídas

Para el modelo de prevención de recaídas empleado en el TBUC, el consumo de un usuario constituye una experiencia de aprendizaje que puede ser útil. En este sentido a la recaída no se le considera como un fracaso.

Es útil distinguir entre diferentes formas de recaída, dependiendo de su grado de intensidad. Usualmente, al hecho de romper la abstinencia se le llama caída, considerada como un consumo moderado, respecto a cada usuario; mientras que al episodio de consumo prolongado o elevado, se le llama recaída. Una forma de manejar la recaída es hacer un contrato conductual donde se establezcan los límites del consumo acordados entre el terapeuta y el usuario, especificando en que situaciones y que cantidad se consumirá.

La prevención de recaídas se enfoca en que el usuario identifique las situaciones de riesgo de consumo y actúe de manera tal que mantenga la abstinencia o interrumpa el episodio de recaída (Marlatt y Gordon, 1985). Las estrategias de prevención de recaídas pueden incluirse en cualquier tipo de tratamiento.

De acuerdo con este modelo, el mantenimiento de la abstinencia implica fortalecer la autoeficacia del control del consumo. Entre más largo es el período de abstinencia, es mayor la autoeficacia. Marlatt y Gordon (1985) identificaron tres situaciones principales de riesgo de recaída, los estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social.

Si el consumidor enfrenta adecuadamente la situación de riesgo, disminuirá la probabilidad de recaída y aumentará la percepción de control; esto

a su vez, se asociará con el aumento de la autoeficacia. En cambio, si la persona no es capaz de controlar el consumo o abstenerse de él, disminuirá su autoeficacia en la situación.

Es probable que el consumidor no emplee las estrategias de enfrentamiento apropiadas, ya sea, porque carece de ellas, porque no reconoce la situación como peligrosa, o porque al encontrarse ansioso sea incapaz de emplearlas. Además, entre más consecuencias positivas le atribuya la persona al consumo, aumenta la probabilidad de que se presente la recaída.


Marlatt y Gordon (1985) han propuesto el concepto “efecto de violación de la abstinencia” para entender como es que al romper la abstinencia, la persona puede ser capaz de interrumpir el consumo o continuarlo. Las consecuencias de este efecto varían en función del compromiso para mantener la abstinencia y por cuánto tiempo.

La prevención de recaídas consiste en tres tipos de estrategias (Marlatt, 1993), la enseñanza de habilidades de enfrentamiento, la reestructuración cognitiva, y el reequilibrio en el estilo de vida. La primera estrategia se revisó en la sección anterior de este capítulo. La segunda, se plantea en el sentido de que el usuario desarrolle una forma menos dañina de entender las recaídas, percibir las como experiencias útiles para aumentar el conocimiento de cómo controlar el consumo. El tercer tipo de estrategia se refiere a proponer al usuario actividades agradables que complementen su contexto motivacional y sustituyan su interés por la droga.

La suposición que guía la necesidad de aumentar actividades incompatibles con el consumo, es estar en una mejor posición para resistir el estrés o los estados de ansiedad.

La prevención de recaídas ha mostrado resultados satisfactorios en una variedad de tratamientos de adicciones, como a la cocaína (Carroll, 1998), entre otras sustancias. Como se puede ver, la prevención de recaídas ofrece una variedad de estrategias al consumidor para mantener la abstinencia. Entender que las recaídas tienen diferente intensidad, ayuda a que el usuario no las conciba como un fracaso en su recuperación y a mantener su participación en el tratamiento.

Conclusión

Una comprensión clara de los componentes del TBUC permite que el terapeuta tenga un mayor apego al marco clínico cognitivo conductual que lo sustenta. En este sentido, las variaciones pertinentes de la estructura de las sesiones y de la flexibilidad del tratamiento, así como eventuales adaptaciones al contexto de servicio del terapeuta, tienen como límite su compatibilidad con el fundamento del TBUC. Como se revisará en el siguiente capítulo, los cuatro componentes tratados, dan lugar a una variedad de procedimientos clínicos de evaluación y tratamiento específicos. Se sugiere que el terapeuta consulte las referencias de investigación para aumentar su comprensión de las herramientas, uso y resultados. 

4 TBUC: SESIONES, EVALUACIÓN Y TÓPICOS

Los tratamientos cognitivo conductuales como el TBUC son altamente estructurados y didácticos. El terapeuta que aplica un tratamiento cognitivo conductual asume una posición directiva y activa respecto a las actividades de la sesión, esto podría ser diferente en los terapeutas que manejan otros enfoques. Este capítulo tiene tres objetivos: el primero es mostrar las características de una sesión estructurada y cómo se favorecen las metas del tratamiento al emplear esta estructura; el segundo es mostrar el proceso de admisión y evaluación de un usuario del TBUC; y el tercer objetivo es presentar los tópicos del tratamiento, que son un conjunto de ocho estrategias para detectar situaciones de riesgo de consumo y desarrollar habilidades de enfrentamiento apropiadas.

Para cumplir con estos tres objetivos, el capítulo está distribuido en tres partes; en la primera, se describen las ventajas de conducir la sesión de manera estructurada, de acuerdo con Beck, Wright, Newman y Liese (1999); además, se presentan las características de la estructura de las sesiones del TBUC, distinguiendo tres variantes que dependen del tipo de sesión, que puede ser de admisión y evaluación, de tratamiento, y de seguimiento. En la segunda parte, se revisa el proceso de la admi-

sión de un usuario al TBUC y de la evaluación de su consumo de cocaína y otras drogas, así como, de las dificultades asociadas. En la tercera parte, se presentan los ocho tópicos del TBUC, que son un conjunto de estrategias cognitivo conductuales, para la detección de las situaciones de riesgo de consumo y el desarrollo de habilidades de enfrentamiento apropiadas.

En cada sesión de un tratamiento cognitivo conductual se desarrollan varias actividades guiadas por una meta terapéutica previamente definida. Las actividades de la sesión incluyen la revisión de ejercicios prácticos, la discusión de dificultades que pueden haber ocurrido desde la última sesión, observaciones sobre los logros alcanzados hasta ese momento, el entrenamiento de nuevas habilidades, la retroalimentación de habilidades previamente entrenadas y la explicación de actividades planeadas para la próxima sesión. El terapeuta debe tener una actitud activa y flexible, debe manejar el tiempo de forma que asegure la comprensión del usuario.

Ventajas de un tratamiento estructurado

- Mejor uso del tiempo disponible
- Centrar la atención en los asuntos prioritarios para el tratamiento



- Atmósfera de trabajo propicia para la adquisición de nuevas habilidades
- Favorece la continuidad del avance terapéutico

Respecto a la primera ventaja, el mejor uso del tiempo disponible, en una sesión típica de 60 minutos, los usuarios tienen gran interés en comentar asuntos que les importan; sin embargo, el terapeuta debe encausar estas inquietudes en el marco de referencia de la sesión y de acuerdo con los objetivos concretos del tratamiento. El terapeuta es responsable de ofrecer al usuario, desde el inicio, una imagen completa de la sesión, qué puede esperar el usuario del terapeuta y viceversa (Miller y Rollnick, 2002). El usuario y el terapeuta deben colaborar en el desarrollo de las actividades establecidas en el tiempo disponible. Acerca de la segunda ventaja, es claro que si existe una estructura que oriente las actividades de la sesión, el terapeuta y el usuario podrán enfocarse en las prioridades de ese día; desde luego, esto no quita la posibilidad de abordar asuntos complementarios, aunque de manera secundaria. Como tercera ventaja, la enseñanza de habilidades, supone una atmósfera de trabajo sistemático que favorece una adquisición sólida y ordenada, esto lo propicia la estructura de la sesión. Finalmente, como cuarta ventaja, el hecho de que el terapeuta conozca los pasos en los que consiste cada sesión, aumenta la adherencia al modelo terapéutico y disminuye la posibilidad de que la sesión pierda su dirección, lo que da continuidad al avance del usuario.

ESTRUCTURA GENERAL DE UNA SESIÓN

- *Hacer rapport*

El usuario puede llegar a la sesión con preocupaciones, que le inquietan en diferente grado, el terapeuta debe promover la exploración de estas inquietudes de manera gradual y ordenada, en los cauces de los objetivos de la sesión, brindando, además, la confianza requerida para el manejo del usuario. De ahí la

importancia del proceso de rapport, que consiste en que el terapeuta exprese empatía hacia el usuario, a través de enunciados directos, tono de voz, expresiones faciales y lenguaje corporal que indican interés, compromiso y comprensión.

Los usuarios perciben que son valorados cuando el terapeuta muestra una comprensión precisa de las ideas y preocupaciones a través de preguntas y comentarios. Una clave indicada en el proceso de empatía, es la técnica de escucha reflexiva recomendada en la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002). En este proceso es fundamental solicitar y estar abierto a la retroalimentación del usuario sobre el trabajo del terapeuta, tan pronto como sea posible. Ser sensible a las necesidades del usuario y responder a ellas propicia la alianza terapéutica. En el TBUC, el terapeuta debe fomentar un ambiente colaborativo para desarrollar las actividades de la sesión.

- *Verificar el estado de ánimo*

Una verificación breve del estado de ánimo puede ayudar a entender mejor las preocupaciones no manifestadas por el usuario. Explorar dificultades al dormir, sentimientos de fracaso o irritabilidad creciente, pueden ser señales útiles de que probablemente existe una preocupación no declarada. Si bien el estado de ánimo puede explorarse de manera general y breve, puede ser necesario abordarlo de una manera más detallada y objetiva por medio de instrumentos psicométricos. El TBUC explora los pensamientos y sentimientos relacionados con eventos de consumo y de deseo por el consumo.

Las posibles preocupaciones detectadas aquí pueden ser un asunto del terapeuta, incluso, dependiendo de la severidad de la preocupación, es posible modificar el orden de los tópicos de TBUC o, canalizar al usuario a otro tratamiento, más apropiado.

- *Establecer la agenda*

Las personas generalmente están poco familiarizadas con la forma de trabajar en un tratamiento

estructurado. La primera tarea del terapeuta es familiarizar al usuario con la noción de agenda, es decir con el orden del día. La agenda se establece en cada sesión con el acuerdo del usuario. Más que esperar una aceptación pasiva del usuario, el terapeuta explora las inquietudes que pueden ser valiosas para los objetivos de la sesión. Explicar al usuario el proceso de establecer la agenda le ayuda a entender como pueden incluirse sus preocupaciones de manera estructurada y productiva a lo largo del tratamiento; por el contrario, dejar de lado la agenda de la sesión, puede derivar en un discurso poco productivo que interfiera con los asuntos prioritarios.

- **Tender un puente con la última sesión**

Para dar continuidad al tratamiento y verificar las posibles inquietudes que resultaron en la sesión anterior, es útil preguntar al usuario su percepción y comprensión de la misma. Esto propicia una retroalimentación sobre el tratamiento que el usuario no había elaborado con anterioridad. Además, la revisión de asuntos pendientes de la sesión anterior, con base en el recuerdo del usuario, ayuda a hacerlo responsable del proceso de tratamiento. Dependiendo del juicio del terapeuta, el asunto que puede surgir de la retroalimentación puede tratarse de inmediato o incluirse en la agenda para ser tratado adelante. El terapeuta le debe preguntar al usuario si en la semana tuvo oportunidad de aplicar las habilidades aprendidas y que resultados le dieron.

- **Trabajar los asuntos de la agenda**

Un asunto inicial de la agenda, constante durante el tratamiento, es la discusión de la tarea, que incluye la discusión del autorregistro. En el TBUC se analiza un tipo de autorregistro, que incluye el monitoreo del consumo y del deseo por consumir. Los resultados de este tipo de autorregistro sirven como un indicador del avance del tratamiento y de las posibles dificultades que enfrenta el usuario. Sin

embargo, existen otras tareas, junto con el autorregistro, como poner en práctica las habilidades enseñadas en la sesión previa y reportar el resultado. En general, cumplir con las actividades sugeridas en la tarea favorece el logro de los resultados del tratamiento. La revisión cuidadosa de la tarea entre el terapeuta y el usuario en cada sesión fortalece el cumplimiento y comunica la importancia del trabajo entre sesiones. La revisión de la tarea es el foco del tratamiento en el TBUC, las inquietudes, dificultades y, alternativamente, los avances y logros deben girar en torno al cumplimiento de la tarea y lo que el usuario ha descubierto en el proceso. Dada su importancia, las tareas deben comentarse de manera sistemática, otorgando comentarios fortalecedores ante una actuación apropiada conforme los objetivos terapéuticos, o haciendo ver de manera firme la inconveniencia de no cumplir con las tareas.

Al revisar las tareas, un terapeuta con suficiente experiencia, puede establecer puentes con asuntos de la agenda de la propia sesión, o con los de otras sesiones, pasadas o futuras. Sin embargo, para el terapeuta que inicia es suficiente analizar las tareas de una en una. En esta parte de la estructura pueden combinarse intereses del tratamiento con los del usuario, una forma de hacer esto es integrar las preocupaciones de la persona en el contexto de las tareas de la sesión; otra, es discutir de manera productiva, por ejemplo, haciendo que el usuario detecte las ideas automáticas que emplea para identificar, evaluar y actuar los pensamientos que le inquietan, facilitando el alivio del síntoma (por ejemplo, ansiedad), arreglando una tarea apropiada para la siguiente sesión.

Otro asunto de la agenda, es el análisis de situaciones de consumo y la enseñanza de habilidades; esto implica resolver ejercicios de identificación de situaciones de riesgo y evaluar la forma en que el usuario actúa ante ellas. El análisis funcional de la conducta de consumo es la herramienta clave en este aspecto y permite que el usuario identifique y comunique los antecedentes, intrapersonales e



interpersonales, del consumo, cómo ocurre éste, y cuáles son sus consecuencias. Frecuentemente, es útil hacer un análisis funcional, para entender el déficit o exceso conductual del usuario en los episodios de consumo, y diseñar un plan de adquisición de las habilidades que más necesita desarrollar. La enseñanza se facilita por medio del manual de trabajo del usuario, donde se presentan y se explican los tópicos del tratamiento y las tareas a resolver. Además, es conveniente incluir en la agenda un espacio para el ensayo conductual de las habilidades y la retroalimentación de su ejecución.

Los tópicos en los que consiste el TBUC han mostrado su efectividad en el control del consumo; y aunque el orden de los mismos, está diseñado para favorecer la disminución y eventual abstinencia del consumo de cocaína, es enteramente posible (Carroll, 1998) que puedan presentarse de manera flexible, en su orden o duración (número de sesiones), según el juicio del terapeuta.

- **Hacer resúmenes**

En el TBUC se emplean tres tipos de resúmenes. En el primero, se presenta lo que el usuario dice, empleando sus palabras de manera concisa, para luego pedirle retroalimentación sobre el resumen cada vez que se reúna información. Cuando el terapeuta reciba la retroalimentación, podrá reformular su resumen, buscar más información o relacionarla con algún asunto dentro del tratamiento. El segundo tipo de resumen, se hace al terminar una sección del tratamiento, de manera que permita evaluar el logro del objetivo de esa parte. La retroalimentación que se reciba del resumen podrá indicar si procede continuar con la agenda o detenerse en algún tema que requiera mayor trabajo. El tercer tipo de resumen, se hace al final de la sesión, dado que en el tratamiento estructurado debe ser muy clara la forma en que se está avanzando. Este último resumen refuerza el compromiso con el usuario sobre su mejoría, o se identifican las dificultades que hay que resolver; debe hacerse en términos que reafirmen los logros del

usuario para aumentar su confianza; incluye lo tratado en la sesión y se debe expresar con un tono optimista. En las primeras sesiones de tratamiento el terapeuta es responsable de los resúmenes al final de la sesión, sin embargo, se recomienda delegar esta actividad al usuario, conforme avanza el tratamiento.

- **Asignar tareas para la siguiente sesión**

El terapeuta debe ser muy cuidadoso al distinguir el sentido de las tareas del TBUC. Esto implica dos cuestiones, la primera es dar a la persona un marco de referencia terapéutico de las tareas. Esto quiere decir que al resolver las tareas, la persona se sentirá mejor y le ayudarán de manera efectiva en el control del consumo. Es necesario hacer una distinción entre la concepción terapéutica y la más común de que la tarea es algo despersonalizado, rígido, impuesto y de poca utilidad. La segunda cuestión, es que en la revisión de la tarea se exploran las ventajas concretas de llevarla a cabo. Si se detecta que el usuario no está interesado en hacer algo con lo que no se siente cómodo, se debe incluir en la agenda esta forma de poca cooperación y resolverla tan pronto como sea posible para el adecuado desarrollo del tratamiento.

En general, el resultado de la evaluación de la continuidad con las sesiones previas, los asuntos pendientes de la agenda y los asuntos identificados durante los resúmenes, así como las actividades planeadas en el TBUC, contribuyen a la conformación de las tareas para la siguiente sesión. Por tanto, éstas deben considerar el avance del usuario y lo propuesto en el tratamiento.

Como se ha comentado, la estructura general de una sesión de TBUC, tiene tres variantes que se tratan a continuación: 1) admisión y evaluación, 2) tratamiento, y 3) seguimiento.

1. Estructura de las sesiones de admisión y evaluación

Este tipo de sesión involucra una estructura que contrasta con la presentada previamente. Aunque

se hace *rapport*, se establece una agenda, se hacen resúmenes y se dejan tareas, en la sesión de admisión y en la de evaluación, se pretende precisar las características del consumo del usuario y lograr una comprensión de la problemática, de acuerdo con el modelo terapéutico. Además, de la evaluación del consumo del usuario, se identifica su funcionamiento psicosocial actual, y se analizan aspectos médicos generales. El terapeuta revisa de manera cuidadosa la evaluación junto con el usuario tanto para hacer aclaraciones como para darle información objetiva al propio usuario sobre su forma de consumo. Mediante el proceso de admisión y evaluación se intenta saber si el TBUC es la mejor opción para el usuario o si hay alguna forma de tratamiento más recomendable. Una vez que se decide admitir al usuario, se le explica el modo de trabajar en este tratamiento. Los usuarios tienden a sentirse más cómodos cuando conocen lo que esperan del tratamiento, cuando entienden sus responsabilidades y las del terapeuta. Una forma de lograr la familiaridad es cuando el terapeuta explica al usuario, de manera simple, la estructura del tratamiento y las suposiciones que se hacen sobre el cambio conductual en las adicciones. Esto último involucra educar al usuario sobre su consumo y, con frecuencia, da lugar a concepciones conflictivas sobre las adicciones y su tratamiento, que deben explorarse con profundidad. En este sentido las expectativas erróneas y recurrentes del usuario sobre el tratamiento, pueden derivar de creencias no exploradas y, por tanto, desconocidas por el terapeuta. Por tanto, debe hacerse un esfuerzo por suscitar y comentar las expectativas del usuario sobre el tratamiento, contrastándolas con una clara comprensión del modelo terapéutico.

2. Estructura de las sesiones de tratamiento

Una sesión típica de TBUC involucra discutir el autorregistro del consumo y del deseo por consumir, revisar el cumplimiento de la meta cada semana, de las tareas, dar retroalimentación sobre el desem-

peño, hacer resúmenes, explicar y asignar las tareas para la siguiente sesión.

Para que en cada sesión de tratamiento se integren las actividades sugeridas, se propone llevar a cabo la regla 20 20 20 (Carroll, 1998). Este arreglo permite organizar las actividades de una sesión típica cognitivo conductual de 60 minutos divididos en tres segmentos.

Durante los primeros 20 minutos el terapeuta se enfoca en obtener una comprensión clara de las inquietudes actuales del usuario y de su funcionamiento general en diversas áreas. Así como, en conocer el nivel de consumo y el deseo por la sustancia de la semana previa. Además, el terapeuta genera preguntas que llevan al usuario a la reflexión. De esta forma el usuario habla la mayor parte del tiempo, de este primer segmento. Esto permite conocer mejor el estado actual del usuario.

Los siguientes 20 minutos están dedicados a la introducción y discusión de un tópico. En esta parte el terapeuta habla más que el usuario, aunque es conveniente que el terapeuta adapte el material de la sesión a las características del usuario y corrobore su comprensión.

Durante los últimos 20 minutos el terapeuta debe fomentar el discurso del usuario. El tema principal en esta parte es acordar cómo se deben hacer los ejercicios prácticos de la próxima sesión, anticipando las dificultades que el usuario pueda encontrar.

La estructura 20 20 20, debe concebirse sólo como una guía flexible, aunque se considera que es útil en general, debe adaptarse a las necesidades terapéuticas.

Una variación particular de las sesiones de tratamiento es la sesión final. Esta sesión no es la última del TBUC, en ella se procede a una evaluación de los resultados del tratamiento, tanto del nivel del consumo, funcionamiento psicosocial, adquisición de las habilidades de enfrentamiento del consumo, del papel del tratamiento y la significancia social de los cambios obtenidos. Los avances del tratamiento



permiten al terapeuta tomar varias acciones: primero, concluir con los tópicos del tratamiento, dejando pendientes las sesiones de seguimiento; segundo, proponer una sesión adicional para hacer una mayor revisión de algún tópico o asunto pendiente (por ejemplo, reafirmar la estrategia de solución de problemas); continuar con las reuniones de tratamiento, basadas en los tópicos del TBUC, como estrategia de contención o mantenimiento de los cambios.

3. Estructura de las sesiones de seguimiento

En este tipo de sesión, se hace una nueva evaluación del consumo del usuario, de su funcionamiento psicosocial y del papel de las habilidades de enfrentamiento enseñadas para el control del consumo. Las sesiones de seguimiento están planeadas a uno, tres, seis y doce meses de terminado el tratamiento. En estas sesiones también se puede detectar la utilidad de las estrategias y la necesidad de fortalecerlas con sesiones adicionales. En los seguimientos se analiza la trayectoria del patrón de consumo desde la admisión y la perspectiva de la abstinencia. Es posible que aún en este momento se observe consumo esporádico no controlado, lo que puede indicar la necesidad de un tratamiento distinto, más intenso que el TBUC.

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN DEL CONSUMO

La aplicación de los tratamientos cognitivo conductuales requiere de un conocimiento previo detallado y preciso del problema que experimenta el usuario y las áreas afectadas. En el TBUC es necesario determinar si el usuario se beneficiará de este tratamiento, y en su caso, cuál será el procedimiento a seguir. La información recabada durante la sesión de admisión le permite al terapeuta decidir la inclusión del usuario al TBUC, ó bien, su canalización a otro tratamiento. Una vez que se ha admitido al usuario, la sesión de evaluación permitirá conocer las características del consumo de cocaína y de otras drogas; así como, las dificultades asociadas.

Para admitir a un usuario de cocaína como usuario del TBUC, es necesario verificar que se cumpla una serie de criterios. El proceso de admisión y evaluación que se propone, tiene sus bases en la investigación sobre la planeación y entrega de servicios clínicos (Sobell y Sobell, 2000). En este sentido se ha encontrado que para aumentar la probabilidad de tener un resultado favorable del tratamiento, se deben adaptar las características del usuario con las del tratamiento; de esta forma se asegura que el usuario reciba el tratamiento adecuado.

En términos generales, los criterios de inclusión al TBUC son flexibles; esto significa que el hecho de que uno de los requisitos no se cumpla, no debe ser un impedimento absoluto para atender al usuario, con excepción de los criterios del cuestionario de preselección que se describe más adelante. Sin embargo, existen casos que sin duda, deben ser remitidos a un tratamiento residencial, porque un tratamiento ambulatorio como lo es el TBUC ya no sería útil; esos casos son usuarios que requieren de desintoxicación o que tienen alguna complicación orgánica y/o psiquiátrica. Enseguida se revisa con detalle el proceso de la admisión del usuario; y posteriormente, se estudia el proceso de evaluación del consumo de cocaína y otras drogas del usuario admitido. Para ambas secciones se presentan los instrumentos de medición empleados, la justificación de su uso, su forma de aplicación y de calificación.

Proceso de admisión del usuario

La sesión de admisión es el primer contacto que el terapeuta tiene con el usuario. Durante esta sesión se obtienen datos generales de la persona, una breve historia de su consumo de cocaína y otras drogas, de su relación con la familia y personas cercanas. El terapeuta describe las características del tratamiento, así como sus obligaciones y las del usuario. El propósito de detallar en qué consiste el tratamiento es que el usuario conozca el tiempo aproximado de duración y la manera de proceder. Si el usuario está de acuerdo con la infor-

mación proporcionada y el terapeuta decide que lo puede atender con el TBUC, se le pide firmar un consentimiento de participación. Enseguida se detalla cada paso de este proceso. Los instrumentos empleados en la sesión de admisión se encuentran en el Apéndice.

- **Ficha de identificación**

En la ficha de identificación (Apéndice) se incluyen los datos generales del usuario como su nombre, edad, etc. El propósito de tener esta ficha es poder localizar al usuario y resguardar en un expediente toda la información que proporcione, de esta forma se asegura la fácil ubicación de cualquier dato, en el momento en que se necesite. Así como, identificar características que puedan ser útiles para el proceso terapéutico.

- **Cuestionario de preselección**

El cuestionario de preselección (Apéndice) está conformado por cinco preguntas que hace el terapeuta; las opciones de respuesta son SI o NO. El objetivo de este instrumento es determinar si el usuario reúne los criterios de inclusión del TBUC. Únicamente si el usuario contesta a todas las preguntas con SI, excepto a la cuatro, se considera que puede ser usuario de TBUC. La pregunta cuatro se refiere al consumo de heroína; este aspecto es uno de los más estrictos del TBUC debido a que los usuarios de esta droga requieren otro tipo de tratamiento, así como, aquellos que no sepan leer y escribir, etc.

- **Características generales del consumo de cocaína y otras drogas**

En esta sección (Apéndice) se revisa el motivo de consulta, las características del consumo y de los tratamientos previos. Con las preguntas que conforman esta sección el terapeuta tendrá una imagen de las condiciones en las que se presenta el usuario. El motivo de consulta es útil para conocer cuál es la principal preocupación del usuario. En el apartado de las características del consumo se

explora la cantidad, frecuencia, vía de administración, entre otras; el terapeuta debe dirigir estas preguntas al usuario en el sentido del consumo reciente (últimos 12 meses) y típico. En la última sección, se revisa si el usuario ha asistido a otros tratamientos de drogas, en qué consistían y los resultados obtenidos.

- **Historia familiar y social**

Las preguntas que se hacen al usuario en este apartado (Apéndice) consisten en conocer con quién vive, si tiene presión social para consumir y si cuenta con el apoyo de amigos o familiares para dejar de hacerlo. Se le pregunta al usuario en qué actividades recreativas participa, si éstas se relacionan con las drogas y se explora su satisfacción con su estilo de vida. El propósito de estas preguntas es identificar si la persona cuenta con redes sociales que fomenten o desalienten el consumo. El hecho de que el usuario cuente con el apoyo de los otros se emplea en el tratamiento para fortalecer los motivos de cambio. Así mismo, se busca fomentar aquellas actividades recreativas incompatibles con el consumo.

- **Inventario de síntomas del consumo**

Este inventario (Ángel y Oropeza, 2006; apéndice A) incluye un total de 81 síntomas físicos y psicológicos que experimentan algunos usuarios de drogas después del consumo; tanto a corto (43) como a largo plazo (38). El objetivo es conocer los síntomas que ha presentado el usuario después del consumo de cocaína, al mes y en los últimos 12 meses. El terapeuta aplica el instrumento preguntando la frecuencia de los síntomas y la intensidad en una escala del uno al cinco, en la que uno representa la menor intensidad y cinco la mayor.

- **Cuestionario diagnóstico del consumo de sustancias**

Este cuestionario (Apéndice) está basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV, American Psychiatric Asso-



ciation), consta de 13 preguntas cuyas opciones de respuesta son SI o NO. El objetivo del instrumento es conocer si el usuario tiene dependencia a la cocaína o si reúne los criterios de abuso de drogas. Las preguntas las hace el terapeuta y se refieren a situaciones de consumo durante los últimos 12 meses. La forma de calificación consiste en contar las respuestas SI en cada una de las siguientes tres categorías:

Abuso: este diagnóstico es propio para los usuarios que hayan contestado SI a las primeras cuatro preguntas y hasta dos de la cinco a la 13.

Dependencia: se infiere que existe dependencia si el usuario contestó SI a tres o más preguntas de la cinco a la 13.

Dependencia fisiológica: esta categoría se emplea cuando el usuario contestó SI a las preguntas cinco a ocho.

- **Cuestionario de abuso de drogas**

Este cuestionario (Apéndice) consta de 20 preguntas acerca del consumo de drogas de los últimos 12 meses, sin incluir alcohol ni tabaco (De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez, y Ayala, 2001). El objetivo es determinar el nivel de consumo. Las opciones de respuesta son SI o NO. La forma de calificación consiste en asignar un punto a cada respuesta SI, excepto a las preguntas cuatro y cinco, cuyo valor es de uno al contestar NO. Al final se suman los puntos y se obtiene el nivel de consumo que va de uno a 20. La equivalencia es la siguiente: de uno a cinco se considera que el nivel de consumo es leve, de seis a diez el nivel es moderado, de 11 a 15 es sustancial, y de 16 a 20 se considera severo. Por tanto, una calificación de cero equivaldría a la ausencia de problemas por el consumo.

Con la información reunida hasta este momento de la sesión, el terapeuta debe decidir si el TBUC es una opción útil para el usuario entrevistado; en este caso, el siguiente paso es obte-

ner el consentimiento del usuario para participar en el tratamiento.

- **Consentimiento de participación**

Para poder atender al usuario con el TBUC, es necesario tener su consentimiento de participación por escrito (Apéndice). En este formato se describe de manera breve el tratamiento, se garantiza la confidencialidad de la información y se solicita el nombre de dos personas que puedan dar información sobre el usuario. Además, este formato se emplea como una manera de reforzar el compromiso del usuario y del terapeuta, por lo tanto ambos deben firmarlo. En el formato que se presenta en el apéndice A, se le pregunta al usuario si está de acuerdo en que se graben las sesiones de tratamiento en video o audio, únicamente con fines de supervisión o formación de terapeutas; si esto no fuera necesario, el formato debería de modificarse.

Al terminar la aplicación del formato de consentimiento, se le explican al usuario las dos tareas que debe hacer para la siguiente sesión, donde se evaluará su consumo. Estas dos tareas son: el autorregistro del consumo y del deseo por consumir; y el inventario de situaciones de consumo de drogas, que se describen a continuación.

- **Autorregistro**

En el TBUC se emplea un autorregistro (Méndez, Vázquez y Oropeza, 2006; apéndice A), del consumo de cocaína y del deseo de consumir; se le entrega al usuario desde la sesión de admisión y constituye una de las tareas a realizar, sesión a sesión, durante todo el tratamiento. Un autorregistro es la herramienta que permite monitorear la conducta y el contexto en el que se presenta esa conducta. El terapeuta debe explicar al usuario la utilidad de contestar el autorregistro diariamente (es preferible que lo haga por las noches, para que pueda evaluar el día completo). En el capítulo anterior se explicó en qué momento de la sesión y cómo se revisa el autorregistro.

En el autorregistro, en la parte donde se monitorea el consumo, el usuario debe informar si hubo o no consumo, en el primer caso deberá especificar la vía de administración, la cantidad consumida, si estaba solo o con otros, el lugar en el que consumió y los pensamientos relacionados; en el segundo caso deberá contestar sólo si tuvo pensamientos relacionados y cuáles fueron. Cuando ocurran recaídas, el terapeuta debe pedir al usuario mayor detalle de la situación de consumo y hacer énfasis en que las recaídas son experiencias de aprendizaje más que fracasos. En ningún caso debe olvidarse motivar al usuario.

En el autorregistro, en la parte donde se monitorea el deseo, la información que el usuario debe proporcionar es si experimentó o no deseo de consumir; en el primer caso debe especificar la duración, la intensidad del episodio más significativo de deseo en una escala de cero a cien, la cantidad de episodios de deseo al día, si el deseo estuvo acompañado de consumo y los eventos que dispararon el deseo; en el caso de que el usuario no haya experimentado deseo, anotará esta situación y dejará el resto del registro en blanco.

- **Inventario de situaciones de consumo de drogas**

El inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD, Apéndice) basado en Annis y Martin (1985), y adaptado por De León, Pérez, Oropeza y Ayala (2001), consta de 60 reactivos. El objetivo de este inventario es conocer las principales situaciones de riesgo de consumo. Se le pide al usuario que en su casa, piense en cada una de las situaciones que se le presentan y conteste en cuáles de ellas suele consumir. La manera de calificar este cuestionario se presenta en el apéndice A. Los resultados del ISCD se discuten con el usuario como parte de las actividades del primer tópico.

Proceso de evaluación del consumo

En este apartado se describe el proceso de evaluación del consumo que se lleva a cabo en el TBUC.

Las áreas que se exploran son la situación laboral, familiar y escolar; lugar de residencia; el patrón de consumo de cocaína de los últimos seis meses; aspectos del consumo de otras drogas, así como, los problemas asociados. Estos asuntos se describen a continuación.

- **Situación laboral y lugar de residencia**

El primer aspecto que aborda la entrevista de evaluación (Apéndice) tiene que ver con la ocupación actual del usuario y el tiempo que le dedica, también se le pregunta acerca de sus trabajos anteriores y si ha estado desempleado debido al consumo. El último aspecto de este apartado trata sobre el lugar donde vive, esta información puede ser útil para tener una idea sobre la estabilidad del usuario.

- **Historia del consumo de cocaína**

Las preguntas de este apartado (Apéndice) se refieren al consumo de cocaína desde la primera vez a la fecha; respecto al primer consumo, se le pide que describa las consecuencias físicas, psicológicas, sociales, entre otras. Posteriormente, se le pregunta a partir de cuando el consumo se volvió problemático y las consecuencias de ello. Por último, se explora si ha tenido períodos de abstinencia del consumo y cómo lo ha logrado; esto le da al terapeuta información útil para cuando el usuario elija la meta de tratamiento.

- **Problemas relacionados con el consumo de cocaína en el último año**

En esta sección (Apéndice) se le pregunta al usuario cuáles han sido los problemas que le ha traído el consumo en los últimos 12 meses. Para facilitar el recuerdo del usuario se le presentan ocho categorías de problemas donde se incluyen los físicos, cognitivos, afectivos, interpersonales, entre otros. Se le pide que describa los problemas que ha tenido y que asigne un número del cero al cuatro a cada categoría, para estimar la severidad del problema. En esta escala, cero representa ningún problema,



uno significa un problema leve, dos moderado, tres sustancial y cuatro severo.

- **Historia de consumo de alcohol y drogas**

Hasta ahora la entrevista se ha enfocado en conocer la historia del consumo de cocaína, puesto que para los usuarios del TBUC es la principal droga de uso. Sin embargo, también es útil conocer algunos aspectos del consumo de otras drogas, tanto legales como ilegales, incluyendo medicamentos. Por lo tanto, este apartado (Apéndice) incluye preguntas acerca de la edad de inicio de consumo de alcohol, tabaco etc., la frecuencia, la cantidad, el tiempo que lleva consumiendo y si ha tenido intentos de reducción o abstinencia. El usuario debe clasificar si tiene o no problemas con cada una de las drogas que se le preguntan; ésta clasificación se hace como en el apartado anterior, asignando números del cero al cuatro dependiendo del nivel del problema.

- **Línea base retrospectiva**

La última actividad de evaluación del consumo, antes de explicar la tarea de la siguiente sesión, es contestar la línea base retrospectiva (Sobell y Sobell, 1992); su objetivo es conocer el patrón de consumo de cocaína de los últimos seis meses. La aplicación de este instrumento (Apéndice) consiste en que el terapeuta pregunte al usuario la cantidad consumida por día, a partir de la fecha actual, hacia atrás. En el caso de que el usuario no recuerde el consumo diario, se puede preguntar por semana o mes. El terapeuta debe registrar la cantidad en gramos, en un calendario como el que se presenta en el apéndice B. Para facilitar el recuerdo, se le recomienda al usuario basarse en fechas significativas como cumpleaños, días de pago, días festivos, entre otras.

Al finalizar el proceso de evaluación del consumo, se le explica al usuario que las siguientes sesiones se dedicarán a trabajar los tópicos del tratamiento, que se describen en la tercera parte de

este capítulo. Se explica la tarea que consiste en: el llenado del autorregistro, contestar los ejercicios del primer tópico, y el cuestionario de autoconfianza del uso de drogas (CACD) que se describe enseguida.

- **Cuestionario de autoconfianza del uso de drogas**

El CACD está basado en Annis y Martin (1985), se conforma por 60 afirmaciones sobre situaciones de consumo de drogas. El objetivo del CACD (De León, Pérez, Oropeza y Ayala, 2001) es conocer la confianza que tiene el usuario para rehusarse al consumo. Debido a la longitud del cuestionario se le pide al usuario que lo conteste en casa, en un momento en que esté tranquilo para que pueda imaginarse cada una de las situaciones que se le presentan. La manera de calificar este cuestionario se presenta en el apéndice A. Los resultados del CACD se discuten con el usuario como parte de las actividades del primer tópico.

La información obtenida del proceso de admisión y evaluación, es valiosa para entender aspectos del consumo del usuario y dirigir el tratamiento. También se pueden conocer los recursos actuales del usuario para el manejo de situaciones de riesgo y las áreas de déficit que demandan mayor atención.

TÓPICOS DEL TBUC


Los tópicos del tratamiento comprenden un conjunto amplio y variado de ocho intervenciones cuyo objetivo general es la detección de situaciones de riesgo de consumo y el desarrollo de habilidades de afrontamiento apropiadas, la meta terapéutica es la reducción del consumo hasta lograr la abstinencia. El razonamiento detrás de estos ocho tópicos de intervención es ofrecer al usuario un conjunto de habilidades genéricas suficientes para enfrentar la gran mayoría de las situaciones de riesgo de consumo.

Además de las estrategias de detección de riesgo y enfrentamiento, al inicio, se plantea una intervención motivacional para establecer la meta del tratamiento, empleando el balance decisional. Este balance decisional debe revisarse periódicamente

durante el tratamiento, en tanto, la recomendación de Prochaska y DiClemente (1983) es que la disposición al cambio varía y es probable reincidir en la precontemplación en cualquier momento del tratamiento. Además el hecho de verificar el balance decisional, de vez en cuando, puede ser una herramienta útil para la prevención de recaídas.

Cómo se ha discutido, el TBUC es flexible, pues un tópico puede involucrar una o más de una sesión de tratamiento. Lo importante del avance del tratamiento es lograr la comprensión y dominio de las estrategias de detección de situaciones de riesgo y las habilidades de enfrentamiento, incluyendo la prevención de recaídas. Además, la flexibilidad implica que el terapeuta debe determinar los recursos y necesidades del usuario, para hacer un arreglo apropiado de los tópicos. Es probable que alguna estrategia, como las respuestas asertivas de rechazo (quinto tópico), no sea lo suficientemente oportuna o apropiada para las situaciones de riesgo de consumo definidas por algún usuario; además, es posible que el usuario tenga excelentes habilidades de rechazo desde el inicio y, por tanto, no tenga que ser objeto este tópico de una ilustración amplia, sino, probablemente, sólo sea necesario actualizar la herramienta de asertividad con algún ejercicio mínimo. Sin embargo, es posible que otro usuario requiera hacer un refinamiento sobre las habilidades asertivas de rechazo, no ante un "proveedor" (como en el ejemplo del material del usuario) sino, ante su pareja.

Este grado de flexibilidad existe en el TBUC, con el fin de que el tratamiento sea realmente pertinente a las necesidades y condiciones del usuario. Para un manejo adecuado de los tópicos en la estructura de la sesión cognitiva conductual, es fundamental tomar en cuenta tres puntos, tratados ya en la primera parte del capítulo: 1) la continuidad entre las sesiones; 2) la asignación de las tareas; y 3) el establecimiento de la agenda. Estos aspectos dentro de la sesión permitirán determinar la importancia, utilidad y necesidad de cada uno de los tópicos diseñados para el manejo del consumo. Los tópicos son la parte central del TBUC y definen el desarrollo de las actividades, sin embargo, la práctica también indica que existen necesidades del usuario que deben contemplarse y que, más que obstáculos, pueden llegar a ser útiles al tratamiento, siempre que el terapeuta sepa cómo encausarlas.

Una recomendación que se ha hecho a lo largo del manual es considerar, cómo al responder a las necesidades del usuario, es posible mantener la estructura de la sesión, y de los tópicos del tratamiento. Lograr este balance de manera exitosa es una tarea central del terapeuta para obtener los objetivos descritos por el TBUC. La guía para hacer adecuaciones del TBUC al usuario, al escenario o a la institución de servicio, es mantener los componentes clínicos del tratamiento (revisados en el tercer capítulo). A continuación se presentan los ocho tópicos del TBUC, sus objetivos, características y las recomendaciones típicas de su aplicación. 



Tópico I. Balance decisional y establecimiento de la meta

Objetivo

El objetivo de este tópico es motivar al usuario a que abandone su consumo de cocaína, ya sea reduciéndolo gradualmente, o buscando la abstinencia desde ésta sesión.

Material

- Autorregistro
- Ejercicios y lecturas del tópico I

Actividades del tópico I

A partir de este tópico y hasta el ocho, se sigue la estructura propuesta en el capítulo cuatro, sobre sesiones de tratamiento. Enseguida se revisan aspectos útiles para el terapeuta sobre las actividades específicas del tópico uno, contenidas en el material del usuario.

Ambivalencia y balance decisional

El primer concepto que se discute en esta actividad, es la ambivalencia, ésta se refiere a la indecisión entre dos alternativas que se perciben igualmente atractivas, pero que generalmente son incompatibles. Es útil emplear el diagrama de toma de decisiones que se encuentra en el material del usuario para explicar la ambivalencia.

Un aspecto central de la sesión es subrayar el carácter de la ambivalencia como un proceso normal, lo que establece un clima de aceptación de las necesidades del usuario. A continuación, se trabaja el balance decisional, donde se hace un análisis entre las ventajas y desventajas de dos alternativas, en este caso, del consumo y no consumo. El balance decisional se emplea con la finalidad de crear o aumentar la discrepancia entre las consecuencias del estado actual (consumo) y el deseado (abstinencia). Mientras se discute el balance decisional, el terapeuta debe subrayar las consecuencias del consumo a largo plazo, esto ayuda al usuario a no

centrarse sólo en los beneficios. Además, se le puede pedir al usuario reconsiderar los beneficios reales que le trae la cocaína, señalando que lo que antes podía ser una ventaja, no necesariamente lo es actualmente, o lo que es una ventaja para otra persona no tiene porque serlo también para él. Enseguida se presenta un ejemplo de este ejercicio.

	Dejar de consumir	Continuar consumiendo
Ventajas de:	Controlar mi vida. Disminuir los problemas en mi trabajo	Me ayuda a activarme
Desventajas de:	Sentirme deprimido	Problemas económicos

Discutir las razones para cambiar

Se exploran y discuten las razones del usuario para cambiar su consumo de cocaína. En caso de que el usuario no tenga motivos suficientes para el cambio, el terapeuta deberá promover un análisis de las consecuencias del consumo a largo plazo. Además, se propone seguir las sugerencias de Miller y Rollnick (2002) para ayudar a los usuarios a que identifiquen sus razones de cambio; en concreto se trata de cinco habilidades clínicas; la primera se refiere, a la facilidad para hacer preguntas abiertas, éstas crean una atmósfera de confianza y propician el habla del usuario; la segunda habilidad es la escucha reflexiva, involucra la forma en la que el terapeuta responde al usuario, se espera que el terapeuta parafrasee el mensaje original, para que el usuario ratifique o corrija la información; la tercera habilidad consiste en hacer afirmaciones positivas que muestren comprensión; la cuarta habilidad implica hacer resúmenes de la información reunida a

lo largo de la sesión, o bien, de segmentos de ésta; la quinta habilidad es provocar afirmaciones auto-motivadoras, para ayudar a los usuarios a resolver su ambivalencia, mediante estos comentarios, se espera que el usuario reconozca su problema e intente cambiarlo.

Establecimiento de la meta del tratamiento

El TBUC ofrece la posibilidad de llegar a la abstinencia a través de dos caminos, la reducción gradual del consumo, y el abandono del consumo. En el caso de la disminución, el usuario junto con el terapeuta elegirá, las condiciones (días, cantidad, dosis) bajo las cuales podrá consumir, éstas deben poseer un grado de dificultad cada vez más alto, conforme se vayan alcanzando los objetivos del tratamiento semana tras semana; de esta manera, hacia la última sesión será más probable alcanzar la abstinencia; en el caso del abandono, se trabajará el no consumo bajo cualquier circunstancia. En ambos casos, es útil preguntar al usuario si se ha propuesto esa meta en otras ocasiones y por cuánto tiempo la ha logrado.


Una tarea central del terapeuta en esta actividad es aumentar la probabilidad de que la meta se cumpla; en este sentido, se deben verificar los datos de la historia y del autorregistro de consumo para saber que tan factible es la meta propuesta. Es posible sugerir al usuario un cambio en la meta elegida o bien, esperar una semana para verificarla, sin embargo, es fundamental que sea el usuario quien proponga la meta.

Confianza en el logro de la meta

Se ha encontrado que una elevada autoeficacia

para lograr la meta de tratamiento, hace más posible su cumplimiento. Por lo anterior, en el TBUC, se le preguntan al usuario tres aspectos relacionados con su autoeficacia sobre el control del consumo en situaciones de riesgo. Las preguntas son: ¿Qué tan importante es lograr la meta establecida?, ¿En general, qué tan confiado se siente para lograr la meta?, ¿Qué tan confiado se sentiría para lograr la meta si tuviera cocaína frente a usted?. En el material del usuario, se muestran tres escalas como la siguiente, para contestar estos aspectos. El usuario debe marcar el porcentaje que represente la importancia o confianza, según el caso, que tiene para alcanzar su meta, 0% representa “baja confianza” o “nada importante” y 100% representa “alta confianza” o “totalmente importante”. El terapeuta debe analizar las respuestas que dé el usuario a las tres escalas, y verificar las respuestas del CACD, ya que ambas mediciones se relacionan con la autoeficacia.

0%---25%---50%---75%---100%

Una vez que el usuario ya planteó su meta de tratamiento con base en el balance decisional y en sus razones para cambiar su patrón de consumo; el terapeuta debe recordar al usuario su tarea (autorregistro y lectura del tópico dos), además de que debe cerrar la sesión como se indicó en el capítulo 4. Además, se le pide al usuario que entregue el cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas (CACD), que se le dejó como tarea la sesión anterior, y se le indica que la retroalimentación del ISCD y CACD, se le dará en la siguiente cita. 



Tópico II. Manejo del consumo de cocaína

Objetivo

El objetivo de este tópico es enseñar al usuario a identificar y manejar los disparadores del consumo de cocaína.

Material

- Autorregistro
- Ejercicios y lecturas del tópico II
- Gráfica del CACD
- Gráfica del ISCD

Actividades del tópico II

En esta sesión, una vez que se revisa el autorregistro, se le da retroalimentación al usuario sobre su autoconfianza del consumo de drogas y las situaciones de riesgo de consumo, con base en las gráficas obtenidas del CACD e ISCD. Posteriormente, se revisa cada una de las actividades de este tópico.

La recuperación como meta a largo plazo y la montaña de la recuperación

Esta actividad se enfoca en dar al usuario una imagen de la abstinencia como una meta a largo plazo. La disminución progresiva o el abandono del consumo de cocaína se pueden comparar con escalar una montaña, cuya meta es alcanzar la cima. Al seguir el tratamiento el usuario constantemente obtendrá logros, pero algunas veces puede caer a lo largo del camino. La forma en que actúe ante las caídas, será importante para lograr su meta.

Identificación de disparadores, consecuencias y riesgos del consumo

Se revisan los conceptos de disparadores, consecuencias y riesgos tanto a corto como a largo plazo del consumo de cocaína.

Un disparador se refiere a aquella señal condicionada que provoca el deseo por consumir. Las consecuencias son las ventajas o desventajas del

consumo, éstas pueden ocurrir durante o tiempo después del consumo. Alternativamente, el disparador puede tener una naturaleza discriminativa, en la que es más probable que ocurra el consumo y sus consecuencias reforzantes.

Los disparadores ocurren en situaciones inesperadas como encontrarse a un familiar o amigo, situaciones que el usuario busca como entrar a un bar donde sabe que la gente consume, o situaciones emocionales como sentirse triste después de un pleito. En algunas ocasiones el disparador puede ser una sola señal, en otras ocasiones puede ser más de una, como tener dinero, problemas económicos, experimentar ansiedad, momentos de ocio, etc.

Para facilitar la identificación de las consecuencias del consumo, se pueden hacer las siguientes preguntas: ¿Piensa que se sintió mejor como resultado del consumo?, ¿Qué resultados positivos estaba buscando cuando consumió?, ¿Qué le ocurrió al consumir que lo hizo sentir mejor?, ¿El bienestar obtenido fue duradero o temporal?, ¿Tuvo alguna consecuencia desagradable después del consumo?, ¿Qué consecuencia duró más tiempo, la positiva o la negativa?.

Si una persona obtiene consecuencias agradables inmediatas al consumir, tenderá a hacer lo mismo nuevamente (reforzamiento positivo). Sin embargo, a mediano y a largo plazo, el consumo trae consecuencias desagradables. Cuando el usuario piense en las consecuencias agradables de su consumo, es importante analizar los riesgos que éste conlleva. Por ejemplo, manejar de una fiesta a la casa, intoxicado, sin ser detenido por la policía; no obstante que llegó a casa, está presente el riesgo eventual de ser arrestado o de tener un accidente.

Una vez que el usuario reconoce estos conceptos, los identificará en diferentes experiencias de consumo, para lo cual en el material del usuario se presentan algunos ejercicios, como los siguientes:

En este ejercicio el usuario debe mencionar los disparadores, el contexto y las consecuencias de su consumo.

¿Qué ocurrió?	Lugar	Disparador
Mi jefe me llamó la atención por haber llegado tarde	En el trabajo	Enojo

Cuando el usuario ha perdido el control de su consumo, los disparadores y las consecuencias van de la mano. Por ejemplo, un usuario consume en una fiesta (disparador), cuando no se siente tranquilo (otro disparador), porque busca relajarse (resultado inmediato). Su consumo le produce “crudas” y remordimientos (resultados demorados). Esto significa que los disparadores y las consecuencias se han generalizado a varios ambientes en la vida del usuario.


Un segundo ejercicio consiste en enseñar al usuario a tomar en cuenta las consecuencias tanto a corto, como a largo plazo, así como a reconocer que en muchas situaciones existen riesgos potenciales de consumo, se espera que el usuario conteste una tabla como la siguiente:

Fecha	18 octubre 2005
Situación de consumo	estaba tenso en una fiesta
Consecuencias positivas	me relajé
Consecuencias negativas	me decepcioné
Riesgos	maneje intoxicado a mi casa y pude tener un accidente
Evaluación	puedo cambiar la sensación de tensión sin consumir

El último ejercicio consiste en pedirle al usuario que describa una situación de consumo excesivo de cocaína, que identifique los disparadores asociados con esa situación de consumo, las consecuencias y riesgos asociados, y la frecuencia con la que ocurrió esa situación durante el último año.

Desarrollo de planes de acción

Los planes de acción son centrales para que el usuario pueda ejecutar lo que ha aprendido, por ello constituyen una tarea frecuente a lo largo del tratamiento. Para crear un plan de acción, el usuario debe pensar actividades alternas al consumo y elegir la que crea que es más probable para llevar a cabo. En el TBUC se trabajan cinco pasos para cada plan, estos son: 1) pensar en una situación relacionada con el consumo de cocaína, 2) identificar algunas actividades alternas al consumo, 3) hacer una jerarquía de las actividades alternas, en orden mayor a menor interés, 4) elegir la opción que tenga más probabilidades de ejecución, 5) señalar cómo, cuándo y dónde va a llevar a cabo la actividad alterna.

Antes de terminar la sesión, el terapeuta le recomienda al usuario que tenga presente la analogía de la montaña de la recuperación, que analice los disparadores, las consecuencias y los riesgos de consumo, y que lleve a cabo los planes de acción para el manejo efectivo de las situaciones de riesgo. Además, se le piden las tareas de autorregistro y la lectura del tópico III. 



Tópico III. Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína

Objetivo

El objetivo de este tópico es enseñar al usuario a identificar y manejar, por medio de las técnicas de evitación y enfrentamiento, sus pensamientos relacionados con el consumo de cocaína.

Material

- Autorregistro
- Ejercicios y lecturas del tópico III

Actividades del tópico III

Identificación y manejo de pensamientos

Los pensamientos acerca de la cocaína constituyen uno de los disparadores más frecuentes del consumo; por lo que se considera útil enseñar al usuario a identificar y manejar esos pensamientos, que generalmente son automáticos. La primera actividad que se revisa en este tópico, está dirigida a facilitar la identificación de los pensamientos asociados al consumo, consiste en discutir con el usuario las características de los pensamientos automáticos y solicitar que dé ejemplos. Este tipo de pensamientos suelen ser específicos, por ejemplo, un usuario puede creer que necesita consumir en un momento determinado; parecen taquigrafiados, es decir, son frases cortas como “necesito coca”; con frecuencia son irracionales, por ejemplo, “sin la coca no sobreviviré”; son espontáneos; en general, se expresan en los términos “tengo que o debería de consumir”; son extremos, como pensar “solo la coca me hace sentir bien”; son difíciles de desviar, es decir, se cree que no se puede dejar de pensar en la droga; son aprendidos, etc.

Una vez que el usuario es capaz de identificar sus pensamientos automáticos, se le enseñará a manejarlos. Las técnicas que se emplean para manejar los pensamientos son la evitación y el enfrentamiento. La evitación se refiere a la capacidad cognitiva para

modificar pensamientos y deseos que preceden al consumo; algunas estrategias para lograr esto son, enseñar al usuario a desafiar los pensamientos sobre la cocaína generando pensamientos positivos, recordar las ventajas de no consumir, entre otras. El enfrentamiento conductual es útil para manejar adecuadamente una situación de riesgo de consumo; algunas estrategias consisten en relacionar una experiencia de consumo con estados físicos, psicológicos y sociales negativos, establecer prioridades por medio de una lista de actividades incompatibles con el consumo, hablar con amistades sobre sus pensamientos relacionados con el consumo, entre otras. En las siguientes actividades se detallarán los ejercicios específicos que se trabajan con el usuario para evitar y enfrentar sus pensamientos.

Diario de pensamientos

El diario de pensamientos es un ejercicio en el que se le pide al usuario que recuerde una situación de consumo e identifique los pensamientos asociados a ella. Posteriormente, se le pide que evalúe, en una escala de 0 a 100%, la veracidad con la que se experimentó cada pensamiento, tanto en ese momento como al día siguiente. Por veracidad se entiende la cercanía con la que el usuario vivió el pensamiento. Enseguida se presenta un ejemplo de este ejercicio.

Día	Jueves
Hora	18:20
Situación	Al salir del trabajo
Pensamiento automático	Necesito consumir para quitarme el cansancio
% veracidad en ese momento	90%
% veracidad al día siguiente	30%

Situaciones de consumo, estados negativos particulares y pensamientos asociados

Este ejercicio ayudará al usuario a identificar los pensamientos que se presentan antes del consumo de cocaína. Concretamente lo que el usuario debe hacer es recordar una situación de consumo, los estados físicos, psicológicos y sociales que le anteceden, así como, los pensamientos asociados. Un ejemplo de cómo debe contestar el usuario es el siguiente:

Estados negativos y pensamientos asociados al consumo

Situación	Físicos	Psicológicos	Sociales
El fin de semana, en una reunión de la escuela con amigos.	Sentía cansancio y pensaba que podía tener más energía si consumía.	Me sentía deprimido y pensaba que la cocaína me podía ayudar a levantar mi estado de ánimo.	Sentía que no me incluían en el grupo y pensaba que si consumía lo harían.

Hoja de cambios para las siguientes cinco semanas

La hoja de cambios constituye metas que el usuario se planteará para las siguientes cinco semanas. Los cambios que se trabajen pueden pertenecer al área social, familiar, escolar, laboral, o cualquier otra que el usuario considere necesaria. El usuario debe escribir los cambios que se proponga como en el ejemplo que se muestra enseguida, así como, las razones por los que eligió esos cambios, los pasos a seguir, los obstáculos que pueden interferir con el plan de acción, y el apoyo social con el que cuenta.

Área	Cambios	Razones	Pasos	Obstáculos	Apoyo Social
Social	Tener una mejor convivencia con mis amigos que no consumen.	Porque me separé de ellos debido al consumo.	Buscar a mis amigos, decirles que me interesa su compañía.	Tal vez alguno de ellos me niegue su compañía.	Hermanos.


Enfrentamiento de pensamientos sobre cocaína

Este ejercicio es útil para que el usuario proporcione estrategias de enfrentamiento, a partir de un análisis de los pensamientos previos al consumo. Para crear un plan de enfrentamiento de pensamientos, el usuario debe describir una situación de consumo, sus consecuencias (positivas y negativas), los pensamientos previos (positivos y negativos), las habilidades conductuales que ha empleado en situaciones similares para no consumir, una estrategia detallada de enfrentamiento, así como, las actividades alternas al consumo cuando esté en una situación de riesgo. Se presenta un ejemplo de cómo se debe ordenar esta información.

Fecha	5 Ene 2005
Situación de consumo	En una fiesta con mis amigos.
Consecuencias positivas	Voy a poder "ligar" y me voy a liberar de los problemas.
Consecuencias negativas	Voy a recaer en el consumo y voy a gastar más dinero.
Pensamientos positivos	Me desinhibo.
Pensamientos negativos	Pierdo el control de mis actos.
Habilidades	Rechazar el ofrecimiento de la droga.
Estrategias	Ser enfático y firme en mi respuesta.
Actividades alternas	Bailar, estar con un grupo de amigos que no consuman.

Lista de teléfonos de emergencia

Debido a que las redes sociales son un apoyo que motiva y mantiene el cambio, se busca que el usuario tenga una lista de teléfonos de aquellas personas que considere que puedan ayudarlo a manejar sus pensamientos sobre la cocaína.

Al finalizar este tópico, el usuario habrá identificado y analizado sus pensamientos relacionados con el consumo. En las siguientes sesiones se revisará el avance de los planes de acción para evitar y enfrentar las situaciones de consumo. La tarea consiste en el autorregistro y la lectura del tópico IV. 



Tópico IV. Identificación y manejo del deseo de consumo de cocaína

Objetivo

El objetivo de este tópico es enseñar al usuario a identificar y a manejar el deseo de consumir cocaína.

Material

- Autorregistro
- Ejercicios y lecturas del tópico IV

Actividades del tópico IV

Cómo entender el deseo

La primera actividad propia del tópico cuatro consiste en discutir con el usuario que, así como sucede con los pensamientos relacionados con la cocaína, el deseo por la droga puede ser uno de los disparadores más frecuentes del consumo.

Sin embargo, durante la sesión se hace un esfuerzo para que el usuario conciba las experiencias del deseo por la cocaína de una forma menos amenazante. Se propone que el deseo es normal y aunque generalmente es una experiencia incómoda, es más probable que surja al inicio del tratamiento que meses o años después de no consumir.

Se discute con el usuario la naturaleza del deseo, en el sentido de que cada episodio tiene un tiempo limitado, en ocasiones dura sólo unos minutos y máximo unas horas; su intensidad es variable, de leve a alta; y su ocurrencia responde a señales físicas del usuario como tensión corporal y nerviosismo, o bien, a señales psicológicas como recordar las ventajas del consumo.

Identificación de situaciones de consumo y de deseo

Para que el usuario identifique la relación que tiene el deseo con algunas situaciones de consumo, se presenta un ejercicio donde debe escribir uno o varios disparadores de consumo, pensamientos y sentimientos previos al consumo, características del deseo y de la conducta de consumo. Se presenta un ejemplo.

Fecha y hora	Disparador	Pensamientos
8 mayo 05 17:30 hrs.	Me ofrecieron cocaína en una fiesta.	Pensé que olvidaría los problemas de la semana.
Sentimientos	Deseo	Conducta
Me sentía fastidiado.	Cosquilleo en la nariz y en la boca.	Acepté y consumí.

Lista de disparadores del deseo

Una vez que el usuario ha identificado situaciones de consumo y de deseo, deberá centrarse en los disparadores del deseo para conocer como se pueden manejar. El autorregistro puede ser útil para ayudar al usuario a reconocer sus disparadores, éstos pueden ser la exposición directa a la cocaína, la observación de otras personas consumiendo, los lugares y las situaciones asociadas con un consumo previo (fiestas, bares, la salida del trabajo, fines de semana), las emociones negativas o positivas (frustración, estrés, excitación o sentimientos de logro), etc. Para que el usuario reconozca si puede evitar sus disparadores o únicamente reducir su exposición a ellos, se propone el siguiente ejercicio.

Disparador	¿Puedo evitarlo?	¿Cómo lo evitaría?
Tener cocaína en casa.	X	Desechando la droga.
¿Puedo reducir su exposición?	¿Cómo reduciría su exposición?	

Lista de actividades de evitación

Se ha encontrado que una de las estrategias para manejar el deseo es realizar actividades incompatibles con el consumo; por lo que se sugiere que el usuario genere una lista de este tipo de actividades y evalúe la probabilidad de llevarlas a cabo, con base en una escala de 0 a 100%, en donde 0% representa nada factible y 100% totalmente factible. Además, el usuario debe escribir lo que necesita incluyendo el lugar para realizar cada actividad. La tarea del terapeuta es revisar junto con el usuario las actividades y dar seguimiento a su efectividad; es recomendable hacer preguntas al usuario sobre la frecuencia con la que realiza esas actividades, con el fin de verificar su factibilidad. Enseguida se presenta un ejemplo.

Actividad	Probabilidad de llevarla a cabo	¿Qué necesito para llevarla a cabo?	Lugar
Salir con mi pareja	(0 a 100%) 100%	Platicarle del consumo y pedirle que pase más tiempo conmigo.	En lugares donde no acostumbro consumir como cafeterías.

Las estrategias de enfrentamiento que se recomiendan al usuario para manejar su deseo por consumir son las siguientes:

Hablar del deseo

Así como, en el tópico tres, se comentó con el usuario la utilidad de hablar sobre sus pensamientos relacionados con el consumo, se ha encontrado que esta estrategia también es útil para manejar el deseo. Por lo tanto, se le pide al usuario que tenga disponible la lista de personas a quienes les pueda llamar en el caso de que necesite platicar sobre su deseo de consumo.

Autoplática constructiva

El cambio de la autoplática destructiva que se propone, se refiere a enseñar al usuario a mejorar su diálogo interno, esto significa que en lugar de pensar en los beneficios aparentes del consumo, se piensen sus consecuencias negativas y sus riesgos, tanto a corto, mediano y largo plazo. Una autoplática destructiva consistiría en ideas distorsionadas o exageraciones sobre la necesidad del consumo, en cambio una autoplática constructiva haría pensar al usuario en las ventajas de no consumir.

Sentir el deseo

Como una forma de manejar el deseo, es útil explicar al usuario que cada episodio es como una ola de mar, que conforme crece, toma fuerza hasta llegar a su límite y luego se desvanece. El propósito de enseñar al usuario esta analogía, es que aprenda a seguir el curso completo de un episodio de deseo, sin consumir.

Para que el usuario experimente el episodio de deseo se le recomienda que permanezca sentado, respire lentamente y se concentre en las sensaciones que tiene, así podrá distinguir en que parte de su cuerpo se presenta el deseo, puede decirlo en voz alta. Por ejemplo: "mi deseo lo siento en la boca, o en el estómago". Posteriormente, el usuario debe describir con detalle las sensaciones (por ejemplo, si tiene frío o calor, si sus músculos están tensos o relajados, etc.) y estar pendiente de los cambios que ocurren. El terapeuta puede sugerir que repita este ejercicio de focalización las veces que sea necesario, hasta que disminuya la intensidad del deseo.

Ventajas y desventajas del consumo

En el material del usuario hay una tabla como la siguiente, en la cual se le pide que escriba las ventajas de no consumir, así como las desventajas de consumir a corto, mediano, y largo plazo.



Plazo	Ventajas de no consumir	Desventajas de consumir
Corto		
Mediano		
Largo		

Una vez que se discute lo anterior, el terapeuta junto con el usuario evalúa cada respuesta. Posteriormente, se eligen las ventajas de no consumir y las desventajas de consumir, más relevantes para el usuario, éstas se pueden anotar en una tarjeta como la siguiente (que se encuentra en el material del usuario), se le sugiere recortarla y traerla consigo para leerla cada vez que tenga deseo de consumir.

Ventajas de no consumir	Desventajas de consumir

Plan de enfrentamiento del deseo

La última actividad del tópico cuatro es hacer un plan de acción para aplicar las estrategias aprendidas. El usuario debe escoger algunas estrategias para practicar cuando experimente el deseo y escribirlas en una tabla como la siguiente. En la sesión, se discute la factibilidad de cada estrategia elegida.

Situación en que se presenta el deseo	Estrategia	Pasos
Al salir de trabajar el sábado por la tarde	Sentir el deseo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llegar a mi casa 2. Acostarme en la cama 3. Esperar los signos de deseo 4. Identificarlos 5. Resistir el deseo sin consumir

Con este tópico el usuario habrá aprendido estrategias para manejar su deseo del consumo. La tarea consiste en el autorregistro, así como, en la lectura del tópico cinco.

Evaluación del enfrentamiento del deseo

La finalidad de este ejercicio es que el usuario monitoree las estrategias de manejo del deseo y las evalúe durante la semana, para lo cual debe emplear una tabla como la siguiente. Este ejercicio se revisa durante el tópico cinco.

Día y hora	Situación, sentimientos y pensamientos	Intensidad
Viernes 3 pm	Discutí con mi jefe, me sentí frustrado y enojado.	75
Duración	¿Cómo lo enfrenté?	¿Cómo lo enfrenté?
20 min.	Llamé a mi casa y hablé con María.	Llamé a mi casa y hablé con María.

Tópico V. Habilidades asertivas de rechazo

Objetivo

El objetivo de este tópico es enseñar al usuario habilidades asertivas de rechazo al ofrecimiento de cocaína, que le servirán para controlar posibles situaciones de riesgo.

Material

- Autorregistro
- Ejercicios y lecturas del tópico V

Actividades del tópico V

Tipos de respuesta y análisis de la situación

La primera actividad del tópico cinco consiste en discutir con el usuario las características y algunos ejemplos de respuestas agresivas, pasivas y asertivas. Una vez que se distinguieron los tres tipos de respuesta, se analizan algunas situaciones de riesgo de consumo y se identifican las fuentes de acceso a la cocaína o los proveedores. Para facilitar el recuerdo del usuario, se le presenta un ejercicio como el siguiente en el que debe escribir quién proveyó la sustancia, cuándo, en dónde, y cómo, es decir qué medio se empleó.

Quién	Cuándo	Dónde	Cómo
Un amigo	4 noviembre 05	En el bar "x"	Al saludarme, en un papel.

Evaluación de las respuestas asertivas

El usuario debe estar preparado para dar respuestas prácticas y asertivas a los proveedores; por lo que se sugiere que haga una lista de algunas de éstas respuestas, que daría si un proveedor le ofreciera cocaína. A continuación se presentan algunos ejemplos.

- Por ahora no tengo dinero, yo te busco.
- Gracias, pero decidí dejar la cocaína.
- Ya no me traigas, ya no quiero consumir.

- Me siento un poco mal y no quiero consumir así.
- No tengo tiempo, me tengo que ir.
- Estoy en tratamiento para dejar la coca.
- Quiero moderar mi consumo, hoy no quiero cocaína.

Posteriormente, se le pide al usuario, que elija las tres respuestas que considere más efectivas y que explique porque lo piensa así. Por ejemplo, si el usuario le dice a su proveedor: "por ahora no tengo dinero, yo te busco". Esta respuesta la eligió como una manera de evitar que en ese momento le den la droga. El papel del terapeuta es verificar que la respuesta sea factible y que el usuario esté convencido de que esa sea una respuesta firme y clara. Un procedimiento útil para que el usuario ejercite las habilidades de rechazo seleccionadas es hacer un ensayo conductual, donde el terapeuta juegue el papel del proveedor; se debe moldear y retroalimentar la ejecución del usuario.

Respuestas asertivas al ofrecimiento de cocaína

Las respuestas asertivas son respuestas verbales que se caracterizan por ser claras, contundentes, adecuadas y oportunas; éstas son indispensables para obtener éxito al rechazar el ofrecimiento de cocaína. La mayoría de los usuarios comentan que cuando apenas intentan abandonar o moderar el uso de cocaína, su rechazo ante las fuentes de acceso debe ser más firme por la insistencia que éstas ejercen.

Algunas sugerencias útiles para enfrentar a los proveedores de cocaína son:

- Decir "no" al primer ofrecimiento
- Establecer contacto visual directo con la persona que hace el ofrecimiento
- Pedir al proveedor que no vuelva a ofrecerle cocaína



- No actuar con temor al establecer límites con la fuente de acceso
- Ser firme para cerrar cualquier posibilidad de un futuro ofrecimiento

En la sesión se debe discutir con el usuario cuáles son sus respuestas asertivas, para facilitar el recuerdo, es conveniente que las escriba en una tabla como la siguiente.

Proveedor o fuente de acceso	Respuesta asertiva de rechazo
Un amigo con quien solía consumir	No, gracias. ya no consumo

Manejo de los proveedores


La identificación de los proveedores aumenta la probabilidad de enfrentarlos con éxito y de evitar situaciones que impliquen un alto riesgo de consumo. Con el siguiente ejercicio el usuario hará un plan de acción para eliminar el acceso de los proveedores.

Proveedor	Pasos para eliminar el acceso
Un "contacto"	No contestarle las llamadas No quedarme a platicar con él si lo encuentro

Efectividad de las respuestas asertivas

Hacer una evaluación de cómo han funcionado las respuestas asertivas hasta ahora, le da al usuario la pauta para mantener o modificar dichas respuestas. La siguiente tabla facilita la evaluación de las respuestas.

Proveedor	Lugar donde le ofrecieron cocaína	Respuesta
Un amigo	En una fiesta	Ya no, gracias
¿Funcionó su respuesta?		¿Funcionó su respuesta?
Sí, pero pude ser más contundente		Sí, pero pude ser más contundente

En esta sesión el usuario identificó las fuentes de acceso a las que se expone con mayor frecuencia y aprendió cómo rechazarlas de manera asertiva. La tarea consiste en el autorregistro y la lectura del tópico seis. 

Tópico VI. Decisiones aparentemente irrelevantes

Objetivo

El objetivo de este tópico es enseñar al usuario a tomar decisiones que prevengan la ocurrencia de situaciones de riesgo de consumo.

Material

- Autorregistro
- Ejercicios y lecturas del tópico VI

Actividades del tópico VI

Explicación de las decisiones aparentemente irrelevantes y las señales rojas

La primera actividad de este tópico consiste en platicar con el usuario el significado, de las decisiones aparentemente irrelevantes (DAI). Las DAI se refieren a decisiones basadas en razonamientos y juicios que tienden a minimizar el hecho de estar en situaciones de riesgo de consumo, a pesar de que aparentemente no se relacionan con el uso de la droga.

Cuando se trabaja este tópico, se le enseña al usuario a identificar e interrumpir la cadena de DAI. Se ha observado que es posible interrumpir la cadena de decisiones en algún punto antes de usar la droga, pero que es más difícil hacerlo hacia el final de la cadena, cuando el sujeto está en una situación de acceso inmediato a la cocaína y abundan señales ambientales para usarla. Por lo tanto, es necesario aprender a detectar las decisiones que ocurren al principio de la cadena, donde el riesgo, el deseo y la disponibilidad de la cocaína son todavía relativamente bajos y, en consecuencia, es más probable interrumpir la cadena que puede terminar en el consumo.

Otro aspecto que se trabaja con el usuario, es la prevención de recaídas, a partir de la detección de los estados afectivos a los que frecuentemente responde usando cocaína (por ejemplo, aburrimiento o soledad). En este contexto se le enseña al usuario

a manejar los pensamientos distorsionados (como la minimización o negación del riesgo); se discuten algunos ejemplos como los siguientes:

- Una persona al usar cocaína, intenta justificar su uso dando una serie de razones explicando porque la usó.
- Un usuario afirma que sus amigos lo invitan a una fiesta porque quieren consumir, cuando en realidad esto solo lo piensa él.
- Un usuario asegura que puede entrar al bar donde acostumbraba consumir, sin que esto ocurra.
- Una persona justifica su consumo por encontrarse sorpresivamente con un amigo que normalmente usa cocaína.

El terapeuta debe discutir los pensamientos distorsionados, analizando su papel en las recaídas. Una estrategia útil para la detección de las DAI es el empleo de las señales rojas, estas son atribuciones que hace la persona para justificar un consumo eventual. Se ha observado que los usuarios que toman DAI pueden darse cuenta de ello poniendo atención a las señales rojas, tales como pensamientos de supuesta urgencia. Por ejemplo: "tengo que comprar esto", "debo ir a casa por este camino" o "necesito sacar dinero del cajero". Este tipo de pensamientos pueden llevar al usuario a pensar que es inevitable usar cocaína o a creer que una situación es segura cuando realmente no lo es. Por ejemplo, pensar que si convive con otros consumidores ellos no podrán influir en su decisión de no consumir.

Análisis de las DAI

Para analizar las DAI se debe reconocer la cadena de decisiones tomadas. A continuación se detallan un ejemplo de las DAI que tomó un usuario, antes de una recaída:

"Pedro, quien había logrado permanecer abstinencia por varias semanas, conducía del trabajo hacia



su casa, durante una noche en que su esposa no lo esperaba. En la intersección dio vuelta a la izquierda, donde podría disfrutar del paisaje, en lugar de hacerlo hacia la derecha, que era el camino más directo hacia su casa. Por esta ruta, pasó enfrente de un bar al que asistía frecuentemente, donde además de beber podía conseguir cocaína. Debido a que ese día hacía mucho calor, decidió regresar al bar a tomar algo. Una vez en el bar pensó que como su problema se relacionaba solo con la cocaína, no pasaría nada si tomaba una cerveza. Después de dos cervezas, fue hacia un amigo que vendía cocaína, le compró un gramo y sobrevino la recaída”.

En este ejemplo, el usuario debe indicar los eslabones de la cadena de DAI respondiendo las siguientes preguntas:

¿Cuál fue el primer eslabón de la cadena que llevó a Pedro a tener una recaída?

¿Por qué cree que esta primera decisión se puede considerar como una DAI?

¿Señale qué pudo hacer Pedro ya que había tomado esta primera DAI para evitar la recaída?

¿Cuáles son los siguientes eslabones de la cadena que siguió Pedro a partir de la primera decisión, hasta que sobrevino la recaída?

¿Qué cree que pensó Pedro al tomar la carretera escénica para ir a su casa?

Además, se le pregunta al usuario si cree este ejemplo se relaciona con él y qué ha pensado cuando ha tomado este tipo de decisiones.

Se ha observado que los usuarios que toman una DAI pueden darse cuenta de ello poniendo atención a las señales de advertencia o señales rojas; éstas son pensamientos tales como: “tengo que comprar esto”, “debo ir a casa por este camino” o “necesito sacar dinero del cajero”. Este tipo de pensamientos pueden llevar al usuario a pensar que es inevitable usar cocaína o a creer que una situación es segura cuando realmente no lo es. Por ejemplo,

pensar que si convive con otros consumidores ellos no podrán influir en su decisión de no consumir.

Identificación de ejemplos personales de DAI

Se pregunta al usuario si ha tomado DAI y se revisan de manera detallada algunos ejemplos; así como, los cursos de acción alternativos que pudo haber tomado para evitar el consumo. Para facilitar el recuerdo del usuario, el terapeuta puede sugerir algunas situaciones revisadas en el autorregistro. Enseguida se presenta un ejemplo de cómo el usuario debe separar los eslabones de las DAI.

Situación: Ir a comprar refrescos a la tienda

Primer eslabón: Decidir ir a una tienda cercana donde acostumbraba consumir cocaína.

Segundo eslabón: Ir a la hora en la que se reúnen los amigos para consumir.

Tercer eslabón: Pasar a saludarlos antes de llegar a casa.

Cuarto eslabón: Platicar con los amigos.

Quinto eslabón: Aceptar una cerveza.

Sexto eslabón: Después de un rato, un amigo me ofreció coca y la acepté.

Cursos de acción alternativos

- Evitar ir a la tienda cercana al sitio de consumo.
- Si ya me encontraba en el sitio donde estaban los amigos, debía alejarse rápidamente.
- Si ya me había acercado a saludarlos, debía despedirme de inmediato.
- Si ya estaba platicando y me ofrecieron la cerveza, debía rechazarla de manera asertiva.

Recaídas por DAI

Con este ejercicio se pretende que el usuario describa una situación de consumo como resultado de tomar las DAI. Posteriormente se revisará junto con el usuario un plan de acción para evitar esas situaciones; por ejemplo:


Fecha y hora	5 enero 05, 14:00 hrs.
DAI	Ir a un concierto de rock
Primer eslabón	Presentarme en el concierto
Segundo eslabón	Asistir con amigos que consumen
Tercer eslabón	Beber alcohol y fumar
Otros eslabones	Sentarme atrás donde hay menos gente
Último eslabón	Ante una invitación, aceptar la coca
Resultado de la DAI	Consumir coca
Plan de acción	Ir al concierto o al cine con amigos que no consuman

Decisiones Futuras

Este ejercicio se enfoca en enseñar al usuario a tomar decisiones que no lo lleven al consumo. Cada vez que la persona toma decisiones cotidianas, debe considerar las consecuencias, tanto positivas como negativas, a corto, mediano y largo plazo. El terapeuta le debe guiar en el aprendizaje de toma

de decisiones, con base en las señales rojas; de esta forma se puede disminuir el riesgo de una recaída. Se propone un ejercicio como el siguiente:

Fecha y hora	Decisión que considera tomar	Alternativa saludable (disminuye la probabilidad de consumir)
18 febrero 17:00 hrs.	Salir con un amigo	Llamar a un amigo que no consuma
	Alternativa de riesgo (aumenta la probabilidad de consumir) Llamar a un amigo que consuma	Decisión que tomará después del análisis de las alternativas Llamar a un amigo que no consuma e invitarlo a salir

Al término de este tópico, se espera que el usuario analice las DAI que lo llevan a consumir y tenga varias alternativas de bajo riesgo de consumo. La tarea consiste en el autorregistro y la lectura del tópico siete. 



Tópico VII. Solución de problemas

Objetivo

El objetivo de este tópico es que usted aprenda, desarrolle y aplique una estrategia de solución de problemas.

Material

- Autorregistro
- Ejercicios y lecturas del tópico VII

Actividades del tópico VII

Pasos de la estrategia de solución de problemas

La solución de problemas es una disposición general de las personas para enfrentar los conflictos, en vez de agudizarlos. Se ha encontrado que con frecuencia, los usuarios de cocaína muestran pocas habilidades para resolver sus problemas; la solución involucra procesos cognitivos y conductuales, como percepción, juicio y decisión que deben emplearse de manera organizada. La estrategia que se le enseña al usuario consiste en cinco pasos que son: 1) Reconocer que hay un problema, 2) Identificar y especificar el problema, 3) Generar alternativas, 4) Tomar decisiones y aplicar la solución, 5) Evaluar la alternativa seleccionada.

1) Reconocer que hay un problema

Para facilitar el reconocimiento de un problema, el terapeuta le debe enseñar al usuario a fijarse en sus emociones. El hecho de que el usuario esté preocupado o que experimente algún estado de ánimo negativo, puede ser un indicador de que tiene uno o varios problemas. Además, los pensamientos, los sentimientos, la manera de reaccionar hacia otras personas y las reacciones de otras personas hacia uno, pueden ser claves para que el usuario reconozca que existe un problema y que él debe hacer algo al respecto. En términos de Prochaska y DiClemente, el primer paso del cambio es contemplar que hay algo que el usuario puede mejorar en

su vida; en este sentido el terapeuta debe inducir un discurso de cambio, por medio de preguntas evocadoras empleando estrategias de la entrevista motivacional.

2) Identificar y especificar el problema

Es más fácil solucionar los problemas concretos y que están bien definidos que los globales o vagos. Por lo tanto, es necesario que el usuario especifique, asistido por el terapeuta, de manera clara el problema. Cuando éstos son complejos, se deben dividir en partes pequeñas y manejables, para facilitar su solución. Después de formular el problema de forma concreta y simple, será más sencillo evaluarlo.

3) Generar alternativas

Una forma efectiva para buscar soluciones al problema es escribir una lluvia de ideas, esto ayudará al usuario a analizar las opciones que tiene. El usuario debe tener un conjunto de alternativas para solucionar su problema y actuar solo cuando haya decidido la mejor opción, de esta forma evita tomar decisiones precipitadas que puedan afectarlo. Si bien el terapeuta puede sugerir la viabilidad de las alternativas o instigar nuevas posibilidades de solución, es el usuario quien debe asumir la responsabilidad de manifestar las posibles soluciones, de esta forma se asegura la motivación intrínseca del cambio.

4) Tomar decisiones y aplicar la solución

El usuario debe analizar las posibles consecuencias de su decisión, tanto a corto como a largo plazo. Después de este análisis debe elegir la solución más prometedora, es decir aquella que tiene la mayor cantidad de aspectos positivos y la menor cantidad de aspectos negativos, para la solución del problema seleccionado.

5) Evaluar la alternativa seleccionada

Podría ser necesario, de hecho conveniente, repetir los cinco pasos en más de una ocasión, antes de resolver un problema complejo. Por tanto, es fundamental que el usuario evalúe cada una de las soluciones posibles y que elija la que le parezca más efectiva, de acuerdo con su análisis de la situación.

Solución de problemas relacionados con el consumo


Esta actividad se propone para que el usuario practique los cinco pasos de la estrategia de solución de problemas. Se le pide al usuario que identifique dos situaciones problemáticas recientes relacionadas con su consumo; posteriormente se le pregunta qué ha hecho para solucionarlas y cómo le ha funcionado, esto le permite al terapeuta conocer los recursos de enfrentamiento del usuario para so-

lucionar problemas. Por último se busca la solución del problema con base en los cinco pasos, para lo cual es útil responder las siguientes preguntas:

- ¿Es este un problema?
- ¿Cuál es el problema exactamente?
- ¿Qué puedo hacer?
- ¿Qué pasaría si ...?
- ¿Qué tan buena es la solución?

Solución de otros problemas

Además, se puede practicar el ejercicio anterior con una situación que no necesariamente esté relacionada con el consumo, y que podría facilitar la detección de las estrategias de solución de problemas que suele emplear el usuario.

Al término de este tópico, el usuario habrá aprendido una estrategia general de solución de problemas. La tarea para la siguiente sesión consiste en el autorregistro y en la lectura del tópico ocho. 



Tópico VIII. Reestablecimiento de la meta y planes de acción

Objetivos

Los objetivos de este tópico son, la evaluación del cumplimiento de la meta de tratamiento y la creación de planes de acción, que incluyan las habilidades adquiridas en el TBUC, para alcanzar o mantener la abstinencia.

Material

- Autorregistro
- Ejercicios y lecturas del tópico VIII

Actividades del tópico VIII

Evaluación de la meta establecida

El usuario debe evaluar sus metas a lo largo del tratamiento, incluso se podría considerar si debe haber un cambio mayor hacia la abstinencia. Para hacer esta evaluación, se propone al usuario re-escribir (en el espacio correspondiente de su material), la meta establecida cuando se revisó el tópico uno; además, en el caso de que haya elegido la reducción, deberá agregar cuáles fueron las condiciones de consumo. Posteriormente, se deben evaluar (empleando una escala de 0 a 100%) los siguientes aspectos respecto a las metas semanales en conjunto: la satisfacción que le ha reportado el cambio, el cumplimiento de la meta, la confianza y la importancia de lograrla. Para facilitar la discusión de cada uno de estos aspectos se propone organizar la información en una tabla como la siguiente.

Meta	Satisfacción	Cumplimiento	Confianza	Importancia

Esta actividad de evaluar diversos componentes de la meta de tratamiento, permite al terapeuta analizar y predecir el posible mantenimiento del cambio durante el seguimiento. Además, la evaluación hecha hasta ahora, es útil para dar retroalimentación al usuario sobre su avance; así como, para sugerir y programar sesiones adicionales de refuerzo de habilidades en caso necesario.

Establecimiento de la abstinencia

Una vez que se ha discutido el cambio logrado a lo largo del tratamiento, si no se han programado sesiones adicionales, se espera que el usuario esté dispuesto a establecer o re-establecer la meta de la abstinencia (de acuerdo con la definición hecha de abstinencia). Posteriormente, se le pide al usuario que escriba su nueva meta, en el espacio correspondiente de su material y firme como una estrategia de reforzar su compromiso. La tarea del terapeuta en esta parte de la sesión, es revisar junto con el usuario la factibilidad de lograr la meta planteada a partir de esta sesión hasta la primera sesión de seguimiento (en un mes); para facilitar esta revisión es útil pedirle al usuario que conteste las siguientes preguntas, empleando una escala de 0 a 100% (0% representa nada y 100% bastante).

¿Qué tan importante es establecer la abstinencia?	¿Qué tan importante es establecer la abstinencia?
¿Qué tan motivado se siente para cumplirla?	¿Qué tan confiado se siente para alcanzarla?
¿Qué tan probable es que logre esta meta?	¿Qué tan probable es que logre esta meta?

Planes de acción para las situaciones de mayor riesgo

El usuario debe describir con detalle al menos un plan de acción para lograr su nueva meta de consumo (que debe ser la abstinencia). En la medida en que el plan sea específico y se consideren los recursos que tiene el usuario para enfrentar las situaciones de riesgo, será más probable mantener el progreso hacia la meta; por lo que se considera fundamental que el terapeuta revise con detalle esta actividad, enseguida se presenta un ejemplo de un plan de acción.


Situación de riesgo	Opciones
Cuando voy a una fiesta con compañeros de la escuela.	1) No ir a la fiesta. 2) Ir a la fiesta pero no consumir. 3) Ir a otro sitio donde no se consuma.
Consecuencias probables de cada opción	Mejor opción ¿Por qué?
1) Extrañaría el ambiente. 2) No consumiría. 3) Me sentiría extraño.	La mejor opción es la tercera porque así no estoy en riesgo de consumir.
Pasos	
Buscar a amigos que no consuman.	
Buscar un sitio a donde ir con ellos.	
No beber alcohol.	
Platicar.	

Una vez que se han revisado las actividades del tópico ocho, el usuario tendrá una nueva meta y un plan de acción para trabajar durante un mes, ya que su cumplimiento se revisará en la primera se-

sión de seguimiento. Por tanto, el papel motivacional del terapeuta, al evaluar la factibilidad del plan de acción, así como, al hacer un reconocimiento entusiasta del empleo adecuado de los recursos disponibles de la persona, es esencial, en el cierre del tópico ocho, para aumentar la probabilidad del cumplimiento de la meta.

Conclusión

Como conclusión de este capítulo, conviene reiterar que la base de la aplicación apropiada de los tópicos del tratamiento breve para usuarios de cocaína es que el terapeuta tenga presente los componentes centrales del tratamiento: aplicar constantemente los principios de la entrevista motivacional, promover la autoeficacia, desarrollar las habilidades de enfrentamiento, y sensibilizar al usuario sobre la prevención de recaídas. Un dominio de estos principios clínicos debe auxiliar al terapeuta en todo momento de la aplicación de los tópicos. El éxito de los tópicos, además, depende en buena parte de que tan oportunamente, y cómo, el terapeuta incorpore los tópicos en la estructura de una sesión cognitivo conductual. Para lo anterior, debe considerar la organización de la agenda, las estrategias para asignar tareas y tender puentes entre las sesiones para examinar el avance del usuario.

Se han mostrado las características de la estructura de las sesiones de TBUC, subrayando la conveniencia de conducir la sesión de manera planeada. La práctica extensa del TBUC podrá reafirmar al terapeuta en el enfoque estructurado y le podrá mostrar cuándo y cómo obtener un provecho de los asuntos inesperados en la sesión. Sin embargo, afiliarse a la secuencia propuesta es la clave que favorece el logro de las metas del tratamiento. 

5

RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

El desarrollo de un tratamiento estructurado como el TBUC implica de manera invariable la emergencia de un conjunto de dificultades que son, en buena parte, manejables. El terapeuta debe estar atento a identificar, especificar, entender por qué ocurre una dificultad y diseñar una solución sin perturbar la alianza terapéutica. El objetivo de este capítulo es mostrar algunas fuentes de dificultad que pueden aparecer en diferentes momentos del TBUC, el papel del terapeuta bajo estas circunstancias y algunas formas simples de reparar el proceso terapéutico.

Durante el TBUC, el terapeuta adopta una orientación objetiva y de solución de problemas, por lo que es posible que al principio, el usuario espere un comportamiento diferente del terapeuta (sobre todo si ha estado expuesto a tratamientos no estructurados). En este capítulo se explica la poca cooperación del usuario con base en la comprensión del tratamiento, el desinterés de cumplir con lo que el TBUC le demanda, y el estilo del terapeuta al conducir la sesión. Luego, se revisarán, con base en los seis asuntos de la agenda de un tratamiento cognitivo conductual sugeridos por Beck (1995), algunas de las dificultades encontradas en la literatura, así como las dificultades más comunes en la

aplicación del TBUC. Finalmente, se intentan explicar estas dificultades y se sugieren alternativas de cómo el terapeuta puede actuar para resolverlas.

Fuentes de insatisfacción con el tratamiento

Para mejorar la disposición del usuario, en muchas ocasiones, es indispensable que el terapeuta ofrezca una información completa sobre el tratamiento, que reitere los objetivos de las actividades, justifique los elementos de la sesión, haga un monitoreo del avance del usuario, corrija de manera sutil y oportuna el esfuerzo del usuario, y evalúe su comprensión de las actividades. Al actuar de esta manera, el usuario entenderá por qué debe practicar las actividades, hacer las tareas y ajustarse al tratamiento; al mismo tiempo, el terapeuta reducirá los obstáculos del proceso terapéutico, aumentará la satisfacción del usuario y la adherencia al tratamiento, con lo que mejorará la alianza terapéutica.

Sin embargo, la insatisfacción del usuario con el tratamiento, con el terapeuta o con su propio avance, puede estar relacionada, no sólo con la comprensión del tratamiento, sino con un desinterés para adecuarse al mismo. En este caso, las dificultades pueden manejarse de varias formas, una es que el terapeuta aliente al usuario a intentar la

actividad como un experimento; por ejemplo, se le puede decir lo siguiente:

Terapeuta: "Te entiendo, sin embargo, te pido que lo intentemos y veamos cómo resulta..."

Otra forma de manejar la insatisfacción del usuario, consiste en que el terapeuta ceda el control por algunos momentos, en aspectos simples del flujo de la sesión. Esto ayuda a obtener un compromiso satisfactorio para el usuario y el tratamiento.

Por último, en ocasiones, el terapeuta suele mostrarse ansioso por completar las actividades de la sesión y desea que el usuario actúe con mayor rapidez y precisión. Esto puede hacer que el usuario perciba al terapeuta como indiferente a sus necesidades, que lo juzgue como autoritario y por tanto, sienta que no hay avances en el tratamiento. Para remediar esta fuente de insatisfacción con el tratamiento, el terapeuta debe estar abierto a recibir retroalimentación por parte del usuario o colegas; además, debe observar videos de su comportamiento con el fin de detectar rasgos autoritarios al conducir la sesión. Si el terapeuta ha actuado de manera inapropiada, es recomendable que le ofrezca una disculpa al usuario, que le comente la importancia que tiene la existencia de un ambiente cómodo y la necesidad de contar con su participación activa para lograr las metas del tratamiento.

Manejo de las dificultades en la aplicación del TBUC

En esta sección se describen las principales dificultades en la aplicación del TBUC y se propone una manera de manejarlas para mantener la estructura del tratamiento y lograr las metas propuestas.

- **Breve actualización de los asuntos del usuario**

Es frecuente que el usuario disponga de un conjunto de asuntos detallados sobre lo que le ha ocurrido durante la semana. Naturalmente, ante la pregunta de cómo le ha ido en la semana, la persona es ca-

paz de relatar una lista de asuntos detallados, sin embargo, esto no es lo que el terapeuta necesita. En este caso, lo que se busca es tener una imagen amplia y completa de los asuntos que le preocupan al usuario sobre el consumo de cocaína. El terapeuta necesita señalar al usuario con toda claridad qué tipo de información le permitirá tener una imagen de sus inquietudes; por ejemplo:

Terapeuta: "Permítame interrumpir, es importante para mi tener una idea general de cómo le ha ido en la semana, dígamelo en tres o cuatro frases, en general ha sido una buena semana, mala ..."

Si el usuario aún es incapaz de ofrecer un resumen de los asuntos de su semana, el terapeuta necesita enseñarle cómo hacerlo, basándose en lo que el usuario le ha planteado; se le puede decir lo siguiente:

Terapeuta: "Me parece que lo que estás diciendo es: tuve una discusión con un amigo, tuve miedo de salir y tuve problemas para concentrarme en mi trabajo pensando en consumir coca; esto es lo que necesito entender de cómo te ha ido en la semana y qué podemos tratar en la agenda. ¿Ahora es más claro lo que necesito saber cuando te pregunto cómo te ha ido en la semana?, ¿Te parece bien que lo hagamos de esta manera?"

Hacer este resumen es una de las tareas que se puede sugerir al usuario que muestra dificultades para evitar los detalles excesivos, se le puede pedir que para la siguiente sesión tenga preparadas tres o cuatro frases.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del terapeuta, es posible que el usuario no haga el resumen apropiado, no por incapacidad sino porque no desea hacerlo. Es posible que al solicitarle al usuario un relato general de cómo le ha ido en la semana, no se sienta cómodo o dispuesto a hacerlo y no lo haga como parte de una respuesta emocional

ante la situación. El terapeuta debe darse cuenta, en el lenguaje verbal y no verbal del usuario, si hay una reacción negativa, debe explorarla junto con el usuario y proponer alternativas empleando la técnica de solución de problemas (descrita en el tópico siete). Se le debe de explicar al usuario con claridad la necesidad de contar con una imagen amplia de los asuntos que más le preocupan para atenderlos apropiadamente en la sesión. Es probable que, en ocasiones, se posponga el relato de la semana, a otro momento de la sesión, sobre todo si el usuario se encuentra particularmente molesto por la necesidad de abreviarlo.

- **Tender un puente con la sesión previa y discutir los asuntos de la agenda**

El esfuerzo que se hace por tender un puente entre la sesión actual y la previa, se complica cuando el usuario no recuerda el contenido de la sesión pasada, o no quiere dar una impresión negativa. Lo que se sugiere que haga el terapeuta es preguntar si quedó pendiente resolver alguna duda, o preocupación. También, es útil hacer comentarios no detallados de lo que se revisó, con el fin de suscitar el habla del usuario.

Una vez que sea el momento de revisar los asuntos de la agenda, los problemas a enfrentar son la baja motivación, la discusión vaga, dar vueltas a la misma idea, entre otros. Todos estos problemas, usualmente, surgen cuando el terapeuta no lleva la estructura de la sesión apropiadamente, no da el suficiente énfasis a comentarios clave por parte del usuario, o no hace los resúmenes pertinentes.

El terapeuta no debe sobreestimar la cantidad de asuntos que se pueden tratar, con esto se evitará ir de una idea a otra. Es preferible jerarquizar los asuntos pendientes y elegir uno o dos para tratar en la sesión, los otros se pospondrán a otro momento; esta decisión debe tomarse entre terapeuta y usuario. Se presenta un ejemplo de cómo puede hacerse este acuerdo:

Terapeuta: "Mira, tenemos 10 minutos, ¿quieres continuar hablando del conflicto con tu vecino o prefieres terminar aquí y ocupar el tiempo para discutir el problema de tu trabajo?"

- **Resolver el autorregistro y tareas de la semana**

Responder a los cuestionarios, tareas y al autorregistro puede ser molesto para algunos usuarios, así como puede ser difícil expresar su estado de ánimo o sus pensamientos relacionados con el consumo. El terapeuta debe distinguir si la poca cooperación del usuario se debe a una falta de disposición o comprensión, o bien, si existen barreras prácticas que el usuario no ha reconocido y se necesitan superar (disponer de un tiempo específico, necesidad de que otra persona le ayude, etc.). También, es posible encontrar que al detenerse a examinar las tareas, se retrase algún asunto de la agenda, que sea de interés para el usuario, provocando así, su falta de atención en la tarea actual.

Cuando el usuario se muestra molesto al tener que llenar cuestionarios o formas de registro, el terapeuta puede preguntarle qué idea tiene acerca de la tarea. El objetivo de esta estrategia es identificar creencias erróneas que el usuario puede tener y que le impiden resolver los cuestionarios o registrar la conducta. Un ejemplo de cómo aplicar esta estrategia es el siguiente:

Usuario: "No le veo el sentido a contestar este cuestionario, no parece que tenga que ver conmigo ..."

Terapeuta: "Ya veo, te parece que es una pérdida de tiempo, déjame comentar que las formas en realidad nos sirven para ahorrar mucho tiempo, al ver tus respuestas me entero de una manera simple y rápida sobre lo que puede o no ser un problema para ti y al llenar los registros tenemos un resultado que podemos comparar a lo largo del tratamiento para verificar el avance ..."

Cuando el usuario piensa que no tiene tiempo para resolver los cuestionarios, se puede anotar el

tiempo real que le toma esta actividad durante la sesión. Además, es útil precisar cuándo es el mejor momento para llenar las formas.

En ocasiones, la dificultad al llenar los cuestionarios o el autorregistro es la falta de vocabulario o la poca familiaridad en el empleo de términos de evaluación subjetiva del estado de ánimo. El terapeuta debe explorar el empleo de términos afectivos del usuario y ensayar algunos de ellos para aplicarlos adecuadamente a las situaciones experimentadas; por ejemplo:

Terapeuta: "Quiero entender bien cómo te hizo sentir la pelea con tu amigo, te hizo sentir mejor, peor o te sentiste igual que antes de la pelea? ... Entonces te sentiste más triste, ansioso, enojado?"

Por último, las dificultades en el cumplimiento al hacer las tareas, pueden derivar de cuatro aspectos que debe atender el terapeuta. El primero es, la percepción que tiene el usuario sobre las tareas, como estar impuestas por el terapeuta más que tener un sentido personal (Miller y Rollnick, 2002). Para aumentar la motivación intrínseca al resolver la tarea entre sesiones, ésta debe estar convenida entre el terapeuta y el usuario. En segundo lugar, se debe verificar la comprensión del usuario sobre el contenido y el sentido terapéutico de la tarea. El

terapeuta debe aclarar cualquier duda y justificar la necesidad para el tratamiento de cada tarea asignada. En tercer lugar, se deben advertir los obstáculos que puedan impedir o complicar el desarrollo de las tareas (horarios, escenarios, etc.), en este sentido, es necesario diseñar de manera conjunta estrategias viables de cómo superar estas restricciones para cumplir con la tarea. El cuarto aspecto que está relacionado con el incumplimiento de la tarea, es que el terapeuta se impacienta y actúe de manera inapropiada frente al usuario, al solicitar o revisar la tarea, esto puede desalentar al usuario. En realidad, completar la tarea puede requerir moldeamiento, esto es, que el terapeuta refuerce pequeños avances para lograr la meta. Un estilo del terapeuta amable, comedido y de reconocimiento, puede ser más funcional para estimular el cumplimiento de la tarea.

Conclusión

El terapeuta resume periódicamente aspectos de la sesión para asegurarse de que está entendiendo lo que el usuario expresa. Además de concentrarse en el papel del usuario, es necesario que el terapeuta monitoree sus propios pensamientos, creencias y actitudes hacia la sesión; esto le ayudará a identificar dificultades, evaluar, sus pensamientos automáticos y le facilitará ofrecer al usuario una estrategia de solución de problemas. 🌀



Referencias

Abrams, D.B., y Niaura, R. S. (1987). *Social learning theory*. En: Blane, H.T. y Leonard, K. E., eds. *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York, NY: Guilford Press.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Anderson, J. R. (2001). *Aprendizaje y memoria: Un enfoque integral*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Ángel, G. y Oropeza, R. (2006). *Inventario de síntomas del consumo de cocaína*.

Annis, H. M. y Martin, G. (1985). *Inventory of drug taking situations*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.

Ayala, V. (1999). *Modificación de Políticas de Salud Pública a través de la Diseminación de Investigación Analítico Conductual en la Prevención y Tratamiento del Consumo Excesivo de Alcohol*. Conferencia Magistral inédita. XIV Congreso Mexicano y II Iberoamericano e Interamericano de Análisis de la Conducta. Universidad de Guadalajara y Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Guadalajara, Jal. 26 al 28 de febrero de 1999.

Bandura, A. (1977). *Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman.

Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona, España: Paidós.

Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York, NY: Guilford Press.

Brailowsky, S. (1995). *Las sustancias de los sueños*. México: Fondo de Cultura Económica.

Carroll, K. M. (1998). *A cognitive behavioral approach: Treating cocaine addiction*. Therapy manuals for drug addiction. NIDA National Institute on Drug Abuse NIH Publication Number 98-4308. Recuperado el 1 de marzo de 2004 de <http://www.nida.nih.gov/TXManuals/CBT/CBT1.html>.

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

Childress, A.R., McLellan, A.T., Ehrman, R. y O'Brien, Ch. P. (1988). *Classically conditioned responses in opioid and cocaine dependence*. En B. A. Ray. Learning Factors in substance abuse. NIDA Research Monograph 84. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Cooper, J. O. Heron, T. E. y Heward, W. I. (1987) *Applied behavior analysis*. Columbus, OH: Merrill.

Crits-Christoph, P. (1998). *Training in empirically validated treatments: The division 12 APA task force recommendations*. En K. Dobson y K. Craig (1998) Empirically supported therapies. Thousand Oaks, CA: Sage.

De las Fuentes, M. E., Villalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F. y Ayala, H. (2001). *Cuestionario de Abuso de Drogas. Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

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

ENA (1998). *Encuesta nacional de adicciones*. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones: México.

ENA (2002). *Encuesta nacional de adicciones: tabaco, alcohol y otras drogas*. Reporte ejecutivo. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones: México.

Folkman, S., y Moskowitz, J. T. (2004). *Coping: pitfalls and promise*. Annual Review of Psychology, 55, 745-774.

Goldfried, M. R. y Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy*. 3rd ed. New York, NY: Wiley.

Higgins S. T., Wong C. J., Badger G. J., Ogden D. E. y Dantona R. L. (2000). *Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 68(1), pp. 64-72.

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

Higgins, S. T., Heil, S. H., Plebani Lussier, J. (2004). *Clinical implications of reinforcement as a Determinant of substance use disorders*. Annual Review of Psychology, Vol. 55. 431 – 461.

Kanfer, F. y Phillips, J. (1976). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México: Trillas.

Klein, S. B. (1994). *Aprendizaje principios y aplicaciones*. Madrid: Mc Graw Hill.



- Latham, G. y Heslin, P. (2003). *Training the trainee as well as the trainer: Lessons to be learned from clinical psychology*. *Canadian Psychology*, 44, (3), 218-231.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., y Lizasoain, I. (2003). *Drogodependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Marlatt, G. A. (1993). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognoscitivo-conductual*. En M. Casas y M. Gossop (eds.) *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona, España: Sitges.
- Medina-Mora, M.E. y Rojas, E. (2003). *La demanda de drogas: México en la perspectiva internacional*. *Salud Mental*, 26 (2), 1 – 11.
- Méndez, B., Vázquez, F. y Oropeza, R. (2006). *Autorregistro del deseo y del consumo de cocaína*.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. (2nd ed.). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L. y Abrams, D. B. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guided*. New York, NY: The Guilford Press.
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína*. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Pavlov, I. (1927/1960) *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. Trans. G. V. Anrep. New York, NY: Dover.
- Pear, J. (1995). *Técnicas basadas principalmente en el condicionamiento operante*. En V. Caballo (ed.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI, 299 – 400.
- Pérez, R. (1999). *Yerba, goma y opio*. México: Era.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3): 390-395.
- Rimmele, C.T., Howard, M.O. y Hilfrink, M.L. (1995). *Aversion therapies*. En R.K. Hester y W.R. Miller, (eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. (2nd ed.). Boston, MA: Allyn y Bacon.

Rohsenow, D.J., y Monti, P.M. (1995). *Cue exposure treatment in alcohol dependence*. En D.C. Drummond, S.T. Tiffany, S. Gautier, y R. Remington. (eds.). *Addictive Behaviour: Cue Exposure Theory and Practice*. Chichester, UK: John Wiley y Sons.

Skinner, B.F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: The Free Press.

Sobell, L.C. y Sobell, M.B. (1992). *Timeline follow-back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption*. En: R.Z. Litten, y J.P. Allen (eds.). *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*. Totowa, NJ: Humana Press.

Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (2000). *Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 573 – 579.

Staddon, J.E.R. (2001). *The new behaviorism: Mind, mechanism and society*. Philadelphia, PA: Psychology Press.

Sternberg, R. J. (2003). *Cognitive psychology*. (3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

APÉNDICE

ADMISIÓN

Fecha de aplicación _____

Expediente _____

El objetivo de esta sesión es decidir la inclusión del usuario al tratamiento, a partir de la obtención de sus datos generales, de su historia de consumo, así como, de su consentimiento de participación.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente _____ Edad _____

Género: (1) Masculino (2) Femenino

Escolaridad: (1) Primaria (2) Secundaria (3) Bachillerato (4) Profesional (5) Carrera técnica (6) Posgrado

Estado civil: (1) Soltero (2) Casado (3) Otro _____

Carrera: (1) Químico biólogo (2) Físico matemático (3) Económico administrativo (4) Humanidades (5) Arte (6) Deportes

Ocupación _____

Dirección _____ Teléfono _____

Celular _____ Correo electrónico _____

Terapeuta _____

CUESTIONARIO DE PRESELECCIÓN

1. ¿Es mayor de 18 años?	Sí	No
2. ¿Sabe leer y escribir?	Sí	No
3. ¿Consume heroína?	Sí	No
4. ¿La principal sustancia por la que busca ayuda es la cocaína?	Sí	No
5. ¿Tiene dirección fija o teléfono para localizarlo?	Sí	No



CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CONSUMO DE COCAÍNA Y OTRAS DROGAS

Las siguientes preguntas se refieren al motivo de consulta y a las características del consumo. Es útil que la información sea clara, sincera y completa.

1. Motivo (principal y secundario) de consulta o causa por el cual solicita ayuda:

Principal _____

Secundario _____

¿Qué espera usted al final del tratamiento? _____

Consumo de cocaína

2. Vía más frecuente de consumo de cocaína:

- a) Inhalada: cuando consume crack, quemándolo, y llevando la sustancia a los pulmones.
- b) Aspirada: cuando consume cocaína, y ésta se queda en la mucosa de la nariz.
- c) Fumada: cuando mezcla la cocaína con tabaco u otra sustancia y la consume como un cigarro.
- d) Otra _____

3. ¿Desde que año consume cocaína? _____

4. ¿Desde que año causa problemas? _____

5. Frecuencia de consumo

- a) Dos o tres veces al año.
- b) Menos de una vez al mes.
- c) Una vez al mes.
- d) Dos veces al mes.
- e) Una vez a la semana.
- f) Dos a tres veces a la semana
- g) Diario.
- h) Más de una vez al día

6. Cantidad más frecuente por ocasión de consumo (convertida en gramos) _____

7. ¿Cuánto tiempo invierte por cada ocasión de consumo, desde que va a conseguir la sustancia hasta que pasan los efectos? (en horas) _____

8. ¿Normalmente consume solo o acompañado?

9. Lugar donde consume normalmente (señale una opción):

- a) Público (lugar donde puede asistir cualquier persona, como un bar, restaurante, etc.)
- b) Privado (lugar en el que está solo o con personas que lo conocen, como la casa de amigos)

10. Tres situaciones en que consume excesivamente. En el paréntesis indique cual es la más problemática (1) y la menos problemática (3)

- a. () _____
- b. () _____
- c. () _____

11. Tres áreas de su vida en que el consumo de cocaína causa problemas y jerarquícelas con un número, comenzando por el área más problemática.

- a. () _____
- b. () _____
- c. () _____

12. Una vez que empieza a consumir ¿puede detener su consumo voluntariamente? Si ____ No ____

13. ¿Desde qué año consume cocaína sin control? _____

15. ¿Qué sucedió antes de empezar a consumir sin control? _____

16. En promedio, ¿cuánto dinero gasta cada semana en comprar cocaína? _____

Tratamientos previos

17. ¿Ha estado o está actualmente en algún tratamiento por consumo de drogas?

Nombre del lugar 1 _____ Periodo _____ Tipo de tratamiento _____
 ¿Por qué asistió? _____
 ¿Por qué lo interrumpió? _____

Nombre del lugar 2 _____ Periodo _____ Tipo de tratamiento _____
 ¿Por qué asistió? _____
 ¿Por qué lo interrumpió? _____

Nombre del lugar 3 _____ Periodo _____ Tipo de tratamiento _____
 ¿Por qué asistió? _____
 ¿Por qué lo interrumpió? _____

18. ¿Ha sido atendido médicamente como resultado de su consumo de drogas? Si ____ No ____

¿Por qué? _____

19. ¿Actualmente participa en algún tratamiento médico? Si No ¿Porqué? _____

20. ¿Consume algún medicamento? Si No ¿Cuál? _____

¿Por qué? _____



HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL

21. ¿Con quién vive? (Marque las opciones necesarias):

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Pareja | <input type="checkbox"/> (5) Hijos |
| <input type="checkbox"/> (2) Padres | <input type="checkbox"/> (6) Hermanos |
| <input type="checkbox"/> (3) Amigos | <input type="checkbox"/> (7) Parientes. Especificar _____ |
| <input type="checkbox"/> (4) Solo | <input type="checkbox"/> (8) Otros _____ |

22. ¿Cuándo está con amigos o familiares, éstos lo presionan a consumir drogas?

- (1) No
- (2) Sí, pero sólo mis amigos
- (3) Sí, pero sólo mi familia
- (4) Sí, tanto mis amigos como mi familia

23. Entre sus amigos o familiares, ¿quiénes lo ayudarían a cambiar su consumo de drogas? Indique tres personas y jerarquícelas, anotando el número 1 a la persona que más le ayudaría.

- a. () _____
- b. () _____
- c. () _____

24. Indique cuáles son sus actividades recreativas y jerarquícelas, anotando el número 1 a la que más le interesa.

- a. () _____
- b. () _____
- c. () _____

25. ¿Estas actividades se relacionan con el consumo de drogas? Si No ¿Cómo? _____

26. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con su estilo de vida en este momento?

- (1) Muy satisfecho (2) Satisfecho (3) Inseguro (4) Insatisfecho (5) Muy Insatisfecho

¿ Por qué lo considera así?

INVENTARIO DE SÍNTOMAS

I. Síntomas a corto plazo.

Instrucciones: a continuación se presenta una lista con algunos síntomas físicos y psicológicos asociados con el consumo de cocaína **en el último mes**. Si presenta alguno de ellos, ponga una marca (X) en la columna "Sí". En caso de que haya respondido en esta columna, llene las siguientes, que corresponden a la frecuencia e intensidad teniendo en cuenta la siguiente escala:

- **Frecuencia:** indique el número de veces que se presenta el síntoma.
 1. 1 vez al mes.
 2. 1 vez cada 15 días.
 3. 1 vez a la semana.
 4. 3 a 4 veces por semana.
 5. Diario.
- **Intensidad:** señale qué tan intenso es el síntoma.
 1. Poco intenso.
 2. Medianamente intenso.
 3. Intenso.
 4. Muy intenso.
 5. Extremadamente intenso.

Inventario de síntomas	Sí	Frecuencia	Intensidad
¿Después de algunas horas o días de haber consumido cocaína experimenta alguno de los siguientes síntomas?:			
1. Ansiedad – preocupación			
2. Arritmias cardiacas – latidos irregulares			
3. Aumento de la temperatura corporal			
4. Aumento del estado de alerta			
5. Aumento en la capacidad de percepción – percibir más			
6. Bradicardia – disminución de la presión			
7. Cambios en habilidades psicomotoras – enlentecimiento de los movimientos			
8. Cólera – enojo extremo			
9. Comportamiento extravagante y violento – comportarse de manera diferente a la usual.			
10. Depresión			
11. Diarrea			
12. Dificultades en el acto sexual – dolor, molestia en el acto sexual			
13. Disminución de la fatiga			
14. Disminución temporal de los deseos de comer			
15. Disminución temporal de los deseos de dormir			
16. Distorsiones visuales			



Inventario de síntomas	Sí	Frecuencia	Intensidad
17. Euforia – sentimientos exaltados			
18. Fatiga – cansancio			
19. Flujo nasal frecuente			
20. Gran autoestima – sentirse más que los otros			
21. Haber experimentado alucinaciones			
22. Haber presenciado experiencias místicas o sobrenaturales			
23. Hipervigilancia			
24. Indiferencia			
25. Inquietud – no poder estar quieto			
26. Insomnio – no poder dormir			
27. Irritabilidad – tener un humor muy cambiante			
28. Irritación en la nariz			
29. Letargo – estar muy lento o torpe			
30. Nauseas			
31. Nerviosismo			
32. Olvidar preocupaciones			
33. Pánico y terror			
34. Paranoia – sentimientos de ser observado o perseguido			
35. Pérdida del deseo sexual			
36. Preocupación en tareas pequeñas			
37. Relaciones promiscuas			
38. Sangrado nasal			
39. Sentimiento de poder			
40. Sentimientos de fuerza y seguridad			
41. Taquicardia – aumento en el ritmo cardiaco o de las pulsaciones del corazón			
42. Tensión – impaciente			
43. Vómitos			

II. Síntomas a largo plazo.

Instrucciones: a continuación se presenta una lista con algunos síntomas físicos y psicológicos asociados con el consumo de cocaína **en los últimos 12 meses**. Si presenta alguno de ellos, ponga una marca (X) en la columna "Sí". En caso de que haya respondido en esta columna, llene las siguientes, que corresponden a la frecuencia e intensidad teniendo en cuenta la siguiente escala:

- **Frecuencia:** indique el número de veces que se presenta el síntoma.
 1. 1 a 3 veces cada 12 meses.
 2. 2 a 5 veces cada 6 meses.
 3. 1 a 4 veces por mes.
 4. 3 a 5 veces cada 15 días.
 5. 3 o mas veces por semana.

- **Intensidad:** señale qué tan intenso es el síntoma.

1. Poco intenso.
2. Medianamente intenso.
3. Intenso.
4. Muy intenso.
5. Extremadamente intenso.

Inventario de síntomas	Sí	Frecuencia	Intensidad
¿Después de algunos días o semanas de haber consumido cocaína experimenta alguno de los siguientes síntomas?:			
44. Cambios crónicos en el ciclo menstrual			
45. Estreñimiento			
46. Ansiedad generalizada			
47. Apatía – sin deseo de nada			
48. Arritmias cardíacas – pulsaciones del corazón sin ritmo			
49. Aumento del estado de alerta			
50. Cambios en el estado de ánimo y del humor			
51. Conductas repetitivas			
52. Confusión – no saber lo que pasa			
53. Crisis convulsivas			
54. Depresión			
55. Deterioro de la actividad laboral o social			
56. Deterioro de la capacidad de juicio- no poder distinguir lo correcto			
57. Dificultades en la excitación sexual			
58. Disminución de la presión arterial			
59. Enlentecimiento en los movimientos			
60. Euforia – sentimientos exaltados o muy expresivos			
61. Grandiosidad – lucirse mucho			
62. Hemorragias nasales			
63. Hipersomnia – dormir todo el día			
64. Impotencia sexual			
65. Infecciones nasales, costras o resequedad			
66. Inquietud – no poder estar tranquilo			
67. Insomnio – dificultad para dormir			
68. Irritabilidad – tener un humor muy cambiante			
69. Paranoia – ideas de ser perseguido			
70. Pérdida de interés en el trabajo			
71. Pérdida de sensibilidad al dolor			
72. Pérdida del deseo sexual			
73. Pérdida del sentido del olfato			
74. Problemas respiratorios frecuentes			
75. Ronquera – voz muy grave			
76. Sobredosis			



Inventario de síntomas	Sí	Frecuencia	Intensidad
77. Sueños vividos y desagradables			
78. Susplicacia – ser desconfiado			
79. Taquicardia – aceleración del pulso			
80. Temblor fino en algunas partes del cuerpo			
81. Impotencia sexual			

CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

El contenido de cada columna es el siguiente:

Columna 1: contiene los 13 reactivos que conforman el cuestionario.

Columna 2: marque cuáles ha presentado en torno a su consumo de sustancias, marcando S si tiene que ver con usted; o marcando N si no tiene que ver con usted.

Columna 3: la letra "A" indica si el reactivo tiene que ver con el abuso, la "D" con la dependencia.

Columna 4: A = abuso, T = tolerancia, Abs = síntomas del síndrome de abstinencia, UC = uso compulsivo.

Columna 5: indica el número de criterios relacionado con el abuso o la dependencia.

Reactivos	2	3	4	5
1. Su consumo de sustancias es recurrente y ha dado lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa.	SN	A	A	A1
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.	SN	A	A	A2
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.	SN	A	A	A3
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o problemas interpersonales causados o incrementados por los efectos de la sustancia.	SN	A	A	A4
5. Tiene una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir el efecto deseado.	SN	D(F)	T	C1
6. El efecto de la misma cantidad de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.	SN	D(F)	T	C1
7. Presenta síntomas de malestar físico y psicológico después de un tiempo de dejar de consumir la sustancia.	SN	D(F)	Abs	C2
8. En ocasiones consume la sustancia (o una muy similar) para aliviar los síntomas de malestar físico y psicológico que aparecen si no se la administra.	SN	D(F)	Abs	C2
9. Consume la sustancia frecuentemente en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.	SN	D	UC	C3
10. Los esfuerzos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia han resultado ineficaces.	SN	D	UC	C4
11. Emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, el consumo de la sustancia, la recuperación de los efectos de la misma.	SN	D	UC	C5
12. Ha reducido actividades sociales, laborales o recreativas importantes debido al consumo de la sustancia.	SN	D	UC	C6
13. Continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen causados o incrementados por su consumo.	SN	D	UC	C7



CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS (CAD-20)

Instrucciones: este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de su involucramiento potencial con las drogas (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco) durante los últimos 12 meses. De las descripciones que se presentan, conteste Sí o No, tomando en cuenta la siguiente descripción.

Abuso de droga: uso excesivo de sustancias médicas, no médicas o ilegales, que tiene consecuencias adversas significativas y recurrentes en diversas áreas de la vida, pero no tan graves que use la mayor parte del tiempo en el consumo y que acarree problemas fisiológicos.

CAD – 20	Sí	No
1. ¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?		
2. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?		
3. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?		
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?		
5. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?		
6. ¿Ha tenido "lagunas mentales" o "alucinaciones" como resultado del uso de drogas?		
7. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?		
8. ¿Su pareja o familiares se quejan constantemente de su uso de drogas?		
9. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?		
10. ¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?		
11. ¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?		
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela debidos al abuso de drogas?		
13. ¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?		
14. ¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?		
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?		
16. ¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?		
17. ¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?		
18. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ej. pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?		
19. ¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?		
20. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?		
Diagnóstico: leve (1-5) moderado (6-10) sustancial (11-15) severo (16-20)		

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Nombre _____ Fecha _____

Doy mi consentimiento para participar en un tratamiento para abandonar mi consumo de cocaína. El tratamiento consiste en una evaluación, 8 tópicos de tratamiento y 4 sesiones de seguimiento.

Como parte del tratamiento, leeré los ejercicios, haré las tareas asignadas (todas relacionadas con el tratamiento), cooperaré contestando los ejercicios que se me pidan. Sé que puedo abandonar el tratamiento en el momento que quiera, aunque sé que antes de tomar esa decisión es conveniente discutir con el terapeuta mis razones.

Me comprometo a hablar sobre cualquier consumo de cocaína u otra droga que ocurra durante el tratamiento, de los pensamientos y del deseo de consumir, así como del miedo que puedo sentir por tener alguna recaída.

Los datos que proporcione tendrán carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. Mi nombre o alguna otra información que pueda identificarme será resguardada con los datos que yo haya dado.

Estoy de acuerdo en facilitar el nombre y el número telefónico de dos personas que puedan ser contactadas por mi terapeuta para preguntar por mí en caso de que abandone el tratamiento. Esta información se le pedirá sólo a una persona, pero doy el nombre de dos, por si alguna de ellas no puede ser contactada o se rehúse a participar.

Tanto yo como mi terapeuta firmaremos este consentimiento, comprometiéndonos a respetar los puntos descritos anteriormente.

INFORMANTE 1	INFORMANTE 2
Nombre	Nombre
Teléfono	Teléfono
Relación	Relación

Firma

Usuario

Terapeuta (s)



AUTORREGISTRO DEL CONSUMO DE COCAINA Y DEL DESEO DE CONSUMIR

El autorregistro de su consumo de cocaína y del deseo por consumir, le ayudará a identificar los disparadores que lo llevan a las situaciones de riesgo, de consumo y/o deseo, lo que le permitirá desarrollar mejores estrategias de enfrentamiento. Así mismo, el autorregistro le da información útil sobre las actividades incompatibles con el consumo o el deseo.

En particular, el deseo por consumir es una sensación variable, cuya intensidad puede ir desde un antojo hasta una urgencia por la droga, con la finalidad de obtener los efectos placenteros que induce. El deseo puede aparecer aún después de un largo periodo de abstinencia. Lo que se espera al registrar el deseo, es que usted logre controlar y disminuir las sensaciones que acompañan al deseo de consumo y que aprenda a manejarlo, para disminuir la probabilidad de que éste sea una causa de recaída.

Generalmente, el deseo tiene un inicio, duración y fin bien definidos, aunque con altibajos a través del tiempo. Para medir el deseo se sugiere dividirlo en tres partes: 1) la frecuencia (número de veces que se presenta el deseo), 2) la intensidad (el grado de perturbación causado en su vida diaria), y 3) la duración (el tiempo que transcurre desde que inicia, hasta que termina el deseo). El hecho de reconocer que el deseo es pasajero le ayuda a manejarlo. Para el manejo del deseo, es necesario saber identificar las diversas formas en que puede surgir, algunas de éstas son:

1. Como respuesta a los síntomas de la abstinencia: se presenta cuando se interrumpe la administración de la droga, experimentando una sensación de malestar interno al dejar de tomar la droga pero que va disminuyendo a lo largo de semanas.

2. Como respuesta al cambio de estado de ánimo: se presenta cuando los pacientes buscan mejorar su estado de ánimo de una forma rápida e inmediata. Esto puede ocurrir cuando los pacientes se encuentran aburridos, tristes o carecen de habilidades sociales.

3. Como respuesta aprendida a las señales asociadas con drogas: al consumir, los usuarios asocian la intensa recompensa obtenida por la droga con lugares, personas o cosas que después pueden hacer surgir el deseo por sí solos.

4. Como respuesta al aumento de experiencias placenteras: el inicio del deseo se experimenta cuando se busca aumentar experiencias agradables -por ejemplo, algunos usuarios combinan las drogas durante actividades sexuales, artísticas o laborales para intensificar la experiencia.

Debido a que el autorregistro requiere dedicación y compromiso, algunas personas pueden sentir que sólo les hace perder el tiempo, sin embargo, las personas que lo emplean, reportan que les ayuda a conocer qué situaciones están relacionadas con el consumo y con el no consumo. Se le recomienda darle una oportunidad al autorregistro, antes de decidir si puede o no ayudarlo. Se sugiere contestar el autorregistro por las noches, así podrá evaluar el día completo.

El autorregistro, está dividido en dos secciones: la primera trata sobre el consumo de cocaína; mientras que la segunda, sobre el deseo por consumir.

En la primera sección, los datos que debe anotar en la tabla son los siguientes:

En la casilla **Fecha** escriba el día, mes y año del registro.

En la casilla **Consumo**, marque Si o No, dependiendo de si ese día hubo o no consumo.

En la casilla **Vía de administración**, tiene cuatro opciones: "1" si es aspirada, "2" inyectada, "3" fumada, o "4" cutánea.

En la casilla **Cantidad**, debe anotar cuánto consumió, de ser posible convierta la cantidad a gramos.

En la casilla **Compañía** debe anotar: "1", si cuando consumió estaba solo, o "2", si consumió en con alguien más.

En la casilla **Dónde** debe anotar "3" si lo hizo en un lugar público, o "4" si fue en un lugar privado.

En la casilla **Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo**, mencione brevemente lo que pensaba y sentía antes y después de consumir, o de no hacerlo en el caso de que lo hubiera considerado.

En la segunda sección del autorregistro, los datos que debe anotar son los siguientes:

En la casilla **Deseo**, usted escribirá Si o No, dependiendo de si experimento algún episodio de deseo en el día. En caso de no presentar algún episodio en el día, el resto de la tabla se dejará en blanco.

En la casilla **Frecuencia**, escribirá el número de episodios de deseo que se presentaron en el día.

En la casilla **Intensidad**, marcará el grado de severidad del episodio más significativo. La escala va de 0 a 100%, donde 0 es Sin Deseo y el 100 es Deseo Intenso.

En la casilla **Duración**, anotará el tiempo que duró el episodio de deseo más significativo.

En la casilla **Disparador**, describa las señales que dispararon el episodio de deseo más significativo.

Casilla	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Fecha							
Consumo							
Vía A.							
Cantidad							
Compañía							
Dónde							
Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo							
Deseo							
Frecuencia Intensidad							
Duración							
Disparador							



INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS (ISCD)

Manual de calificación

Instrucciones:

Encierre las respuestas de cada reactivo, sume las calificaciones y calcule el índice o nivel problema de la persona evaluada

Es importante tomar en cuenta en el análisis de los datos que las subescalas del inventario se encuentran divididas en tres factores estructurales donde se agrupan todas las subescalas:

Factores estructurales	Subescalas
Situaciones negativas	3. Incomodidad Física (IF) 5. Emociones Displacenteras (ED) 7. Conflicto con Otros (CO)
Situaciones positivas	1. Emociones Placenteras (EP) 6. Tiempo placentero con Otros (TPO)
Situaciones de tentación	2. Prueba de Control Personal (PCP) 4. Necesidad y Tentación de Consumo (NTC) 8. Presión Social de Consumo (PSC)

Subescalas	Reactivos
1. Emociones Placenteras (EP)	1-11-21-31-41
2. Prueba de Control Personal (PCP)	2-12-22-32-42
3. Incomodidad Física (IF)	3-13-23-33-43-53-9-20-39-50
4. Necesidad y Tentación de Consumo (NTC)	4-14-24-34-44-54
5. Emociones Displacenteras (ED)	5-15-25-35-45-55-10-29-40-51
6. Tiempo placentero con Otros (TPO)	6-16-26-36-46
7. Conflicto con Otros (CO)	7-17-19-27-30-37-47-49-52-56-57-58-59-60
8. Presión Social de Consumo (PSC)	8-18-28-38-48

Forma de Calificación

Puntuación

Respuesta: "1" puntuación "0"

Respuesta: "2" puntuación "1"

Respuesta: "3" puntuación "2"

Respuesta: "4" puntuación "3".

La puntuación se calcula en las ocho subpuntuaciones (puntuaciones en bruto), una para cada categoría situacional, por una simple adición de las puntuaciones obtenidas para cada cuestión dentro de la categoría. Finalmente, se calcula una puntuación de "Índice de Problema" para cada categoría dividiendo cada subpuntuación en bruto entre la máxima puntuación posible para tal escala y luego se multiplica por 100, obteniendo de esta forma los porcentajes del índice de riesgo. Se calculan los factores generales sumando las subescalas que contiene cada factor y obteniendo el promedio de ellas.

- Factor Situaciones Positivas: Tiempo Placentero con Otros, Emociones Placenteras.
- Factor Situaciones Negativas: Emociones Displacenteras, Incomodidad Física, Conflicto con Otros.
- Factor Situaciones de Tentación: Necesidad y Tentación de Consumo, Presión Social, Prueba de Control Personal.

Interpretación

El ISCD se puede interpretar desde dos perspectivas relacionadas en términos:

1) Puntuación del índice del problema, y 2) perfil del individuo.

1) Índice del problema

Las puntuaciones de la subescala Índice del Problema, con intervalo de 0% a 100%, indican la mag-

nitud del problema de uso de drogas del individuo dentro de cada tipo de situación de consumo de drogas en el año pasado. Por ejemplo, una puntuación de 0% en el Índice del Problema sobre una subescala dada indica que el individuo nunca usó drogas cuando se encontró en este tipo de situación durante el año pasado, y consecuentemente es poco probable que este tipo de situación represente un riesgo para el individuo. En el otro extremo, una puntuación de entre 70% y 100% en una subescala dada de Índice del problema que indica un muy frecuente uso de la droga en este tipo de situación durante el año pasado, y consecuentemente una situación de este tipo presenta un alto riesgo para el individuo. Es posible ver el patrón o perfil del individuo en el uso de drogas a través de las ocho categorías y de los tres factores estructurales. Se puede hacer una jerarquía de situaciones de riesgo para el uso de la droga al ordenar las puntuaciones del Índice del Riesgo del individuo. Aquellas situaciones que son clasificadas como las más altas se toman como áreas que representan mayores riesgos para el consumo de drogas del individuo.

2) Perfil del individuo

Se construyen los perfiles del individuo para mostrar las áreas de mayor riesgo para el uso de drogas trazando las ocho subescalas de las puntuaciones del Índice Problema como una gráfica. El perfil resultante puede observarse en los términos de dos patrones mayores de puntuaciones a través de las cinco subescalas de Estados Personales versus las tres subescalas Situaciones que Involucran a Otras Personas. Un individuo puede consumir drogas más frecuentemente cuando está en compañía de otros y oponerse a consumirlas cuando está solo o viceversa.



INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS (ISCD)

Nombre : _____

Instrucciones

La lista que está a continuación señala varias situaciones en que la gente consume drogas. Lea cada reactivo o enunciado cuidadosamente y conteste en términos de su propio consumo. Por favor responda en todas las situaciones con la siguiente escala:

- Si nunca (N) consumió drogas en esa situación, marque 0
- Si rara vez (RV) consumió drogas en esa situación, marque 1
- Si frecuentemente (F) consumió drogas en esa situación, marque 2
- Si casi siempre (CS) consumió drogas en esa situación, marque 3

Ejemplo: Si rara vez consumió cocaína en esta situación marque 1

Cuando me sentí alegre 0 ~~X~~ 2 3

Conteste las situaciones que a continuación se presentan:

	N	RV	F	CS
1. Cuando estaba feliz	0	1	2	3
2. Cuando quería probarme si podía usar esa droga con moderación	0	1	2	3
3. Cuando me sentí tembloroso	0	1	2	3
4. Cuando estuve en un lugar donde antes consumí o compre la droga	0	1	2	3
5. Cuando estaba deprimido por todo en general	0	1	2	3
6. Cuando me encontré con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato	0	1	2	3
7. Cuando me sentí tenso o incómodo en presencia de alguien	0	1	2	3
8. Cuando me invitaron a una casa y sentí inapropiado rehusar la droga	0	1	2	3
9. Cuando quería tener más energía para sentirme mejor	0	1	2	3
10. Cuando empezaba a sentirme culpable por algo	0	1	2	3
11. Cuando me sentí seguro y relajado	0	1	2	3
12. Cuando quise probarme que esta droga no era un problema para mí	0	1	2	3
13. Cuando me sentí enfermo	0	1	2	3
14. Cuando inesperadamente me la encontré	0	1	2	3
15. Cuando sentí que ya no tenía a dónde más acudir	0	1	2	3
16. Cuando estaba con un amigo cercano y quisimos sentirnos más unidos	0	1	2	3
17. Cuando fui incapaz de expresar mis sentimientos a los demás	0	1	2	3
18. Cuando salí con mis amigos e insistieron en ir a consumir	0	1	2	3
19. Cuando sentí que mi familia me estaba presionando mucho	0	1	2	3
20. Cuando quería bajar de peso para mejorar mi apariencia física	0	1	2	3

	N	RV	F	CS
21. Cuando me sentí emocionado	0	1	2	3
22. Cuando quería saber si podía consumir en ocasiones sin volverme adicto	0	1	2	3
23. Cuando sentí nauseas	0	1	2	3
24. Cuando vi algo que me recordó la droga	0	1	2	3
25. Cuando sentí que me dejé fracasar	0	1	2	3
26. Cuando estaba con mis amigos y quería divertirme más	0	1	2	3
27. Cuando otras personas me rechazaron	0	1	2	3
28. Cuando en un grupo que consumía, sentí que querían que me uniera	0	1	2	3
29. Cuando me sentí abrumado y quería escapar	0	1	2	3
30. Cuando sentí que no podía llegar a ser lo que mi familia esperaba de mí	0	1	2	3
31. Cuando me sentía satisfecho con mi vida	0	1	2	3
32. Cuando quise probar estar con amigos consumidores, sin consumir	0	1	2	3
33. Cuando tuve problemas para dormir	0	1	2	3
34. Cuando había estado bebiendo alcohol y pense en consumirla	0	1	2	3
35. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
36. Cuando quería celebrar con un amigo	0	1	2	3
37. Cuando parecía que no les caía bien a los demás	0	1	2	3
38. Cuando me presionaron a usar esta droga y sentí que no me podía negar	0	1	2	3
39. Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
40. Cuando estaba enojado por cómo me salieron las cosas	0	1	2	3
41. Cuando recordé cosas buenas que habían pasado	0	1	2	3
42. Cuando quería probar estar en lugares donde se consume sin hacerlo	0	1	2	3
43. Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor	0	1	2	3
44. Cuando alguien platico sus experiencias con esa droga	0	1	2	3
45. Cuando me sentí solitario	0	1	2	3
46. Cuando estaba con mi pareja y quise aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
47. Cuando alguien me trato injustamente	0	1	2	3
48. Cuando estaba en un grupo en el que todos estaban consumiendo	0	1	2	3
49. Cuando no me levaba bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo	0	1	2	3
50. Cuando tuve algún dolor físico	0	1	2	3
51. Cuando estaba indeciso acerca de lo que debía hacer	0	1	2	3
52. Cuando había pleitos en mi casa	0	1	2	3
53. Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor	0	1	2	3
54. Cuando empecé a recordar que buen acelere sentí cuando la consumí	0	1	2	3
55. Cuando me sentí ansioso por algo	0	1	2	3
56. Cuando necesite coraje para enfrentar a otra persona	0	1	2	3
57. Cuando alguien interfirió con mis planes	0	1	2	3
58. Cuando alguien trata de controlarme y quiero sentirme mas independiente	0	1	2	3
59. Cuando alguien estaba insatisfecho con mi trabajo	0	1	2	3
60. Cuando me sentí hostigado por el trabajo o la escuela	0	1	2	3



INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS (ISCD)

Nombre:

Fecha:

Primera droga ilegal de consumo:

Segunda droga ilegal de consumo:

1. 0 1 2 3	11. 0 1 2 3	21. 0 1 2 3	31. 0 1 2 3	41. 0 1 2 3	51. 0 1 2 3
2. 0 1 2 3	12. 0 1 2 3	22. 0 1 2 3	32. 0 1 2 3	42. 0 1 2 3	52. 0 1 2 3
3. 0 1 2 3	13. 0 1 2 3	23. 0 1 2 3	33. 0 1 2 3	43. 0 1 2 3	53. 0 1 2 3
4. 0 1 2 3	14. 0 1 2 3	24. 0 1 2 3	34. 0 1 2 3	44. 0 1 2 3	54. 0 1 2 3
5. 0 1 2 3	15. 0 1 2 3	25. 0 1 2 3	35. 0 1 2 3	45. 0 1 2 3	55. 0 1 2 3
6. 0 1 2 3	16. 0 1 2 3	26. 0 1 2 3	36. 0 1 2 3	46. 0 1 2 3	56. 0 1 2 3
7. 0 1 2 3	17. 0 1 2 3	27. 0 1 2 3	37. 0 1 2 3	47. 0 1 2 3	57. 0 1 2 3
8. 0 1 2 3	18. 0 1 2 3	28. 0 1 2 3	38. 0 1 2 3	48. 0 1 2 3	58. 0 1 2 3
9. 0 1 2 3	19. 0 1 2 3	29. 0 1 2 3	39. 0 1 2 3	49. 0 1 2 3	59. 0 1 2 3
10. 0 1 2 3	20. 0 1 2 3	30. 0 1 2 3	40. 0 1 2 3	50. 0 1 2 3	60. 0 1 2 3

Subescalas Área problema

1 $\frac{\quad}{15} \times 100 = \underline{\quad}$

2 $\frac{\quad}{15} \times 100 = \underline{\quad}$

3 $\frac{\quad}{30} \times 100 = \underline{\quad}$

4 $\frac{\quad}{18} \times 100 = \underline{\quad}$

Subescalas Área problema

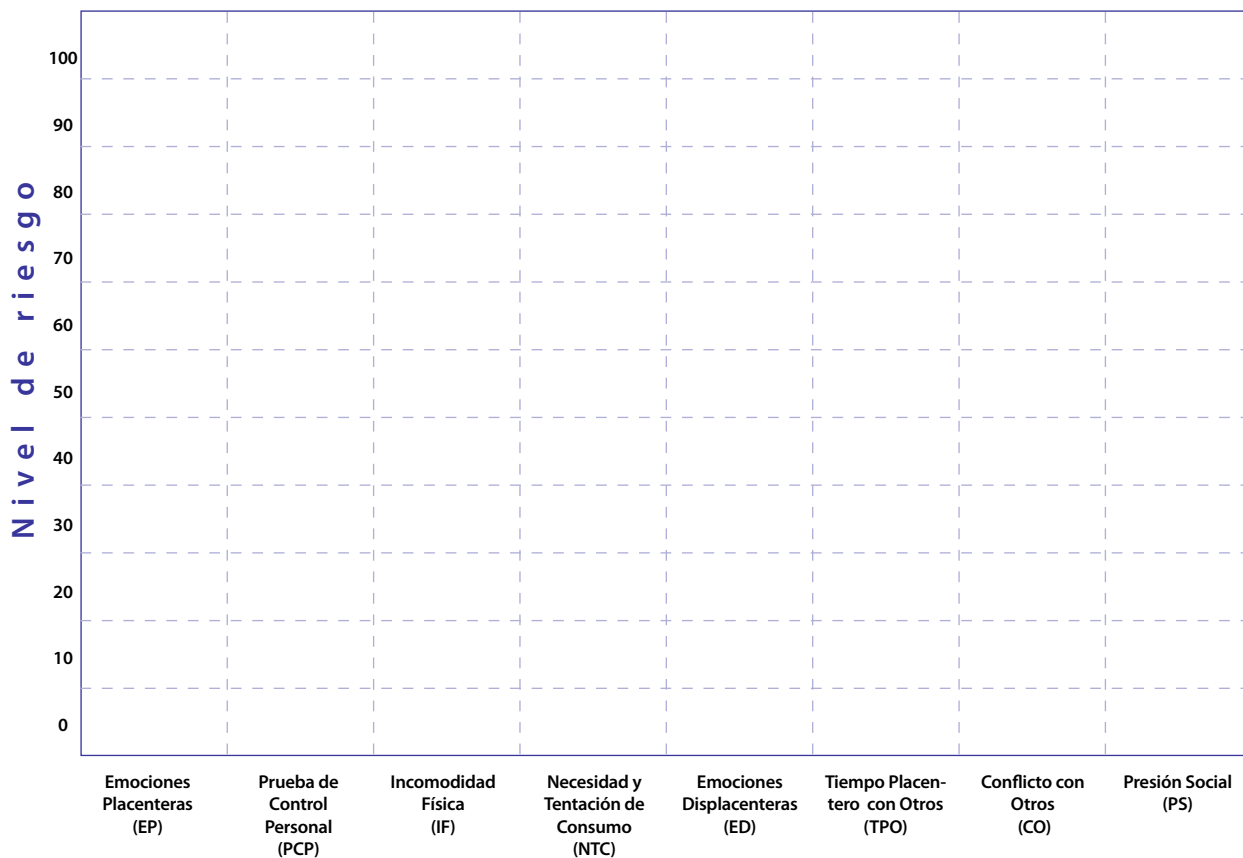
5 $\frac{\quad}{30} \times 100 = \underline{\quad}$

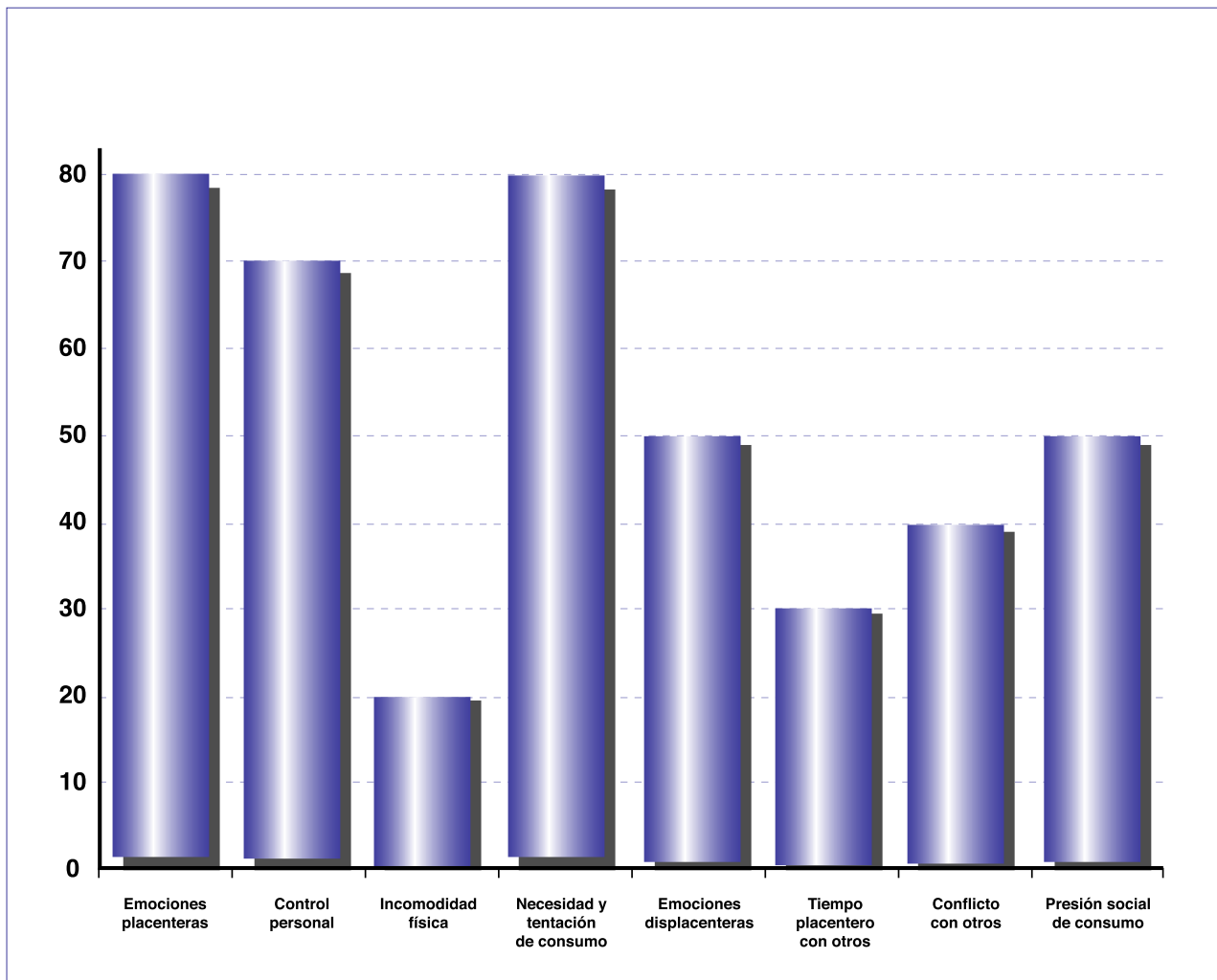
6 $\frac{\quad}{15} \times 100 = \underline{\quad}$

7 $\frac{\quad}{42} \times 100 = \underline{\quad}$

8 $\frac{\quad}{15} \times 100 = \underline{\quad}$

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS (ISCD)





Ejemplo de la gráfica del Inventario de Situaciones de Consumo (ISCD).

El eje de la abcisa representa las subescalas del ISCD, la ordenada representa el porcentaje de riesgo obtenido para cada subescala.

EVALUACIÓN

Fecha de aplicación _____

Expediente _____

El objetivo de esta sesión es conocer la historia de consumo de cocaína y otras drogas, así como, revisar los problemas experimentados por ese consumo.

SITUACIÓN LABORAL Y LUGAR DE RESIDENCIA

1. Ocupación actual (retomarla de la admisión): _____ 2. Años _____

3. Tipo de empleo (marque sólo una opción):

- ___ (1) Ocasional
 ___ (2) Permanente
 ___ (3) Sin empleo

4. Tiempo dedicado a ese empleo

- ___ (1) Tiempo completo
 ___ (2) Medio tiempo
 ___ (3) Por horas

5. Trabajo que ha desempeñado con más frecuencia (sólo si ha tenido más de un empleo): _____

6. En los últimos 12 meses, ¿cuántas semanas estuvo desempleado? (0 a 52) _____

7. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó como resultado del consumo de cocaína? _____

8. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo como resultado de consumir cocaína? _____

9. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha cambiado de casa? _____

10. Tipo de residencia en la actualidad:

- ___ (1) Casa/departamento propio ___ (2) Casa/departamento rentado ___ (3) Otro

11. Ingreso promedio al mes (en los últimos 12 meses): _____

HISTORIA DEL CONSUMO DE COCAÍNA

Primer consumo de cocaína

12. Describir qué sucedió la primera vez que consumió cocaína _____

13. ¿Qué pensó? _____

14. ¿Cómo se sintió? _____

15. Consecuencias físicas _____

16. Consecuencias psicológicas _____



17. Consecuencias sociales _____

18. Consecuencias laborales o escolares _____

Consumo problemático de cocaína

19. ¿Cuándo se dio cuenta de que el consumo de cocaína es un problema? _____

20. ¿Qué pensó en esa ocasión? _____

21. ¿Cómo se sintió en esa ocasión? _____

22. Consecuencias físicas _____

23. Consecuencias psicológicas _____

24. Consecuencias sociales _____

25. Consecuencias laborales o escolares _____

Control del consumo

26. ¿Ha tenido periodos de abstinencia en el último año? Si No Cuantos _____

27. Razones de abstinencia (último año) _____

28. Tiempo de abstinencia (último año) indicar el número de semanas _____

29. ¿Qué ha hecho para resolver el problema de consumo de cocaína? _____

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE COCAÍNA EN EL ÚLTIMO AÑO

Para cada problema, marque la opción correspondiente, usando la siguiente escala:

0 = Ninguno 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Sustancial 4 = Severo

Problemas	Indique los problemas					
Físicos	0	1	2	3	4	
Cognitivos	0	1	2	3	4	
Afectivos o emocionales	0	1	2	3	4	
Interpersonales	0	1	2	3	4	
Agresión	0	1	2	3	4	
Laborales	0	1	2	3	4	
Legales	0	1	2	3	4	
Económicos	0	1	2	3	4	



LÍNEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)

Mes 1 (primer mes)			Mes		Año	
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Mes 2			Mes		Año	
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Mes 3			Mes		Año	
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Mes 4			Mes		Año	
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Mes 5			Mes		Año	
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Mes 6			Mes		Año	
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Mes 7 (mes actual)			Mes		Año	
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				



Cuestionario de autoconfianza sobre el uso de drogas (CACD)

Lucía de León Bello, Yazmin Pérez, Roberto Oropeza y Héctor Ayala

Manual de calificación

Instrucciones: marque las respuestas de cada reactivo, sume las calificaciones y calcule el índice o nivel problema de la persona evaluada.

Es importante tomar en cuenta en el análisis de los datos que las subescalas del cuestionario se encuentran divididas en tres factores estructurales donde se agrupan todas las subescalas:

Factores estructurales	Subescalas
Situaciones negativas	3. Incomodidad Física (IF) 5. Emociones Displacenteras (ED) 7. Conflicto con Otros (CO)
Situaciones positivas	1. Emociones Placenteras (EP) 6. Tiempo placentero con Otros (TPO)
Situaciones de tentación	2. Prueba de Control Personal (PCP) 4. Necesidad y Tentación de Consumo (NTC) 8. Presión Social de Consumo (PSC)

Subescalas	Reactivos
1. Emociones Placenteras (EP)	1-11-21-31-41
2. Prueba de Control Personal (PCP)	2-12-22-32-42
3. Incomodidad Física (IF)	3-13-23-33-43-53-9-20-39-50
4. Necesidad y Tentación de Consumo (NTC)	4-14-24-34-44-54
5. Emociones Displacenteras (ED)	5-15-25-35-45-55-10-29-40-51
6. Tiempo placentero con Otros (TPO)	6-16-26-36-46
7. Conflicto con Otros (CO)	7-17-19-27-30-37-47-49-52-56-57-58-59-60
8. Presión Social de Consumo (PSC)	8-18-28-38-48

Forma de calificación

Se registran las respuestas del individuo en el formato correspondiente y se calcula la puntuación de autoconfianza para cada una de las subescalas al calcular los porcentajes medios dados a las respuestas en cada subescala. Las ocho Puntuaciones de autoconfianza son graficadas. Posteriormente se obtienen los factores generales sumando las subescalas que contiene cada factor y obteniendo el promedio de ellas.

Factor Situaciones Positivas: Tiempo Placentero con Otros, Emociones Placenteras.

Factor Situaciones Negativas: Emociones Displacenteras, Incomodidad Física, Conflicto con Otros.

Factor Situaciones de Tentación: Necesidad y Tentación de Consumo, Presión Social, Prueba de Control Personal.

Interpretación de las respuestas del individuo en el CACD.

Puede interpretarse desde dos perspectivas en términos de: 1) Puntuación de las subescalas de la confianza y 2) El perfil de la confianza de un individuo.

1. Puntuación es de autoconfianza

Las puntuaciones de las subescalas de autoconfianza, con un rango de 0% a 100%, indican la fortaleza que tiene un individuo para resistirse a la necesidad de usar drogas dentro de cada tipo de situación. Por ejemplo, una puntuación de autoconfianza de 0% a 40% en una subescala el individuo tiene muy poca o nada de autoconfianza de resistirse a la necesidad de usar drogas en ese tipo de situación. Tal puntuación indica que las situaciones de este tipo presentan al individuo con un alto riesgo.

Por el otro lado, una puntuación de autoconfianza del 80% en una subescala indica una autoconfianza muy alta en la habilidad que tiene un individuo para resistirse a la necesidad usar drogas en esa situación, y, consecuentemente, las situaciones de este tipo presentan un muy bajo riesgo para un individuo. Las puntuaciones del 60% en alguna o algunas subescalas indican que el individuo percibe su autoconfianza de resistirse al consumo como medianamente alta,

esta interpretación debe hacerse con cuidado, ya que significa un riesgo para el consumo en esas situaciones, por lo tanto deberá fortalecerse esta autoconfianza para disminuir el riesgo.

2. Perfiles de confianza del individuo

Se puede construir una jerarquía de los porcentajes de autoconfianza clasificando las subescalas del CACD de acuerdo a las puntuaciones. Aquellas situaciones que son clasificadas como más altas representan las áreas del individuo de más alta autoconfianza en su habilidad para resistir la necesidad de usar drogas.

El perfil puede verse en términos de las puntuaciones generales de los patrones. Por ejemplo, un patrón de puntuaciones elevadas puede ser categorizada en situaciones Negativas vs Positivas vs Tentación. Un individuo puede expresar baja autoconfianza en situaciones caracterizadas por necesidad y tentación, prueba del control personal y presión social; moderada autoconfianza en situaciones asociadas con emociones displacenteras, incomodidad física y conflicto con otros; y altos niveles de autoconfianza en relación con situaciones de emociones placenteras y tiempos placenteros con otros. Así, el perfil de autoconfianza de un individuo puede usarse para identificar las dimensiones de la autoeficacia relacionadas con tomar drogas.



Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas (CACD)

Nombre:

Instrucciones

La lista que está a continuación señala varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume drogas. Imagine que está en cada una de las situaciones que a continuación se le presentan. Indique de acuerdo con la siguiente escala qué tan seguro está de poder resistirse a la necesidad de consumir drogas en esa situación. Encierre o marque su respuesta de acuerdo al porcentaje de seguridad que usted tenga de resistir a la necesidad de consumir droga.

Ejemplo:

Si está un 60% seguro de resistirse a consumir la droga en esta situación, debe marcar como se muestra a continuación:

Si me sintiera alegre 0 % 20 % 40 % ~~60 %~~ 80 % 100 %

Conteste las situaciones que a continuación se le presentan:

1. Si me sintiera feliz	0	20	40	60	80	100
2. Si quisiera probarme que puedo usar esa droga con moderación	0	20	40	60	80	100
3. Si me sintiera tembloroso	0	20	40	60	80	100
4. Si estuviera en un lugar donde antes consumí o compre la droga	0	20	40	60	80	100
5. Si estuviera deprimido por todo en general	0	20	40	60	80	100
6. Si me encontrara con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato	0	20	40	60	80	100
7. Si me sintiera tenso o incómodo en presencia de alguien	0	20	40	60	80	100
8. Si me invitan a una casa y sintiera inapropiado rehusarme a la droga	0	20	40	60	80	100
9. Si quisiera tener más energía para sentirme mejor	0	20	40	60	80	100
10. Si empezara a sentirme culpable por algo	0	20	40	60	80	100
11. Si me sintiera seguro y relajado	0	20	40	60	80	100
12. Si quisiera probarme que esta droga no es un problema para mí	0	20	40	60	80	100
13. Si me sintiera enfermo	0	20	40	60	80	100
14. Si inesperadamente me la encontrara	0	20	40	60	80	100
15. Si sintiera que ya no tengo a dónde más acudir	0	20	40	60	80	100
16. Si estuviera con un amigo cercano y quisiéramos sentirnos más unidos	0	20	40	60	80	100
17. Si no fuera capaz de expresar mis sentimientos a los demás	0	20	40	60	80	100
18. Si saliera con mis amigos e insistieran en ir algún lugar a consumir droga	0	20	40	60	80	100
19. Si me sintiera que mi familia me esta presionando mucho	0	20	40	60	80	100
20. Si quisiera bajar de peso para mejorar mi apariencia física	0	20	40	60	80	100
21. Si me sintiera emocionado por algo	0	20	40	60	80	100
22. Si quisiera probar consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto	0	20	40	60	80	100
23. Si sintiera nauseas	0	20	40	60	80	100
24. Si viera algo que me recordara la droga	0	20	40	60	80	100
25. Si sintiera que me dejé fracasar	0	20	40	60	80	100

26. Si estuviera con mis amigos y quisiera divertirme más	0	20	40	60	80	100
27. Si otras personas me rechazaran	0	20	40	60	80	100
28. Si estoy en un grupo que consume y sintiera que quieren que me les una	0	20	40	60	80	100
29. Si me sintiera abrumado y quisiera escapar	0	20	40	60	80	100
30. Si me sintiera que no puedo llegar a ser lo que mi familia espera de mí	0	20	40	60	80	100
31. Si me sintiera satisfecho con mi vida	0	20	40	60	80	100
32. Si quisiera estar con amigos que consumen drogas sin consumirlas	0	20	40	60	80	100
33. Si tuviera problemas para dormir	0	20	40	60	80	100
34. Si hubiera estado bebiendo alcohol y pensara en consumirla	0	20	40	60	80	100
35. Si estuviera aburrido	0	20	40	60	80	100
36. Si quisiera celebrar con un amigo	0	20	40	60	80	100
37. Si pareciera que no les caigo bien a los demás	0	20	40	60	80	100
38. Si me presionaran a usar esta droga y sintiera que no me podía negar	0	20	40	60	80	100
39. Si tuviera dolor de cabeza	0	20	40	60	80	100
40. Si estuviera enojado por cómo me salieron las cosas	0	20	40	60	80	100
41. Si recordara cosas buenas que han pasado	0	20	40	60	80	100
42. Si quisiera estar en lugares donde se consumen drogas sin hacerlo	0	20	40	60	80	100
43. Si quisiera mantenerme despierto para sentirme mejor	0	20	40	60	80	100
44. Si escuchara a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga	0	20	40	60	80	100
45. Si me sintiera solitario	0	20	40	60	80	100
46. Si estuviera con mi pareja y quisiera aumentar mi placer sexual	0	20	40	60	80	100
47. Si alguien me tratara injustamente	0	20	40	60	80	100
48. Si estuviera con un grupo donde todos consumieran	0	20	40	60	80	100
49. Si no me llevara bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo	0	20	40	60	80	100
50. Si tuviera algún dolor físico	0	20	40	60	80	100
51. Si estuviera indeciso acerca de lo que debo hacer	0	20	40	60	80	100
52. Si hubiera pleitos en mi casa	0	20	40	60	80	100
53. Si quisiera estar más alerta para sentirme mejor	0	20	40	60	80	100
54. Si empezara a recordar que buen acelere sentí cuando la consumí	0	20	40	60	80	100
55. Si me sintiera ansioso por algo	0	20	40	60	80	100
56. Si necesitara coraje para enfrentar a otra persona	0	20	40	60	80	100
57. Si alguien interfirió con mis planes	0	20	40	60	80	100
58. Si alguien trata de controlar mi vida y yo quisiera ser más independiente	0	20	40	60	80	100
59. Si alguien estuviera insatisfecho con mi trabajo	0	20	40	60	80	100
60. Si me hostigaran por el trabajo o la escuela	0	20	40	60	80	100

EVALUACION DEL ENTREVISTADOR HACIA EL USUARIO: Anotar un breve comentario de cualquier aspecto de la entrevista con el usuario que no esté reflejado en este cuestionario (aspecto del usuario, sentimientos, proceso de pensamiento, problemas que puedan interferir con el tratamiento):

RECOMENDACIONES PARA INICAR EL TRATAMIENTO:



Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas (CACD)

Nombre:

Fecha:

1. _____	11. _____	21. _____	31. _____	41. _____	51. _____
2. _____	12. _____	22. _____	32. _____	42. _____	52. _____
3. _____	13. _____	23. _____	33. _____	43. _____	53. _____
4. _____	14. _____	24. _____	34. _____	44. _____	54. _____
5. _____	15. _____	25. _____	35. _____	45. _____	55. _____
6. _____	16. _____	26. _____	36. _____	46. _____	56. _____
7. _____	17. _____	27. _____	37. _____	47. _____	57. _____
8. _____	18. _____	28. _____	38. _____	48. _____	58. _____
9. _____	19. _____	29. _____	39. _____	49. _____	59. _____
10. _____	20. _____	30. _____	40. _____	50. _____	60. _____

Subescalas Área problema

1 _____ = _____
5

2 _____ = _____
5

3 _____ = _____
10

4 _____ = _____
6

Subescalas Área problema

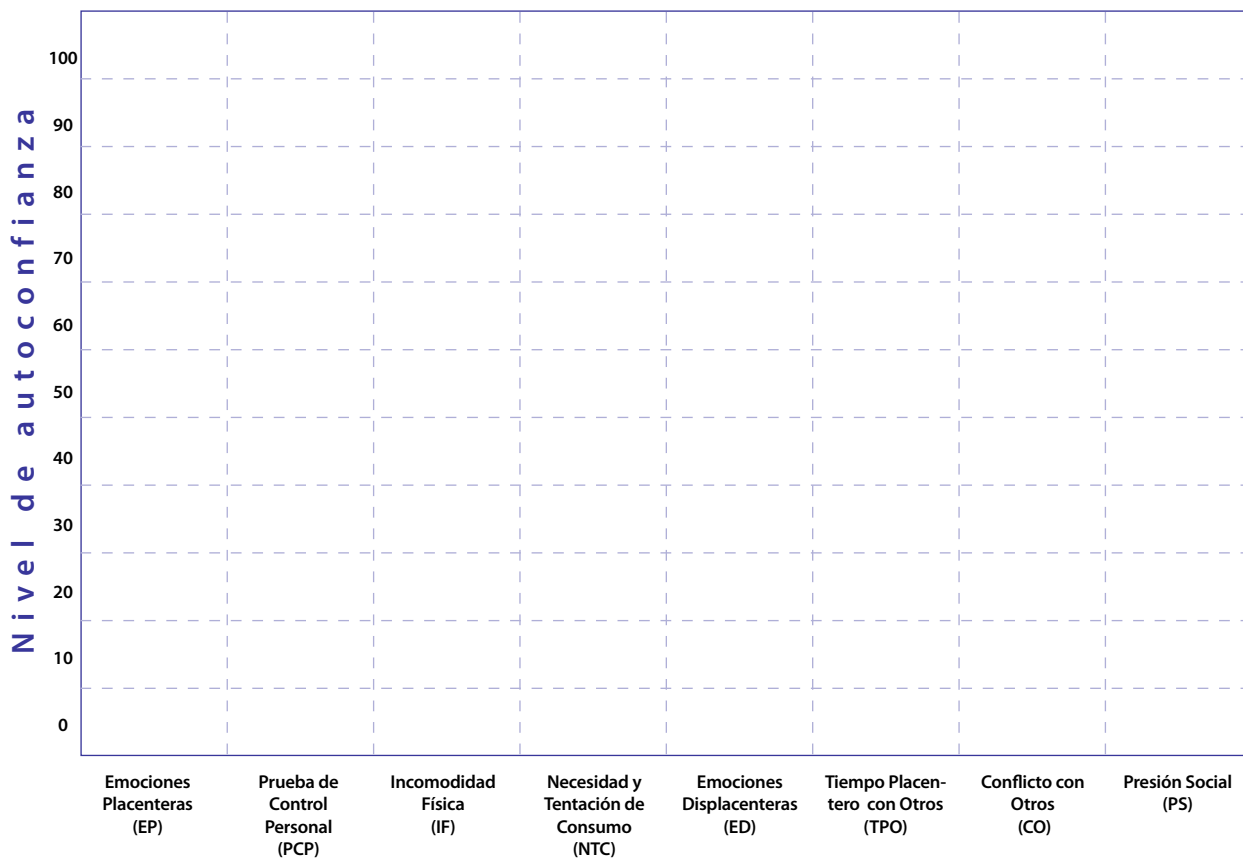
5 _____ = _____
10

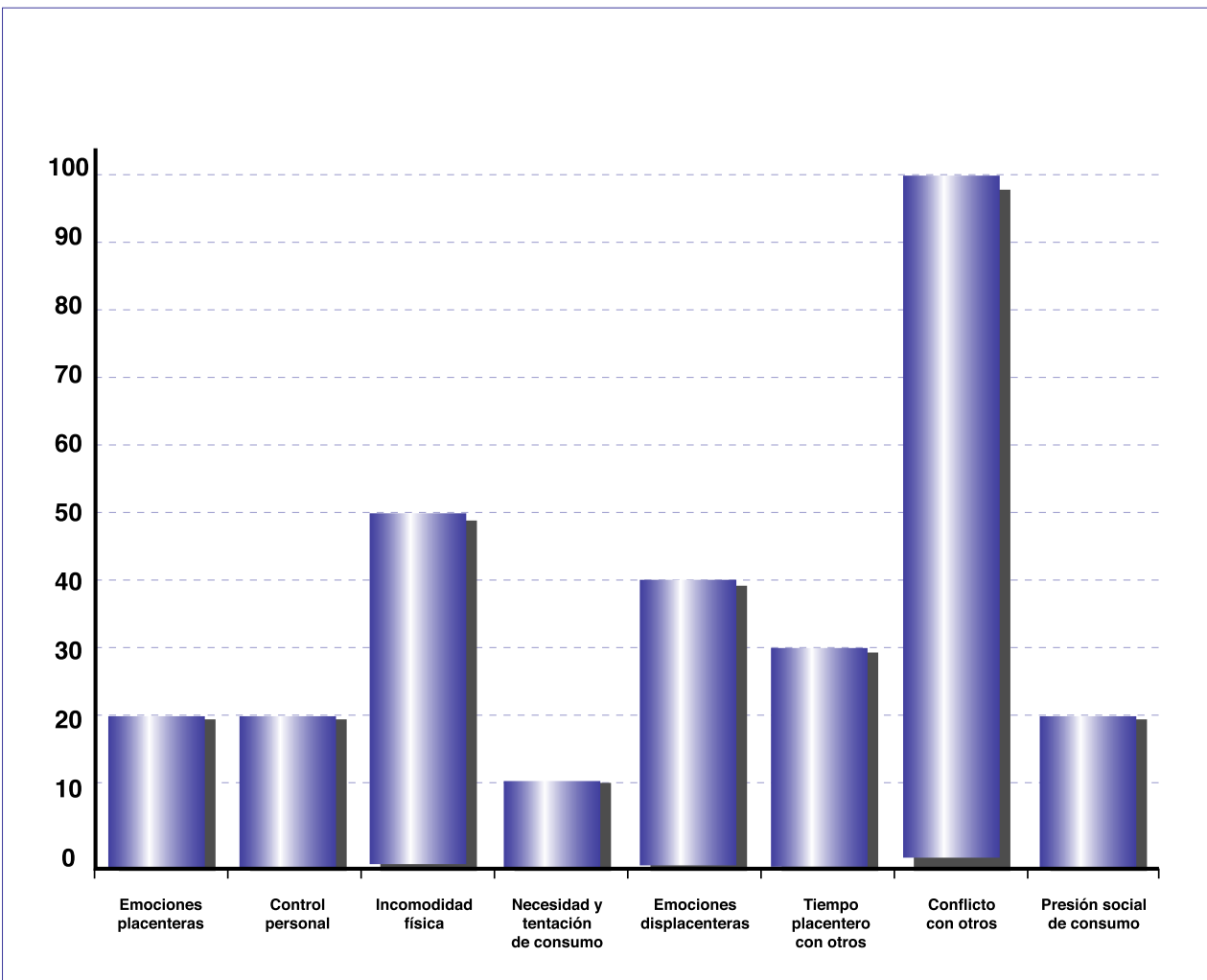
6 _____ = _____
5

7 _____ = _____
14

8 _____ = _____
5

Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas (CACD)





Ejemplo de la gráfica del Cuestionario de Auto-confianza de Consumo de Drogas (CACD)

El eje de la abscisa representa las subescalas del CACD, la ordenada representa el porcentaje de confianza obtenido para cada subescala.

Términos comunes relacionados con el consumo de cocaína

Cocaína en polvo:

"talco"
"polvo blanco"
"nieve"
"perico"
"línea"
"lineazo"
"uñazo"
"tarjetazo"
"grapa"
"papel"
"blanca nieves"
"oro blanco"
"big C"
"dama blanca"
"coke"
"mama coca"
"gis"
"magia blanca"
"doña blanca"
"caspas del diablo"

Crack:

"base"
"free base"
"roca"
"piedra"
"rock"
"baserola"
"tostada"
"lata"
"bote"
"bote pateado"
"ladrillo"
"puntos"

Combinaciones de cocaína con otra droga:

Coca con marihuana: "nevado", "basuco"
Coca con heroína: "speedball"

Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC):

Un Modelo Cognoscitivo Conductual,

Libro de Trabajo

Índice

Introducción	95
Tópico I. Balance decisional y establecimiento de metas	98
Tópico II. Manejo del consumo de cocaína	105
Tópico III. Identificar y manejar pensamientos sobre cocaína	112
Tópico IV. Identificar y manejar el deseo de la cocaína	119
Tópico V. Habilidades asertivas de rechazo	128
Tópico VI. Decisiones aparentemente irrelevantes	134
Tópico VII. Solución de problemas	141
Tópico VIII. Reestablecimiento de metas y planes de acción	147

INTRODUCCIÓN

Sabemos que intentar dejar una adicción no es sencillo, aunque tampoco es imposible. Se necesita de mucha determinación, trabajo y responsabilidad. Seguramente usted encontrará dificultades y obstáculos en el camino; probablemente caerá en alguno de ellos, pero el objetivo del tratamiento es que con ayuda del terapeuta usted no se atore, sino que aprenda de esa caída y continúe su camino hacia la recuperación. Seguramente usted tiene compañeros de consumo que al intentar dejar de consumir han tenido éxito, así como muchos otros que se han quedado atrapados en él. Usted está dando el primer paso para modificar su consumo de cocaína; ya sabe, si tiene algunos problemas (que es normal que los tenga) no se desanime y siga adelante. El terapeuta le ayudará a llegar airoso a la meta final, que es alcanzar la abstinencia de la cocaína.

El consumo de drogas es un tema prioritario de salud pública en México y en el mundo. En estas últimas décadas se ha hecho conciencia respecto a las graves consecuencias que ocasiona el consumo de drogas, tanto en la salud del usuario, como en su entorno familiar y social, que se manifiestan a través de actos delictivos, violencia intrafamiliar, suicidios, homicidios, accidentes, enfermedades, etc. A pesar

de que en nuestro país este fenómeno no alcanza las elevadas proporciones registradas en los países desarrollados, también ha sido reconocido como un grave problema de salud pública.

HISTORIA DE LA COCAÍNA

Aunque el uso inicial de la coca se asocia generalmente con el imperio Inca, los antecedentes de su uso se remontan al siglo IX a. c. ya que se han encontrado hojas del arbusto en tumbas de las zonas arqueológicas pertenecientes al área del Amazonas. Pero es hasta el año 1200 D. C. que pueden documentarse los primeros ritos en los que el uso de hojas de coca aparece con propósitos religiosos entre los sacerdotes incas.

A partir del año 1553 con la conquista española de América del Sur, se usó la hoja de coca para aumentar el rendimiento de los esclavos indígenas en las minas de plata. Además, se buscó terminar con la asociación ritual y religiosa que tenía el fármaco en el pueblo.

En 1857 se descubrieron sus propiedades como anestésico local aprovechable en oftalmología. Una de las industrias en las que la cocaína tuvo impacto fue en la elaboración de tónicos y bebidas revitalizantes. Así Angelo Mariani populariza el Vin Maria-

ni (1880), vino que se pone de moda en Europa como tónico, que dentro de su fórmula contenía cocaína.

Sin duda el caso más popular de distribución lícita de cocaína a finales del siglo XIX es el de la fórmula de la "Coca-cola", patentada en 1886 por Pemberton. No es hasta 28 años después, con la denominación del fármaco como sustancia ilegal, que se modificó la fórmula Coca-cola y se sustituyó la cocaína contenida en el refresco por cafeína.

La epidemia actual de consumo de cocaína inicia en los setenta y coincide con la restricción de la producción y venta de anfetaminas en los Estados Unidos. En México empieza en los ochentas debido al cierre del paso de las drogas en la frontera norte. Y México se convierte entonces, de ser un país de paso, a un mercado de venta y consumo de la droga.

CARACTERÍSTICAS

La cocaína es un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al cerebro. Los estimulantes son sustancias que aumentan el estado de vigilia, el estado de alerta y el estado de conciencia, se percibe más intensamente el medio exterior y se responde de manera más rápida a los estímulos del medio externo, combaten el sueño, producen sensación de energía incrementada y excitación.

Básicamente hay dos formas químicas de la cocaína. La cocaína y el crack. La cocaína es un polvo blanco, fino y cristalino que se conoce como coca, nieve, queso, etc. Usualmente se consume impura, ya que normalmente se le agrega talco, azúcares, anestésicos locales, cafeína, procaína, benzocaína o incluso otros estimulantes, como las anfetaminas. Se consume aspirando el polvo por la nariz. El crack se consume fumándolo en pipas u otro tipo de contenedores, tiene los mismos efectos que la cocaína sólo que los síntomas se presentan más rápidamente y con mayor intensidad, que lo hace más adictivo.

EFFECTOS

El consumo crónico de cocaína afecta al organismo en diferentes aparatos y sistemas provocando

afecciones que van desde las temporales hasta las crónicas e irreversibles.

Los efectos que ocasiona el consumo de drogas depende de la cantidad y frecuencia de las dosis, que modifican la capacidad física, mental y conductual del individuo. Los efectos resultan de la interacción de tres elementos básicos: la droga, el usuario y el medio ambiente (la familia, la sociedad, el nivel cultural, la educación, la situación económica, entre otras).

El uso continuo de la cocaína puede producir arritmias cardíacas y problemas cardiovasculares que son la causa de algunas muertes repentinas; provoca inquietud física, locuacidad, irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, pérdida del apetito, insomnio, lo que equivale a un estado maniaco, que es potencialmente peligroso para el paciente y para quienes lo rodean. Los consumidores crónicos pueden desarrollar ideas delirantes de persecución, realizar actos violentos, inesperados e injustificables. En los intervalos entre dos episodios de consumo, los adictos se hunden en depresiones y se tornan apáticos y somnolientos, además de experimentar la necesidad urgente de obtener la droga. El deseo por consumirla es tan intenso e intrusivo que rompe la concentración, interfiere con la ejecución de cualquier actividad y hace al individuo aguda y extremadamente molesto.

Se han hecho muchos estudios para entender como la cocaína produce sus efectos placenteros y la razón por la que genera adicción. Los científicos han descubierto que cuando se estimulan ciertas regiones del cerebro se produce una gran sensación de placer.

Se sabe que algunas enfermedades asociadas al consumo de drogas pueden ser, en su fase más avanzada y solo en algunos casos, de carácter crónico, irreversible, incapacitante y letal. El consumo de sustancias puede dar lugar al deterioro en la calidad de vida de los usuarios y a la pérdida de años potenciales de vida saludable; también puede incidir en la disminución de la productividad, el incremento del absentismo laboral, la sobre utilización de los servicios



de salud, y el aumento de las tasas de mortalidad por padecimientos asociados, lo que se traduce en un elevado costo social: problemas familiares, sociales, emocionales, laborales, educativos, etc.

CONCLUSIÓN

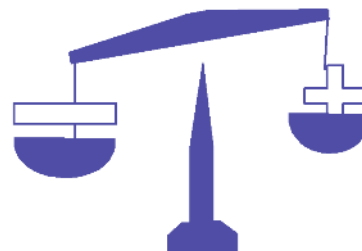
Alguien que ya ha desarrollado adicción a esta droga necesita ayuda profesional para dejar de consumirla, especialmente en los dependientes de la sustancia. Para esto, es necesario desarrollar tratamientos dirigidos específicamente a estos consumidores, tomando en cuenta los efectos a corto y a largo plazo, el deseo, el síndrome de abstinencia, la tolerancia, y otros aspectos.

El Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) que está a punto de comenzar está diseñado específicamente para las características de los consumidores de cocaína. Es un tratamiento que ha demostrado ser útil sobre todo para aquellos consumidores que abusan o que dependen ya de la cocaína. El tratamiento consiste en un conjunto de ejercicios que le permitirán desarrollar, con la ayuda del terapeuta, nuevas formas de enfrentar de manera exitosa el consumo, reduciéndolo y eliminándolo.

¿Está listo para comenzar el tratamiento?

Tópico I

Balance Decisional y Establecimiento de la Meta



¡Bienvenido!

Ahora está iniciando un programa de tratamiento para dejar de consumir cocaína. En este programa usted deberá tomar algunas decisiones. Usted es el único responsable del camino a elegir y de las consecuencias que esto conlleve. Sin embargo, no está solo. Nosotros nos esforzaremos por darle la mano y ayudarlo a lo largo del programa de tratamiento.

En este tópico realizará un "Balance Decisional". Esto significa que hará una comparación entre las consecuencias positivas y negativas de su consumo. Éste es un buen inicio para ayudarlo a cambiar su uso de la sustancia. Con base en este balance decisional, usted definirá cual es su meta durante el tratamiento, es decir, ir poco a poco reduciendo su consumo hasta alcanzar la abstinencia o directamente la abstinencia. Además, definirá la importancia que tiene la meta en este momento, y cuales son las principales razones que lo motivan al cambio y lograr su meta.

OBJETIVO DEL TÓPICO

El objetivo de este tópico es motivarlo a abandonar su consumo de cocaína, ya sea reduciéndolo gradualmente o buscando la abstinencia desde este momento.

AMBIVALENCIA Y BALANCE DECISIONAL

En algún momento de su vida, consumir cocaína pudo haber tenido un beneficio real (como activarse, divertirse o reducir el estrés), pero ahora, probablemente ya no sea así. Al revisar esta lectura,

debe considerar qué ventajas tendría si dejara de consumir esa sustancia y que desventajas tendría seguir consumiéndola. Ponga ambos aspectos en una balanza y decida cuál pesa más y cuál menos (las ventajas o las desventajas). Llamamos *Balance Decisional* (BD), al análisis que se hace entre las ventajas y desventajas de ambas situaciones, para decidir cual nos conviene. Para esto, considere los siguientes puntos:

- El cambio es una elección personal.
- Usted es el único que puede evaluar las ventajas y desventajas de consumir cocaína.
- Al ser el responsable de su cambio, debe decidir cuando detener el consumo y trabajar para lograrlo.

¿Qué deberá hacer para inclinar la balanza hacia las ventajas de dejar de consumir y por lo tanto modificar su consumo?

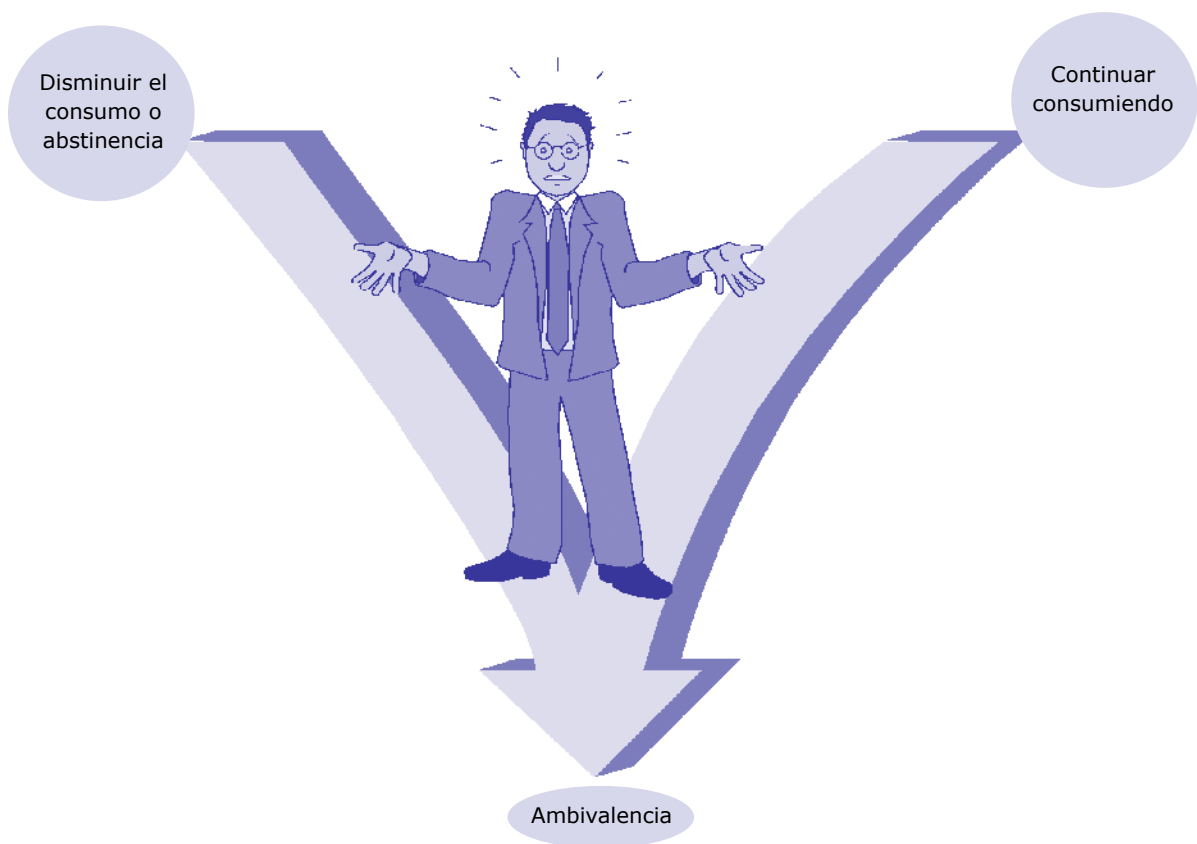
- Durante el cambio en el consumo es frecuente sentir ambivalencia entre dos alternativas (consumir o dejar de consumir). Ese sentimiento es normal.
- En este tópico, por ambivalencia nos referimos a la situación en la cual debe decidirse por una de dos alternativas diferentes, donde ambas son atractivas, pero incompatibles. Las alternativas que usted tiene en este momento serían las siguientes:
 1. Disminuir su consumo de cocaína o dejar de consumir para mejorar su vida en general.
 2. Continuar consumiendo, para seguir disfrutando de los efectos que obtiene al hacerlo, pero seguir con los problemas que tiene actualmente.

- Probablemente usted esté en un estado de ambivalencia, donde tomar la decisión por alguna de esas alternativas sea difícil.
- Usted sabe que la primera alternativa es la más correcta, pero la que requiere más trabajo.

INICIO DEL CAMBIO

A continuación deberá identificar las ventajas y las desventajas de consumir y de dejar de consumir co-

caína. A lo largo de esta semana, dedique un tiempo importante para examinar cuidadosamente estas ventajas y desventajas. Escoja un momento en el que pueda concentrarse y trabajar a conciencia. Si ahora tiene algún sentimiento ambivalente con respecto al cambio, recuerde que esto es normal. Recuerde que su hábito de consumir cocaína no se desarrolló de la noche a la mañana, por lo que le tomará tiempo examinar las consecuencias de esa decisión.



DECISIONES Y SUS CONSECUENCIAS

Cuando toma una decisión, normalmente considera las ventajas y desventajas de lo que va a hacer. Valorar decisiones involucra elecciones entre diferentes alternativas, por lo que es normal tener ambivalencia. Usted podría haber estado abusando del consumo de cocaína porque

aparentemente las ventajas de usarla son mayores que las ventajas de no usarla. Pero si analiza bien su situación, seguramente verá que consumir tiene muchas desventajas. También considere que lo que puede ser una ventaja o desventaja para usted, puede no serlo para alguien más.

Las consecuencias son los hechos o acontecimientos que resultan de alguna acción, y pueden ser a corto o largo plazo, positivas como negativas. A corto plazo, usar cocaína puede ayudarlo a sentirse mejor aparentemente (consecuencia positiva); pero a largo plazo, consumir puede arruinar sus relaciones o afectar su trabajo (consecuencia negativa o riesgo).

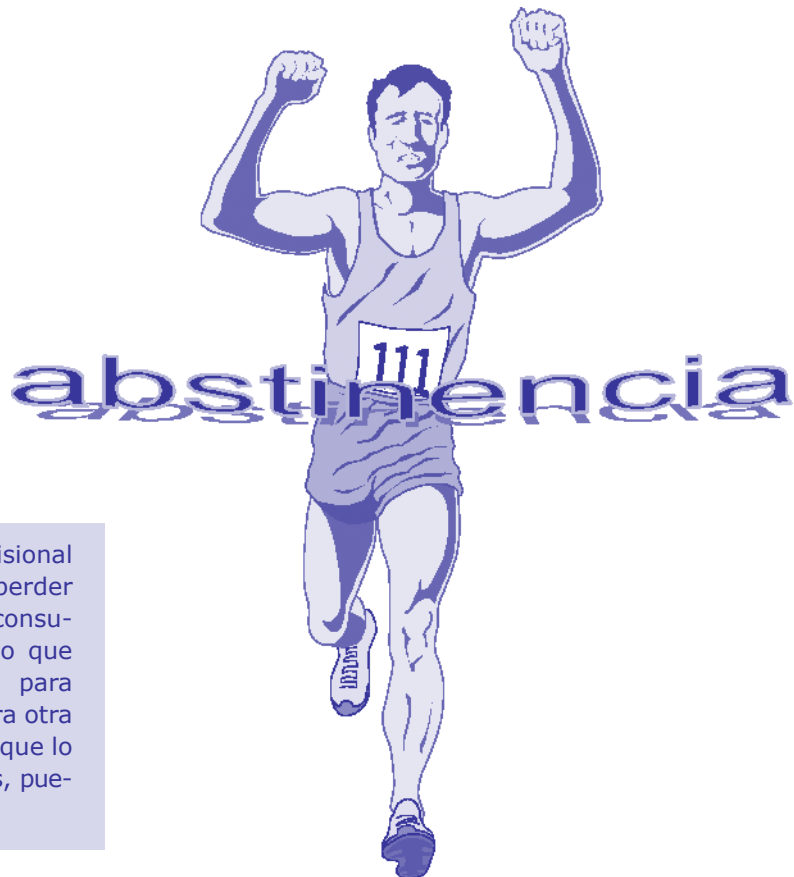
Sorprendentemente, muchas personas pueden solucionar su problema de consumo de cocaína sin necesitar tratamiento. Y al preguntarles cómo lograron este cambio, responden que “solo se decidieron”. Las siguientes descripciones son de usuarios que tomaron la decisión de cambiar y tuvieron éxito:

Usuario # 1: Evaluó las ventajas y desventajas de consumir cocaína haciendo un listado de todas ellas. Cuando terminó, observó que sus problemas

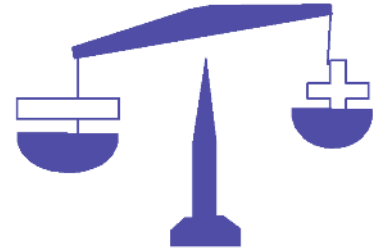
en el trabajo, con su familia y su salud, habían aumentado. Aunque el principal motivo que lo impulsó a dejar de consumir fue que su hijo lo llamara “cocainómano”.

Usuario # 2: Se dio cuenta de los problemas que la cocaína le producía, pues sentía que su vida se destrozaba en cuanto a su salud, trabajo y aspectos personales. Pudo observar que la droga le estaba quitando lo mejor de su existencia.

Usuario # 3: Mientras una mujer se miraba al espejo en el baño de un bar, después de aspirar una “línea” de coca, evaluó los riesgos que la droga tenía sobre su vida: problemas de autoestima, económicos y de inseguridad laboral. Además consideró que ya no era muy joven, estaba por cumplir los 40 años. Estos fueron algunos elementos que le permitieron decidir renunciar a la droga inmediatamente.



Al hacer el balance decisional pregúntese: ¿qué puedo perder o ganar al continuar consumiendo? Recuerde que lo que puede ser un beneficio para usted, puede no serlo para otra persona. Tenga presente que lo que era un beneficio antes, puede no serlo actualmente.



Estos usuarios evaluaron las ventajas y desventajas de su consumo de cocaína, por lo que han hecho un balance decisional. Éste puede ser un paso previo a la decisión de cambiar su consumo de cocaína. Observe las siguientes balanzas. La que está en medio está equilibrada, las ventajas y desventajas de usar cocaína son iguales, lo que indica que nada presiona a la persona a cambiar su comportamiento actual. Pero si añadimos peso en cualquier lado, ocurrirá un desequilibrio, que es lo que se observa en las dos balanzas que están a los lados.

Para cambiar la conducta, se necesita inclinar la balanza hacia las ventajas de dejar de consumir y hacia las desventajas de seguir consumiendo. Evalúe su consumo, enfatizando las desventajas del consumo, de manera que rebasen a las ventajas del consumo (balanza del lado derecho).

BALANCE DECISIONAL

El objetivo del siguiente ejercicio es hacer una lista de todas las ventajas y desventajas de dejar su consumo o de continuar consumiendo.

Ejemplo:

	Dejar de consumir	Continuar consumiendo
Ventajas de:	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar mi vida. • Disminuir los problemas en mi trabajo. • Mejorar mi presupuesto • Mejorar mi salud. • Controlar más mi comportamiento. • Ser más responsable 	<ul style="list-style-type: none"> • Me ayuda a activarme • Sentirme bien al consumir. • Placer por consumir.
Desventajas de:	<ul style="list-style-type: none"> • No tener una manera de activarme • Sentirme más deprimido. • No sentir el placer que obtengo al consumir cocaína. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desaprobación de mis amigos y compañeros de trabajo. • Problemas económicos. • Problemas familiares. • Perder mi trabajo. • Perder a mis mejores amigos. • Hacerle daño a mi organismo



	Dejar mi consumir	Continuar consumiendo
Ventajas de:		
Desventajas de:		

RAZONES PARA CAMBIAR

El objetivo de este ejercicio es que piense en sus motivos principales para dejar de consumir cocaína. Reflexione profundamente y decida cuáles son. Si la próxima vez que esté a punto de consumir los tiene en mente, probablemente lo pensará dos veces antes de hacerlo. Entonces, las razones más importantes por las que quiero cambiar mi forma de consumo de cocaína son:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____



EXPLICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE LA META

El objetivo de este tratamiento es que aprenda, a lo largo de los ocho tópicos del tratamiento, a controlar el consumo de cocaína. Usted puede elegir entre dos metas: la abstinencia o la reducción semanal del consumo para alcanzar al final la abstinencia. Si elige la reducción del consumo, debe hacerlo paulatinamente, de manera que al final del tratamiento llegue a la abstinencia. Para esto, cada semana establecerá una nueva meta, reduciendo el consumo de la semana anterior. Para lograr este propósito, necesita establecer cuánta cocaína va a consumir semanalmente. Y cada semana evaluará el resultado de ese tope propuesto.

1. En el momento de establecer sus metas es importante considerar los siguientes puntos:

- La meta debe establecerla usted y debe ser realista.
- Los límites de consumo elegidos deben ser bajos, y significativamente menores a lo que había estado consumiendo antes de entrar al tratamiento.
- Evitar hasta donde sea posible, estar en situaciones de alto riesgo de consumo de cocaína; es decir, evitar aquellas situaciones en las que es muy probable que consuma en exceso y sin control.

2. Para evaluar la posibilidad de elegir como meta la reducción, se debe preguntar si:

- ¿Ha sido capaz de consumir menos y sin problemas? Es importante considerar esto especialmente durante el último año. Si no, ¿cree que esto se puede lograr ahora?
- ¿Ha sido fácil para usted no consumir o sólo consumir una o dos "líneas" y luego dejar de hacerlo?

ESTABLECIMIENTO DE METAS

El objetivo de este ejercicio es que usted establezca cuál será su meta de consumo durante el tiempo que dura el tratamiento (aproximadamente dos meses).

Me propongo esta meta para mi consumo de cocaína:

Para las siguientes semanas, mi meta es (marcar solo una: A o B)

A: _____ No consumir (1)

Si marcó esta meta, pase al siguiente ejercicio.

B: _____ Reducir mi consumo (2)

Si marcó esta meta, conteste las siguientes preguntas.

1. Esta semana planeo consumir hasta _____ "líneas/piedras" durante un día. Este será mi límite.

2. En el curso de esta semana (7 días) planeo consumir sólo durante _____ días.

3. Quiero consumir sólo en las siguientes situaciones:

a. _____

b. _____

c. _____

4. No consumiré en las siguientes situaciones:

a. _____

b. _____

c. _____

CONFIANZA EN EL LOGRO DE METAS

El objetivo de este ejercicio es que usted analice la importancia que tiene esta meta en su vida, así como la confianza que posee para alcanzarlas.

1. En este momento ¿qué tan importante es para usted lograr la meta establecida?

- 0% Nada importante
- 25% Menos importante que otras cosas que quisiera cambiar
- 50% Tan importante como la mayoría de las cosas
- 75% Más importante que la mayoría de las cosas
- 100% La más importante

Escriba el porcentaje de importancia de su meta aquí (0 al 100%) _____%.

2. En este momento ¿qué tan confiado se siente en lograr la meta establecida?

- 0% Creo que no lograré mi meta
- 25% Tengo el 25% de confianza en lograr mi meta
- 50% Tengo el 50% de confianza en lograr mi meta
- 75% Tengo el 75% de confianza en lograr mi meta
- 100% Estoy totalmente seguro de logra mi meta

Escriba el porcentaje de confianza aquí (0 al 100%) _____%.

3. ¿Qué tan confiado se sentiría en lograr la meta establecida si tuviera cocaína frente a usted?

- 0% Creo que no lograré mi meta
- 25% Tengo el 25% de confianza en lograr mi meta
- 50% Tengo el 50% de confianza en lograr mi meta
- 75% Tengo el 75% de confianza en lograr mi meta
- 100% Estoy totalmente seguro de logra mi meta

Escriba el porcentaje de confianza aquí (0 al 100%) _____%.

RECUERDE QUE...

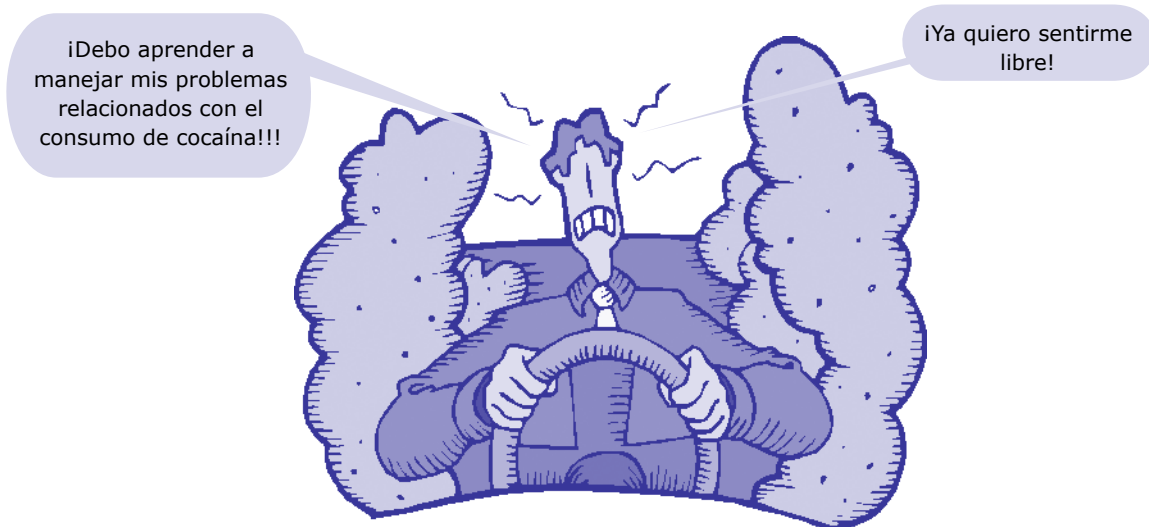
El cambio se centra en usted. Nadie más puede hacer lo necesario para que lo alcance. Si lee cuidadosamente lo que se dice en este tópico e intenta hacer de manera sistemática los ejercicios, así como reflexionar sobre los mismos, ya está en el camino del cambio. No será fácil pero podrá lograrlo.

- **Tenga siempre en cuenta las ventajas de cambiar su consumo y las desventajas de continuar consumiendo.**
- **Tenga presente cual es su meta, e intente por todos los medios alcanzarla.**
- **Recuerde las razones que ha elegido para cambiar.**

¡BUENA SUERTE!

Tópico II

MANEJO DEL CONSUMO DE COCAÍNA



Como se vio en el tópico uno, el consumo de cocaína tiene ventajas, desventajas y riesgos, a corto y a largo plazo. Pero a la larga, las desventajas y los riesgos resultan más dañinos que las ventajas.

En este tópico, a través de una serie de lecturas y actividades, le ayudaremos a reconocer cuando está en peligro de consumir cocaína, identificando los disparadores de consumo y desarrollando planes de acción para enfrentarlos.

EVALUACIÓN DE LA META DE LA SEMANA ANTERIOR

¿Cumplí la meta propuesta la semana anterior?

Si

No

¿Por qué? _____

OBJETIVO DEL TÓPICO

El objetivo de este tópico es que usted aprenda a identificar y manejar sus disparadores del consumo de cocaína.

LA RECUPERACIÓN COMO META A LARGO PLAZO

Generalmente, las consecuencias negativas del consumo de drogas no surgen de la noche a la mañana, por lo que tampoco desaparecen de un día a otro. Mientras que algunas personas podrían no tener mayores problemas con el consumo de sustancias una vez que deciden cambiar, para la mayoría el cambio toma algún tiempo y mucho esfuerzo.

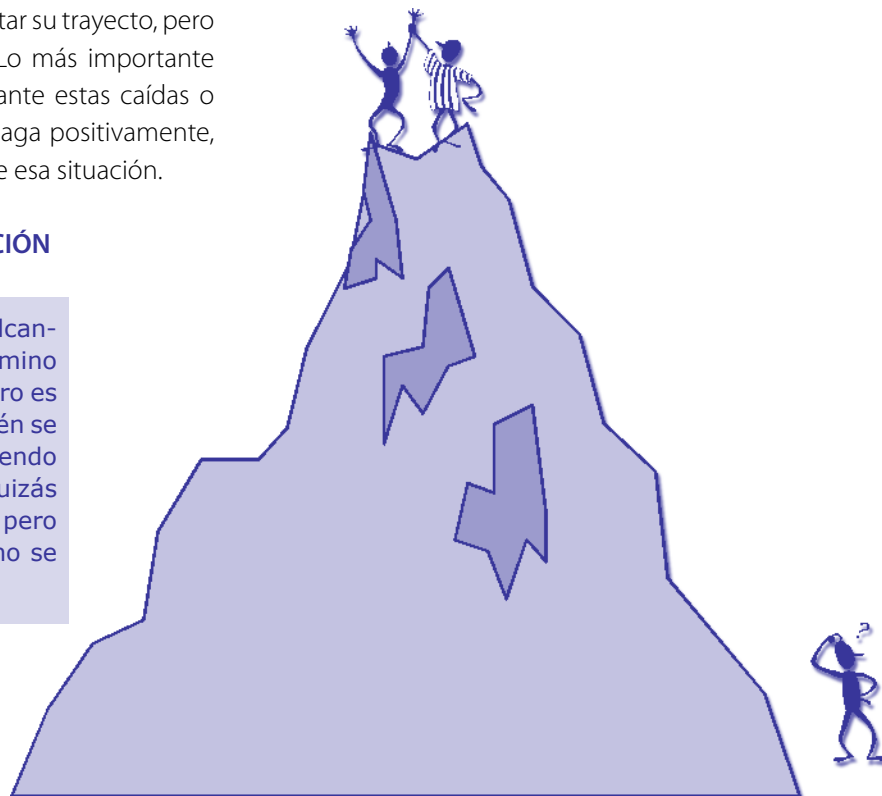
Lograr manejar el consumo de cocaína puede compararse con escalar una montaña (ver siguiente figura). La meta es alcanzar la cima. Constantemente usted obtendrá logros y progresos, pero algunas veces podría tener tropiezos a lo largo del camino, es decir, caídas repentinas en su recuperación. De ellas puede aprender a identificar las causas que la propiciaron y así enfrentar adecuadamente futuras situaciones de riesgo. Por lo tanto, vea a las recaídas como situaciones de aprendizaje.

Considere su meta de recuperación como un logro a largo plazo y acepte las caídas como lo que son –un tropiezo y no una situación irreparable. Lo que cuenta es alcanzar la cima. Los tropiezos a lo

largo del camino pueden dificultar su trayecto, pero no tienen por qué detenerlo. Lo más importante es la forma en que reaccione ante estas caídas o tropiezos. Lo mejor es que lo haga positivamente, tratando de aprender mucho de esa situación.

MONTAÑA DE LA RECUPERACIÓN

Hay personas capaces de alcanzar su meta tomando el camino más corto y sin tropiezos, pero es la ruta menos común. También se puede llegar a la meta siguiendo un camino no tan directo. Quizás tendrá algunos tropiezos, pero lo importante es que siga, no se detenga y alcance la cima.



IDENTIFICACIÓN DE DISPARADORES, CONSECUENCIAS Y RIESGOS DEL CONSUMO

El primer paso para tratar de manejar el consumo de cocaína, es identificar las razones que propician su uso. Si usted tiene una clara comprensión de por qué, cómo y cuándo consume esta droga, le será más fácil encontrar la solución a su problema. Para esto, hay tres elementos que debe identificar: los disparadores, las consecuencias y los riesgos del consumo.

1. Disparadores: son aquellas situaciones, pensamientos (ver tópico 3) o deseos (ver tópico 4) que provocan la necesidad de consumir. Hay diferentes tipos:

• Situaciones negativas

- Incomodidad física: molestias físicas asociadas con el uso anterior de la sustancia (ej. dolor de cabeza o del estómago, sensación de cuerpo cortado).

- Emociones desagradables: emociones incómodas (ej. frustración, enojo, estrés) que llevan a consumir cocaína para evitar ese estado de incomodidad.

- Conflicto con otros: cuando se siente frustrado, enojado o molesto, como resultado de su interacción con una o varias personas más (ej. después de pelearse con su pareja, usted se siente enojado).

• Situaciones positivas

- Emociones placenteras: cuando se siente bien y quiere aumentar ese placer (ej. se siente feliz y quiere aumentar esa felicidad).

- Experiencias sociales placenteras: cuando está con una o más personas en una situación agradable, usa la sustancia para hacerla todavía más agradable (está en una fiesta animado y quiere aumentar esa excitación).

- **Situaciones de tentación**

- Control personal: cuando quiere probar que puede controlar el consumo de la cocaína en alguna situación de riesgo (ya no consume cocaína y para probarse que puede controlar ese consumo, va al lugar donde normalmente la consumía).

- Tentación de consumo: cuando algo en el ambiente provoca el consumo de la sustancia (el lugar donde siempre consume, la hora del día, los compañeros de consumo, etc.).

- Presión social: cuando alguna persona, directa o indirectamente, lo lleva a consumir (cuando una amistad lo presiona a consumir regalándole cocaína).

Como puede ver, las situaciones varían enormemente. En algunas ocasiones un solo factor puede actuar como precipitador para consumir. En otras, pueden ser la suma de varios factores.

2. Consecuencias: como vimos en el tópico 1, las consecuencias son el resultado de alguna acción, y pueden ser a corto o largo plazo, positivas o negativas. Son consecuencias negativas las que han provocado que su consumo sea un problema. Es por esto que es importante que aprenda a identificar todas estas consecuencias.

Generalmente, cuando las personas usan cocaína están buscando consecuencias positivas a corto plazo. Por ejemplo, si usted consume en una fiesta podría buscar ser más sociable. Es particularmente importante no pasar por alto estas consecuencias positivas del consumo de cocaína. Si alguien obtiene ganancias inmediatamente después de hacer algo, tenderá a hacer lo mismo nuevamente. Estas consecuencias a corto plazo pueden ir desde querer cambiar su estado de ánimo (ej. de tenso a relajado), hasta sentirse mejor con las personas a su alrededor.

3. Riesgos: es cuando hay la posibilidad de que se produzca una desgracia o contratiempo. Cuando

consumimos una sustancia, siempre hay el riesgo de tener consecuencias negativas y perjudiciales, como problemas familiares, económicos, de salud o laborales, entre otros. Estos riesgos también pueden ser a corto y a largo plazo.

Cuando haga sus ejercicios, piense en las consecuencias que tiene su consumo, pero enfatice las consecuencias negativas y los riesgos a los que se ha expuesto a corto y a largo plazo. Un buen ejemplo de un riesgo es manejar intoxicado al salir de una fiesta a su casa sin tener dificultades. No obstante que llegó a casa sin problemas, el riesgo de ser arrestado o de tener un accidente mortal estuvo presente. Se arriesgó a tener serias consecuencias.

Cuando el consumo de una sustancia se ha vuelto un problema, los disparadores y las consecuencias van de la mano. El disparador lleva a consumir al usuario, poniéndolo en situaciones de riesgo. Por ejemplo, algunas personas consumen en una fiesta (disparador), pues buscan sentirse mejor (consecuencia positiva). Sin embargo, su consumo puede producir malestar y llevarlo a tener problemas familiares y económicos (riesgos).

IDENTIFICACIÓN DE DISPARADORES DEL CONSUMO DE COCAINA

El objetivo de este ejercicio es que aprenda a identificar sus disparadores más frecuentes del consumo de cocaína. En este ejercicio identificará el disparador de su consumo, el lugar donde usted se encontraba y lo que ocurrió en el lugar que consumió. Las celdillas incluyen:

- **¿Qué ocurrió?:** Recuerde los eventos que más tarde lo llevaron a consumir.
- **Lugar:** Dónde estaba cuando se presentó el disparador.
- **Disparador:** Identifique cuál fue el tipo de disparador.

Ejemplo:

¿Qué ocurrió?	Lugar	Disparador
Mi jefe me llamó la atención por haber llegado tarde	En el trabajo	Emoción displacentera: Depresión, enojo

EVALUACIÓN DE LAS SITUACIONES DE CONSUMO

El objetivo de este ejercicio es que identifique las situaciones, las consecuencias positivas y negativas, los riesgos (a corto y a largo plazo) y que evalúe lo que pudo haber pasado en esa situación de consumo de cocaína. Esto le ayudará a reconocer que en toda situación de consumo, hay riesgos potenciales. Tome como ejemplo algunas situaciones pasadas o recientes de su consumo. Las celdillas incluyen:

- **Fecha:** fecha aproximada en que ocurrió el consumo de cocaína

- **Situación:** circunstancias en las que estaba cuando se disparó su consumo

- **Consecuencias positivas:** qué beneficios obtuvo de consumir

- **Consecuencias negativas:** consecuencias indeseables que ocurrieron por el su consumo.

- **Riesgos:** consecuencias indeseables que pudieron haber ocurrido después de consumir

- **Evaluación:** cómo se sintió de haber consumido, qué estrategias podría haber usado para no hacerlo y qué hubiera pasado si no consume.



Fecha	Ene 2004			
Situación	Estaba aburrido en una fiesta.			
Consecuencias positivas	Mi estado de ánimo cambió de tenso a relajado.			
Consecuencias negativas	Gasté más de lo que debía gastar, quedando apretado toda la semana			
Riesgos	Manejé intoxicado a mi casa y pude haber chocado o atropellado a alguien.			
Evaluación	Que mi estado de ánimo haya cambiado no justifica mi consumo. Puedo lograr ese cambio de otra forma.			

IDENTIFICACIÓN DE DISPARADORES DE ALTO RIESGO

El objetivo de este ejercicio es que analice una situación de consumo excesivo, una situación de consumo que le trajo más problemas o una donde haya perdido totalmente el control, que haya tenido durante el último año, para reconocer los disparadores asociados. Si los identifica, podrá hacer algo para manejarlos.

1.- Describa brevemente una situación especialmente excesiva de consumo de cocaína

2. Señale y describa los disparadores asociados con esa situación de consumo.

3. Señale las consecuencias positivas asociadas con esta situación de consumo

4. Señale y analice los riesgos asociados con esta situación de consumo

5. Indique la frecuencia con que ocurrió esta situación durante el año pasado _____

PLANES DE ACCIÓN

El objetivo de este ejercicio es que genere actividades alternas a situaciones comunes de consumo, escoja alguno y diseñe un plan de acción para el que con-

sidere más efectivo. Esto le ayudará a manejar los disparadores relacionados con su consumo de cocaína.

Diseñar un plan de acción tiene cinco pasos:

a. Situación: describa la situación relacionada con el consumo de cocaína.

b. Actividades alternas: considere actividades alternas al consumo que sean factibles y que le interese llevar a cabo

c. Jerarquía: jerarquícelas, de la que más le interesa a la que menos le interesa.

d. Opción más efectiva: escoja la opción que considera que es más efectiva.

e. Plan de acción: Señale exactamente como, cuando y donde la va a llevar a cabo. Recuerde que debe incluir todas las opciones que sean realistas y que estén a su alcance.

Situación	Actividades alternas	Jerarquía	Opción más efectiva	Plan de acción
Ver a mis amigos que están consumiendo en la calle	- Ver televisión - Hacer deporte - Platicar con mi familia - Ayudar a mi esposa	1. Hacer deporte 2. Ayudar a mi esposa 3. Platicar con mi familia 4. Ver televisión	Hacer deporte	• Inscribirme a un gimnasio • Ir lunes, miércoles y viernes, a las 6 que es cuando llego a la casa

RECUERDE QUE...

Aun cuando no todos los problemas pueden resolverse conforme se van presentando, considere la posibilidad de lograrlo. Generalmente podrá manejar nuevas situaciones de consumo siguiendo un plan de acción. A continuación le damos una serie de consejos que pueden ayudarle:

- La montaña de la recuperación, donde las caídas son situaciones de aprendizaje.
- Analice los posibles tropiezos que podría tener en el futuro, y esté preparado para ellos.
- Piense en los disparadores, las consecuencias negativas y en los riesgos que puedan presentarse si consume en exceso.
- Desarrolle planes de acción adecuados para manejar su problema de consumo en el futuro

META DE CONSUMO PARA ESTA SEMANA

Abstinencia _____

Reducción _____ Frecuencia _____

Cantidad _____

En qué situación voy a consumir _____

¡BUENA SUERTE!

Tópico III

Identificación y Manejo de Pensamientos sobre Cocaína

Ya identifiqué mis pensamientos relacionados con la cocaína. Ahora debo manejarlos.



Las personas que consumen cocaína frecuentemente pueden tener pensamientos relacionados con el consumo de la misma. Esto puede interferir con las metas que se ha propuesto y con los planes de acción que ha pensado para manejar el consumo. Si usted es capaz de identificarlos, habrá dado el primer paso para que más adelante pueda manejarlos, con las estrategias de evitación o de enfrentamiento.

A lo largo de este tópico presentamos lecturas y ejercicios que le ayudarán a lograr la identificación de estos pensamientos y su manejo.

EVALUACIÓN DE LA META DE LA SEMANA ANTERIOR

¿Cumplí la meta propuesta la semana anterior?

Si No

¿Por qué? _____

OBJETIVO DEL TÓPICO

El objetivo del tópico es que usted aprenda a identificar y manejar (evitando o enfrentando) sus pensamientos relacionados con el consumo de cocaína.

IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE PENSAMIENTOS

Hay diferentes estrategias que ayudan a lograr cambios en el uso de cocaína. Primero debemos identificarlos, para poder después manejarlos a través de la evitación o el enfrentamiento.

Identificación

Pensar en la cocaína es uno de los disparadores más fuertes que hay para consumirla. Si queremos disminuir este consumo o alcanzar la abstinencia, debemos ser capaces de identificar los pensamientos asociados con el mismo. Muchas veces, estos pensamientos los vivimos como si fueran un reflejo, sin reflexión o razonamiento previo. A este tipo de pensamientos se les conoce como pensamientos automáticos. Aunque rara vez nos damos cuenta de que ellos son lo suficientemente poderosos para llevarnos a consumir sin que realmente queramos hacerlo. Los pensamientos automáticos tienen las siguientes características:

1. **Son mensajes específicos:** quiero consumir coca en este momento.
2. **Parecen taquigrafiados:** coca... necesito coca... quiero coca.
3. **Aunque sean irracionales, siempre se cree en ellos:** ¡sin la coca no puedo vivir!
4. **Se viven como espontáneos:** de repente y sin quererlo, empiezo a pensar en ella.
5. **Se expresan en los siguientes términos - tendría que, debería de:** necesito coca.
6. **Tienden a dramatizar:** ¡sólo la coca me hace sentir bien!
7. **Son difíciles de desviar:** no puedo dejar de pensar en la coca.
8. **Son aprendidos:** antes no pensaba en la coca hasta que empecé a consumirla.

Manejo de pensamientos

Usted va aprender a manejar sus pensamientos a través de dos estrategias: evitación y enfrentamiento.

Evitación

Son aquellas estrategias diseñadas para impedir tener pensamientos asociados con la cocaína. Hay dos:

- **Distracción:** Es una opción para evitar los pensamientos relacionados con el consumo, tanto si ya se tienen, como para evitar que se presenten. Esto se logra a través de involucrarse en actividades alternativas diferentes a las relacionadas con el consumo de cocaína.
- **Metas efectivas:** Decidir hacer algo productivo que le interese y proponérselo como meta a corto, mediano o largo plazo, en sustitución del consumo. Trabajar en esta meta lo mantendrá ocupado, realizando alguna actividad que lo beneficie y evitando tener pensamientos asociados con el consumo de cocaína.

Enfrentamiento

Son aquellas estrategias que ayudan a los usuarios a manejar correctamente una situación de riesgo de consumo de la sustancia. En este sentido, usted

debe aprender a manejar los pensamientos asociados con el consumo de cocaína, para que estos no lo lleven a consumir. Existen varias estrategias que pueden ayudarlo:

- **Relacionar una situación de consumo previa con un estado negativo particular** (físico, psicológico, social), que haya experimentado al haber consumido cocaína.
- **Desafiar los pensamientos asociados con el consumo:** Para cada pensamiento relacionado con la cocaína, usted debe aprender a generar pensamientos no asociados con el consumo, que sean saludables, que lo ayuden a luchar contra el problema.
- **Establecer prioridades:** Haga una lista de actividades diferentes al consumo, que pueda realizar y jerarquícela. Debe estar convencido que en su vida es más importante realizar actividades que no impliquen consumir drogas, para que le sea más fácil alcanzar la abstinencia.
- **Hacer un balance decisional:** Para cada situación de consumo, analice las consecuencias negativas y los riesgos que conlleva el mismo, en contra de las ventajas que tiene dejar de consumir, para que la lucha sea más efectiva (recuerde el tópico 1 del tratamiento).
- **Hablar:** Otra opción es que platique con alguien que sea significativo para usted, sobre los pensamientos relacionados con el consumo. Si empieza a platicar sobre ellos poco a poco perderán efectividad, hasta que se le olviden y piense en otra cosa.

DIARIO DE PENSAMIENTOS

El objetivo de este ejercicio es que identifique la situación relacionada con el consumo de cocaína, los pensamientos asociados y que evalúe su veracidad actual y posterior. Iniciaremos este registro a partir de hoy y lo llevaremos durante toda la semana. La tabla incluye las siguientes celdillas:

- **Día:** Día de la semana que está reportando. Deben ser consecutivos: ej. miércoles, jueves, etc.
- **Hora:** Hora del día en que se presentó ese determinado pensamiento.
- **Situación:** En qué circunstancias estaba cuando tuvo estos pensamientos.
- **Pensamiento automático:** Indique los pensa-

- mientos asociados con la droga en ese momento.
- **% veracidad actual:** Señale el porcentaje (0 a 100) de veracidad del pensamiento en el momento de tenerlo.
- **% veracidad posterior:** Señale el porcentaje (0 a 100) de veracidad que tuvo ese pensamiento al día siguiente.

Ejemplo:

Día	1. Jueves	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Hora	18:20						
Situación	Salir del trabajo						
Pensamiento automático	Necesito consumir para quitarme el cansancio						
% veracidad actual	90%						
% veracidad posterior	30%						

Día	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
Hora							
Situación							
Pensamiento automático							
% veracidad actual							
% veracidad posterior							

**SITUACIONES DE CONSUMO,
ESTADOS NEGATIVOS PARTICULARES
Y PENSAMIENTOS ASOCIADOS**

El objetivo de este ejercicio es ayudarlo a identificar, previo al consumo, pensamientos asociados con el uso de cocaína, analizando el estado negativo (físico, psicológico y social) que lo llevó a consumirla. Las celdillas incluyen:

- **Situación:** Lugar y situación en la que se encontraba al consumir.
- **Físico:** Malestar previo al consumo que siente en las diferentes partes de su cuerpo, que lo llevaron a usar la droga en esa situación, así como pensamiento relacionado.
- **Psicológico:** Estado emocional negativo de esa situación y pensamiento relacionado.
- **Social:** Incomodidad social asociada con esa situación y pensamientos relacionados.

ESTADOS NEGATIVOS Y PENSAMIENTOS ASOCIADOS			
Situación	Físico	Psicológico	Social
El fin de semana, en una reunión de la escuela con amigos	Cansancio físico, flojera	Me deprime no ser capaz de convivir, si no es bajo el efecto de la cocaína	Para estar con mis amigos que consumen
	Pensamiento: tener energía	Pensamiento: estar más alegre	Pensamiento: sentir que soy más sociable

HOJA DE CAMBIOS PARA LAS SIGUIENTES 5 SEMANAS

El objetivo del siguiente ejercicio es que se ponga metas a mediano plazo (siguientes 5 semanas) sobre cambios en su vida que quisiera tener. Las celdillas incluyen:

- **Cambios:** Indique los cambios que necesita hacer en su vida, en cada una de las áreas, para abstenerse de consumir cocaína. Entre más preciso sea, será más fácil lograrla, pues así sabrá con exactitud a dónde pretende llegar.
- **Razones:** Son los motivos por los que usted quiere cambiar su consumo.
- **Pasos:** Son las etapas que se deben seguir para lograr los cambios que busca respecto al consumo.

Si los divide en pasos pequeños será más fácil que con pasos muy grandes.

- **Obstáculos:** Son los aspectos o situaciones que pueden interferir con el plan de acción para el cambio (tiempo, impulsividad, relaciones sociales, etc). Si los identifica y hace algo para prevenirlos, no lo detendrán en su camino del cambio y podrá continuar con el plan de acción.

- **Apoyo social:** es la manera en que otras personas pueden ayudarlo a lograr ese cambio. Debe pensar en personas que estén a su alrededor, con quienes sepa que cuenta, para que le ayuden y lo apoyen cuando usted se encuentre frente a situaciones de alto riesgo.

Ejemplo:

	Cambios	Razones	Pasos	Obstáculos	Apoyo Social
Social	Quiero tener una mejor convivencia con mis amigos que no consumen	Me he separado de ellos, porque prefiero consumir alguna droga	Buscar a mis amigos y decirles que me interesa su compañía; hacerles ver que son más importantes para mí que la droga	Es posible que alguno de ellos, se haya sentido ofendido y me niegue su compañía	Cuento con gente que me puede ayudar en los momentos en que me sienta mal
Social					
Familiar					
Escolar					
Laboral					

ENFRENTAMIENTO DE PENSAMIENTOS SOBRE COCAINA

El objetivo del ejercicio es identificar diferentes aspectos relacionados con su consumo, para que posteriormente desarrolle un plan de acción que le ayude a enfrentar el uso de la sustancia. Las celdillas incluyen:

- **Fecha:** Fecha exacta en la que tuvo el pensamiento relacionado con la droga.
- **Situación de consumo:** Escriba el lugar y la situación de consumo relacionada.
- **Consecuencias positivas:** Identifique qué le resulta agradable como efecto de usar la droga.
- **Consecuencias negativas:** Que aspectos ne-

gativos hubo como efecto de haber usado coca.

- **Pensamientos positivos:** Señale qué pensamientos agradables tuvo antes de consumir coca.
- **Pensamientos negativos:** Qué ideas desagradables tuvo sobre la coca antes de consumir, para evitar que esto ocurra.
- **Habilidades:** Qué puede y sabe hacer si quiere evitar consumir cocaína.
- **Estrategia:** Qué pasos va a seguir para no consumir.
- **Actividades alternas al consumo de cocaína:** Qué otras actividades diferentes al consumo puede hacer para no consumir cuando si está en una situación de riesgo de consumo.

Fecha	5 Ene 2005				
Situación de consumo	En una fiesta con mis amigos				
Consecuencias positivas	Voy a poder "ligar" y me voy a liberar de mis problemas				
Consecuencias negativas	Voy a recaer de nuevo en el consumo de drogas; voy a gastar más dinero				
Pensamientos positivos	"Aguantar más", me desinhibo, le agrado a los otros porque me vuelvo más sociable				
Pensamientos negativos	Llego a perder el control de mis actos				
Habilidades	Rechazar la droga cuando me la ofrezcan				
Estrategias	Ser enfático y firme en mi respuesta, y no aceptar ningún ofrecimiento				
Actividades alternas	Bailar, estar con un grupo de amigos que no consuman				

TELÉFONOS DE EMERGENCIA

Escriba el nombre y teléfono de cinco personas que considere importantes, que puedan ayudarlo a enfrentar el consumo y con las cuales pueda hablar en caso de que necesite consumir cocaína. Coménteles de este ejercicio y pídale permiso de

hablarles cuando tenga pensamientos asociados con su consumo. Recuerde que puede hablar de su necesidad de consumir, para que este pensamiento pierda su fuerza y se vaya diluyendo.

Nombre

Número Telefónico (casa/ celular/trabajo)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

RECUERDE QUE...

Hay momentos donde tiene fuertes e insistentes pensamientos asociados al consumo de cocaína. Al estar en esa situación, lo primero que debe hacer es identificar los disparadores para después poder manejarlos, evitándolos o enfrentándolos, usando alguna de las estrategias ya revisadas:

- **Retirarse de la situación.**
- **Cambiar pensamientos relacionados con la cocaína.**
- **Pensar en algo que no esté relacionado con la cocaína.**
- **Usar la lista de números de emergencia.**

META DE CONSUMO PARA ESTA SEMANA

Abstinencia _____

Reducción _____ Frecuencia _____

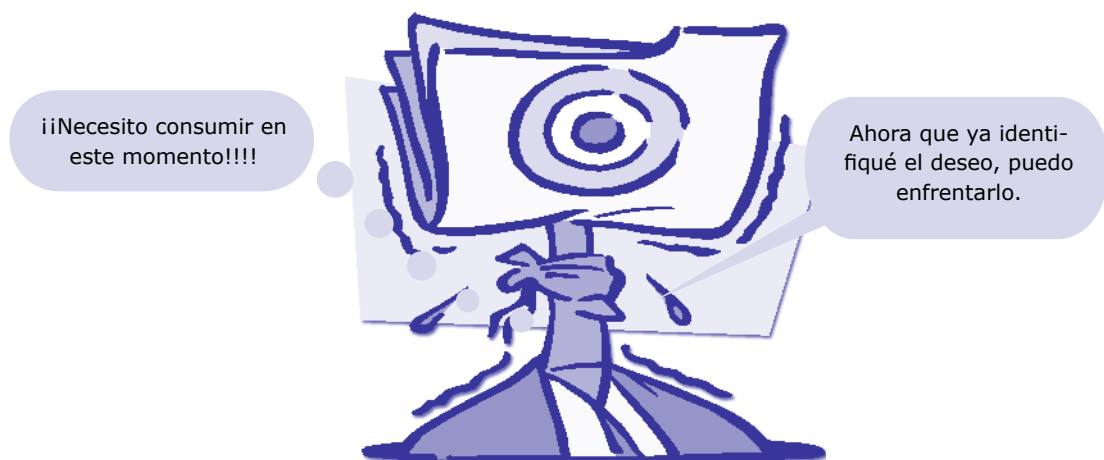
Cantidad _____

En qué situación voy a consumir _____

¡BUENA SUERTE!

Tópico IV

Identificación y Manejo del Deseo de Consumo de Cocaína



Junto con los pensamientos, uno de los disparadores para el consumo que más se presenta en los usuarios de cocaína, cuando intentan mantener la abstinencia, es el deseo por la sustancia. Por deseo entendemos la aparente necesidad intensa por consumir la droga. Esta necesidad aparente puede estar acompañada por pensamientos, emociones y conductas. Es por esta razón, y al igual que con los pensamientos (que trabajamos en el tópico anterior), usted debe aprender a identificar el deseo, entenderlo y manejarlo para que le sea más fácil el camino a la abstinencia.

Si usted lee con cuidado y lleva a cabo las actividades de este tópico, aprenderá una nueva forma de manejar el deseo, que facilitará mantener su abstinencia. Además logrará aplicar dichas estrategias en la vida diaria hasta que, paulatinamente, se vuelvan automáticas y pueda contrarrestar efectivamente el deseo de consumir cocaína.

EVALUACIÓN DE LA META DE LA SEMANA ANTERIOR

¿Cumplí la meta propuesta la semana anterior?

Si No

¿Por qué? _____

OBJETIVO DEL TÓPICO

El objetivo de este tópico es que usted aprenda a identificar y a manejar el deseo por consumir cocaína.

CÓMO ENTENDER EL DESEO

El deseo puede ser débil o fuerte. Es una sensación subjetiva que involucra al pensamiento, a las emociones y al cuerpo, y que parece dominar nuestras acciones. A continuación se describen tres características del deseo:

1. Se experimenta con mayor frecuencia cuando deja de consumir, y poco a poco va disminuyendo, pero puede persistir por semanas, meses y años. Es involuntario e incómodo pero es muy común y no significa que algo esté mal. Debe estar preparado para identificarlo y manejarlo si así sucede.
2. Se puede disparar por elementos o señales del ambiente o personales que le recuerdan el consumo. Señales ambientales son la hora del día, los amigos con los que consume; señales físicas son tensión en el estómago o sentirse nervioso; las señales psicológicas pueden ser un aumento en los pensamientos relacionados o planear como conseguirla.
3. Es de tiempo limitado. Dura solo unos minutos y rara vez más de una hora. Más que aumentar hasta

ser insoportable, usualmente alcanza el pico (más alto o más bajo) a los pocos minutos y después se desvanece. El deseo llegará a ser menos intenso y menos frecuente si aprende a identificarlo y manejarlo.

A continuación describiremos las estrategias que se van a usar para identificar y manejar el deseo.

IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE CONSUMO Y DE DESEO

El objetivo de este ejercicio es identificar las situaciones asociadas con el consumo, observando su relación con el deseo. Analice sus últimas situacio-

nes de consumo. Las celdillas incluyen:

- **Fecha y hora:** Señale fecha y hora en que comenzó la situación de consumo de cocaína.
- **Disparador:** Qué objeto o situación lo llevó a consumir.
- **Pensamientos:** Qué pensaba antes de consumirla.
- **Sentimientos:** Qué sentía antes de consumirla.
- **Deseo:** Describa cómo se manifestó el deseo en esa situación.
- **Conducta:** Qué hizo entonces.

Ejemplo:

Fecha y hora	Disparador	Pensamientos	Sentimientos	Deseo	Conducta
Viernes 8 9:30 pm	Mis cuates me ofrecieron cocaína en una fiesta.	Pensé que sería una forma de olvidar los problemas de la semana.	Me sentía fastidiado.	Empecé a sentir un fuerte cosquilleo en la nariz y en la boca, y no pude controlar mi consumo	Acepté y consumí con ellos.

LISTA DE DISPARADORES DEL DESEO

Una vez que ha identificado las situaciones de deseo de consumo, es importante identificar los disparadores de esa situación. Si los identifica podrá reducir su exposición. Los disparadores comunes incluyen:

- Exposición a la cocaína.
- Observar a otras personas consumir drogas.
- Estar en contacto con gente, lugares, horas del día y situaciones asociadas con el consumo (fiestas, bares o fines de semana).
- Tipos específicos de emoción, positivas o negativas (frustración, excitación o estrés).

El objetivo de este ejercicio es ayudarle a identificar sus disparadores del deseo de consumo de cocaína y definir si puede evitarlos o manejarlos (reduciendo su exposición), señalando la estrategia a emplear. Las celdillas incluyen:

- **Disparador**
- **Puedo evitarlo**
- **Cómo lo evitaría**
- **Puedo reducir su exposición**
- **Cómo reduciría su exposición**

Ejemplo:

Disparador	Puedo evitarlo	Cómo lo evitaría	Puedo reducir su exposición	Cómo reduciría su exposición
Cocaína en mi casa.	X	Desechando la sustancia. No conservarla en este lugar.		

LISTA DE ACTIVIDADES DE EVITACIÓN

Con la evitación se impide que aparezca el deseo por la sustancias. Sabemos que esto no será fácil pero involucrarse en alguna actividad de distracción le puede ayudar. Leer, un pasatiempo, ir al cine o hacer ejercicio son buenos ejemplos de actividades que evitarán que se presente el deseo de consumo. Al involucrarse en algo diferente a consumir cocaína, encontrará que el deseo desaparece. Es importante elegir actividades sanas y productivas que no estén asociadas con el consumo.

El objetivo de este ejercicio es identificar actividades que le interese hacer, para evitar el deseo por

el consumo de cocaína. Estas actividades deberán ser factibles de llevar a cabo. Si escoge alguna actividad que no hará, no tiene caso escribirla. Las celdillas incluyen:

- **Actividad:** señale alguna actividad que le interese y que realmente puede llevar a cabo.
- **Posibilidad:** en una escala del 1 al 100, indique la posibilidad real de hacerla.
- **Qué necesito:** indique lo que sea necesario para realizarla.
- **Lugar:** señale que características debe tener el lugar para que se pueda realizar.

Ejemplo:

Actividad	Posibilidad	Qué necesito	Lugar
Jugar basketball	80%	Un balón de basketball, una canasta y que no llueva.	En las canchas del parque que está a tres cuadras de mi casa

ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO

El enfrentamiento es la capacidad que tiene una persona para manejar correctamente una situación de riesgo. Hay diferentes estrategias para enfrentar el deseo, que son las siguientes:

- **Hablar del deseo**
- **Autoplática constructiva**
- **Sentir el deseo**
- **Beneficios de no consumir y consecuencias del consumo:**

Cada una de estas estrategias se describirá detalladamente en las siguientes secciones.

HABLAR DEL DESEO

Consiste en platicar con otras personas sobre el deseo cuando ocurre. Esto puede ser muy útil para entenderlo o para debilitar el sentimiento de incomodidad. En el tópico anterior hizo una lista de personas con las cuales podría hablar de sus pensamientos asociados con el consumo. Con esas personas también puede hablar sobre el deseo.

AUTOPLÁTICA CONSTRUCTIVA

Las autofrases son expresiones que piensa, dice y repite constantemente y que influyen en su conducta. Un estudiante, al resolver un examen, puede pensar “¡soy un buen estudiante, soy inteligente!”, frases que le ayudan a resolverlo correctamente. En cambio si se dice “soy pésimo estudiante, siempre me va mal” esto no le ayudará. Las autofrases se vuelven automáticas y se creen como ciertas si se repiten con frecuencia a través del tiempo.

Algunas autofrases automáticas sobre la necesidad de consumir cocaína pueden hacer más difícil manejar el deseo (“quiero consumir ahorita”) y por lo tanto más difícil controlar el consumo. En cambio, otro tipo de autofrases pueden ayudar a manejar el deseo (“el deseo que siento es incómodo, pero en 15 minutos aproximadamente lo dejaré de sentir”). A este último tipo de frases se le llama autoplática constructiva. Esta lo beneficia y ayuda a

controlar el consumo. En lugar de hablar sobre lo positivo que aparentemente tiene, es mejor hablar sobre sus consecuencias negativas y los riesgos a corto, mediano y largo plazo. Por otro lado, en la autoplática destructiva usted habla y se convence de los beneficios de consumir la droga.

Hay dos pasos para manejar la autoplática constructiva:

1. Identifique su autoplática destructiva: observe lo que se dice sobre el deseo que haga más difícil controlarlo. Una forma de saber si la está identificando es cuando la plática aumenta su incomodidad y necesidad de consumo. Esta incomodidad es la principal señal para cambiarla, ya que es la que lo lleva a consumir.
2. Use la autoplática constructiva para cambiar la destructiva. Hablar sobre las consecuencias negativas de consumir y sobre las consecuencias positivas de no consumir le ayudará a olvidarse del deseo y por lo tanto del consumo.

A continuación se indican algunas preguntas que puede plantearse cuando tenga el deseo del consumo. Son muy útiles para lograr la autoplática constructiva:

- **¿Hay alguna evidencia?** ¿Es cierto que si no aspira una línea de coca en los próximos 10 minutos morirá? ¿Es verdad que las personas que se están recuperando del consumo no tienen mis mismas sensaciones?
- **¿Qué tan malo es todo esto?** ¿Qué tan desagradable es sentirse mal? Por supuesto que sobrevivirá al deseo intenso de consumir cocaína. ¿Quién dijo que la abstinencia es fácil? ¿Por qué es tan difícil experimentar el deseo? Realmente es difícil controlar el deseo pero si es posible lograrlo; y esto ayuda mucho a controlar el consumo.
- **Usted es un ser humano y puede cometer errores.** Tal vez se preocupe por estar irritable o por lo difícil de llevar a cabo este proceso. ¿Qué hay de malo en eso? Todos tenemos debilidades y ante una situación complicada, no hay un modo per-

fecto de enfrentarla. Las lecciones más importantes las aprendemos con las experiencias más difíciles.

Ciertos pensamientos o autofrases sustitutas serán útiles para distraerse del deseo cuando empiece a aplicar esta técnica. Después de un tiempo, la abstinencia será más natural; el deseo disminuirá y no necesitará reemplazar sus pensamientos constantemente, ya que tendrá una autoplática constructiva automáticamente.

SENTIR EL DESEO

El objetivo de este ejercicio es sentir el deseo para conocer como se manifiesta y poder controlarlo. Algunos deseos, sobre todo cuando el usuario regresa a su ambiente acostumbrado, son muy fuertes como para ignorarlos o hacerles frente. Cuando esto pasa, puede ser útil permanecer con el deseo hasta que desaparece.

El deseo es como una ola del mar. Es pequeño cuando comienza, crece a un gran tamaño, después se rompe y se disipa. Usted puede imaginar que es un surfista que montará una ola y permanecerá en ella mientras crece, se rompe y se transforma en mera espuma. Cuando haya practicado sentir el deseo y le sea familiar, encontrará que es una técnica útil. Hay tres pasos básicos:

1. Analice físicamente cómo siente el deseo. Hágalo sentado en un lugar confortable, con los pies en el piso y las manos en una posición cómoda. Inhale y exhale unas cuantas veces y enfoque la atención en su interior. Viaje a través de su cuerpo. Note en qué lugares experimenta el deseo y como es esa sensación. Por ejemplo, "... el deseo lo siento en la boca, la nariz y el estómago".

2. Enfoque áreas específicas donde lo experimente. Vea las sensaciones en esa área y descríbalas. ¿Siente calor, frío, hormigueo, entumecimiento u otra cosa? ¿tiene los músculos tensos o relajados? Note los cambios que ocurren en la sensación. Por ejemplo: "... siento la boca seca. Los labios y la lengua están tensos. Puedo imaginar el olor, como si estuviera inhalándola".

3. Repita la focalización en cada parte del cuerpo en la que experimente el deseo. Ponga atención y describa los cambios que hay en las sensaciones. Note cómo el deseo viene y va. El propósito de este ejercicio no es hacer que el deseo se vaya, sino experimentarlo de una nueva manera. Si practica sentir el deseo, llegará a serle familiar y aprenderá a manejarlo hasta que desaparece naturalmente, sin ponerlo tenso o angustiado. Es importante que luego de focalizar el deseo, consiga un estado de relajación que le permita ver cómo se supera el deseo y que aunque es ocasional no le debe llevar forzosamente al consumo.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL CONSUMO

El objetivo de este ejercicio es tener presentes las ventajas de no consumir y las desventajas de consumir. Si recordamos eventos agradables asociados con el consumo, será muy difícil dejarla. En cambio, si recordamos las ventajas de no consumir y las desventajas de consumirla (a corto, mediano y largo plazo), será mucho más fácil dejar de hacerlo.

Las celdillas incluyen:

- **Plazo**
- **Ventajas de no consumir**
- **Desventajas de consumir**



Plazo	Ventajas de no consumir	Desventajas de consumir
Corto		
Mediano		
Largo		

En la siguiente tarjeta escriba las ventajas de no consumir y las desventajas de consumir. Recórtela, dóblela y llévela siempre con usted. Cuando identifique que está empezando el deseo,

sáquela, revísela y decida si vale la pena consumir la droga. Recuerde que todo lo que ha ganado hasta el momento puede irse a la basura si consume la coca.



Ventajas de no consumir	Desventajas de consumir



PLAN DE ENFRENTAMIENTO DEL DESEO

El objetivo de este ejercicio es que desarrolle planes de acción que le permitan enfrentar el deseo de manera anticipada a situaciones comunes de consumo. Es importante tener siempre presente que el deseo de consumir puede venir cuando menos lo espere. escoja dos o tres estrategias de las que se le han enseñado y elabore un plan de acción. Las celdillas incluyen:

Ejemplo:

Situación	Estrategia	Pasos
Saliendo de trabajar el sábado en la tarde	Sentir el deseo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llegar a mi casa 2. Acostarme en la cama 3. Esperar los signos de deseo 4. Una vez que llegue, identificarlos 5. Ver que puedo resistir el deseo sin consumir

El objetivo de este ejercicio es que ponga en práctica las estrategias de manejo del deseo y las evalúe. Llene diariamente el siguiente autorregistro. Las celdillas incluyen:

- **Fecha y hora:** fecha y hora del día en la que experimentó el deseo.
- **Situación, sentimientos y pensamientos:** describa el evento que lo llevó a desear consumir, cómo se sintió y qué pensó.

- **Situación:** Señale las situaciones más comunes donde aparece el deseo.
- **Estrategia:** Indique qué estrategia va a usar en esa situación.
- **Pasos:** Personalice los pasos que va a realizar para si poner en práctica la estrategia.

- **Intensidad:** estime la intensidad en una escala de 0 (nada intenso) a 100 (muy intenso)
- **Duración del deseo:** tiempo en minutos en el que experimentó el deseo.
- **¿Cómo lo enfrenté?:** qué estrategia llevó a cabo para enfrentarlo.
- **¿Funcionó?:** señale, en una escala del 1 al 100 que tanto funcionó su estrategia y porque.

Ejemplo:

Día y hora	Situación, sentimientos y pensamientos	Intensidad	Duración	¿Cómo lo enfrenté?	¿Cómo lo enfrenté?
Viernes 3 pm	Discutí con mi jefe, me sentí frustrado y enojado.	75	20 min.	Llamé a mi casa y hablé con María.	Llamé a mi casa y hablé con María.

RECUERDE QUE...

Experimentar deseo de consumir cocaína es común y normal después de dejar de consumirla. Recuerde que como es involuntario, no es señal de fallo.

- Trate de analizarlo, identificando sus disparadores.
- El deseo es como una ola del mar: muy fuerte sólo en un punto, después se desvanece.
- Si no consume cocaína, su deseo se debilitará y con el tiempo desaparecerá.
- Trate de evitar el deseo, manejando las claves que lo disparan.

- Enfrente el deseo: distrayéndose, hablando sobre el mismo o tratando de sentirlo.

META DE CONSUMO PARA ESTA SEMANA

Abstinencia _____

Reducción _____ Frecuencia _____

Cantidad _____

En qué situación voy a consumir _____

¡BUENA SUERTE!

Tópico V

Habilidades Asertivas de Rechazo



Las mejores respuestas son cuando hago valer mis derechos y respeto al otro

En este tópico usted conocerá lo que son las respuestas asertivas, que le ayudarán a rechazar el ofrecimiento que amistades o proveedores le hacen para consumir cocaína, y por lo tanto, a reducir las ocasiones de riesgo de consumo. Esta es otra forma de manejar el consumo, diferente al manejo de los pensamientos o del deseo.

A lo largo de este tópico se presentan lecturas y ejercicios que le ayudarán a dar respuestas efectivas al ofrecimiento de cocaína y otras drogas.

EVALUACIÓN DE LA META DE LA SEMANA ANTERIOR

¿Cumplí la meta propuesta la semana anterior?

Si

No

¿Por qué? _____

OBJETIVO DEL TÓPICO

El objetivo de este tópico es que usted aprenda habilidades asertivas de rechazo a los ofrecimientos de la cocaína, que le servirán para controlar mejor posibles situaciones de riesgo.

TIPOS DE RESPUESTA

En nuestro comportamiento social, cuando res-

pondemos o pedimos algo a alguien, es posible hacerlo de tres maneras:

- **Agresiva:** son las respuestas hostiles a los demás. La amenaza, la pelea o el griterío son ejemplos de respuestas agresivas, y en general todas las actitudes que signifiquen agredir a los demás sin tomar en cuenta lo que puedan sentir. Estas respuestas tienen como consecuencias problemas, molestias, enojos, hostilidad de los demás, además de que rara vez sirven para lograr lo que se desea.
- **Pasiva:** cuando responde pero dejando que se pisoteen sus propios derechos, cuando deja que los otros elijan por usted y cuando no defiende sus intereses. Ejemplos de respuestas pasivas son la docilidad extrema o la timidez. Tienen como consecuencias no meterse en problemas pero se acumulan resentimientos, enojos, molestias, sentirse despreciado y no lograr lo que uno pretende.
- **Asertiva:** respuestas que implican que lo que diga sea adecuado, claro, firme y definitivo, en un momento oportuno. Es cuando se defienden los propios derechos, intereses, se expresan libremente las opiniones y no se permite que los demás se aprovechen de ellas, respetando al otro. Tienen como consecuencias obtener lo que se desea sin ocasionar trastornos a los demás.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El objetivo del siguiente ejercicio es que aprenda

a identificar a sus proveedores de cocaína. Un proveedor es cualquier persona que le ofrezca la sustancia (por ejemplo, su hermano, un amigo, un dealer). Identificar quienes son los proveedores puede ayudarle a enfrentarlos y rechazarlos exitosamente. A esto le llamamos habilidades de rechazo. Sin embargo, estas habilidades deben basarse en respuestas asertivas. Hacer frente a un proveedor implica estar en un lugar, en un momento y con una persona determinada diciendo algo específico; en su caso, rechazar de manera definitiva el ofrecimiento de cocaína.

Las situaciones de riesgo (lugares, momentos,

sujetos y comentarios), lo pueden hacer frágil a consumir cocaína. Por eso es necesario que identifique quienes son sus proveedores y en que situaciones se los topa, ya que son disparadores importantes del consumo de la sustancia. Con base en su experiencia con ellos, analizará esas situaciones, a fin de identificar los aspectos que han estado presentes en esos momentos de riesgo. La celdillas incluyen:

- **Quién:** Persona que le ofreció la cocaína.
- **Cuándo:** Fecha completa y hora del día en que le ofrecieron la cocaína.
- **Dónde:** Lugar en que le ofrecieron la cocaína.
- **Cómo:** Qué le dijeron o cómo se la ofrecieron.

Ejemplo:

Quién	Cuándo	Dónde	Cómo
Un proveedor - Carlos	Viernes 6 de octubre, 10 p.m.	En un antro	Al saludarme, con un papelito doblado.

EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS ASERTIVAS

El objetivo de este ejercicio es que evalúe la efectividad de las respuestas asertivas que usted pondrá.

Vender cocaína es el negocio del proveedor; por lo que pueden ser muy insistentes al momento de venderla. Además, siempre tratarán de persuadirle a que la consuma. Por lo tanto, debe estar preparado y tener respuestas y estrategias efectivas para los diferentes tipos de personas y maneras de ofrecer. Una estrategia muy efectiva es tener preparadas respuestas que son probables que exprese ante el proveedor. A continuación, elabore una lista de por lo menos 10 respuestas asertivas que daría si un proveedor le ofreciera cocaína.

Ejemplos:

- No. Me siento mejor sin consumir cocaína.
- Ahora no, no tengo dinero para eso.
- No, he decidido dejar la cocaína.
- Ya no me traigas porque ya no quiero consumir.

Respuestas asertivas

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Después elija 4 respuestas que le parezcan más efectivas y explique por qué cree eso.

Ejemplo:

1. Ahora no, ya no tengo dinero para eso"
¿Por qué? Porque es la primera forma de evitar que en ese momento me la den, y ese distribuidor específico no fía droga.

Respuestas más efectivas

1. _____

¿Por qué? _____

2. _____

¿Por qué? _____

3. _____

¿Por qué? _____

4. _____

¿Por qué? _____

RESPUESTAS ASERTIVAS AL OFRECIMIENTO DE COCAÍNA

Es importante que sepa que en un principio (cuando inicie su periodo de abstinencia) los proveedores serán muy insistentes en su ofrecimiento, pero en cuanto vean que usted se mantiene firme y que cierra todas las posibilidades ante cualquier ofrecimiento, con el tiempo dejarán de insistirle. Lo principal es que siempre sea firme. A continuación se ilustran algunas sugerencias útiles para hacer frente a los distribuidores de cocaína:

- Decir "NO" al primer ofrecimiento.
- Establecer contacto visual directo.
- Pedir al proveedor que no vuelva a ofrecerle cocaína.
- No tener miedo a establecer límites al proveedor.

Ejemplo:

Proveedor	Lo que le diré
Un amigo con quien solía utilizarla	No, gracias. Estoy tratando de dejar la cocaína.

- Cerrar cualquier posibilidad para un futuro ofrecimiento.
- Recordar la diferencia entre respuestas asertivas, pasivas y agresivas.
- Al indicar los ejemplos, piense quién y cómo es el proveedor para evitar cualquier confrontación.

El objetivo de este ejercicio es que prepare una serie de respuestas asertivas que podría decir a los proveedores específicos que ya ha identificado. Acuérdesse que las respuestas asertivas deben ser específicas, claras y contundentes. Esto es indispensable para obtener éxito al rechazar el ofrecimiento de cocaína. Manejarlas con desenvoltura puede ayudarlo a cerrar cualquier ofrecimiento.

La tabla incluye las siguientes celdillas:

- **Proveedor:** Persona que me ha ofrecido la droga en el pasado y es probable que me lo encuentre.
- **Lo que le diré:** Poner alguna frase asertiva que cierre las puertas para futuros ofrecimientos.

MANEJO DE LOS PROVEEDORES

El objetivo de este ejercicio es diseñar un plan de acción para eliminar un acceso determinado, definiendo lo más claramente posible los pasos que tiene que llevar a cabo. Tener bien identificadas las fuentes de acceso es muy importante para poner en práctica las habilidades de rechazo. Si sabe exactamente de dónde viene la oferta de la sustancia, puede enfrentarse con éxito al proveedor

Ejemplo:

Proveedor	Pasos para eliminar el acceso
Un vecino	1. Evitar pasar por su casa 2. Saludarle rápidamente si lo encuentro 3. No platicar con él.

y/o evitar las situaciones que impliquen un alto riesgo de consumo. La tabla incluye las siguientes celdillas:

- **Proveedor:** cualquier persona que le ofrezca la droga.
- **Pasos para eliminar el acceso:** indique qué es lo que podría hacer para no aceptar el ofrecimiento de la droga, con los diferentes proveedores con los que ha tenido contacto.

EFFECTIVIDAD DE LAS RESPUESTAS ASERTIVAS

El objetivo de este ejercicio es que ponga en práctica las respuestas asertivas y evaluar su efectividad. Evaluar cómo han funcionado las respuestas asertivas es importante, ya que le da la pauta para continuar con ese tipo de respuestas o modificarlas. En la siguiente tabla hay cinco categorías:

- **Proveedor:** cualquier persona que le ofrezca la cocaína.

- **Lugar:** sitio en el que se encontraba cuando le ofrecieron la cocaína.

- **Respuesta asertiva:** la respuesta que dio al proveedor.

- **¿Funcionó?:** reflexión sobre la respuestas emitida, evaluando los efectos que surtió.

- **Sugerencias:** todo lo que puede ayudarlo a mejorar sus respuestas o a hacerle ver sus errores.



Ejemplo:

Proveedor	Lugar	Respuesta asertiva	¿Funcionó?	Sugerencias
Mi amigo Carlos	Una fiesta	Ya no, gracias	Sí, pero pude ser más contundente	Mostrar un poco más de firmeza

RECUERDE QUE...

Tenga siempre presente los siguientes aspectos respecto de las respuestas asertivas:

- **Las respuestas asertivas son más efectivas que las agresivas o que las pasivas.**
- **Deben ser breves, claras y concisas.**
- **No deben dejar las puertas abiertas a futuros ofrecimientos.**

META DE CONSUMO PARA ESTA SEMANA

Abstinencia _____

Reducción _____ Frecuencia _____

Cantidad _____

En qué situación voy a consumir _____

¡BUENA SUERTE!

Tópico VI

Decisiones Aparentemente Irrelevantes (DAI)



Un aspecto que puede influir en que una persona consuma cocaína o no lo haga, es el tipo de decisiones que toma y que parece que no son importantes, tal como el pensamiento o el deseo asociados. En este tópico vamos a mostrar cómo decisiones “casuales” pueden estar fuertemente vinculadas a su consumo. Por lo tanto es necesario que el usuario aprenda a darse cuenta y a analizar las decisiones que está tomando para evitar las llamadas Decisiones Aparentemente Irrelevantes.

A través de lecturas y actividades, comentadas con su terapeuta, usted trabajará lo que son las decisiones aparentemente irrelevantes, relacionadas con su consumo de cocaína.

EVALUACIÓN DE LA META DE LA SEMANA ANTERIOR

¿Cumplí la meta propuesta la semana anterior?

Si

No

¿Por qué? _____

OBJETIVO DEL TÓPICO

El objetivo es que usted aprenda a tomar decisiones, que prevengan la ocurrencia de situaciones de riesgo de consumo.

QUE SON LAS DECISIONES APARENTEMENTE IRRELEVANTES

Las Decisiones Aparentemente Irrelevantes (DAI) se refieren a aquellas decisiones, razones y minimizaciones del riesgo que llevan a los consumidores de cocaína a la situación de consumo de la sustancia. El problema con las DAI es que aparentemente no se relacionan con el uso de la droga.

Para controlar las DAI, primero es necesario reconocer y después interrumpir la cadena de decisiones que se hace al tomar una DAI. Se ha observado que es posible interrumpir una cadena de decisiones en algún punto antes de usar la droga. Aunque es más difícil hacerlo hacia el final de la cadena, cuando el sujeto está ya en una situación donde hay cocaína disponible y cuando hay disparadores muy fuertes. Por lo tanto, usted debe aprender a detectar las decisiones que toma al principio de la cadena, donde el riesgo, el deseo y la disponibilidad de la cocaína todavía son bajos y se encuentran lejanos al consumo.

También es necesario aprender a detectar estados afectivos desagradables (ej. aburrimiento o soledad), a los que normalmente el consumidor responde usando cocaína. Otra cuestión importante es familiarizarse con las distorsiones del pensamiento (ej. racionalización o negación), aprendiendo a detectarlas y usarlas como signos importantes que hay que vigilar. Un ejemplo de racionalización es cuando un usuario, después de consumir cocaína, trata de justificar su uso dando diferentes razones de por qué la usó. La negación es cuando un usuario no acepta que haya usado cocaína aún cuando si la haya consumido.

Ciertas distorsiones del pensamiento de los usuarios de droga son muy comunes, por ejemplo, cuando alguien señala: “puedo beber alcohol sin tener que consumir coca después”, situación que es muy poco real. Otra distorsión es cuando pone algo que usted está pensando en otras personas. Por ejemplo, un usuario describió que tuvo una recaída al encontrarse con un amigo que normalmente usa cocaína y que “me tomó desprevenido porque yo no quería usar la droga”. Lo importante es tener en cuenta que estas diferentes formas de autoengaño encubren el consumo dirigiendo la responsabilidad a algo o alguien distinto a la persona que consume, con el resultado de que el usuario queda como “víctima” de la situación y rehuye su responsabilidad.

Para analizar una DAI se debe:

- Reconocer que puede tomar decisiones que aparentemente no se relacionan con el consumo.
- Identificar las cadenas de DAI que ha tenido y analizar el tipo de pensamientos asociados.
- Estar muy atentos al primer eslabón de la cadena, donde es más fácil evitar las situaciones de riesgo.
- Si ya está involucrado en una cadena de DAI, tratar de romper esa cadena.

ANÁLISIS DE LAS DAI

El objetivo de este ejercicio es que aprenda a identificar y analizar una cadena de decisiones aparentemente irrelevantes que pueden llevarlo a consumir cocaína. La siguiente narración se refiere a un inci-

dente que tuvo Pedro, quien tomó varias DAI que lo llevaron a una recaída.

“Pedro, quien había logrado mantener la abstinencia por varias semanas, conducía del trabajo hacia su casa, durante una noche en que su esposa no lo esperaba. En la esquina dio vuelta a la izquierda, donde podía disfrutar del paisaje, en lugar de hacerlo hacia la derecha, que era el camino más directo (pero menos agradable) hacia su casa. Por esta ruta pasó por un bar al que asistía normalmente, donde además de consumir alcohol podía comprar y usar cocaína. Debido a que ese día hacía mucho calor, decidió regresar al bar a tomar un vaso de refresco. Una vez en el bar pensó que como su problema se relacionaba solo con la cocaína, no pasaría nada si mejor tomaba una cerveza. Después de dos cervezas, fue hacia un distribuidor que vendía cocaína, le compró un gramo y tuvo la recaída”.

Señale el primer eslabón de la cadena de decisiones que llevó a Pedro a tener una recaída

¿Por qué cree que esta primera decisión se puede considerar como una DAI?

¿Señale qué pudo hacer Pedro ya que había tomado esta primera DAI para evitar la recaída?

Mencione los diferentes eslabones en la cadena de decisiones que siguió Pedro a partir de la primera decisión, hasta que sobrevino la recaída

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____

En cualquier cadena de decisiones es mucho más fácil detenerse en los primeros eslabones que al final. Al estar lejos de la cocaína, es más fácil parar el proceso de toma de decisiones que cuando uno está cerca de ella y es más difícil dejar de usarla.

¿Qué piensa de lo que Pedro se dijo a sí mismo al tomar el camino más agradable para ir a su casa?

¿Este tipo de DAI se relaciona con usted? Mencione qué ha pensado cuando ha tomado este tipo de decisiones

SEÑALES ROJAS

Es posible identificar que uno está tomando una DAI, si pone atención a las señales rojas. Pensamientos de urgencia asociados al consumo tales como “tengo que hacer esto”, o “debo ir a casa por este camino” o “necesito urgentemente ver esto, eso y aquello...” se les conoce como señales rojas. Sin uno darse cuenta, estas señales pueden llevarlo a racionalizar o a minimizar el riesgo de usar cocaína. En las situaciones de alto riesgo, uno puede hablar consigo mismo y pensar que esa situación no es segura, lo que ayudará a planear cómo salir de la misma. Un ejemplo es cuando piensa que podrá mantenerse su abstinencia al ir a una reunión con amigos que seguramente consumirán alcohol o drogas. Usted sabe que esto no es cierto. Otro ejemplo es cuando convive con consumidores de cocaína y piensa que no podrán afectar sus decisiones de consumir o no. En este ejemplo usted sabe que estas son señales rojas que lo podrán llevar a consumir.

IDENTIFICACIÓN DE EJEMPLOS PERSONALES DE DAI

El objetivo de este ejercicio es que identifique y analice tres ejemplos personales donde ha tomado DAI que lo han llevado a consumir cocaína, a pesar de que no quería hacerlo. Estas situaciones las puede tomar de su autorregistro de consumo de cocaína o del deseo. Es necesario que describa, eslabón por eslabón, toda la cadena de decisiones. Posteriormente señale los cursos de acción alternativos que pudo haber tomado para evitar esa recaída, señalando diferentes momentos donde pudo haber roto esa cadena de decisiones.

Ejemplo

De mi casa me mandaron por refrescos. Por ahí hay varias tiendas donde pude haberlos comprado. Decidí ir a una cercana a donde se reúnen algunos amigos con los cuales yo acostumbraba consumir cocaína (1er eslabón). A la hora a la que fui es a la que normalmente se reúnen (2º). Pensé que no habría problema de consumir porque nada más los saludaría y me iría a la casa. Pasé cerca de

donde estaban y los salude sin detenerme. Fui a la tienda, compré los refrescos y salí. En el momento en que estaba fuera de la tienda con los refrescos, me gritaron y fui a saludarlos personalmente (3°). Pensé que los saludaría rápido e inmediatamente me iría. Los salude, me empezaron a bromear y me ofrecieron una cerveza. La acepte (4°) y pensé tomarla rápido. No lo hice así, ya que me senté con ellos (5°). Al terminarme la cerveza (6°), alguien sacó coca y me la ofreció. Estaba tan a gusto con ellos que la acepté (7°) sin darme cuenta y la consumí.

Cursos de acción alternativos

- Pude haber ido a otra tienda donde no me encontrara a nadie
- Si ya fui a la tienda donde estaban mis amigos, pude sólo saludado de lejos
- Si ya los salude, pude haberlo hecho rápido sin detenerme
- Cuando me ofrecieron la cerveza, no la hubiera aceptado, me hubiera despedido e ido a casa

Ejemplo 1

Cursos de acción alternativos

Ejemplo 2

Cursos de acción alternativos

Ejemplo 3

Cursos de acción alternativos

- Fecha y hora: Fecha exacta y la hora del día en que comenzó la cadena de DAI.
- DAI: Mencione cuál fue la DAI que lo llevó a consumir cocaína.
- 1º eslabón: Primer eslabón de la cadena de DAI.
- 2º, 3º, otros eslabones: Sigüientes eslabones de la DAI.
- Último eslabón: Último eslabón de la cadena que lo llevó a consumir cocaína.
- Resultado: Cuál fue el resultado de la cadena de la DAI.
- Plan de acción: Curso de acción alternativo donde se rompe la DAI desde el inicio.

RECAÍDAS POR DAI

El objetivo del siguiente ejercicio es identificar los eslabones de sus DAI, que lo llevaron a recaer, y diseñar un plan de acción que rompa la cadena desde el principio. Las celdillas incluyen:

	Ejemplo	Situación 1	Situación 2	Situación 3	Situación 4
Fecha y Hora	2/1/2000 10:00 pm				
DAI	Asistir a un concierto de rock				
1º eslabón	Ir al concierto				
2º eslabón	Estar con amigos que consumen				
3º eslabón	Tomar alcohol y fumar				
Otros eslabones	Sentarme donde está más oscuro y usar sin problemas				
Último eslabón	Aceptar la cocaína				
Resultado	Consumir la cocaína				
Plan de acción	Ir al cine con una amiga que no consuma drogas				

DECISIONES FUTURAS

El objetivo de este ejercicio es que esta semana analice las decisiones que pueden estar relacionadas con el consumo, y considere las alternativas saludables y de riesgo para cada una. Las celdillas incluyen:

- **Fecha y hora:** Fecha exacta y hora del día en que tome la decisión.
- **Decisión:** Señale la decisión que está considerando tomar.

- **Alternativa saludable:** Mencione qué alternativas saludables tiene respecto a esa decisión, cuyo resultado seguramente no lo llevarán a consumir cocaína.
- **Alternativa de riesgo:** Indique qué alternativas de riesgo tiene respecto a esa decisión, cuyo resultado muy probablemente lo llevará a consumir cocaína.
- **Decisión a tomar:** Después de analizar las alternativas saludables y de riesgo de la decisión, escriba que es lo que va a hacer.

Ejemplo:

Fecha y hora	Decisión	Alternativa saludable	Alternativa de riesgo	Decisión a tomar
5/1/2005 18 hrs	Salir con algún amigo	Hablarle a algún cuate que no consuma cocaína	Hablarle a algún cuate que consuma cocaína	Salir con algún amigo que no consuma

RECUERDE QUE...

Cuando tome alguna decisión, relevante o irrelevante, haga lo siguiente:

- **Analice las opciones que tiene, pensando en sus consecuencias positivas y negativas.**
- **Seleccione la opción más saludable, que minimice el riesgo de una recaída.**
- **Identifique las señales rojas del pensamiento: "tengo que..."; así como los estados de ánimo desagradables que lo pueden llevar a consumir la sustancia.**
- **Puede romper las DAI en cualquier momento, pero es más fácil hacerlo al inicio de la cadena.**

META DE CONSUMO PARA ESTA SEMANA

Abstinencia _____

Reducción _____ Frecuencia _____

Cantidad _____

En qué situación voy a consumir _____

¡BUENA SUERTE!

Tópico VII Solución de Problemas

¡Con estas herramientas
podré solucionar muchas de
mis dificultades!



Pero necesito ponerlas en
práctica

Normalmente, las dificultades cotidianas se vuelven más complejas y se agravan debido al consumo de cocaína. Por otro lado, también usted ha aprendido a “enfrentar” sus problemas usando esta droga, sin poder hacerlo de otra manera.

A través de lecturas, ejercicios y la ayuda del terapeuta, en este tópico aprenderá y aplicará una estrategia que le ayudará de manera efectiva a solucionar los problemas a los que se enfrenta diariamente.

EVALUACIÓN DE LA META DE LA SEMANA ANTERIOR

¿Cumplí la meta propuesta la semana anterior?

Si No

¿Por qué? _____

OBJETIVO DEL TÓPICO

El objetivo de este tópico es que usted aprenda, desarrolle y aplique una estrategia de solución de problemas.

ESTRATEGIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

A través del tiempo, el repertorio de enfrentamiento y de solución de problemas de muchos de los usuarios de drogas se ha reducido de manera que el consumo se ha convertido en casi la única forma de enfrentarse con las dificultades. Cuando éstas surgen, hay personas que son incapaces de enfrentarlas, ignorándolas hasta que estallan y se complican.

La solución de problemas es una estrategia que ayuda a que las personas encuentren soluciones para prácticamente cualquier tipo de problema. Un problema surge cuando una persona desea modificar una situación, pero no sabe como conseguirlo. A veces, una situación común se puede convertir en problemática si se usa una respuesta que parece eficaz en un primer momento pero que finalmente resulta ser desastrosa, por que en lugar de resolver el problema, lo complica mucho más. Es lo que sucede cuando usted quiere solucionar un problema a partir de su consumo de cocaína. En ocasiones, estas respuestas ineficaces parecen funcionar a corto plazo, pero a mediano o a largo plazo la respuesta no funciona, creando problemas cada vez más graves.

La estrategia de solución de problemas tiene cinco pasos que se explican en esta lectura. Sirve para evaluar las consecuencias de estas falsas soluciones a corto plazo y ayuda a obtener respuestas alternativas que son útiles a mediano o largo plazo.

En este tópico se enseña una estrategia básica que puede aplicarse a la solución de los problemas relacionados con el consumo de cocaína, así como a una gran variedad de otros problemas que pueden surgir al terminar el tratamiento. A pesar de las fantasías de muchos consumidores de que la vida es fácil y que no tendrán problemas una vez que dejan de consumir cocaína, cuando se hacen abstemios concientizan los problemas que descuidaron o que ignoraron y que actualmente los están afectando. Por lo tanto, si tienen una estrategia para solucionar problemas, los podrán enfrentar y solucionar mejor.

PASOS DE LA ESTRATEGIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

En ocasiones, la gente puede manejar de manera efectiva y por lo tanto solucionar adecuadamente los problemas simples, aunque siempre es más complicado hacer esto con los problemas complejos. Pero el tener problemas puede hacer que las personas se muestren ansiosas, e intentar solucionarlos impulsivamente. Aunque normalmente se ha observado (y quizás usted lo haya experimentado) que las soluciones impulsivas, que generalmente son las primeras que uno toma, no son las mejores (y menos si está intoxicado).

Una solución efectiva normalmente toma tiempo, concentración y dedicación. A continuación se mencionan los cinco pasos básicos de un modelo desarrollado para trabajar la solución de problemas:

1) Reconocer que hay un problema: El objetivo de este paso es aprender a reconocer que tiene problemas. Es necesario entender que las dificultades de la vida son normales e inevitables. Lo importante es que no se deje abatir por ellos. Además, debe aprender a controlar su tendencia a

responder ante cualquier problema automática o impulsivamente. Hay varias claves que le pueden ayudar a reconocer que tiene un problema:

- El hecho de sentir preocupación, enojo o depresión, ansiedad, displacer.
- Que otras personas les señalen que tiene algún problema.
- Pensar que está en crisis.
- Hacer sentir, por alguna razón, incómodos a los demás

2) Identificar y especificar el problema: El objetivo de este paso es que aprenda a identificar y especificar de la manera más objetiva y clara posible el problema. Usualmente es más fácil solucionar problemas concretos y bien definidos que problemas globales y vagos. Por lo tanto, es necesario que aclare y comprenda las características específicas del problema que está trabajando. Después de formular claramente la naturaleza del problema, podrá valorarlo de modo más preciso. Para problemas grandes que parecen arrolladores, divídalos en partes pequeñas y manejables, de manera que sea más sencillo solucionarlos.

3) Generar alternativas: El objetivo es que genere el mayor número de alternativas posibles para solucionar el problema. Una forma efectiva para buscar soluciones es con una lluvia de ideas; esto es, generar la mayor cantidad de soluciones posibles sin pensar al principio si son buenas o malas. En un inicio es más importante buscar la cantidad, más que la calidad. Escribir estas ideas ayuda mucho cuando se quiere recordar las opciones en un futuro. Otra buena opción es reflexionar, tratando de pensar en varias soluciones alternativas pero sin llevarlas inmediatamente a cabo. Reflexionar evita tomar decisiones precipitadas que puedan enredar más el problema.

4) Tomar decisiones y aplicar la solución: El objetivo este paso es analizar las consecuencias de



las posibles soluciones elegidas para resolver el problema, decidiendo cual es la mejor solución. Hay que revisar cada solución, para elegir la opción que tiene más aspectos positivos y menos aspectos negativos y que parece solucionar mejor el problema. Una vez que decidimos qué estrategia usar, aplicamos esa determinada solución.

5) Evaluar la alternativa seleccionada: El objetivo de este último paso es evaluar qué tanto y que tan bien funcionó. Es necesario que reflexione que aún cuando algunos problemas son fáciles de resolver, otros son más difíciles. Podría ser necesario repetir los pasos uno a cinco en varias ocasiones antes de poder resolver un problema complejo. No interesa cuantas veces repita los cinco pasos, siempre y cuando este proceso le lleve a su solución.

Es importante que escriba el problema en una pequeña tarjeta y lleve a cabo los cinco pasos, para evitar que se le olvide alguno de ellos. Anote la solución elegida, para que recuerde los pasos propuestos cuando sea momento de aplicarlos.

**SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
RELACIONADOS CON EL CONSUMO**

El objetivo de este ejercicio es que ponga en práctica la estrategia de solución de problemas. Identifique dos problemas (que puede tomar del autorregistro) que estén relacionado con el abuso de cocaína. Trate de hallar la solución más efectiva usando los cinco pasos:

Situación 1

Solución que ha usado antes y evaluación de la misma

Estrategia de solución de problemas

1. Reconocer que hay un problema

2. Identificar y especificar el problema

3. Generación de alternativas

4. Toma de decisiones y aplicación de la solución



5. Evaluación de la aproximación seleccionada

Situación 2

Solución que ha usado antes y evaluación de la misma

Estrategia de solución de problemas

1. Reconocer que hay un problema

2. Identificar y especificar el problema

3. Generación de alternativas

4. Toma de decisiones y aplicación de la solución

5. Evaluación de la aproximación seleccionada

SOLUCIÓN DE OTROS PROBLEMAS

Seleccione un problema actual importante, asociado con su consumo, que no tenga una solución obvia. Descríbalo minuciosamente. Utilice la generación de alternativas para buscar posibles soluciones. Evalúe las posibilidades, y numérelas en orden de preferencia, de la más a la menos efectiva.

Situación 1



Solución que ha usado antes y evaluación de la misma

Estrategia de solución de problemas

1. Reconocer que hay un problema

2. Identificar y especificar el problema

3. Generación de alternativas

4. Toma de decisiones y aplicación de la solución

5. Evaluación de la aproximación seleccionada

Situación 2

Solución que ha usado antes y evaluación de la misma

Estrategia de solución de problemas

1. Reconocer que hay un problema

2. Identificar y especificar el problema

RECUERDE QUE...

Es importante que practique esta estrategia de solución de problemas fuera de la sesión. A continuación le presentamos nuevamente los pasos de esta estrategia. Recuerde que las habilidades que le enseñamos en este tópico le pueden ayudar a solucionar su problema de consumo de cocaína, así como los problemas asociados.

3. Generación de alternativas

- 1. Reconozca que hay un problema.**
- 2. Identifique y especifique el problema.**
- 3. Genere de alternativas.**
- 4. Tome una decisión y aplique la solución.**
- 5. Evalúe la aproximación seleccionada.**

4. Toma de decisiones y aplicación de la solución

Intente poner en práctica esta estrategia y, ¡manos a la obra!

META DE CONSUMO PARA ESTA SEMANA

Abstinencia _____

5. Evaluación de la aproximación seleccionada

Reducción _____ Frecuencia _____
Cantidad _____

En qué situación voy a consumir _____

¡BUENA SUERTE!

Tópico VIII

Reestablecimiento de la Meta y Planes de Acción



¡Finalmente terminé el tratamiento! Ahora es mucho más fácil dejar de consumir

El Reestablecimiento de Metas implica un mayor compromiso con usted. Los buenos resultados de ese compromiso, pueden darle grandes satisfacciones respecto a su consumo y a su vida en general. Para hacer un reestablecimiento de metas que valga la pena, debe estar convencido de querer hacer un cambio importante, y en este momento del tratamiento, tiene esa oportunidad.

Con ayuda de los Planes de Acción, que ha comentado con su terapeuta, podrá llevar a cabo más fácilmente las metas planteadas y se dará cuenta de que todas las maneras posibles de evitar el contacto con la cocaína, están en sus manos. Como lo vimos en el tópico de DAI's, sus decisiones son las que lo ayudan a mantener la abstinencia. Por otra parte, en este último tópico, tendrá la oportunidad de expresarnos su opinión acerca de la efectividad y calidad de los servicios que le fueron proporcionados.

EVALUACIÓN DE LA META DE LA SEMANA ANTERIOR

¿Cumplí la meta propuesta la semana anterior?

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

OBJETIVO DEL TÓPICO

El objetivo de este tópico es establecer o reestablecer la meta de abstinencia, evaluar el tratamiento y crear planes de acción para el futuro.

EVALUACIÓN DE LA META ESTABLECIDA

El propósito de este ejercicio es analizar con detalle las metas establecidas a lo largo del tratamiento, con la finalidad de evaluar sus avances. Notará cómo ha disminuido su consumo y confirmará que este cambio le ha ayudado a mejorar su estilo de vida. No debe olvidar que el mantenimiento de este cambio depende de lo que usted haga para mantener su abstinencia y que el éxito que hasta ahora ha tenido, se debe a su esfuerzo y compromiso. Ahora cuenta con las herramientas necesarias que le ayudarán a cumplir sus metas y resolver los diferentes problemas que el consumo de cocaína le ha traído. Debe sentirse seguro con respecto al control de la cocaína, pues ahora es usted quien maneja su consumo.

A continuación, re-escriba las metas del tópico 1.

No consumir nada (1) Reducir mi consumo (2)

1. Planeo consumir hasta _____ "líneas/piedras" durante el curso de un día. Este será mi límite.

2. En el curso de esta semana (7 días) planeo consumir solo durante _____ días.

3. Quiero consumir solo bajo las siguientes condiciones:

a. _____

b. _____

c. _____

4. No consumiré en las siguientes condiciones:

a. _____

b. _____

c. _____

Instrucciones: en cada uno de los rubros mencionados a continuación, señale el porcentaje (del 0 al 100%) alcanzado respecto a las metas establecidas a lo largo del tratamiento:

- **Meta:** Indique la meta que está evaluando.
- **Satisfacción:** Qué tanta satisfacción le ha reportado el cambio.
- **Cumplimiento:** Considere en qué medida cumplió las metas propuestas.
- **Confianza:** Que tanta seguridad sintió para cumplir sus metas.
- **Importancia:** Qué tan importante fue cumplir sus metas.

META	Satisfacción	Cumplimiento	Confianza	Importancia

ESTABLECIMIENTO DE LA ABSTINENCIA

El establecimiento de la abstinencia es un aspecto fundamental para concluir el tratamiento, puesto que supone poner en práctica todos los conocimientos adquiridos previamente, a favor de un estilo de vida más saludable. Al inicio del tratamiento señalamos que el objetivo final es la abstinencia. Usted pudo haber elegido como meta a la abstinencia al inicio, durante o al final del tratamiento. Si se siente satisfecho con las metas actuales, es porque ha sabido llevar exitosamente las estrategias, y seguramente podrá seguir haciéndolo. Es por esto que le vamos a pedir (si es que no lo ha hecho en alguna sesión anterior) que se comprometa a no consumir cocaína a partir de hoy. Al intentar esta nueva meta, es muy probable que consiga buenos resultados y mejores consecuencias en su vida. ¿Cuál es su meta de hoy en adelante?

Hoy _____ yo, _____

me propongo no consumir cocaína

Firma

Reflexione sobre los cambios que ha logrado en todas las áreas de su vida a partir de los cambios logrados en su consumo de cocaína. Enfatique sobre todo los aspectos positivos. Esta sensación de mejoría puede ayudarle a mantener sus metas nuevas. A continuación, evalúe esta nueva meta que acaba de plantearse, indicando el porcentaje (0 a 100%) respectivo.

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

PLANES DE ACCIÓN PARA LAS SITUACIONES DE MAYOR RIESGO

El objetivo de este ejercicio es que diseñe planes de acción para las situaciones de mayor riesgo que identifique en este momento, que es probable que ocurran. Tome en cuenta los siguientes puntos:

- El plan de acción debe describir detalladamente cómo puede llevarlo a cabo.
- Es importante detallar al menos dos estrategias, por si una de ellas no puede ponerla en práctica.
- Hasta donde sea posible, divida el plan de acción en pequeños pasos. Esto le ayudará a ser específico y a llevarlo a cabo más fácilmente.

- Recuerde que durante el tratamiento se le han proporcionado diversas estrategias para enfrentar su consumo. Trate de ponerlas en práctica.

A continuación se muestra un ejemplo. Es importante que se acostumbre a diseñar planes de acción y que realmente los lleve a cabo. Las celdillas incluyen:

- **Situación de riesgo:** describa las situaciones que considere de más riesgo de consumo.
- **Planes de acción:** situaciones alternas que lo alejan de la cocaína o que permiten manejarla.
- **Consecuencias probables:** los aspectos positivos y/o negativos de realizar esa opción.

- **Mi mejor opción es:** de los tres planes de acción propuestos, elija el que considera que es mejor.
- **¿Por qué?** Indique por qué considera que esa es la mejor opción.
- **Pasos a llevar a cabo:** indique, paso a paso, que hará en ese plan de acción específico que le ayudará a alejarse o a manejar la droga.

Ejemplo:

Situación de riesgo	Planes de acción	Consecuencias probables
Cuando voy a una fiesta con mis compañeros de la prepa consumo cocaína. Y este fin de semana que viene tengo ganas de ir a alguna fiesta, pero sin consumir.	1. No ir a la fiesta	Extrañaría a mis amigos No consumiría
	2. Ir a la fiesta pero no consumir	Me sentiría extraño de no consumir con mis amigos. Sería capaz de ver a mis amigos, no consumir y disfrutar más la fiesta.
	3. Ir a otra fiesta en donde no se consume cocaína.	Me divertiría de otra forma No consumiría porque no estaría en riesgo
Mi mejor opción es: 3	¿Por qué? Porque así me divierto y no estoy en riesgo de consumir cocaína. Y en la situación 2, si veo a mis amigos consumiendo, probablemente no me pueda controlar y consuma.	
Pasos a llevar a cabo: 1. Buscar a amigos que no consuman 2. Identificar alguna fiesta pero con esos amigos 3. No contactar a ningún amigo consumidor 4. Ir a la fiesta pero con todo el propósito de no consumir 5. Ya en la fiesta, no consumir alcohol ni tener conductas relacionadas con el consumo 6. Intentar divertirme de otras formas: bailando, platicando, bromeando, etc.		

Situación 1	Planes de acción	Consecuencias probables
	1.	
	2.	
	3.	
Mi mejor opción es:	¿Por qué?	
Pasos a llevar a cabo:		

Situación 2	Planes de acción	Consecuencias probables
	1.	
	2.	
	3.	
Mi mejor opción es:	¿Por qué?	
Pasos a llevar a cabo:		

Situación 3	Planes de acción	Consecuencias probables
	1.	
	2.	
	3.	
Mi mejor opción es:	¿Por qué?	
Pasos a llevar a cabo:		

CONCLUSIÓN

¡Felicidades! Este es el último tópico de tratamiento. Es importante comentarle que no todos los usuarios terminan. Sólo algunos lo hacen y eso demuestra compromiso, dedicación, trabajo y entusiasmo de su parte. ¡Usted es uno de ellos! Si logró terminar, seguramente podrá controlar y hacer todo lo que actualmente sabe para abstenerse de su consumo de cocaína.

Ahora cuenta con las herramientas necesarias para alcanzar la abstinencia de la cocaína. Esto es su responsabilidad y solo usted decidirá si las aplica. Ahora que terminó el tratamiento y que ha adquirido habilidades, todo lo relacionado será más fácil.

Sin duda pueden aparecer dificultades para mantener la abstinencia, pero vale la pena el esfuerzo de dejar el consumo. Como usted ya sabe, dejar de consumir le va a traer más ventajas que desventajas en prácticamente todas las áreas de su vida. Al estar libre de droga podrá tomar mejores decisiones y evitar problemas graves e innecesarios (aunque también tendrá muchos riesgos); además,

podrá distribuir su tiempo libre en actividades sanas que lo integren favorablemente con su familia, compañeros de trabajo, etc.

Sin embargo, aunque es importante mantener una actitud positiva hacia el mantenimiento de la abstinencia, usted debe tomar en cuenta que existe el peligro de recaer. Esto es así porque constantemente va a enfrentarse a situaciones de alto riesgo, en donde habrá cocaína disponible. Ese será el momento en el que deberá entrar en acción y aplicar las estrategias adquiridas durante el tratamiento.

Tenga presente que recaer puede ser tan grave como usted lo decida. Es decir, si en alguna ocasión nuevamente prueba la cocaína, la ocasión puede servir para aprender de aquello que le llevo a consumir y evitar esas situaciones en el futuro. Usted tiene ahora la capacidad de dejar atrás el consumo de cocaína y evitar que la droga vuelva a tomar el control de su vida.

Le deseamos todo el éxito en su vida, así como en el logro y mantenimiento de la abstinencia.

**¡GRACIAS POR SU ENTUSIASTA COLABORACIÓN
EN EL TRATAMIENTO!**