



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

REPORTE DE CASO CLÍNICO CON EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE
MOTIVACIONAL PARA FUMADORES

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

TÉLLEZ ROJAS MARIO ARTURO

TUTORA: DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
Facultad de Psicología, UNAM

REVISORA: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
Facultad de Psicología, UNAM

COMITÉ TUTORAL:

MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA
Facultad de Psicología, UNAM

DRA. ANA BEATRIZ MORENO COUTIÑO
Facultad de Psicología, UNAM

DRA. MARCELA TIBURCIO SAINZ
Instituto Nacional de Psiquiatría-RFM

MÉXICO, D. F. JUNIO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Dra. Lydía Barragán, que me apoyo y motivo en todo momento a la obtención del grado. Además de creer incondicionalmente en mis capacidades y habilidades. Por su enorme apoyo, ¡gracias!

A la Dra. Mariana Gutiérrez, por su comprensión y apoyo para la culminación de este proyecto.

A mis padres, quienes con su apoyo incondicional han impulsado mi desarrollo personal y profesional. A mi madre, que gracias a ella todo logro tiene sentido.

A mi familia, por los momentos agradables que siempre pasamos juntos. Por su apoyo incondicional, mil gracias.

A todos mis amigos que me dieron siempre su apoyo y comprensión, a todos ellos con los que compartí momentos agradables y hacen que mi vida este llena de dicha y alegrías. Gracias por todo y por estar a mi lado: Angélica Núñez, Isaac Molina, Mey Len Rivera, Dr. Rene Jiménez.

A todos los que han estado conmigo. **Gracias**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN-----	4
I. ANTECEDENTES	
Adicción. Definición y Conceptualización de las adicciones-----	8
Panorama Epidemiológico del Tabaquismo -----	18
Contexto Epidemiológico Nacional del Tabaquismo-----	20
Factores Asociados al Consumo de Drogas-----	26
II. FUNDAMENTOS CONDUCTUALES Y COGNITIVOS DE LAS ADICCIONES	
Condicionamiento Clásico y Operante-----	43
Teoría Cognitiva y del Aprendizaje Social-----	49
Entrevista Motivacional-----	54
Intervenciones para el Cese de Consumo de Tabaco-----	60
III. REPORTE DE CASO CLÍNICO-----	
Sesiones-----	74
Discusión-----	79
Reflexiones Finales-----	119
Referencias-----	123
	125

INTRODUCCIÓN

La presencia y el consumo de drogas están documentados en la historia de la mayoría de las culturas, con variaciones en los tipos de drogas, los patrones de uso, sus funciones de consumo individuales y sociales.

Las sustancias psicoactivas eran usadas en la antigüedad dentro de las prácticas sociales integradas a la medicina, la religión y lo ceremonial. Sin embargo, los patrones tradicionales de uso fueron desapareciendo a través del tiempo; el contexto y las formas de consumo cambiaron, convirtiéndose en un serio problema de salud pública (Tapia, 2001).

A mediados del siglo pasado disciplinas como la medicina y la psicología, entre otras, han puesto mayor atención al fenómeno y han tratado de entender la etiología del consumo de drogas a la par de proporcionar una explicación válida para su atención y tratamiento. Por lo tanto, el estudio de las adicciones visto por diversas disciplinas integra una serie de marcos conceptuales que explican y tratan al fenómeno con sus ventajas y restricciones propias.

En consecuencia, en los últimos años se han desarrollado tratamientos enfocados en la prevención y atención de usuarios de las distintas drogas, a fin de minimizar los costos individuales y sociales producto del abuso. También se han diseñado programas de tratamiento de corte breve, a nivel individual principalmente, resaltando el costo-efectividad y su focalización en la problemática.

Dentro de la de Residencia en Psicología de las Adicciones de la UNAM, se aplican programas de intervención breve como el Modelo de Autocambio Dirigido a consumidores de bebidas alcohólicas (Ayala, et al., 1998); el programa para el tratamiento de consumidores de marihuana; el motivacional para fumadores y el tratamiento breve para usuarios de cocaína (Lira, 2009 y Oropeza, Loyola y Vázquez, 2003). También el programa de intervención breve a adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez, et al., 2004). En el caso de personas que consumen distinto tipo de drogas y que presentan problemas en distintas áreas de su vida se tiene el programa de satisfactores cotidianos (Barragán, et al., 2005). En su mayoría los programas de intervención breve han sido adaptados y aplicados, dando como resultado la moderación y/o la abstinencia en el consumo de drogas legales e ilegales. Considerando lo expuesto, resulta de gran importancia continuar con el trabajo, mejorar, adaptar y crear tratamientos que satisfagan las necesidades de los implicados para contrarrestar la epidemia del consumo de drogas.

En el presente trabajo se plasman los resultados teóricos, metodológicos y prácticos adquiridos en el Programa de Residencia en Psicología de las Adicciones de la UNAM, el cual tiene como objetivo formar psicólogos en el campo de las adicciones, dotándolos de conocimientos teóricos, metodológicos y científicos; además de capacitarlos en el dominio de las técnicas y competencias profesionales.

En específico, el presente reporte de experiencia profesional muestra los resultados aplicados del Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores en el Centro de

Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CEPREA) en una usuaria de tabaco con dependencia alta (10 puntos en el test de Fagerstrom). Con la aplicación del programa no solo se logró la abstinencia en el consumo, sino que también se demostró la eficacia de la intervención al mejorar la calidad de vida de la usuaria. Por ejemplo, a través de la reducción y eliminación del consumo de tabaco se reportó una disminución en la irritación de la garganta por las mañanas, mejora la calidad de sueño y mayor tranquilidad a lo largo del día; además el cambio de conducta representó un ahorro económico y satisfacción personal por lograr dejar de fumar. Fijar metas por parte de la usuaria, es decir, tomar la decisión de llevar un control cuantitativo del consumo y disminuirlo de forma gradual con apoyo de los planes de acción para las principales situaciones de riesgo son algunas de las técnicas que contribuyeron para que se logaran resultados positivos. Cabe mencionar que la retroalimentación, la eliminación de obstáculos y la escucha reflexiva son algunas técnicas aplicadas en las sesiones.

En el capítulo I de este reporte se examina la definición de adicción, cifras epidemiológicas generales sobre el consumo tabaco en México; así como las principales consecuencias que se derivan del abuso del tabaco, así como los factores de riesgo asociados al inicio y mantenimiento de este comportamiento.

En el segundo capítulo se detallan los fundamentos conductuales y cognitivos de las adicciones, es decir, los modelos explicativos del condicionamiento clásico y operante, la teoría cognitiva, la teoría del aprendizaje social y la entrevista motivacional; para finalmente examinar los tipos de intervenciones actuales en tratamiento del tabaquismo e

investigaciones realizadas sobre esta conducta. Información que sustenta los modelos de intervención breve de corte cognitivo-conductual.

Posteriormente, en el tercero capítulo se presenta el reporte de un caso con problema de consumo de tabaco que desglosa el modelo de intervención breve motivacional para fumadores, exponiendo las características y el contenido de las sesiones trabajadas; así como los principales resultados obtenidos a partir de la intervención. Por último, la discusión y reflexiones finales examinan los alcances y limitaciones en el desarrollo del reporte de experiencia profesional.

CAPITULO I. ANTECEDENTES

ADICCIÓN. DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS ADICCIONES

Ante la presencia de los cambios en el uso de las drogas y el aumento en su consumo por parte de varios sectores de la población, el fenómeno del abuso en el consumo de drogas se convirtió en un problema de salud pública, por lo que resulta necesario disponer de definiciones y criterios específicos que faciliten no solo la comprensión del fenómeno, sino también derivar acciones concretas que fomenten la creación e implementación eficiente de programas de intervención para los distintos niveles de severidad de la problemática.

Se define a la Adicción como el uso repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto que el usuario (denominado adicto) está periódica o crónicamente intoxicado, muestra una compulsión a tomar una o varias sustancias, tiene gran dificultad para abandonar el consumo o modificar el uso de esas sustancias y trata de obtenerlas casi por cualquier medio. Generalmente se produce tolerancia y puede aparecer síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo (SSA, 2008).

El Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) define a la Adicción como una dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma. La adicción por tanto, consiste en un conjunto de signos y síntomas de orden cognitivo, conductual y fisiológico que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual. En la dependencia, el individuo continúa utilizando

las drogas a pesar de los efectos adversos que éstos ejercen en su organismo. Manifiesta también un incremento sucesivo de la dosis ingerida y como resultado de este patrón de consumo, el sujeto emplea la mayor parte de su tiempo, ya sea en consumir la sustancia, recuperarse de sus efectos o en el despliegue de conductas dirigidas a conseguirla. Además experimenta síndromes de intoxicación o abstinencia mientras lleva a cabo sus actividades cotidianas, las cuales se subordinan al consumo de la sustancia modificando sus relaciones y hábitos sociales (Tapia, 2009).

En relación con la adicción se tiene que hacer alusión al término dependencia, al respecto, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos cuarta versión revisada (López y Valdez, 2002), especifica que para conformar una dependencia se tienen que presentar como mínimo de tres de los siguientes síntomas: uso de la sustancia en mayor cantidad o más tiempo de lo que pretendía el sujeto, uso de gran parte del tiempo en obtener las sustancias o en recuperarse de los efectos, intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto debe desempeñar obligaciones laborales, escolares o domésticas; uso continuado a pesar de saber o estar consiente de tener problemas; tolerancia notable; síntomas de abstinencia o consumo para aliviar la abstinencia. Se requiere además que algunos de estos síntomas hayan estado presentes durante un mes como mínimo o hayan aparecido repetidamente por un periodo prolongado de tiempo. Cabe señalar que el término adicción hace alusión al uso de distintas drogas, mientras que la dependencia también lo hace pero se usa en el contexto psicofarmacológico para referirse al desarrollo del síndrome de abstinencia y la neuroadaptación (CONADIC, 2010).

La definición de adicción y dependencia presentan similares características, centrando su atención en una falta de control del consumo, el aumento en las cantidades del mismo; y que a pesar de sus consecuencias negativas se continúa auto-administrando la sustancia adictiva.

Partiendo de las definiciones anteriores de adicción, se pueden desglosar aspectos centrales para su mayor comprensión. El primero de ellos es la tolerancia, criterio esencial de adicción e incluso de proceso adictivo; se trata de una condición fisiológica en términos de adaptación de los sistemas de la economía corporal ante la presencia e interacción constante de una droga o psicotrópico. Este fenómeno se caracteriza por la instauración de mecanismos compensatorios que permiten el funcionamiento relativamente normal de los órganos y sistemas corporales aún en altas concentraciones plasmáticas de diversas sustancias. La tolerancia se expresa a nivel clínico como una disminución de los síntomas producidos por la intoxicación, de la cual demanda incremento de las dosis para producir semejantes efectos. El desarrollo de la tolerancia puede ocurrir de manera divergente entre varios órganos de un mismo sistema y en personas que tienen una historia común de experimentar con dosis similares de una sustancia específica. Por ello es importante señalar que casi siempre que aparece la tolerancia, ocurre dependencia física (Souza, et. al., 2005).

Otro concepto importante es el de Síndrome de Abstinencia que consiste en un grupo de síntomas con diferente agrupamiento y gravedad que aparecen cuando disminuye o cesa el uso de una sustancia psicoactiva y/o droga que ha sido consumida de forma repetida y en dosis elevadas. El síndrome puede estar acompañado de signos de trastornos fisiológicos. El síndrome de abstinencia

es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. Es también la característica definitoria del más estricto significado farmacológico de dependencia (SSA, 2008).

La adicción entonces se centrará en relación específica con el uso de drogas. La Droga se define como una sustancia química de origen natural, sintética o semi-sintética cuyo consumo se asocia con fines profilácticos, diagnósticos, terapéuticos o paliativos, o para modificar con otra finalidad las funciones fisiológicas de animales o humanos. En el sentido más amplio, es cualquier sustancia química o mezcla de sustancias, distintas de las necesarias para la conservación de la salud en condiciones normales, cuya administración modifica las funciones biológicas, y posiblemente también la estructura del organismo. De manera resumida, se le define como cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones. Usada en tal sentido se considera sinónimo de fármaco (CONADIC, 2010; Lorenzo, et al., 2009).

También tenemos semejanzas con el término Sustancia Psicoactiva que, ingerida, afecta a los procesos mentales, por ejemplo la cognición o los afectos. Este término es equivalente a droga psicotrópica y es el término más neutral y descriptivo para toda la clase de sustancias, tanto legales como ilegales, que son de interés para la política sobre drogas. El término "psicoactivo" no implica necesariamente que produzca dependencia, y en el lenguaje común, se deja como tácito o no expresado, por ejemplo en expresiones como "uso de drogas" o "abuso de sustancias" (SSA, 2008; Brailowsky, 2009).

En esencia ambas concepciones hacen referencia a una sustancia que cambia el estado normal del organismo a uno diferente, que sus efectos hacen cambios a nivel psicológico, fisiológico y de comportamiento. En la actualidad se tiene registro de un número considerable de drogas y como consecuencia se tienen muchas maneras de clasificarlas. Los criterios para realizar la clasificación irán siempre en función de las necesidades, el enfoque o los objetivos particulares del estudio, reporte o investigación (Cruz, 2007; Lorenzo, et al., 2009).

Clasificación de las drogas

A continuación se presentan algunas de las clasificaciones que se han realizado en relación con las drogas que se conocen y que han sido utilizadas en el abuso de sustancias (Cruz, 2007; Lorenzo, et al., 2009).

Clasificación Informal

Drogas Blandas	Drogas Duras
Se definen como estupefacientes que tienen poderes menores sobre el organismo, lo que indica que tiene un grado bajo de potencial adictivo. Dentro de esta clasificación se ponen como ejemplos las drogas derivadas de elementos naturales como la marihuana, el hachís y los hongos alucinógenos.	Se definen como estupefacientes que provocan efectos graves sobre el organismo, considerada como una droga con un alto potencial adictivo. Como ejemplos, se tiene la heroína, la cocaína y las drogas de diseño.

Clasificación jurídica

Para esta clasificación las drogas únicamente se pueden considerar de dos tipos, legales e ilegales, por lo que las únicas drogas con potencial adictivo son el alcohol y el cigarro. Cabe señalar que declarar ilegal el consumo de una sustancia tiene como propósito evitar el acceso al público a compuestos que se consideran peligrosos.

Desde una perspectiva legal las drogas también se pueden agrupar en cuatro bloques:

- 1) Drogas institucionalizadas: son aquellas cuya producción y tráfico (compra-venta) es legal, por ejemplo el tabaco y el alcohol.
- 2) Drogas que son fármacos: sustancias que disponen de indicaciones médicas.
- 3) Drogas de utilización industrial: por lo cual su comercialización es legal, pero su finalidad es no ingerirlas; lo son todos los inhalantes.
- 4) Drogas clandestinas: su producción y tráfico (compra-venta) es ilegal (Cruz, 2007).

Clasificación con fines de control sanitario

En el artículo 245 de la Ley General de salud de México (2009), se clasifican a las sustancias que pueden ser motivo de abuso, en función de dos criterios: su utilidad clínica y su capacidad de producir adicción.

- I. Las que tiene valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles indebido o abuso, constituyen un problema

- especialmente grave para la salud pública (Metilendioxi-metanfetamina o MDMA, el LSD y la mezcalina).
- II. Las que tiene un valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública (anfetaminas y barbitúricos).
 - III. Las que tiene valor terapéutico, pero que constituyen un problema de salud pública (ergotamina -utilizada para la migraña- y benzodiazepinas).
 - IV. Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública (antidepresivos).
 - V. Las que carecen de valor terapéutica y se utilizan corrientemente en la industria, mismas que se determinan en las disposiciones reglamentarias correspondientes.

Incluso dado que existe una enorme diversidad en lo que respecta a las drogas se tiene el siguiente artículo para su reglamentación.

Artículo 246.- La Secretaría de Salud determinará cualquier otra sustancia no incluida en el Artículo anterior (de la Ley General de Salud de México) y que deba ser considerada como psicotrópica para los efectos de esta Ley, así como los productos, derivados o preparados que la contengan. Las listas correspondientes se publicarán en el Diario Oficial de la Federación, precisando el grupo a que corresponde cada una de las sustancias.

Con lo anterior quedan contempladas para su clasificación otras sustancias que presenten daños a la salud y que aunque no sean conocidas, entrarían en algún rubro con base a la clasificación anterior.

Clasificación de la DEA (Drug Enforcement Administration)

Esta clasificación es utilizada en los Estados Unidos y se divide en cinco categorías (Cruz, 2007).

Grupo 1: alto potencial de abuso; sin usos médicos aprobados y solos disponibles para fines de investigación. Ejemplos: LSD, mezcalina, peyote, heroína, cannabinoides.

Grupo 2: alto potencial de abuso; uso médico aprobado, se pueden adquirir con recetas médicas que se surten una sola vez. Ejemplos: anfetaminas, algunos opiáceos, barbitúricos y fenciclidina.

Grupo 3: potencial de abuso de moderado a alto; uso médico aprobado; se surten con recetas que pueden reutilizarse. Ejemplo: anabólicos esteroides, algunos analgésicos combinados con codeína.

Grupo 4: potencial de abuso moderado; uso médico aprobado; se surten con recetas que pueden reutilizarse. Ejemplo: algunas benzodiacepinas, fenobarbital.

Grupo 5: bajo potencial de abuso, de uso médico, se adquieren sin receta. Ejemplos: algunos jarabes para la tos con concentraciones bajas de codeína.

La siguiente clasificación es la que se utilizó en el presente reporte, debido a que se consideran a los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos de las sustancias.

Clasificación farmacológica

- 1) Drogas Depresoras (psicolépticas): retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales;

sus representantes más notorios son el alcohol, la heroína, las benzodiacepinas, los disolventes volátiles, algunos analgésicos, el éxtasis líquido o gammahidroxibutirato (GHB). En dosis pequeñas se incluye también a la marihuana.

Sus efectos son: estimulación inicial seguida de una depresión de mayor duración, falta de coordinación motora, lenguaje desarticulado, deterioro del equilibrio, sueño, desinhibición social y adicción.

2) Drogas estimulantes (psicoanalépticos): excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales, sus representantes fundamentales son la cocaína, metanfetaminas, las anfetaminas, las drogas de síntesis y el tabaco.

Sus efectos son: aumento en el estado de alerta, mejoría del estado de ánimo, falta de sueño, aumento de energía, disminución del apetito y adicción.

3) Drogas alucinógenas (psicodislépticos): las cuales producen un estado de conciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos (intensidad, tono y forma), y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial (alucinaciones); sus representantes más característicos son el ácido lisérgico (LSD), el cannabis y las drogas de síntesis.

Sus efectos son: distorsión de la percepción del tiempo y del espacio, cambios bruscos en el estado de ánimo, efectos variables en función del entorno en el que se consume la droga, mezcla de sensaciones sensoriales (oír colores, por ejemplo),

presentación esporádica de episodios en los que se reviven los efectos que se tuvieron con la droga sin que ésta se encuentre presente en el organismo o también llamado Flashbacks (Brailowsky, 2009; Cruz, 2007; Lorenzo, et al., 2009).

El uso de drogas y el consumo excesivo de alcohol y tabaco se ha considerado como conductas adictivas y no como proceso de una enfermedad progresiva e incurable. Esta concepción sustentada bajo la aproximación cognitivo-conductual, difiere en forma importante de las concepciones tradicionales de alcoholismo, vista como una enfermedad incurable; ya que se considera a las conductas adictivas dentro de la categoría de hábitos maladaptativos o formas desadaptativas de afrontamiento, tales como fumar, usar drogas, beber, comer en exceso y apostar compulsivamente. Estas conductas se conceptualizan como hábitos sobreaprendidos que pueden ser analizados y modificados de manera similar a la de otros hábitos (Carrascoza, 2007; Lira, 2009 y SSA, 2012).

La adicción como la dependencia implica el uso abusivo o descontrolado de alcohol, tabaco u otras drogas, conducta que el individuo ha aprendido en algún momento o a lo largo de su vida y que por tanto no se conceptualiza como una enfermedad incapacitante sino como una conducta maladaptativa o disfuncional la cual puede ser modificada con el aprendizaje o con el aumento en el repertorio de otras conductas que sus consecuencias no resulten negativas para el individuo y para la sociedad en general.

Por lo tanto, en el presente reporte se conceptualiza al consumo de tabaco como una conducta aprendida y se parte de la premisa de la variabilidad en la conducta de fumar y su

posibilidad de moldeamiento por medio de influencias externas. Las conductas adictivas se adquieren con base al aprendizaje de patrones de conducta maladaptativas. De tal manera que estas conductas pueden ser modificadas a través de nuevas situaciones de aprendizaje (Carrascoza, 2007; CONADIC, 2007; Lira, 2009).

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL TABAQUISMO

En la actualidad diversas disciplinas orientadas a la mejora de la calidad humana se enfrentan a múltiples y variados fenómenos que afectan a la sociedad. Inmensos esfuerzos se han encaminado a la mejora de la salud física y mental de los individuos, teniendo así, que tratar con fenómenos multifactoriales que han incidido de manera negativa; al respecto la World Health Organization (2009), incluye como un factor importante que afectan en la salud pública, el uso de drogas.

En años recientes, el uso de drogas se ha extendido en el mundo haciendo evidente que es un fenómeno global, sin embargo, existen diferencias entre los países en cuanto a los niveles de consumo. Por ejemplo, el alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de morbilidad en los países en vías de desarrollo de las Américas, y el segundo factor de riesgo en los países en vías de desarrollo. El alcohol fue el factor de riesgo principal para la carga de morbilidad, entre 26 factores de riesgo distintos evaluados. Aunque el alcohol es un importante factor de riesgo en varias regiones del mundo; el tabaco, otra droga que se comercializa legalmente, representa el factor preponderante en relación a los daños a la salud y muerte

prematura prevenible (Monteiro, 2007; Díaz, et al., 2008; SSA, 2012).

La Organización Mundial de la Salud estima que al año ocurren cerca de 6 millones de muertes, lo que equivale a 16,500 muertes diarias, una tasa mayor a la mortalidad asociada a enfermedades como la tuberculosis, infección por VIH/SIDA o malaria juntas; por lo que se estima que es responsable de aproximadamente el 9% de mortalidad global. Se calcula que hasta el 50% de los fumadores crónicos mueren prematuramente como consecuencia del tabaquismo. Aproximadamente la mitad de esas muertes ocurre durante la etapa económicamente productiva de la vida, antes de la jubilación (entre los 35 y 69 años), lo cual resulta en la pérdida de al menos entre 10 y 15 años de vida saludable (SSA, 2012).

Aproximadamente el 80% de esas muertes ocurren en países de ingresos medios y medio-bajo. La prevalencia mundial del tabaquismo es aproximadamente de 20%. Los fumadores a nivel global consumieron cerca de 5.9 trillones de cigarrillos durante el 2009, lo que representa un incremento de 13% en comparación con la década previa. A las cifras anteriores se suman 600 mil muertes al año por exposición involuntaria al humo de tabaco, de las cuales, 75% ocurren entre mujeres y niños (SSA, 2012).

En 2008 en el mundo existían 1.3 mil millones de fumadores con 900 millones en países en desarrollo (OMS). A partir de estudios epidemiológicos, se ha observado que el consumo de tabaco a nivel internacional en los últimos años se ha caracterizado por una disminución en la edad de inicio y por un incremento del consumo de tabaco en países en vías de desarrollo principalmente en mujeres. Con relación a la edad de inicio, se

ha observado que los que empiezan a fumar e incluso a hacer uso de otras drogas lo hacen antes de los 20 años; por ejemplo, la edad de inicio del consumo de tabaco en México en 1998 era a los 21 años de edad; mientras que para el 2011 la edad de inicio fue de 14.1 años (ENA, 2011). Además, se estima que diariamente empiezan a fumar entre 68 mil y 84 mil niños en los países de bajos y medianos ingresos (Lira, 2009; ENA, 2008).

El consumo de tabaco tiene consecuencias negativas en la salud y su costo es incalculable; es por ello que las medidas preventivas y de atención a este sector específico resultan primordiales, porque si bien la OMS (2004), señala que hasta ahora el consumo de tabaco provoca más de cinco millones de muertes al año; si no se toman medidas urgentes, en 2030 la cifra ascenderá a más de ocho millones y de continuar las tendencias actuales, se calcula que alrededor de 500 millones de personas morirán a causa del tabaco. En el siglo XXI el tabaco podría matar hasta mil millones de personas. Cabe señalar que los daños y muertes de esta conducta pueden ser totalmente prevenibles, lo que aumenta la importancia de su inmediata atención (Rubio, 2009; ENA, 2011).

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL DEL TABAQUISMO

El consumo de tabaco en los países en desarrollo crece de manera más acelerada, en parte debido al crecimiento estable de su población y a las acciones implementadas por la industria tabacalera. No obstante que la prevalencia en México se ha mantenido estable en los últimos 15 años; el número total de fumadores en el país ha incrementado. La ENA (2011), reporta una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21.7% de la

población, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores. El 31.4% de los hombres y el 12.6% de las mujeres son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres). El 8.9% de la población en este grupo de edad reportó ser fumador diario (7.1 millones); al desagregar por sexo, el 13.2% de los hombres y 4.8% de las mujeres fuman diariamente. El 26.4% (21 millones) reportaron ser ex fumadores, 20.1% ser ex fumadores ocasionales y el 51.9% (41.3 millones de mexicanos) de la población reportó nunca haber fumado. Tanto adultos como adolescentes manifiestan signos de adicción y dependencia a la nicotina; es decir, el tiempo que tarda un fumador en encender su primer cigarro del día es uno de los indicadores más importantes de adicción encontrándose que el 11.4% de los fumadores activos en el último mes (1.5 millones de personas) fumaron su primer cigarro 30 minutos después de despertarse del sueño fisiológico; este nivel de muy alta adicción fue similar para hombres (12.6%) y mujeres (8.6%) (SSA, 2012; GATS, 2009; ENA, 2011).

En adición, la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos en 2009 (GATS, por sus siglas en inglés) señala que de los casi 11 millones de adultos que son fumadores hasta ese año, el 48% de los fumadores eran fumadores diarios; y que dentro de estos, en promedio, los hombres fuman 9.7 cigarrillos por día y las mujeres 8.4 (GATS, 2009). Ya para el 2008 se reporta a nivel nacional, que los fumadores activos fuman 7 cigarrillos al día en promedio; además que la duración promedio del hábito de fumar diariamente en los adolescentes (12 - 17 años) fue de 2.2 años y de 11.4 años en los adultos (18 - 65 años). Por lo que el 85.3% de los fumadores activos consume menos de 16 cigarrillos al día;

11.7%, de 16 a 25 cigarrillos, y cerca de 3%, más de 25 cigarrillos al día (ENA, 2008).

Tomando en cuenta los promedios de consumo de cigarrillos de tabaco, se tiene que el gasto promedio mensual en cigarrillos entre los fumadores fue de 456.8 pesos. Cabe mencionar que en esta misma encuesta se reporta que el 69% de la población total nunca ha fumado (GATS, 2009). Este último dato resulta importante para los programas de prevención y tratamiento de la adicción al tabaco, ya que puede proporcionar información valiosa sobre los factores de protección que mantienen a más de la mitad de la población total alejada del uso de tabaco.

Aun cuando la población adulta reduce su consumo de productos de tabaco, la tendencia actual de la prevalencia de tabaquismo en adolescentes representa un riesgo para la salud pública, en virtud de que se incrementa el riesgo de enfermedades asociadas con el consumo de tabaco, especialmente infartos al corazón, enfermedades cerebro vasculares, enfisema y cáncer pulmonar, con la consecuente carga para el Sistema Nacional de Salud (SSA, 2012; ENA, 2011; Fleiz, et a., 2007).

El impacto económico derivado del consumo también genera costos indirectos como los generados por pérdidas de productividad, ausentismo en el trabajo y mayor tasa de utilización de servicios de salud entre la población fumadora. De acuerdo con las estimaciones del estudio la Economía del Tabaco y los Impuestos al tabaco en México, el presupuesto asignado al Sector Salud para atención de enfermedades atribuibles al consumo de tabaco ascendió en 2010 a 75 mil millones de pesos. Del total de enfermedades reportadas el 61% infartos al corazón, 49% para enfermedades cerebro vasculares;

69% Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y en 66% para cáncer pulmonar, son atribuibles al consumo de tabaco (SSA, 2012).

Datos de los egresos de hospitales del sector público federal, que incluyen al IMSS, IMSS oportunidades, Secretaria de Salud, ISSSTE, PEMEX Y SEMAR; señalan que en promedio 2% del total de egresos hospitalarios del sector público corresponden a alguna de las cuatro enfermedades principales, relacionadas con el consumo de tabaco, por infarto agudo al miocardio se presentaron 13,633 egresos hospitalarios durante el 2006; por enfermedades cerebro vasculares se reportaron 42,201 casos, en los expedientes clínicos se apuntaron 30,901 egresos por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, y 5,883 egresos hospitalarios se atribuyeron a cáncer de pulmón. En 2004 el Instituto Nacional de Salud Pública estimó que los costos anuales de la atención médica de las principales enfermedades fueron aproximadamente de 7000 millones de pesos, lo que equivalía a 5% del gasto total de operación nacional del IMSS (SSA, 2012).

Otros datos de interés que se desprenden de las encuestas son que para el 2012, el 72% de los fumadores quieren dejar de fumar; 32% de los ex fumadores, dejaron de fumar en el año previo; 50% de los fumadores realizaron al menos un intento por dejar de fumar; 11% de los que habían fumado en el último año tuvieron éxito en dejar de fumar; 25% de los fumadores que intentaron dejar de fumar consulto a un proveedor de servicios de salud en el año previo; al 65% de los fumadores que intentaron dejar de fumar se les preguntó sobre el estatus de fumador; solamente 27% de los que dejaron de fumar en el último año recibieron asesoría médica; entre los fumadores que dejaron

de fumar en el año previo, 6% recibió algún medicamento para dejar de fumar, 3% recibió consejería específica para dejar de fumar y 90% considera que dejó de fumar gracias a la fuerza de voluntad (SSA, 2012). La necesidad de orientación, prevención y atención resulta evidente, ya que las consecuencias y costes de fumar no solo se centran en los individuos que consumen tabaco sino también a la sociedad en su conjunto.

Por tanto, las consecuencias negativas del tabaco no se reducen al fumador únicamente, ya que debido a la forma de consumo de esta droga, el ambiente se ve afectado y en consecuencia es inhalado el humo de segunda mano por terceras personas. Es por ello, que también es importante considerar que en el ámbito nacional, 23.3%, cerca de 11 millones, de los mexicanos que nunca han fumado informaron haber estado expuestos al Humo de Tabaco Ambiental (HTA), 25.5% de los hombres y 22% de las mujeres; además de señalar que las mujeres y los adolescentes son grupos de riesgo por estar más expuestos al HTA, en comparación con los hombres y los adultos (ENA, 2008).

Lo anterior, es debido a las prácticas sociales que permiten el consumo de tabaco en muchos espacios de convivencia común. La ENA (2011), reporta una prevalencia de exposición al Humo de Tabaco Ambiental de 30.2%, esto quiere decir que 12.5 millones de mexicanos que nunca han fumado se encuentran expuestos a HTA. El 26.1% de los adultos y el 36.4% de los adolescentes reportaron estar expuestos a HTA. Esta exposición es más frecuente entre la población joven, siendo mayor entre los adolescentes de 15 a 17 años y los adultos jóvenes de 18 a 25 años. La población está expuesta principalmente en el hogar (18%) y en los lugares de trabajo (10.2%). Para las mujeres el

principal sitio de exposición es el hogar (19.7%), mientras que para los hombres es el trabajo (18.2%).

Aproximadamente 11.9 millones de mexicanos (17.3%) están expuestos al HTA en el interior de sus hogares. El 19.7% (3.8 millones) de los que trabajan en lugares cerrados están expuestos al HTA en el trabajo, incluido 17.7% (2.6 millones) que son no fumadores. Para estos trabajadores, 73.6% de sus lugares de trabajo tienen políticas que prohíben fumar en cualquier área de trabajo cerrado, sin embargo, 10.9% refirió haber estado expuesto al HTA en los últimos 30 días. La población no solo realiza sus actividades en la casa y en el trabajo, sino que también está expuesta al humo de segunda mano en otros contextos; por ejemplo, la exposición al HTA fue de 81.2% en bares y clubes nocturnos, de 29.6% en restaurantes, de 24.2% en el transporte público, de 17.0% en edificios del gobierno y de 4.3% en centros de atención médica (GATS, 2009; ENA, 2008).

Al respecto, el National Institute on Drug Abuse (2009), señala que se pueden atribuir aproximadamente 38,000 muertes por año a la exposición pasiva al humo del tabaco. Las personas que no fuman pero son expuestas al humo pasivo en casa o en el trabajo aumentan su riesgo de desarrollar enfermedades del corazón en un 25 a 30% y cáncer de pulmón en un 20 a 30%. Además, el humo pasivo causa problemas respiratorios en los que no fuman, tales como tos, flema y reducción en la función pulmonar. Los niños expuestos al humo pasivo tienen un mayor riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias agudas, problemas del oído, así como el riesgo de que se empeoren los síntomas del asma.

La adicción al tabaco es una enfermedad crónica y con frecuencia la persona adicta al tabaco requiere numerosos intentos para dejar de fumar. A pesar que algunos fumadores pueden dejar de fumar sin apoyo, hay muchos otros que necesitan ayuda. Incluso, como se expuso anteriormente debido a la forma de consumo de esta droga los daños también son colaterales y de gran impacto en la salud pública (NIDA, 2009; SSA, 2013).

Son evidentes los enormes esfuerzos de países y gobiernos interesados por el fenómeno de consumo de tabaco o tabaquismo. La adicción, es en su naturaleza compleja e intervienen factores individuales, sociales, culturales, políticos y económicos; los datos presentados reflejan parte de una realidad que no resulta ajena a la cotidianidad. Por tanto, el uso y abuso del tabaco es entendido como un proceso en el cual los factores individuales, biológicos y ambientales/contextuales interactúan; haciendo que la comprensión de esta conducta sea necesaria e indispensable para disciplinas como la Psicología que dentro de sus tareas está pugnar por la promoción y fomento de estilos de vida saludables.

FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

La realidad social de las últimas décadas con respecto al consumo de sustancias, ha llevado a profesionales, instituciones y al Estado en conjunto a buscar soluciones poniendo un especial énfasis en el campo de la prevención, a fin de tratar de evitar las consecuencias sociales y personales del consumo de los adolescentes que, en muchos casos, se mantiene en la edad adulta. Incluso la OMS, por ejemplo, reconoce la necesidad de tomar

en cuenta las situaciones sociales en las que se desarrollan las personas, con el objetivo de tomar decisiones que conduzcan a mejorar su calidad de vida.

Es por ello, que para elaborar o llevar a cabo cualquier tipo de intervención ésta debe de considerar en primera instancia los factores de riesgo y protección específicos de la población joven. Los conceptos "factor de riesgo", «factor de protección" y "prevención" están, por tanto, estrechamente relacionados y se complementan entre sí. Por lo que en el siguiente apartado se abordarán algunos de los factores relacionados al consumo de drogas.

Factores de riesgo y protección

Un *factor de riesgo* es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición que se produzca un determinado fenómeno. Estas características personales, sociales y familiares permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento. Los *factores de protección* serían aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado. Con respecto al consumo de drogas, los factores de protección reducen, inhiben o atenúan la probabilidad del uso de sustancias (Albarracín y Muñoz, 2008; Peñafiel, 2009; López y Rodríguez-Arias, 2012). A lo largo de los siguientes apartados se explica en qué consisten algunos de los factores de riesgo y protección más representativos en relación al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Factores individuales

La edad: Estudios reportan que la edad de inicio del consumo de drogas ha ido disminuyendo, desde la ENA de 1988 hasta la de 2011 se marca una tendencia a la baja respecto de la edad de inicio del consumo de tabaco y otras drogas. Son cada vez más jóvenes los usuarios de sustancias adictivas. Actualmente, los jóvenes están empezando a consumir de forma regular entre los 13 y los 15 años (ENA, 2011).

Existe un considerable aumento del consumo en la adolescencia y años posteriores, pudiendo ser ésta una etapa vulnerable para la iniciación. Los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales que se producen en la adolescencia y la forma en que cada sujeto asimile dichos cambios determinará el logro de un mayor o menor nivel de independencia y autonomía, actuando así como factores de riesgo (facilitando la probabilidad de inicio y desarrollo de consumo de drogas) o como factores de protección (manteniendo al sujeto alejado de esta conducta). La relación entre los patrones de consumo y la edad se describe en términos de una función curvilínea, es decir, aumenta con la edad, alcanzando su punto máximo entre los 18-24 años y posteriormente desciende (SSA, 2012; Peñafiel, 2009).

El sexo: Las diferencias en las prevalencias de uso de las distintas drogas entre hombres y mujeres han servido para configurar esta variable como protectora, en el caso de las mujeres, o de riesgo, en el caso de los varones. Las encuestas de adicciones han mostrado de forma recurrente que los hombres han mantenido consumos superiores a las mujeres en todo el

elenco de sustancias disponibles, legales e ilegales (Téllez, 2009).

Sin embargo, en los últimos años se ha venido observando una tendencia hacia la homogeneización de los patrones de consumo entre ambos sexos. Las mujeres han superado las prevalencias de consumo de tabaco de los hombres, se han igualado en gran parte los indicadores del consumo de alcohol, y se han acercado notablemente a las prevalencias de consumo experimental de otras sustancias, sobre todo de la marihuana (ENA, 2008; ENA, 2011; Peñafiel, 2009).

Actitudes, creencias y valores: Elementos como las actitudes, las creencias y los valores, se han mostrado como predictores fiables de la conducta de consumo (Mora-Ríos, Natera y Juárez, 2005). En este sentido, lo que la persona piensa sobre las drogas, las creencias acerca de sus efectos y sobre el propio acto de consumir y lo que experimenta con ellas, arrojan un balance subjetivo positivo o negativo que determinará la ocurrencia o no del consumo. Algunas actitudes, creencias y valores que actúan como factores de protección, son la religiosidad, el grado de satisfacción personal respecto a la vida y las actitudes positivas hacia la salud, entre otras (Peñafiel, 2009).

La percepción del riesgo: En ocasiones el sujeto no cuenta con toda la información disponible referida a la sustancia y sus efectos, por lo que la percepción del riesgo que entraña su uso puede verse alterada en gran medida. Las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas. Si perciben que

algo les va a acarrear dichas consecuencias negativas no lo harán. Por ello, la concepción que se tiene sobre las distintas drogas, que depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, influye en su consumo (Peñañiel, 2009). Es decir, las personas que perciben a las drogas como peligrosas o dañinas no las usarán o lo harán en menor cantidad y frecuencia, y por el contrario, los individuos que tiene baja o nula percepción del riesgo tendrán consumos perjudiciales (IAPA, 2012; Kumate, 2013).

Habilidades sociales: Son capacidades de interacción social, recursos para establecer relaciones adecuadas y adaptadas a la realidad, expresando las propias opiniones y sentimientos. Se ha relacionado el déficit de habilidades sociales con el consumo de alcohol, sobre todo, en sus componentes de conducta antisocial y falta de asertividad (Barragán, 2005; Rubio, 2008 y López y Rodríguez, 2012). Así mismo, en el consumo de tabaco, también se ve influido por esta carencia de habilidades ya que podría ser causante de estrés y por tanto la utilización de tabaco podría servir para eliminar los sentimientos de ansiedad y/o hacer frente a estas situaciones sociales (Peñañiel, 2009; Lira, 2009; IAPA, 2012).

Autoconcepto y autoestima: Son dos conceptos que están íntimamente relacionados. El primero hace referencia a la imagen que cada persona tiene de sí misma y es el resultado de la suma, tanto de la percepción del sujeto sobre sí mismo como de la de los demás sobre él; el segundo hace referencia a la valoración que damos a esta imagen de nosotros mismos (Worchel, et al., 2003). Las personas con baja autoestima son más vulnerables a la

presión de los pares y/o compañeros y amigos para realizar comportamientos de riesgo (Sánchez et al., 2007).

Es importante tener en cuenta que autoconcepto y autoestima pueden variar según el área o dominio del que se hable. Es decir, una persona puede tener una valoración positiva de sí misma en el área relacional, con sus iguales, pero negativa en el área escolar o familiar. Mientras las dimensiones familiar y académica, parecen ejercer claramente un rol protector, el papel desempeñado por la autoestima social comienza a cuestionarse al constatar una relación positiva entre esta dimensión y el consumo de sustancias (Peñafiel, 2009 y Carrasco, 2002).

Autocontrol: Es la capacidad del ser humano para dirigir y controlar su propia conducta y sus sentimientos ((Worchel, et al., 2003). Está muy relacionado con el autoconcepto y la autoestima ya que "una persona que tiene una idea de sí misma coherente con su verdadera forma de ser manifestará unos sentimientos positivos hacia su persona, conocerá sus propios límites y poseerá un nivel aceptable de control sobre lo que hace y sobre las consecuencias que de ello se derivan". Indudablemente el autocontrol se relaciona con el consumo de drogas de manera inversa, es decir, a medida que los niveles de autocontrol disminuyen, aumentan la cantidad y cronicidad de consumo de drogas, por lo que se deduce que si un sujeto presenta una puntuación baja en autocontrol la probabilidad de consumo de drogas aumenta (Peñafiel, 2009; López-Torrecillas, et al., 2003).

Experimentación y la búsqueda de sensaciones nuevas: La experiencia directa con las sustancias es una variable de gran

influencia en el consumo. Esta variable crea en el sujeto unas expectativas y una experiencia que le proporciona información empírica que le servirá para determinar acciones futuras. Bandura (1984), citado en Peñafiel (2009), señala que si el sujeto percibe que el consumo de alcohol resulta una estrategia de afrontamiento adecuada, su tendencia al consumo será mayor. La búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad que se caracteriza por la necesidad de sensaciones y experiencias complejas, variadas y nuevas, y el gusto por el riesgo físico y social a fin de obtenerlas. Las investigaciones han encontrado relaciones significativas entre la búsqueda de sensaciones y la conducta de riesgo en general y el consumo de drogas en particular (Peñafiel, 2009; González, 2009; Kumate, 2013).

Accesibilidad a las drogas: La disponibilidad de las mismas para los potenciales sujetos consumidores es un factor que correlaciona claramente con el consumo. Al respecto, se ha demostrado que la percepción de fácil accesibilidad a la droga es un factor de alto riesgo en el inicio y mantenimiento del consumo y que en cuanto más alta es la permisividad al consumo, las cifras de consumo tienden a ser mayores. Incluso se tiene reporte que las drogas son ofrecidas de manera gratuita, en el caso de la marihuana; por lo que los jóvenes consideran que “es más fácil conseguir drogas, que un buen empleo” (Wagner, et. al., 2003; Albarracín y Muñoz, 2008; ENA, 2008; Peñafiel, 2009).

Personalidad antisocial y problemas de conducta: El uso de sustancias forma parte de un conjunto de problemas de comportamiento. Se ha encontrado que existe una mayor presencia de conductas desviadas o antisociales en jóvenes de entre 15 y

25 años que consumen drogas; por lo que comportamientos que trasgreden la conducta normal están fuertemente asociados e incluso predicen patrones de consumo disfuncionales (Peñañiel, 2009). Investigaciones muestran que tener relaciones con amigos conflictivos y mostrar conductas violentas, está relacionado con la actitud favorable de consumo de sustancias (Rubio, 2008; Osorio, et. al., 2004; López y Rodríguez, 2012).

Conformidad con las normas sociales: La sociedad regula numerosas conductas, entre las cuales está el consumo de drogas, en algunos casos mediante disposiciones legales (drogas ilegales, prohibición de venta de alcohol o tabaco a menores de 18 años y consumo de tabaco en lugares públicos, entre otros) y en otros mediante normas tácitamente aceptadas (por ejemplo, cuándo y en qué medida es aceptable beber alcohol). Las personas que tienden a transgredir las normas que regulan el comportamiento de las sociedades pueden verse impulsadas a consumir drogas por el mero hecho de incumplir las normas (Peñañiel, 2009). Cabe señalar que el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es considerada por los jóvenes como una conducta fuera de las normas, reglas y de lo cotidiano y por lo tanto atractiva.

Tolerancia a la frustración: La frustración es un fenómeno natural en la vida de cualquier ser humano, que surge cuando nos enfrentamos a un impedimento o bloqueo. A lo largo del proceso de desarrollo de la personalidad, las personas aprenden a postergar la gratificación de sus necesidades, de tal forma que son capaces de asumir una cierta dosis de frustración. Algunas personas, incapaces de tolerar la frustración, requieren la satisfacción inmediata de sus necesidades, de forma que las

drogas pueden parecerles inicialmente un medio rápido para lograr el placer inmediato, más difícil de conseguir por otros medios (Peñañiel, 2009 y Barragán, 2005). Al respecto, Tiburcio (2009) señala, que muchos de los estilos de afrontamiento bajo circunstancias estresantes son incipientes y que el consumo de alcohol es utilizado para poder sobrellevar esas situaciones de la vida.

Factores medioambientales o externos

La escuela: Se constituye como un agente educativo y de socialización prioritario. En la escuela, el grupo de compañeros proporciona al adolescente ayuda para definir y consolidar su identidad, comparten problemas, sentimientos y emociones, ayuda a satisfacer necesidades sociales, tales como afecto, seguridad, estima; pero el grupo también ejerce influencia negativa en los adolescentes porque pueden aprender conductas antisociales como el consumo de drogas o la delincuencia (González, Barriga y León, 1994; Henry & Slater, 2007),

Los principales elementos relacionados con la escuela que han sido identificados como factores de riesgo y protección son:

a) *Experiencias escolares negativas:* Algunos elementos escolares, como son un bajo rendimiento escolar, un mayor absentismo, una menor implicación y satisfacción en relación al medio y actitudes negativas hacia el profesorado y la vida académica, suelen encontrarse asociados al consumo de drogas y otras conductas desviadas como la delincuencia (Peñañiel, 2009).

b) *El fracaso escolar y autoconcepto académico*: El fracaso escolar de forma específica, incluyendo en éste la insatisfacción escolar y el absentismo injustificado, ha sido identificado como un predictor claro del abuso de drogas en la adolescencia y otras edades (Botvin & Griffin, 2007; Peñafiel, 2009). La escuela, no es considerada como un lugar de conocimientos o de convivencia, sino como un agente estresante.

Dentro del análisis del contexto escolar, otro factor relevante es el que comúnmente se le ha llamado "clima escolar", el cual está compuesto por la cultura al interior de la escuela, las normas y la permisividad en cuanto al consumo de sustancias (Reidl y González, 2011; Añaños, 2006; Jinsook & McCarthy, 2006). Es así que existen escuelas llamadas "húmedas", pues son instituciones en donde se practica el consumo principalmente de alcohol; la población escolar se desarrolla en un ambiente donde el consumo se tolera y en cierto sentido se promueve (Clapp, Reed, Holmes, Lange & Voas, 2006). Por el contrario las escuelas "secas" se identifican por unas normas restrictivas para el consumo de sustancias (Kairouz & Adlaf, 2003).

Al respecto, Henry & Slater (2007), sostienen que mejorando el clima escolar se puede reducir el consumo de sustancias entre estudiantes. Mientras que Solomon, Battistich, Watson, Schaps y Lewis (2000), señalan que propiciando un sentimiento de comunidad se podría lograr confianza hacia la escuela, lo que llevaría a los estudiantes a sentirse obligados a respetar las normas, los valores y las expectativas de la escuela, incluyendo la abstinencia en el uso de drogas. Sin embargo, resultaría paradójico que si se trata de una escuela "húmeda", este

elemento sería un promotor para un mayor consumo de sustancias, en contraste con una escuela "seca", en donde sí se fomentarían hábitos saludables.

El grupo de amigos: Es un elemento imprescindible para comprender la actitud y los comportamientos de los jóvenes ya que el grupo de compañeros va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia y las relaciones más importantes del adolescente se desplazan hacia los compañeros de similar edad e intereses (Sánchez, et al., 2007; Reidl y González, 2011).

Los elementos relacionados con el grupo de amigos que se han identificado como factores de riesgo y protección en numerosas investigaciones son:

a) *Los consumos de los amigos:* El grupo de amigos se ha manifestado como una de las variables más influyentes a la hora de explicar el consumo de drogas, hasta tal punto que, para algunos autores, el consumo depende enteramente de la naturaleza social del grupo de amigos del sujeto, es decir, que cuando los pares usan drogas, éste tiene una alta probabilidad de usarlas también aunque no estén presentes otros factores de riesgo (Peñafiel, 2009; Reidl y González, 2011).

b) *Aprobación social y grupo de pares:* Algunas personas tienen mayor necesidad de obtener la aprobación de los demás, lo cual les puede llevar a una situación donde realizan conductas de riesgo. Esperando la aprobación del grupo, los jóvenes ajustarán su conducta a las exigencias de los demás sin tener en cuenta si se trata de un comportamiento adecuado o los costes personales que ello pueda suponer. En este sentido, la escasa resistencia a

la incitación grupal está relacionada con una actitud positiva hacia el consumo de sustancias (Sánchez, et. al., 2007; Osorio, et. al., 2004; Peñafiel, 2009; Reidl y González, 2011). El sentido de pertenencia, de afiliación y la búsqueda de la identidad son aspectos que se deben de considerar, ya que la adolescencia es una etapa en la que se tratan de formar lazos o vínculos importantes, así mismo la construcción de la personalidad y en consecuencia de la autoestima. Por ello, es fundamental considerar los grupos de referencia o de pares que los jóvenes están considerando, ya que aumenta o disminuye la probabilidad de iniciarse o no en la cultura de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

c) Las actividades de ocio: El ocio desarrollado en discotecas y bares y las salidas nocturnas de fin de semana, correlacionan con un mayor consumo de sustancias. Algunos autores consideran que tener momentos de ocio los fines de semana predice mejor el consumo de sustancias, por encima de otras variables como son la personalidad, características de los pares y familiares y las variables escolares. Así, participar en actividades religiosas y practicar algún deporte se han mostrado como factores de protección (Peñafiel, 2009; Rodríguez, et. al., 2013). Así mismo la cantidad de dinero de la que disponen los jóvenes aumenta la disponibilidad económica y en consecuencia aumenta el consumo de alcohol, tanto en la frecuencia como en cantidad. Sin embargo, parece evidente que los jóvenes con menos recursos económicos eluden esta dificultad para conseguir alcohol acudiendo a bares o espacios donde se manejan promociones o donde lo pueden adquirir a menor costo (González, 2009; Reidl y González, 2001).

La familia: El entorno familiar es el primer contexto social en el que se desenvuelve una persona. Por su importancia en el proceso de socialización, la familia ejerce una gran influencia sobre el consumo de drogas en sus miembros, ya que puede actuar licitando, neutralizando o inhibiendo tales conductas (ENA, 2008; Peñafiel, 2009; Cáceres, et. al., 2006 y Tiburcio, 2009). Algunos de los factores de riesgo y protección familiares más significativos son:

a) *Las relaciones afectivas entre padres e hijos y la comunicación:* Una percepción negativa de las relaciones familiares por parte de los adolescentes, incluyendo aspectos como la ausencia de lazos familiares, la negatividad y rechazo de los padres hacia el hijo o viceversa, la escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos y las interacciones mal adaptativas entre padres e hijos, aparecen como variables constantes en un gran número de consumidores. En este caso, el uso de sustancias funciona como un indicador de problemas, como una vía de escape de un clima familiar percibido como hostil o como forma de atenuar esa percepción. Por el contrario, los adolescentes que se sienten más próximos a sus padres son los que mantienen más confianza en sí mismos, muestran más competencia conductual, más independencia responsable y se implican en menos conductas de riesgo, como el consumo de drogas y las conductas delictivas (Peñafiel, 2009; Tiburcio, 2009; IESM-OMS, 2011).

b) *Las prácticas educativas ejercidas por las figuras parentales:* Las pautas de crianza influyen en el consumo de drogas a largo plazo. Los déficits o los excesos de disciplina, la excesiva implicación de uno de los padres acompañada del

desentendimiento o permisividad del otro, son factores asociados al uso indebido de drogas. Aparecen como características comunes en los padres de adolescentes que abusan de las drogas la baja comunicación familiar, la inconsistencia en las normas, los límites poco claros y las expectativas poco realistas sobre sus hijos. También las bajas expectativas académicas de los padres hacia sus hijos predicen el inicio en el consumo. Por otro lado, la supervisión parental, el fomento del autocontrol y la toma de decisiones por parte de los hijos son factores de protección (Peñañiel, 2009; López y Rodríguez, 2012).

c) La influencia de los padres y hermanos como modelos de comportamiento: El modelado ejercido por los padres y su importancia, tiene su fundamento en la teoría del aprendizaje social de Bandura (citado en Peñañiel, 2009) quien considera que la observación directa y el modelado de un comportamiento por parte de las personas más cercanas al sujeto es el proceso esencial para adquirir tal comportamiento. Esta influencia se ejerce de forma directa, observando a los padres o hermanos en su consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias y de forma indirecta, a través de la transmisión de actitudes y valores más o menos permisivos con respecto al consumo. Por lo tanto, el uso de drogas en el hogar es uno de los mejores predictores de la valoración positiva de los niños hacia el consumo y por lo tanto aumenta sus expectativas de consumir en el futuro (Peñañiel, 2009; ENA, 2008; Tiburcio, 2009).

El análisis de los diversos factores que inciden en la conducta adictiva ayuda a comprender el suelo sobre el cual estamos parados; actualmente para poder pensar, diseñar e implementar medidas eficaces que alejen a los individuos de las

drogas. Sin embargo, la creación de medidas y acciones encaminadas a un cambio en la percepción y el comportamiento no es sencilla, a saber, en su multicausalidad el consumo de drogas se permea de factores medioambientales e individuales que dificultan la promoción e implementación de programas efectivos; así mismo, la medición de su eficacia.

En este sentido se puede decir que algunas medidas que regulan el consumo son generadas desde las mismas interacciones sociales, cargadas de valores y actitudes que descalifican el consumo y como tal ayudan a disminuirlo, sin la necesidad de castigos o con un carácter punitivo o discriminatorio: como los factores protectores.

Por ello, emprender un enfoque de promoción de la salud encaminado a la generación o ejecución de medidas preventivas o políticas públicas en materia de adicciones, implica la aplicación de intervenciones apropiadas, que tiene como objetivo beneficiar a la mayor cantidad de personas posibles. También implica la hipótesis de que el consumo de drogas es el resultado de una interacción entre la sustancia, el individuo y los factores ambientales; en las cuales, si se puede controlar alguno o algunos de los factores inmersos es posible regular el consumo de la población en general (CONADIC, 2010; IAPA, 2012).

Plantear medidas de sanidad requiere de la conjunción e interacción dinámica entre los mecanismos formales (leyes, estatutos, disposiciones gubernamentales) e informales (normas, prácticas, valores que desapruében el uso de drogas) que en sinergia tenga un impacto en la población objeto, así mismo, resulte rentable en costo-beneficio. En conclusión, resulta indispensable que para cualquier nivel de intervención de

problemáticas asociadas al consumo de drogas se tome en consideración los factores de riesgo y de protección de los individuos ya que dará el curso de acción hacia la reducción o eliminación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

CAPITULO II. FUNDAMENTOS CONDUCTUALES Y COGNITIVOS DE LAS ADICCIONES

En las últimas décadas las adicciones han sido el foco de atención para médicos, psicólogos, sociólogos, entre otras disciplinas y sectores de la población. A través de los años se han diseñado e implementado una serie de tratamientos; como por ejemplo, la Hipnosis, los Doce Pasos, incluso el uso de medicamentos como "Antabus" para el consumo de alcohol (Echeverría, et al., 2005; Carrascoza, 2007). Tratamientos distintos e incluso opuestos en fundamentos, técnicas y procedimientos; sin embargo todos ellos compartían el mismo objetivo que es impactar en el uso de alguna droga.

Las teorías conductuales y cognitivas de las adicciones son alternativas viables en el tratamiento de las adicciones ya que son técnicas que se encuentran validadas empíricamente, ofreciendo resultados positivos y duraderos, debido a su validez experimental han demostrado ser aproximaciones sólidas y eficaces (NIDA, 2010; OMS, 2004). A continuación se proporcionará un panorama general de la teoría y terminología del aprendizaje en lo que se refiere a la dependencia de sustancias.

El desarrollo de las dependencias puede considerarse como un proceso de aprendizaje, en el sentido de que se producen cambios duraderos en el comportamiento, provocados por las interacciones con drogas y los entornos relacionados con éstas. Los principios básicos del aprendizaje se han estudiado durante décadas, y se han aplicado al campo de la farmacodependencia y en diversos programas de intervención. Al respecto, existen dos

principales teorías sobre aprendizaje y conducta: a) el condicionamiento clásico o pavloviano y b) el condicionamiento operante o instrumental que forman parte de la base teórica y son pilares dentro del enfoque cognitivo-conductual de las adicciones.

CONDICIONAMIENTO CLÁSICO Y OPERANTE

El condicionamiento clásico o pavloviano se basa en relaciones simples de estímulo-respuesta, es decir, es un aprendizaje que establece la adquisición de las asociaciones entre conductas particulares y consecuencias. Todos los organismos intactos ingresan al mundo con la habilidad de emitir respuestas en presencia de ciertos estímulos de los que no se requiere ningún aprendizaje (respuestas innatas o no aprendidas). Por lo que la capacidad para responder automáticamente a estímulos forma parte del equipo genético de cada organismo (OMS, 2004; Sabines, 2012).

Dichas conductas fueron incluidas a través del tiempo de acuerdo a las necesidades de cada especie, a este tipo de conductas se les llamó Conducta Respondiente, las que ayudan a cada organismo a tener conductas estructurales para diferentes estímulos específicos; por tanto, la Conducta Respondiente es definida como la conducta provocada por estímulos antecedentes, es decir, una respuesta es producida por estímulos precedentes, no se requiere de ningún tipo de aprendizaje para que ésta conducta ocurra. Por lo anterior, cuando se toma el estímulo antecedente y la conducta que se produce es el reflejo de un organismo. Cabe señalar que nuevos estímulos adquieren la habilidad de generar respondientes, esto es llamado Aprendizaje

Respondiente y en trabajos posteriores sobre el estudio del sistema digestivo en perros Pavlov demostró experimentalmente el condicionamiento clásico o respondiente (Chance, 1999; OMS, 2004; Cooper, Heron & Heward, 1987).

A continuación se describirán los conceptos básicos del condicionamiento clásico:

- a) **Conducta.** La conducta de un organismo es aquella porción de la interacción del organismo con su ambiente que se caracteriza por los movimientos detectables en el espacio a través del tiempo y que resultan de un cambio medible en al menos algún aspecto del ambiente.
- b) **Respuesta.** Este término se utiliza para referirse a una instancia específica de una conducta particular y son de suma relevancia ya que las respuestas son el centro de atención de la observación y evaluación de los estudios conductuales. La respuesta es la unidad de análisis medible en la ciencia en la conducta.
- c) **Ambiente.** Es el conjunto de circunstancias reales en las que el organismo o las partes del organismo existen. Se denota al universo de eventos que difieren de una instancia a otra. La ciencia de la conducta siempre pretende descubrir las leyes o afirmaciones que describan las relaciones funcionales de la conducta y el ambiente.
- d) **Estímulo.** Es el término general utilizado para describir aspectos específicos del ambiente que puede diferenciarse entre sí. En los estudios de la conducta el término de estímulo se utiliza haciendo referencia a aquellas variables del ambiente que el experimentador controla y manipula de alguna forma para determinar su influencia

sobre la conducta de investigación (Sabines, 2012; Cooper, Heron & Heward, 1987).

Por tanto, el condicionamiento clásico en el campo de las adicciones explica la adquisición, el mantenimiento y la recaída del consumo de sustancias, ya que este tipo de condicionamiento puede ocurrir incluso en comportamientos tan complejos como las reacciones emocionales y a las drogas. Con base en los principios asociativos como lo son la intensidad del Estímulo Incondicionado (EI), la frecuencia del apareamiento, la contigüidad y la contingencia, la Respuesta Condicionada (RC) a la droga aumenta, lo que genera que el deseo o apetito por la droga continúe después de la abstinencia. Las respuestas condicionadas son asociadas con otros estímulos presentes en el momento que la persona consume una sustancia, el resultado es que los estímulos del contexto adquieran propiedades condicionadas (EC) provocando respuestas condicionadas. Por ejemplo, la publicidad de los productos de alcohol y tabaco generalmente tratan de asociar sus productos con imágenes que crean una respuesta emocional positiva. Esto forma una asociación en el cerebro entre el producto y la respuesta emocional evocada por la publicidad. A un individuo con dependencia de sustancias le basta con ver accesorios para drogas (por ejemplo jeringas u objetos para fumar) o exponerse a entornos en los que previamente se utilizaron drogas, puede inducir al consumo de la droga (Sabines, 2012; Cooper, Heron & Heward, 1987; Chance, 1999).

Tomando en cuenta los postulados del condicionamiento clásico se han diseñado algunos tratamientos para atender el consumo de drogas aplicando técnicas conductuales

específicamente. El condicionamiento aversivo o contracondicionamiento y la extinción de la conducta, son ejemplos de dichas técnicas. A continuación se examinará el manejo de estas técnicas con los consumidores de tabaco.

Técnicas aversivas: esta técnica surge en los años setentas y tiene como premisa que si un determinado comportamiento es asociado con un estímulo desagradable, lo atractivo del comportamiento sería reducido y así podría desaparecer. Más aun, se alcanza mayor efectividad cuando el comportamiento que se desea eliminar de alguna forma se relaciona con un estímulo aversivo (Muller, 2006 citado en Sabines, 2012). Es decir, a través de esta técnica se intenta disminuir la ocurrencia futura de la conducta que precede de su aplicación, en otras palabras se apoya en las consecuencias que a los individuos se les puede presentar después de la conducta social indeseable (Cooper, Heron & Heward, 1987).

El primer reporte sobre técnicas aversivas en fumadores fue aplicado en 1965 y se basó en la descripción de un método que consistía en lanzarles humo en la cara a los fumadores mientras fumaban. Eso condujo al desarrollo del método del "tabaquismo rápido" descrito por Lublin y Joslyn en 1968, sin embargo no tuvo un soporte metodológico fuerte (Sabines, 2012).

Otra variante del contracondicionamiento es la llamada sensibilización encubierta y consiste en llevar al usuario a que utilice la imaginación guiada por el terapeuta a que imagine la secuencia de eventos en donde estaba acostumbrado a fumar (que imagine la cadena conductual) y aparear los pensamientos a sensaciones desagradables para que tenga aversión por la sustancia (Rimmele, et al., 1995 citado en Sabines, 2012).

Técnica de extinción de la conducta. Esta técnica consiste en eliminar la conducta que fue adquirida a través de la asociación de estímulos reflejos. La extinción se logra exponiendo en repetidas ocasiones al estímulo condicionado sin aparearlo al estímulo incondicionado hasta que pierda su valor condicionado.

Cuando el fumador logra dejar de fumar puede desencadenar una respuesta condicionada de abstinencia (el deseo de volver a fumar ante la presencia de estímulos antes condicionados). Abrams en 1986, señala que el fenómeno de la reactividad condicionada a esas señales asociadas con la conducta de fumar, se convierte en un importante predictor de la recaída (Sabines, 2012). Por tanto, la identificación de los estímulos o eventos que rodean el consumo de tabaco ayudan a plantear estrategias para evitar o prevenir en lo posible respuesta de abstinencia y en consecuencia el consumo de la sustancia.

CONDICIONAMIENTO OPERANTE O INSTRUMENTAL

EL Condicionamiento operante o instrumental es propuesto y desarrollado por B.F. Skinner, en 1938. Esta teoría explica que la conducta de los individuos es controlada por una carga genética y las contingencias del medio ambiente. La conducta es conducida por los estímulos que la anteceden y es moldeada y controlada por los estímulos reforzantes que hacen que siga presentándose (Chance, 1999; Sabines, 2012; Cooper, Heron & Heward, 1987).

En este condicionamiento se establece la adquisición de asociaciones entre las conductas particulares y sus

consecuencias. Las conductas que se adquieren por este medio cambian de acuerdo a sus consecuencias, se puede tener una consecuencia agradable (reforzador) o una desagradable (castigo); de esta forma la conducta que tiene un reforzador se mantiene y la otra que obtiene un castigo se debilita.

El condicionamiento operante o instrumental difiere del condicionamiento clásico o pavloviano, porque en este último el organismo no tiene control sobre la presentación del estímulo. Por ejemplo, cuando aparece el estímulo condicionado (luz), ocurre la respuesta condicionada (parpadeo del ojo). En contraste, en el condicionamiento instrumental, la conducta del organismo produce el estímulo. Es decir, la conducta ocurre por las consecuencias que produce; es instrumental en la producción de consecuencias (OMS, 2004; Chance, 1999).

Existen tres categorías principales del condicionamiento instrumental: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo y castigo. En el reforzamiento positivo, una conducta produce un estímulo placentero, que refuerza la repetición de la conducta. Por ejemplo, se puede entrenar animales para que opriman una palanca y así obtener alimento. Por consiguiente, la conducta produce el alimento, que es el estímulo. Si el animal desea el alimento, aprende a oprimir la palanca para obtenerlo. En el refuerzo negativo, una conducta elimina o impide un estímulo adverso, lo que a su vez refuerza la conducta o incrementa la posibilidad de que ésta vuelva a ocurrir. En el castigo, la conducta produce un estímulo adverso. En este caso, es mucho menos probable que aquella vuelva a presentarse. El condicionamiento instrumental es importante en el uso y la dependencia de sustancias, puesto que la persona tiene una

respuesta operante cuando elige adquirir y usar sustancias psicoactivas para experimentar sus efectos (OMS, 2004).

Una persona establece una relación positiva al consumo de tabaco, el individuo hace asociaciones y aprende que fumar lo tranquiliza, lo relaja o bien lo despierta y estimula, es decir, obtiene reforzadores positivos de la sustancia, esto es un patrón conductual aprendido que puede ser modificado utilizando técnicas del condicionamiento operante, como el manejo de reforzadores del usuario, de contingencias a través del análisis de la cadena conductual, economía de fichas o bien por incentivos. Diversas son las técnicas que se pueden utilizar durante el tratamiento; sin embargo su eficacia dependerá en gran medida a su adecuada aplicación, así como de focalización de la técnica en el usuario, es decir, es necesario identificar los reforzadores que están presentes y el ambiente en el que se desenvuelve el individuo para diseñar planes de acción o estrategias específicas.

TEORÍA COGNITIVA Y DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Una de las preguntas más recurrentes dentro del campo de las adicciones es ¿por qué la gente consume drogas?, ante esta interrogante las respuestas que proporcionan los usuarios son muy diversas. Si bien la conducta adictiva se puede explicar con las teorías del aprendizaje y procesos neuroquímicos del cerebro, también es necesario incorporar las aportaciones de las teorías cognitivas; ya que los pensamientos, actitudes, creencias y expectativas de los individuos también influyen en la decisión de consumir o no alguna droga.

Teoría Cognitiva

La teoría cognitiva argumenta que la mayoría de los problemas de los individuos son causados por pensamientos erróneos. El término cognición se refiere al conocimiento que poseen los individuos sobre el ambiente y como sus creencias y expectativas controlan su comportamiento. La teoría cognitiva se compone de tres factores bidireccionales los cuales son: 1) las cogniciones o los pensamientos, 2) los afectos o los sentimientos y 3) la conducta (Carrascoza, 2007). Por ejemplo, si una persona tiene pensamientos erróneos sus respuestas emocionales o conductuales resultaran problemáticas, entonces si la persona cambia sus pensamientos en consecuencia también cambiará su forma de sentir y de actuar (Sabines, 2012).

La teoría cognitiva ha sido aplicada en el campo de las adicciones, en los tratamientos se analizan los pensamientos que llevan al individuo a consumir drogas desarrollando patrones conductuales. Los pensamientos se convierten en pensamientos automáticos, rígidos, irracionales y llegan a ser estilos de afrontamiento ante las emociones que sienten las personas y que muchas de las veces conllevan al consumo (Barragán, 2005; Tiburcio, 2009).

Bajo este enfoque, la persona que está siendo atendida en la terapia aprende a identificar los pensamientos erróneos (que lo llevan a conductas disfuncionales), y los modifica con pensamientos racionales y positivos (conducta funcional). La reestructuración cognitiva es una de las técnicas más efectivas de este enfoque, la cual consiste en cambiar los patrones de pensamientos relacionados al consumo y la reestructuración ayuda al usuario a tener conductas más adaptativas; es decir, a través

del cambio o modificación del papel que desempeña la sustancia en la vida del usuario. Se identifican en primera instancia los pensamientos que conllevan al consumo y se cambian por otros realistas, positivos y adaptativos.

Teoría del Aprendizaje Social

La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Albert Bandura en los años sesenta, en contraste con los modelos de enfermedad que sólo consideran la presencia o ausencia de la enfermedad, donde hay una progresión inevitable hacia la adicción. La TAS tuvo como premisa central de que la conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo ésta producto de la interacción de factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos (Echeverría, et al, 2005; Carrazcosa, 2007).

Esta teoría sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, favoreciendo de esta forma, el aprendizaje de determinadas conductas, pero asimismo es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo.

Por lo tanto, la teoría argumenta el comportamiento humano como un aprendizaje y se explica en un modelo de reciprocidad triádica, en el que el comportamiento de la persona, los procesos cognoscitivos y el ambiente actúa de una forma interactiva. La naturaleza de las persona se define en términos de varias capacidades que se van desarrollando y que son utilizadas en su vida diaria (Echeverría, et al, 2005;

Carrascoza, 2007). A continuación se examinarán las capacidades de la teoría del aprendizaje social:

1. Simbolización. Permite el desarrollo de los modelos cognoscitivos internos, de la experiencia que sirve como guía para la toma de decisiones. Permite al individuo generar y probar alternativas (Carrascoza, 2007).

2. Anticipación de la acción y establecimiento de metas. Las representaciones cognoscitivas de los eventos futuros tienen un impacto causal fuerte sobre las acciones. Junto con la simbolización, la anticipación tiene un papel fundamental en la determinación de las elecciones de la conducta en un contexto ambiental específico (Carrascoza, 2007).

3. Aprendizaje vicario. Este se da por la observación de la conducta de otras personas y sus consecuencias. Esta es la raíz de la definición de la teoría, ya que el aprendizaje social permite aprender los patrones de conducta y las normas sociales y culturales que se adquieren mediante la observación de un modelo (Carrascoza, 2007).

4. La autorregulación. Se refiere a la capacidad de regular la conducta a través de un estándar interno y de reacciones auto-evaluativas (Carrascoza, 2007).

5. La capacidad auto-reflexiva. Es la capacidad de reflexionar acerca de los pensamientos e ideas propias y su monitoreo (Carrascoza, 2007).

6. Determinismo recíproco. En el planteamiento de esta tesis los individuos son agentes activos en determinar su destino, es también en el modelo del aprendizaje social sobre uso y abuso de drogas una suposición importante, ya que los modelos médicos asumen al individuo como un enfermo y los modelos biológicos asumen al individuo como un ser pasivo. La TAS supone al individuo con una orientación adaptativa que puede elegir el alcohol, tabaco u otra droga como medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conductas para lograr sus fines (Carrascoza, 2007).

7. Expectativa de auto-eficacia. La TAS enfatiza el mecanismo de autoeficacia, para explicar cómo el pensamiento afecta a la acción y cómo los patrones de conducta son seleccionados por los individuos. Este mecanismo se refiere a la percepción de la propia capacidad para realizar una determinada acción para tratar efectivamente una demanda. La expectativa de autoeficacia supone que el individuo tiene habilidad suficiente para afrontar una situación específica, estas expectativas de eficacia influyen directamente sobre el desarrollo y mantenimiento de consumo de tabaco, y se relacionan con las predicciones acerca de la recuperación y las recaídas. La perspectiva que enfatiza la TAS, es que existe una interacción multideterminada entre factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos, y es esta interacción de factores la que puede favorecer el aprendizaje de determinadas conductas, pero asimismo nos permite el re-aprendizaje de aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo o que son poco adaptativas (Echeverría, et. al, 2005; Carrascoza, 2007; Sabines, 2012).

Tomando en cuenta los postulados centrales de la Teoría del Aprendizaje Social se puede situar al comportamiento adictivo como una conducta inadecuada, que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados del tabaco, la experiencia directa de los efectos como recompensa y castigo y la dependencia física. Sin embargo, estos comportamientos pueden ser modificados mediante la aplicación de los principios de la TAS, llevando a cabo un tratamiento que se centre en modificar las respuestas que da el individuo (usuario) a su medio ambiente enfatizando la responsabilidad que tiene éste en la elección de nuevas conductas adaptativas; de esta forma, el individuo podrá elegir el otro tipo de conductas incompatibles al consumo de tabaco como medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conducta para lograr sus fines personales.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A principios de 1980, el Dr. William R. Miller postuló que, en lugar de atribuir la resistencia y la escasa motivación al paciente, un estilo de entrevista de tipo confrontacional por parte del clínico podría potenciar y reforzar estos problemas. Dicho de otra forma, sugirió que el clínico podría utilizar la escucha empática para minimizar la resistencia y aumentar la motivación hacia el cambio en el paciente. La entrevista motivacional presenta una perspectiva totalmente diferente, donde es más probable que ocurra el progreso si se le da al paciente el espacio suficiente para ventilar sus dificultades, y si la motivación hacia el cambio no se le impone desde fuera, sino que surge de sí mismo, en una atmósfera libre de conflicto (Miller y Rollink, 1999; Torres, 2010).

La entrevista motivacional puede definirse como un encuentro comunicativo centrado en el cliente que, principalmente le ayuda a

explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta insalubre o un conflicto determinado. Su objetivo se encamina a promover cambios hacia estilos de vida más saludables, o bien a generar la activación de procesos de redefinición del síntoma expresado en la demanda y por tanto debe activar el deseo de cambio. La orientación de una sesión de entrevista motivacional está centrada en la persona y se mantiene el objetivo, la dirección y se escoge activamente el mejor momento para intervenir de una manera incisiva, de esta forma combina elementos de enfoques directivos y no directivos (Miller y Rollink, 1999; Flórez-Alarcón y Andrés; 2007 y Torres, 2010).

Fundamentos de la Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional se basa teóricamente en dos grandes áreas: de forma prioritaria en el constructo de la ambivalencia y en el conflicto entre la indulgencia y la restricción, conflicto que surge claramente en las conductas adictivas. Dentro de este enfoque, la motivación se entiende como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio. Es decir, un estado interno influido por varios factores externos (Miller y Rollinck, 1999).

Además, este modelo ofrece evitar específicamente la persuasión basada en la discusión con la persona y en su lugar, asume operativamente la validez de las experiencias y perspectivas subjetivas del individuo. Esto implica escuchar, reconocer y practicar la aceptación de una amplia gama de preocupaciones, opiniones, preferencias, creencias, emociones, estilos y motivaciones del paciente (Miller y Rollink, 1999; Martín, 2002).

James Prochaska y Carlo DiClemente (1982) encontraron que en los pacientes el cambio seguía un modelo en espiral. De este modo, asumían que los individuos pueden recaer en el consumo a lo largo del proceso, sin implicar un retroceso al punto de partida inicial. El modelo transteórico de estos autores complementó a la entrevista motivacional ya que a través de la "rueda del cambio" se intenta comprender cómo y

por qué cambian las personas, ya sea por sí mismas o a partir de la ayuda de un terapeuta.

La "rueda del cambio" surge del modelo de Prochaska-DiClemente y consta de cinco etapas, más una agregada fuera de ésta. Este modelo refleja el proceso de cambio, en el cual una persona avanza en este proceso circular varias veces antes de alcanzar un cambio estable. Cabe señalar que los usuarios pueden moverse de una etapa a otra de un momento a otro, por lo que es importante acentuar el trabajo del consejero para mantener o mover a los usuarios en alguna etapa y ayudar al proceso de cambio. A continuación se examinarán las etapas del modelo Prochaska-DiClemente:

1. Precontemplación. Es el punto de entrada del proceso de cambio (fuera de la rueda) es la etapa de precontemplación. Antes de la primera vez que la persona empieza a girar alrededor de la rueda, ésta aún no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. Una persona que se aproxima a esta etapa y a la que se le indica que tiene un problema se puede sentir más sorprendida que a la defensiva (Miller y Rollinck, 1999).

Es decir, que las personas precontempladoras raramente acuden por sí mismas a un tratamiento. Pueden acudir bajo coacción, aunque en ese caso es más probable que sean unos contempladores defensivos. El uso correcto del término precontemplador implica que alguien sabe que tiene un problema, aunque no es consciente de él.

2. Contemplación. Una vez que aparece una toma de conciencia del problema, la persona entra en un período caracterizado por la ambivalencia; llamada fase de contemplación. La persona contempladora considera y rechaza el cambio a la vez. Cuando se le permite hablar del problema sin interferencias, la persona probablemente discurrirá entre las razones por las que debe preocuparse de su problema y las razones que cree tener para no preocuparse. Ésta es una etapa del cambio normal y característica, aunque en ocasiones sus manifestaciones quizá se atribuyan erróneamente a rasgos patológicos

de personalidad o a ciertos mecanismos de defensa (Miller y Rollinck, 1999).

3. Determinación. De forma simultánea, la persona contempladora experimenta razones de preocupación o de falta de preocupación, motivaciones para cambiar o para seguir sin cambiar. La tarea del orientador en esta etapa consiste en ayudar a que la balanza se incline a favor del cambio. De vez en cuando la balanza se inclina a favor, y durante un período de tiempo los comentarios de la persona reflejan un buen grado de lo que podríamos llamar una motivación (Miller y Rollinck, 1999).

4. Acción. La etapa de acción es la que con más frecuencia las personas consideran como la etapa de inicio de la terapia o de la intervención breve. Aquí la persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio. El objetivo durante esta etapa es el de producir un cambio en el problema que se desea resolver (Miller y Rollinck, 1999).

5. Mantenimiento. La intención de cambiar, sin embargo, no garantiza que el cambio se mantenga a través del tiempo. Obviamente, la experiencia humana está llena de buenas intenciones y de intentos de cambiar, seguida de pequeños "tropezones" o de grandes "recaídas" pasos hacia atrás. Durante la etapa de mantenimiento, el reto consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior, y el de prevenir la recaída (Miller y Rollinck, 1999).

6. Recaída. Esta consiste en empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda antes que permanecer inmóvil en dicha etapa. Los tropezones o las recaídas son normales, son hechos esperables cuando una persona intenta cambiar cualquier patrón de conducta de larga duración. Aquí la tarea del consejero es ayudar a la persona a evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar el cambio inicialmente planteado, renovar la determinación, y poner de nuevo a punto los esfuerzos realizados para alcanzar las etapas de acción y de mantenimiento (Miller y Rollinck, 1999).

Técnicas de entrevista motivacional

La entrevista motivacional tiene como objetivo esencial el cambio, es decir, se centra en aumentar la probabilidad de que una conducta cambie. Para tal efecto Miller y Rollinck (1999), señalan algunas estrategias motivacionales básicas que generan disposición al cambio:

Ofreciendo consejo: Un consejo dado con claridad es un elemento que estimula el cambio. Los elementos que hacen que un consejo sea efectivo son: 1) identificar claramente el problema o el área problemática, 2) explicar por qué el cambio es importante, y 3) recomendar un cambio específico (Miller y Rollinck, 1999).

Eliminando obstáculos: Consiste en identificar y eliminar los obstáculos importantes que existen en los esfuerzos hacia el cambio; el usuario puede estar inhibido o desanimado para hacerlo debido a obstáculos reales y concretos (por ejemplo, costos, transportes, cuidado de los niños, timidez, tiempo de espera, o temas de seguridad) (Miller y Rollinck, 1999).

Ofreciendo alternativas: Se puede aumentar la motivación de los usuarios a partir de un reconocimiento de la libertad de elección con respecto a los objetivos deseados o contemplados (Miller y Rollinck, 1999).

Disminuyendo la deseabilidad: En la etapa de contemplación, el usuario sopesa los beneficios y los costos del cambio en contraposición con las ventajas de continuar como hacía hasta entonces (Miller y Rollinck, 1999).

Practicando la empatía: La empatía no es una habilidad o una tendencia a identificarse con las experiencias de una persona, sino más bien una habilidad concreta que se puede aprender y cuyo objetivo es el de comprender el significado de los demás a través del uso de la escucha reflexiva (Miller y Rollinck, 1999).

Ofreciendo retroalimentación: Es un proceso de retroalimentación, es decir el feedback y se realiza cuando se le ofrece una opinión o evaluación del comportamiento o rendimiento de alguien. Es cualquier comunicación que facilita información a otra persona acerca de nuestra percepción de los mismos y de cómo incide en nosotros su conducta (Miller y Rollinck, 1999).

Aclarando objetivos: Para una persona es importante que pueda ver el objetivo de una manera realista y alcanzable. De otra manera poco o ningún esfuerzo se hará para alcanzar el objetivo, incluso aunque éste se reconozca como importante (Miller y Rollinck, 1999).

Ofreciendo ayuda activa: Estar interesado de forma activa y afirmativa por el proceso de cambio del usuario. Aunque en cierto sentido es verdad que el cambio es algo que decide la persona, también lo es que el consejero puede influir en gran manera sobre cómo tomar esta decisión (Miller y Rollinck, 1999).

La Entrevista Motivación es una herramienta semiestructurada de abordaje psicológico utilizada con diferentes tiempos y, posiblemente, con distintos objetivos dependiendo del usuario y de los escenarios de intervención; además, se ha visto que utilizando las estrategias y principios mejora la adherencia y participación activa en el tratamiento e incluso puede combinarse con otras formas de tratamiento, ya sean cognitivo-conductuales, doce pasos, toma de medicamentos u otros enfoques (Flórez-Alarcón y Andrés, 2007; Martín, 2002; Fuentes, et al., 2005).

En conclusión, la integración de diversos enfoques, principios y fundamentos, anteriormente examinados, abren un abanico de posibilidades que pueden ser utilizadas en el campo profesional de la salud. Desde la explicación de la génesis de la conducta adictiva y del proceso de adquisición hasta las estrategias y técnicas para tratar el comportamiento adictivo; el enfoque cognitivo-conductual resulta eficaz para reducir o eliminar patrones desadaptativos, como lo es el abuso de drogas. Además, no solo se centra en la modificación

conductual, sino que a través de los cambios cognitivos se fomentan estilos de vida saludables y por ende adaptativos y funcionales.

INTERVENCIONES PARA EL CESE DE CONSUMO DE TABACO

El apoyo a la cesación tabáquica es una de las cinco áreas de intervención principales en el combate de la epidemia de tabaquismo, establecidas en El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y en las estrategias MPOWER de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En México, actualmente, existen varios Tratamientos de Cesación Tabáquica (TCT) eficaces, tanto de índole psicológica como farmacológica, como la terapia de reemplazo de nicotina (parches, goma de mascar y los inhaladores de nicotina), y los compuestos no nicotínicos como el bupropión, la nortriptilina y la vareniclina (Serván-Mori, et al., 2012).

El tabaquismo es la única causa de muerte evitable y es considerada actualmente como una epidemia que está afectando negativamente en la vida de millones de personas en todo el mundo. Por ello, es importante contar con los conocimientos teórico y empíricos para poder incidir en la modificación de este hábito que afecta la salud de la población. A continuación se examinarán algunos tratamientos que han demostrado ser eficaces para la reducción y eliminación de la conducta de consumo de tabaco.

Tratamientos Psicológicos

Las intervenciones cognitivo-conductuales de manejo del estado de ánimo y de reducción en el consumo de drogas son procedimientos que han sido empíricamente validados. En general, dentro de estos programas se enseñan estrategias para

identificar y disminuir las cogniciones distorsionadas, entrenando a los sujetos en técnicas como la parada de pensamiento, incrementar pensamientos positivos o técnicas racionales emotivas (ej., el método ABC). También se enseña a los usuarios a incrementar el número de contactos sociales satisfactorios, disminuir los negativos y mejorar las relaciones; además de técnicas de control emocional, habilidades de comunicación, solución de problemas, entre otras (Vázquez, 2005; Barragán y Flores, 2005).

Al respecto, algunos autores plantean que la principal alternativa para enfrentar la epidemia del tabaquismo es la prevención, y que esta debe de ser dirigida invariablemente a los adolescentes, puesto que la inmensa mayoría de los fumadores empieza a serlo en su segunda década de vida (Sansores, Pérez y Ramírez, 2010; Calleja, et al., 2010 y ENA, 2011). Por ejemplo, en Estados Unidos se implementó el programa denominado "Project Towars No tabaco Use" del Subsntance Abuse and Mental Healt Seriveces Administration (2009) citado en Sabines (2012), que tiene como base principios cognitivo-conductuales para la modificación conductual. Este programa se enfocó en adolescentes de secundaria y preparatoria que eran consumidores de tabaco a quienes se les enseñan habilidades sociales como resistencia al consumo de pares y la publicidad; así como la presentación y explicación de datos objetivos de los problemas asociados al consumo de tabaco. Para medir su efectividad, se han realizado 88 evaluaciones posteriores y su implantación se realizó en cuatro años con replicas en otras poblaciones (Serván-Mori, et al., 2012).

En las últimas décadas se han desarrollado programas de prevención del consumo de tabaco cuya aplicación se efectúa en la escuela, la cual constituye el recurso más valioso para la lucha antitabaco, ya que es la única institución a la que los niños y los jóvenes asisten todos los días. Investigadores como Calleja y Cols. (2010), señalan que dentro de estos programas se han utilizado, en términos generales, tres tipos de intervención en las escuelas, cada una basada en diferente orientación teórica: modelo de información (o racional), modelo de habilidades sociales (o afectivo) y modelo de influencia social.

En México, Laniado-Laborin, Molgaard y Elder utilizaron el modelo de influencia social en la ciudad de Tijuana, este modelo consiste en utilizar al grupo de pares para facilitar no fumar tabaco, en lugar de fumar, mostrando cómo resistir a la presión (por ejemplo, evadirla o usar contrapresión) y cómo adoptar y mantener la decisión de no fumar. Este tipo de intervenciones incluyen, además de la identificación de las influencias de la publicidad de las tabacaleras, los pares y la familia, y la enseñanza y práctica de habilidades de rechazo, la corrección de la sobrestimación de la prevalencia de tabaquismo en adolescentes y adultos, y el reconocimiento de situaciones de riesgo. Específicamente en una escuela de enseñanza media superior de Guadalajara, se mostraron las prácticas engañosas de las compañías tabacaleras y se desarrollaron habilidades de control de ansiedad y estrés y de autoestima, entre otros elementos. A pesar de que la efectividad de los programas de prevención pudiera ser limitada en el largo plazo, es indudable que logran retrasar el inicio del consumo, lo cual evita los

daños causados por el tabaco a edades más tempranas y puede facilitar su posterior abandono (Calleja, et al., 2010).

Incluso se han buscado alternativas atractivas para los jóvenes con el propósito de hacer más eficiente el impacto de los programas, por ejemplo, el desarrollado por Calleja y cols. (2010), quienes aplicaron y evaluaron dos diferentes tipos de programas de prevención del tabaquismo (Juegos de computadora y Taller interactivo) y la combinación de ambos (Juegos + taller). Sus resultados mostraron que los dos programas afectaron de manera significativa la susceptibilidad tabáquica de las adolescentes que participaran en ellos. Sin embargo, la combinación de ambos resultó en un efecto potenciado, ya que el descenso fue aún mayor en el grupo Juegos + taller. Concluyen señalando que al parecer, mientras más elementos se utilicen en los programas de prevención, mayor será su impacto, ya sea porque cada uno contempla diferentes estrategias y elementos que se complementan, o bien porque el efecto se refuerza al repetirse la intervención.

Por su parte Lira (2009), implementó un tratamiento cognitivo-conductual de corte motivacional en 10 usuarios con dependencia al tabaco. El programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores, que está constituido por una sesión de admisión, una de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento de una hora cada una. En la primera sesión del tratamiento se lleva a cabo un balance decisional a fin de que el usuario identifique las ventajas y desventajas de seguir consumiendo tabaco y con base en ello tomar una decisión. En la segunda sesión se ubican las situaciones de riesgo del consumo y sus consecuencias principales. Para la tercera sesión se llevan a

cabo planes de acción o estrategias para cada una de las situaciones de riesgo. Y por último, en la cuarta sesión del tratamiento se revisa la efectividad de cada plan de acción y los cambios en el patrón de consumo. Posteriormente, se llevan a cabo los seguimientos a varios meses con la intención de medir la efectividad del programa y los resultados particulares de cada usuario. Cabe señalar que desde el inicio de la aplicación del programa, se pueden observar los efectos específicos en el patrón de consumo y en el incremento en el nivel de autoeficacia para controlar el consumo.

Terapia farmacología

La prevalencia del tabaquismo no es igual en todos los países del continente americano, sin embargo a través del estudio PLATINO (proyecto latinoamericano de investigación en obstrucción pulmonar) se logró documentar en cinco ciudades de Latinoamérica diferentes tratamientos para el cese del consumo de nicotina (San Paulo, Brasil; Ciudad de México, México; Montevideo, Uruguay; Santiago de Chile, Chile; y Caracas, Venezuela). El objetivo principal del estudio fue realizar una revisión sistemática para determinar las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento del tabaquismo. Los autores encontraron 448 revisiones en PubMed con la búsqueda específica de "Replacement nicotine therapy" y solamente 204 se publicaron de 2005 en adelante (Sansores, Pérez y Ramírez, 2010). Específicamente, se hace la recomendación de la Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN) para el tratamiento del tabaquismo por su considerable efectividad.

La TRN que se define como "la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo de un cigarrillo y en una cantidad suficiente como para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente como para crear dependencia" (Nerín y Córdoba, 2004:P.265).

Las Características básicas de este tipo de tratamientos son:

- ✓ La administración se realiza por una vía distinta al consumo de cigarrillos.
- ✓ La cantidad de nicotina administrada tiene que ser suficiente para evitar la aparición del síndrome de abstinencia (Niveles de nicotina en plasma superiores a 5 ng/mL).
- ✓ La cantidad administrada tiene que ser lo suficientemente baja como para no crear dependencia.

Para el uso de este tratamiento se deben de tener las siguientes consideraciones:

- I. Fumadores que están dispuestos a dejar de fumar y que han realizado varios intentos en el último año, pero que no lo han logrado por la presencia de síntomas del síndrome de abstinencia.
- II. Consuman 10 ó más cigarrillos diarios y en los que no existan contraindicaciones médicas (Barrueco, Hernández y Torrecilla, 2009; Valdés-Salgado, Lazcano-Ponce y Hernández-Avila, 2005; SSA, 2012).

La terapia de reemplazo de nicotina puede administrarse en forma de goma de mascar, parches, inhalador oral y aerosol nasal. Estudios señalan que la tasa de abstinencia a 6 y 12

meses, tanto de la goma de mascar como de los parches; además se reporta que el uso del aerosol nasal está asociado con un éxito elevado para dejar de fumar (RM 2.3; IC95%; 1.7-3.0). Cifras similares reporta para el inhalador de nicotina (RM 2.1; IC95%; 1.5-2.9) (Sansores, et al., 2010; Sansores et al., 2002). Las siguientes formas de administración son las que refiere principalmente la literatura como efectivas en el tratamiento del tabaquismo; además de que se encuentran disponibles en la mayoría de los países latinoamericanos, incluido México.

Goma de mascar. Viene en forma de tableta de resina de nicotina que le permite ser masticable y que puede contener de 2 a 4 mg de nicotina. La nicotina se absorbe totalmente por la mucosa oral. En México país hay presentaciones con sabor menta para estimular al fumador a usar el medicamento como chicle con un sabor más agradable que la tableta tradicional. En la mayor parte de los países latinos no está disponible la presentación con sabor menta (Sansores et. al., 2002). El número de tabletas que se recomiendan depende del grado de adicción y ésta se puede determinar utilizando el cuestionario de Fagerstrom. Se recomienda un máximo de 12 tabletas al día y pueden ser menos si la tableta se divide en mitades, incluso cuartos, porque la cantidad total de nicotina que se absorbe depende de la frecuencia y el vigor de cada masticada (Sansores et. al., 2002; Nerín y Córdoba, 2004).

Expertos en el tema recomiendan dividirla y después de extraer nicotina con unas cuantas masticadas, guardar la goma entre los molares y la encía y volver a masticarla cuando se presente el deseo de fumar. Una vez que el fumador ha disminuido en forma paulatina el número de cigarros al día, es recomendable

disminuir también, en forma progresiva, el número de tabletas de nicotina que consume al día (Sansores, et. al., 2010). Dentro de las manifestaciones adversas se encuentran las locales como la inflamación de la mucosa oral, úlceras bucales, dolor de mandíbula, irritación de la garganta, mal sabor de boca; dentro de las gastrointestinales se pueden presentar náuseas, hipo, epigastralgia, flatulencia. En relación al sistema nervioso central: cefalea, mareos, alteraciones del sueño y las cardiovasculares como palpitaciones e hipertensión (Sansores et. al., 2002).

Parches de nicotina. Hay cuando menos dos presentaciones que se diferencian por el tiempo que liberan nicotina y por lo tanto de la cantidad total de nicotina que se libera. La nicotina que se libera en el día depende de la superficie total de cada parche y la cantidad de nicotina contenida en cada parche (5 mg/cm², por ejemplo). Los parches que liberan nicotina durante 24 horas vienen en tres presentaciones diferentes, en cuya superficie total (7, 15 y 22 cm²) depende la cantidad de nicotina que se libera en el día en forma constante y que en total corresponde a 7, 14 y 21 mg en 24 horas. Los parches que se usan durante 16 horas liberan en total 5, 10 y 15 mg, respectivamente. La decisión de recomendar unos u otros depende de preferencias personales o de que los pacientes refieran insomnio con el de 24 horas (Sansores, Pérez y Ramírez, 2010).

Las reacciones adversas de los parches son: en el sistema nervioso central: alteraciones del sueño, insomnio, cefalea, mareos, parestesias, dificultad de concentración; las cardiovasculares: hipertensión, palpitaciones, taquicardia, dolor precordial, infarto de miocardio, angina de pecho,

complicaciones cerebrovasculares e incluso se puede presentar tos, mialgias, artralgias, dismenorrea, sudoración (Sansores, et al., 2002).

Inhalador de nicotina. Esta modalidad se encuentra disponible en México desde el año 2000 (Sansores, et al., 2002). Es muy probable que algunos fumadores lo prefieran debido a que el efecto de utilizarlo en la mano, con los mismos movimientos que se utilizan para tomar el cigarro, puede compensar el deseo de tenerlo. Henningfield y Cols. (2005), señalan que sus principales características son: cada cartucho del inhalador contiene 10mg de nicotina, de los cuales se liberan 4 mg y solo 2mg son absorbidos en la boca y especialmente y no en los pulmones o en los bronquios.

Antidepresivos

Bupropión

El bupropión es un antidepresivo, y aunque existen otros, como la nortriptilina que ha mostrado buenos resultados para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, el único recomendado por la FDA como auxiliar para dejar de fumar es el bupropión. De hecho, fue el primer medicamento no nicotínico que formalmente fue aprobado por la FDA, después que se observó que sus efectos antidepresivos se acompañaban de intentos no programados para dejar de fumar. Desde entonces se han publicado una cantidad importante de evidencias que señalan su eficacia como auxiliar para dejar de fumar (Sansores, et al., 2010).

Su mecanismo de acción consiste fundamentalmente en la inhibición de la recaptura de dopamina y noradrenalina, dando

como resultado el incremento en el bienestar general del paciente. Del bupropión se recomienda 150 mg vía oral dos veces al día. Es recomendable fijar una fecha para dejar de fumar cuando menos dos semanas después de iniciar el tratamiento para permitir que el efecto del medicamento empiece a ser notable. Se sugiere que el tratamiento se prolongue por lo menos nueve semanas, pero en algunos fumadores el tiempo puede ser mayor bajo vigilancia. Debido a que el insomnio es el efecto adverso más frecuente, según se observó en una muestra de más de 11 000 sujetos, se enfatiza que la primera dosis se tome a las 8:00 horas y la segunda a las 16:00 horas, para prevenir insomnio en algunos fumadores sensibles (Sansores, et al., 2010).

Nortriptilina

La Nortriptilina se trata de un antidepresivo que de acuerdo con Henningfield y cols. (2005) y Zwar y cols. (2004), ha demostrado ser efectivo en el tratamiento del cese del consumo de tabaco en usuarios sin antecedentes de depresión. Los efectos secundarios de este medicamento son: aumento en la frecuencia cardiaca, visión borrosa, retención urinaria, sequedad en la boca, estreñimiento, aumento o pérdida de peso.

Varenicline

Varenicline es un agonista parcial de los receptores nicotínicos de acetilcolina. Su mecanismo de acción es único entre los medicamentos actualmente existentes y su eficacia parece ser la mejor. En un estudio sobre costo-beneficio, resultó mejor que el bupropión, la TRN, el consejo médico y dejar de fumar sin ayuda. Los fabricantes de varenicline enviaron como válidos los hallazgos de sus estudios al National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Sin embargo,

se les señaló que la Varenicline al tratarse de un apoyo farmacológico se debe prescribir como parte de un programa de apoyo conductual. Se debe iniciar el tratamiento con tabletas de 0.5 mg a las 8:00 horas los primeros tres días de su tratamiento y 0.5 mg cada 12 horas los siguientes cuatro días de la primera semana. Para la segunda semana se recomienda la ingestión de tabletas de 1 mg para que se tomen cada 12 horas. Este esquema se recomienda completarlo por un total de 12 semanas (Sansores, et al., 2010).

En síntesis, son distintos los tratamientos destinados a ayudar a las personas a disminuir y controlar su ingesta de tabaco. Los tratamientos farmacológicos y psicológicos en conjunción dotan al individuo de recursos cognitivos para una mejor toma de decisiones o bien para el control de las emociones que en la mayoría de los casos los conlleva al consumo; además de incidir en los síntomas físicos derivados de la abstinencia. Sin embargo, ningún tratamiento resultaría efectivo si el usuario no participa activamente en él; se considera importante que dentro de toda intervención de corte motivacional se refuerce y enfatice la responsabilidad del usuario en su propio proceso de cambio.

Adherencia al tratamiento

En años recientes se ha empezado a considerar al paciente agente como un activo de su propio proceso terapéutico, incluso perspectivas motivacionales y conductuales han sugerido el término "usuario" quitando la connotación pasiva de la persona que acudía a solicitar algún tipo de servicio psicológico. Al respecto, Salvador y Ayesta (2009), señalan que son múltiples

los factores que pueden influir en la eficacia de un tratamiento: el trastorno al que nos enfrentemos, las características del paciente, las habilidades del terapeuta, el tipo de intervención que se lleve a cabo, etc. Además de todos estos, existe un factor clave: difícilmente un tratamiento podrá ser eficaz si el paciente no lo sigue o no lo cumple.

DiMatteo y DiNicola, 1982 citado en Salvador y Ayesta (2009) señalan que para que un tratamiento resulte efectivo es necesaria la participación activa del paciente, a lo cual refieren que debe de presentarse la *adherencia (adherence)* al tratamiento, es decir, una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado. Esto es especialmente importante en trastornos que implican una modificación en los hábitos de la vida cotidiana: alimentarse saludablemente, seguir un plan de ejercicio físico o dejar de fumar.

Mantener la adherencia de los fumadores a los tratamientos de cesación requiere un manejo terapéutico especial, ya que en el proceso de dejar de fumar la motivación puede fluctuar (Miller y Rollinck, 1999), las situaciones de riesgo pueden no ser adecuadamente valoradas y los consumos puntuales pueden dar lugar a recaídas. La falta de adherencia a los tratamientos tiene repercusiones clínicas como la incidencia en la salud y económicas como la pérdida de tiempo del paciente, terapeutas y entidad que asuma los gastos. Se estima que un 40% de pacientes no se adhieren a las prescripciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas la falta de adherencia se reduce a un 20%, pero en los trastornos crónicos alcanza el 45%; si además

el tratamiento conlleva cambio de hábitos o estilo de vida, como es el caso del tabaquismo, la falta de adherencia sobrepasa estos porcentajes (Salvador y Ayesta 2009).

En el abordaje del consumo de tabaco, en función del tipo de tratamiento que se lleve a cabo, la falta de adherencia puede adoptar diferentes manifestaciones, como por ejemplo, tras interesarse en una terapia para dejar de fumar, muchas personas posponen la decisión cuando se les llama para comenzar; o empiezan y la abandonan tras las primeras sesiones. Cuando se someten a un tratamiento psicológico, a veces no se implican en las tareas: muchos terapeutas se quejan de que sus pacientes fumadores no traen los auto-registros o no ensayan las técnicas de relajación que se les enseñan; si se les recomiendan unas pautas de control de la ingesta de alimentos o de ejercicio físico, muchos no siguen las indicaciones por ser un sobreesfuerzo que no están dispuestos a soportar,

En Adición, en el tratamiento farmacológico, los fumadores pueden cometer con frecuencia errores en la toma de medicación: olvidar ponerse un parche de nicotina por la mañana al levantarse, usar los chicles de nicotina masticando rápidamente buscando el alivio inmediato de la urgencia de fumar, dejar de tomar los comprimidos de bupropion o vareniclina por encontrarse mejor, etc. (Salvador y Ayesta 2009).

El mejor indicador de que alguien está en disposición de aprovechar los beneficios de la terapia es que se implique activamente en ella, no como un mero "cumplidor de instrucciones", sino participando en el diseño de su plan de tratamiento. Por tanto, en vez de intentar transmitir una serie

de recomendaciones prácticas y esperar que sean cumplidas, es más útil analizar conjuntamente con el paciente las medidas que pueden ser más convenientes y favorecer que él mismo haga propuestas de cambio a lo largo de todo el proceso de cesación, propuestas con las que pueda comprometerse. En conclusión, cualquier tratamiento ya sea médico o psicológico requiere del esfuerzo conjunto de ambos actores; es decir, la orientación y trabajo motivacional por parte del profesional de salud aunado con el trabajo activo y colaborativo del usuario darán como resultado un porcentaje más alto de eficacia, además de cambios permanentes y duraderos.

CAPITULO III. REPORTE DE CASO CLÍNICO

El objetivo del presente capítulo consiste en describir el procedimiento de la aplicación del programa de intervención breve motivacional para fumadores, realizado a una usuaria fumadora de tabaco.

MÉTODO

1. Objetivo general

Aplicar y evaluar el programa de intervención breve motivacional para fumadores, en una fumadora de tabaco.

2. Objetivos específicos

- a) Disminuir y estabilizar el patrón de consumo de tabaco
- b) Disminuir el grado de dependencia a la nicotina
- c) Reducir las consecuencias negativas por su forma de fumar

3. Variable dependiente

Consumo de tabaco en forma constante, es decir, al día fuma en promedio 10 cigarrillos y en algunas ocasiones aumenta el número. Presenta algunos síntomas de dependencia: al despertarse en las mañana a los cinco minutos enciende su primer cigarrillo y fuma a pesar de estar enferma, por ejemplo, cuando ha tenido gripa, infección en la garganta. Además refiere dificultades físicas (dolor de garganta, ansiedad, gastritis, tos), emocionales (tristeza, irritabilidad).

4. Variable independiente

Programa de intervención breve motivacional para fumadores (PIBMF). El programa se apoya de una serie de tareas relacionadas con el proceso de cambio, se ofrece en una modalidad de consulta externa y es fácil de adaptarlo a una variedad de modalidades de aplicación, incluyendo la grupal, la individual y la biblioterapia; además, que está diseñado para fumadores que no tienen una dependencia severa, que no tienen diagnóstico de trastornos psiquiátricos (depresión severa, ansiedad generalizada) embarazo, hipertensión y/o cáncer.

5. Participante

Una mujer de 52 años de edad, casada. Se dedica al hogar, tiene dos hijos mayores de 18 años (ambos viven en Querétaro: la hija vive con su esposo y su otro hijo es soltero y trabaja en San Luis Potosí. Por lo que la usuaria vive con su esposo y una sobrina que realiza sus estudios de preparatoria en el Distrito Federal. A partir de este momento se referirá al usuario como M.E. respetando en todo momento su confidencialidad y anonimato.

Criterios de inclusión: Mujer mayor de 18 años (en el momento de la intervención M.E tenía 52 años), que refirió estar de acuerdo en asistir al Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez y por lo tanto participar en el programa. Cabe señalar que a pesar de que la puntuación en el Test de Fargestrom fue de 10 puntos (nivel de dependencia severa) se considera que la persona retomó el consumo cinco meses antes de asistir a tratamiento, después de dos años y medio de abstinencia.

Criterios de exclusión: Presentar alguna enfermedad física de riesgo (hipertensión, mostrar en el último mes dolor de pecho, tener úlceras, diabetes, algún tipo de cáncer) y personas que estuvieran tomando algún medicamento por tener un diagnóstico psiquiátrico de depresión mayor, ansiedad severa u otro trastorno psiquiátrico. Al examinar la entrevista inicial la usuaria no presentó ningún criterio de exclusión.

Escenario: Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CEPREA) de la Facultad de Psicología, UNAM.

6. Instrumentos y herramientas de evaluación

Entrevista inicial: El objetivo de la entrevista inicial es obtener datos sociodemográficos, historia familiar y social, historia laboral y lugar de residencia, historia de consumo de alcohol y tabaco, tratamientos y consecuencias relacionadas al consumo de drogas.

Cuestionario de Fagerström para la Dependencia a la Nicotina (CFDN): El objetivo es identificar si la persona que fuma presenta una dependencia a la nicotina por medio de indicadores relacionados con frecuencia de consumo (número de cigarrillos por día), periodicidad y cantidad de droga utilizada en las primeras horas después de despertarse, el primer cigarrillo de la mañana y control del consumo. Además de intentos de dejar de fumar y disposición al cambio. Este instrumento fue validado y demostró una alta confiabilidad, con coeficientes de correlación de 0.92 test-retest y 0.99 para la confiabilidad interna. La evaluación de la consistencia interna dio un Alfa de Cronbach de 0.83 (Fagerstrom, et al., 1996).

Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA): el objetivo es obtener el nivel de dependencia al alcohol, tomando en cuenta los síntomas del síndrome de abstinencia, el control percibido sobre el control en la ingesta de alcohol y consecuencias asociadas al consumo. Esta prueba consta de 15 reactivos que tienen una escala que va desde: nunca (0), algunas veces (1), frecuentemente (2), casi siempre (3). Se obtiene un puntaje que puede ir de 0 a 45 puntos en los que se interpreta: (0-10 dependencia baja); (11-20 dependencia media); (21 a más dependencia severa). Cuanta con una confiabilidad test-retest de 0.87 (McMurrán & Hollin, 1989) y ha demostrado que mide todos los aspectos del síndrome de dependencia al alcohol.

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA). El objetivo de este inventario es identificar situaciones de riesgo de consumo de alcohol. Mide situaciones específicas de consumo de alcohol, consta de 100 reactivos, los cuales se agrupan en dos categorías: La primera se refiere a estados personales o intrapersonales: emociones desagradables y placenteras, probando auto-control, necesidad física o urgencia de consumir y malestar o incomodidad física. La segunda se refiere a situaciones que involucra a otras personas: Conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros. Una vez que el usuario completa el cuestionario se puede un perfil de situaciones que representan un mayor riesgo de consumo. (Annis y Kelly, 1984 citado en Echeverría, 2005). Además de contar con validez externa (Barragán, 2005) ya que demostró ser útil para identificar situaciones de consumo en personas con ingesta excesiva.

Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS): A través de este instrumento se mide la auto-eficacia, la cual consiste en la seguridad que el paciente tiene para afrontar las situaciones de riesgo en el consumo de alcohol. Consta de 8 reactivos que se responden mediante el porcentaje de seguridad para resistir consumir en situaciones de alto riesgo, su escala va de 0% a 100% (Annis y Kelly, 1984 citado en Echeverría, 2005).

Línea Base Retrospectiva (LIBARE). Instrumento Desarrollado por Sobell y Sobell en 1979, citado en Echeverría (2005), que tiene propósito identificar el patrón de consumo durante los 365 días (para el PIBMF el periodo es de 60 días); por lo que mide la cantidad y frecuencia de consumo diario de alcohol en un periodo retroactivo de hasta 365 días anteriores a la entrevista. Los resultados indican el número total de tabacos consumidos y el promedio consumido en un día.

Folleto No. 1 "Tomando la decisión de dejar de fumar": Contiene información sobre las consecuencias en la salud por fumar y ejercicios para motivar a la gente a dejar de fumar.

Folleto No. 2 "Identificando mis situaciones relacionadas con fumar": Está constituido por ejemplos y ejercicios para realizar un análisis funcional del consumo de cigarros de las situaciones en las que consume cigarros con mayor frecuencia, señalando las consecuencias a corto y a largo plazo de consumir en esas situaciones.

Folleto No. 3 "Planes de acción para dejar de fumar": El objetivo es que el usuario plantee opciones y desarrolle planes

de acción para las situaciones de consumo donde se realizó el análisis funcional.

Menú de Reestructuración Cognitiva de la Tristeza: el objetivo es que el usuario aprenda a cambiar los pensamientos negativos que lo precipitan al consumo, por pensamientos positivos que lo ayuden a mantenerse en abstinencia. Es decir, pensamientos asociados con estados de ánimo de tristeza (o negativos) por pensamientos que lo motiven a una vida saludable.

Hoja de registro de consumo de cigarros: El objetivo es que el usuario registre su consumo diario de cigarros, señalando situaciones de consumo y hora de consumo durante y después de la aplicación del programa.

7. Procedimiento

Se aplicó el Programa de intervención breve motivacional para fumadores (Lira, 2009). En las siguientes páginas se describe el procedimiento sesión por sesión.

SESIÓN DE ADMISIÓN

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- La admisión es el primer contacto del usuario con el terapeuta. Es el momento de crear una alianza terapéutica y motivarlo para continuar con su proceso de cambio (Lira, 2009 y Miller y Rollnick, 1999).
- Conocer el patrón de consumo de alcohol y tabaco del usuario.

- Si el usuario cumple con el criterio de dependencia baja o media en el consumo de tabaco, invitarlo al programa de fumadores.

ACTIVIDADES

1. Se estableció rapport con la usuaria y se explicó con detenimiento y claridad el objetivo de la sesión.
2. Se realizará una entrevista con preguntas sobre:

- ✓ El motivo de consulta.
- ✓ La historia de consumo.
- ✓ Consecuencias del consumo del cigarro y alcohol.
- ✓ Intentos anteriores por abandonar el consumo (qué tratamiento(s) empleo, cuánto tiempo duró la abstinencia y por qué volvió a consumir).
- ✓ Identificación de situaciones, lugares, estados de humor relacionados con el consumo de cigarrillos y alcohol.
- ✓ Razones por las que está interesado en el programa.
- ✓ Por qué decidió dejar de fumar en este momento.

Además se aplica un instrumento de tamizaje, en este caso la breve escala de dependencia al alcohol. Ayala y Cols. (1998), en González (2007), señalan la importancia de que en el primer acercamiento el usuario exponga su motivo de consulta, hable sobre su patrón de consumo, así como aquellos intentos para dejar de fumar con logros y fracasos. Es necesario enfatizar énfasis en que el proceso terapéutico requiere una atmósfera de respeto mutuo, empatía, confianza y confidencialidad; tomando esto en consideración, se debe involucrar al usuario en la planeación de su tratamiento, es decir, no debe de asumir el rol

de paciente sino de un agente proactivo en la toma de decisiones y proceso de cambio, alentándolo a asumir su propia responsabilidad durante todo el programa, teniendo como meta aumentar la conciencia sobre su problema con el consumo de tabaco, para que desarrolle habilidades y afronte su problemática. Durante este primer contacto el terapeuta identifica la etapa de cambio del usuario para trabajar con él durante el tratamiento y lograr modificar su patrón de consumo (Miller y Rollinck, 1999 y Carrascoza, 2007).

DESARROLLO DE LA SESIÓN

MOTIVO DE CONSULTA

La usuaria M.E. acudió al Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, para que se le ayudara a dejar de ingerir bebidas alcohólicas, ya que en los últimos meses había excedido el consumo. Durante la sesión ella expresa que cuando toma: "termino peleando con mi esposo, mis hijos o familiares, además de que ya no recuerdo lo que hice o lo que paso... no quiero volverme una persona que no puede controlar su consumo y que cada vez tenga que tomar más y más días".¹

¹ En Enero de 2011 la señora M.E. asiste al Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez solicitando atención debido al consumo de alcohol, refiriendo que "tomaba en "exceso". Sin embargo, en la siguiente sesión señalo que era una persona capaz de controlar su consumo de alcohol pero que le era imposible dejar de fumar. Es por ello, que desde la segunda sesión se realizó la intervención con el PIBFM.

Historia y patrón de consumo de alcohol

Durante este primer contacto con la usuaria, se muestra dispuesta y contesta a las preguntas sin mayor problema. Incluso relata y describe el contexto donde ocurre su consumo, "en su casa hay una cantina y los fines de semana tomo con mi esposo, amigos o en el estadio, mi esposo solo toma una o dos... y yo no excedo las doce copas".

Se reporta que tiene aproximadamente dos años que empezó a beber con mayor frecuencia, pero que antes de eso solo consumía rara vez. En lo que respecta al tabaco lo ha consumido durante 29 años.

La señora M.E. refiere que en los últimos tres meses el consumo de alcohol era en exceso. Normalmente la usuaria consumía acompañada por su esposo, amigos o familiares y solo consume un promedio de 8 tragos estándar², un día del fin de semana; ya sea en su domicilio, en casa de amigos o en el estadio de Ciudad Universitaria: "Cuando voy al estadio a ver a mis Pumas me tengo que tomar una cerveza, hace mucho calor y se me antoja muchísimo". Además, señala que tanto familiares y amigos la presionan a consumir, ya que todos toman en su familia.

La principal preocupación que la usuaria reporta es haber tenido experiencias negativas, discusiones con familiares y

² La OMS señala que para el caso de mujeres un consumo excesivo es cuando se consumen seis tragos estándar o más por ocasión de consumo, en este caso en específico, se trata de un consumo dañino.

amigos, pero ninguna que pueda considerarse seria; además de no llegar al punto de no poder controlar su consumo. En contraste, con el tabaco inicio su consumo a los 23 años aproximadamente, y consume actualmente de 10 a 15 cigarrillos al día. Si un día siente demasiado estrés o ansiedad por discusiones con su esposo o algún problema familiar llega a consumir los 15 cigarrillos; además reporta que anteriormente fumaba una cajetilla entera pero que ha ido disminuyendo su consumo.

La usuaria reporta haber tenido su primero intento de dejar de consumir alcohol, una semana previa a la sesión de admisión: "quería saber que pasa sino me emborracho"; y agregó que sus principales razones para dejar de tomar eran para: "ya no tener más olvidos y que no me consideren una borracha mis hijos". En relación al tabaquismo, refiere que tenía cinco meses de haber vuelto a consumir después de un periodo de dos años y medio en abstinencia; comenta que retomó el consumo debido a problemas de salud de su hijo (varón de aproximadamente 30 años se le diagnostica osteítis deformante, es decir, deformación en los huesos) y discusiones con su esposo debido a éste mantenía relaciones con otra mujer. Además, comentó que en esa última ocasión utilizó chicles y parches de nicotina sin prescripción médica (Niquitin) y que no es la primera vez que intenta dejar de fumar, el año pasado también lo había intentado pero no funcionó. La usuaria comenta: "puedo dejar de tomar sin problemas, pero si me quitas mis cigarros es como si me quitaras mi oxígeno"; incluso al preguntarle sobre qué tan segura se siente en lograr no consumir alcohol en una escala del 0 al 10, M.E. respondió: nueve (9), lo que indica un alto grado de autoeficacia para mantenerse sin consumir alcohol; todo lo contrario en el caso de consumo de tabaco.

No se reportó durante la Entrevista Inicial ningún estado de ánimo que sugiriera atención psiquiátrica, es decir, la usuaria señala no sentirse triste con frecuencia, no haber tenido ideas, ni intentos suicidas alguna vez en su vida y que la ansiedad que siente es debida al consumo de tabaco. También no se reporta atención por algún problema de salud actual y no estaba tomando medicamento alguno. Sin embargo, en relación a las consecuencias derivadas o asociadas al con el uso de alcohol y tabaco, se reportó: gastritis, tos, problemas de concentración y ansiedad, y consecuencias adversas asociadas al consumo, como problemas familiares y estados emocionales desagradables.

El siguiente paso realizado durante la sesión fue aplicar la Escala Breve de Dependencia al Alcohol que se califica y retroalimenta de manera inmediata. El usuario obtuvo una puntuación de 13 puntos en BEDA (dependencia baja). Cumplió satisfactoriamente con los criterios de inclusión: El usuario sabe leer y escribir, su edad está de acuerdo entre los 18 a 65 años de edad, cuenta con domicilio permanente, consume en promedio 8 copas por ocasión, no presenta algún trastorno psiquiátrico o comorbilidad psiquiátrica, no utiliza heroína, no está bajo otro tipo de intervención de salud mental relacionado con su consumo de alcohol, no acude a tratamiento porque la ley se lo exige y tiene disposición para acudir al mismo. Al tener el cálculo del puntaje del BEDA se le comunicó inmediatamente a M.E., explicando además, las fases del proceso adictivo -uso, abuso y dependencia-; así como sus implicaciones a nivel físico y psicológico.

Posteriormente, se le mencionaron los lineamientos básicos del programa (contrato terapéutico), como por ejemplo: acudir a

sus citas con puntualidad, informar inasistencias, duración y programación de las sesiones, la función de la aplicación de instrumentos, empleo de folletos y auto-registro; así como, el compromiso que tiene consigo misma para que el proceso de cambio se pueda llevar a cabo. Este modelo de tratamiento al tener bases motivacionales considera al usuario parte fundamental en su proceso de cambio, es decir, la proactividad y autoeficacia son indispensables para tomar decisiones importantes y llevarlas a cabo. Al respecto, se le reforzó el que la usuaria asistiera a tratamiento dentro del Programa de Bebedores Problema y se enfatizó los beneficios a corto y a largo plazo de disminuir y eliminar la ingesta abusiva de alcohol y tabaco. Cabe señalar que a pesar de que un usuario entre a un determinado programa también se le debe de proporcionar información sobre las consecuencias y daños ocasionados por otras drogas; en este caso explicar las consecuencias asociadas al alcohol y al tabaco de manera conjunta.

En la entrevista de motivación, y específicamente, acorde a la propuesta de DiClemente y Prochaska es necesario que se identifique en qué etapa se encuentra el usuario y diseñar una adecuada estrategia de tratamiento, y en consecuencia, moverlo a la etapa siguiente. En este caso la usuaria se encontró en la etapa de determinación. Al respecto, M.E. señaló que ya no deseaba tener más problemas familiares, olvidos y no quería ser vista como "una borracha" ante la opinión de sus hijos.

Se reiteró la importancia de iniciar y continuar en un proceso de cambio; además, de considerar no solo el consumo de

alcohol sino de tabaco también. Por último, se hizo una reseña de la sesión y se le agenda la próxima cita.

SESIÓN MOTIVACIONAL

OBJETIVO DE LA SESIÓN

Motivar a la usuaria a continuar con un programa de reducción y/o eliminación del consumo de alcohol y tabaco.

ACTIVIDADES

Al iniciar la sesión se da la bienvenida y se establece rapport correspondiente. A continuación, se indica el objetivo de la sesión de Evaluación.

Posteriormente, se aplicaron algunas estrategias de la entrevista motivacional para que la usuaria continuara con el programa. Al identificar que la usuaria se encontraba de nueva cuenta en precontemplación, se ofreció consejo -se mencionó la importancia del cambio en su salud- y se disminuyó la deseabilidad del consumo para ubicarla de nueva cuenta en ambivalencia y posteriormente en determinación-acción para que pudiera seguir con el programa.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

En esta sesión la usuaria comenta que "únicamente venía a dar las gracias por el servicio y que ya no estaba interesada ya que tenía problemas de salud su hijo". Se observó que M.E. se encontraba entre la Contemplación/Determinación.

Tomando en cuenta las dos etapas de la rueda del cambio, se procedió a utilizar las siguientes estrategias de la entrevista motivacional: 1) ofrecer un consejo, 2) disminuyendo la deseabilidad y 3) ofreciendo ayuda activa. El objetivo fue el de ayudar a que la balanza se incline a favor del cambio. Se evocaron las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar como por ejemplo, se mencionó los daños ocasionados en su garganta como la irritación por la mañana, la ansiedad por no fumar y por ende el despertarse antes de lo habitual con ganas de fumar. En contraste, se acentuó el cese del síndrome de abstinencia y mejores en las vías respiratoria así como la tranquilidad de no depender de una sustancia nociva para el organismo.

En adición se ayudó a la usuaria a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio, en este caso la continuación del PIBMF; además de aumentar la auto-eficacia para el cambio de la conducta actual y reforzar la decisión del cambio -si pudo mantenerse sin consumo de tabaco por más de dos años, podrá hacerlo en esta ocasión pues existe un antecedente concreto de ese logro-. Se debe de tener presente como promotores de la salud, que la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra; por tanto. Dicho estado se puede influido por múltiples factores que inhiben o precipitan el consumo.

En esta sesión un factor que ayudó a la inclinación de la balanza por el cambio fue el hecho de que M.E. ya estaba consumiendo más de 15 cigarrillos al día, por lo que se destacó el aumento en el consumo; aspecto que preocupaba a la usuaria.

Al finalizar la sesión comento que su interés se centraba en dejar el cigarro, "ya no pienso tomar, lo que no me gusta es que estoy fumando mucho". Y agrego que el antojo de una cerveza lo puede controlar sin problemas, pero el cigarro no, tiene que fumar para calmar su ansiedad. Fue así como se acordó el curso de acción con M.E. Se le programó la próxima sesión y se le despidió hasta la recepción.

Es importante señalar que el programa al ser de carácter motivacional, por lo que tiene la característica de ajustarse a la necesidades y motivaciones de las personas, esto es con el propósito de interesarlos en los programas y que adopten una actitud proactiva y comprometida; ya que es una conducta que ellos mismos han elegido cambiar. El papel del terapeuta es fortalecer u orientar en la decisión para facilitar el cambio.

SESIÓN DE EVALUACIÓN

OBJETIVO DE LA SESIÓN

Recabar información sobre el consumo, situaciones de riesgo y auto eficacia del usuario.

ACTIVIDADES

Se inicia la sesión estableciendo rapport y explicándole al usuario el propósito de la sesión. Posteriormente se aplican los siguientes instrumentos:

- ✓ Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).
- ✓ Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS).
- ✓ Línea Base Retrospectiva (LIBARE).

Se le entrega al usuario:

- ✓ Hoja de registro de consumo de cigarros.
- ✓ Folleto no. 1. "Primer paso. tomando la decisión de dejar de fumar".

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Se recibió a la usuaria a la hora acordada. Se le explicó el objetivo de la sesión, mencionado anteriormente. Cabe señalar que se reforzó que asistiera a su tercera sesión.

Se indagó sobre el consumo de la semana, el cual M.E comentó que no tuvo consumo de alcohol, pero sí de tabaco; a lo que se enfatizó la importancia de continuar sin consumo y de no restar importancia ya que ante algún precipitador (emoción agradable o desagradable que conlleve al consumo) podría darse el consumo y en consecuencia posiblemente el abuso. Posteriormente se procedió a la aplicación de los instrumentos en el siguiente orden:

1. Línea Base Retrospectiva (LIBARE).
2. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).
3. Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS).

Se reiteró la importancia de la evaluación, ya que es una herramienta que proporciona un parámetro o punto de partida, que a lo largo del programa y al finalizarlo debe de evidenciar cambios cuantitativos, al mismo tiempo que sirven de motivador al tener avances significativos; evitando así, en la medida de

lo posible la subjetividad del terapeuta o del usuario a favor o en contra del programa de intervención.

En esta sesión se trató en todo momento de dar indicaciones claras y sencillas para que M.E pudiera responder a los instrumentos sin inconvenientes, incluso se evitó en la medida lo posible el uso de tecnicismos. Así mismo, se enfatizó el carácter confidencial y que las respuestas no eran correctas o incorrectas, si no que nos daría un diagnóstico (radiografía o fotografía) de la situación actual en relación al consumo de tabaco. Cabe señalar que la usuaria asintió, tomó el lápiz y se dedicó a responder los instrumentos.

Al término de la aplicación de los instrumentos se proporcionó a M.E. el Auto-registro y el Folleto 1. "Primer paso. Tomando la decisión de dejar de fumar". Se explicó el llenado de ambos materiales y se enfatizó el hecho de que se utilizarían en la siguiente sesión por lo que era indispensable llevarlos en la próxima sesión.

Al término de la sesión se indicó que se daría los resultados la siguiente semana, por lo que se procedió a programar a la usuaria y a despedirla; no sin antes señalar cordialmente que se le esperaba en la cita siguiente.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS APLICADAS

La usuaria obtuvo los siguientes puntajes Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA). En la figura 1 se observa las situaciones de riesgo ante el consumo de alcohol; cabe señalar que las de mayor relevancia fueron: Emociones Desagradables, Conflicto

con otros y Presión Social (33.3%) y la situación de mayor riesgo fue la de Momentos agradables con otros (36.6%).

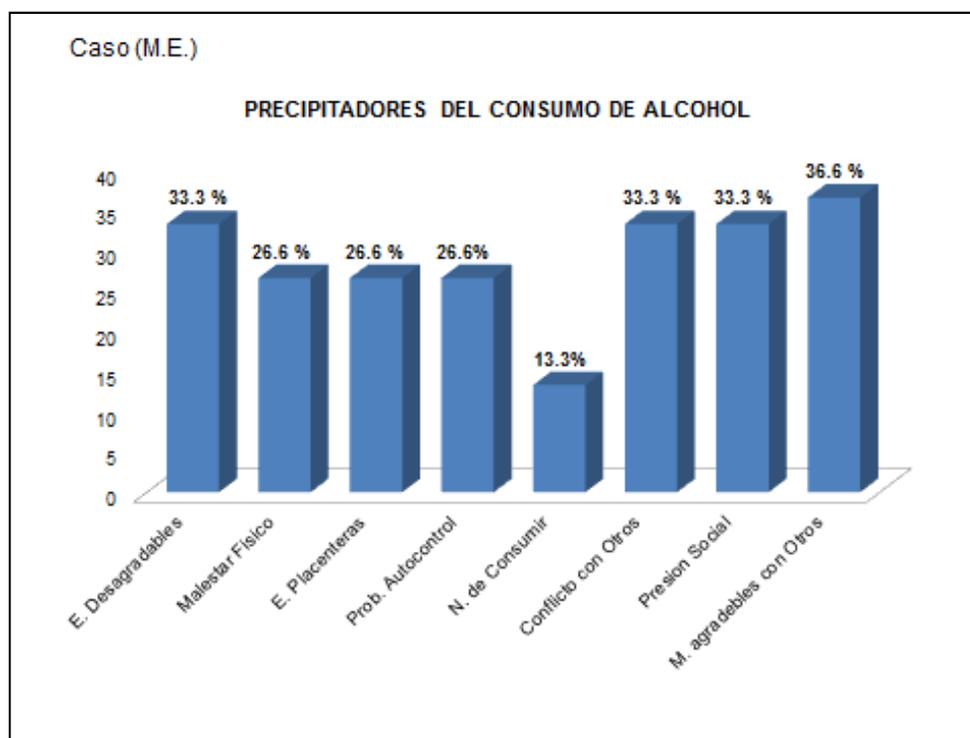


Figura 1. Situaciones de riesgo ante el consumo de alcohol de M.E

En lo que respecta al Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS), la figura 2 muestra los resultados obtenidos por M.E. Las situaciones de Riesgo son: Probando mi Auto-control sobre el consumo de alcohol o drogas y Conflicto con otros (20%) y la que representa el mayor riesgo de consumo fue Emociones Agradables (10%). Es decir, son situaciones en las que la usuaria se siente insegura para resistir la necesidad de consumir. En contraste, con las malestar físico (99%) y presión social (90%) donde se siente más segura de no consumir.

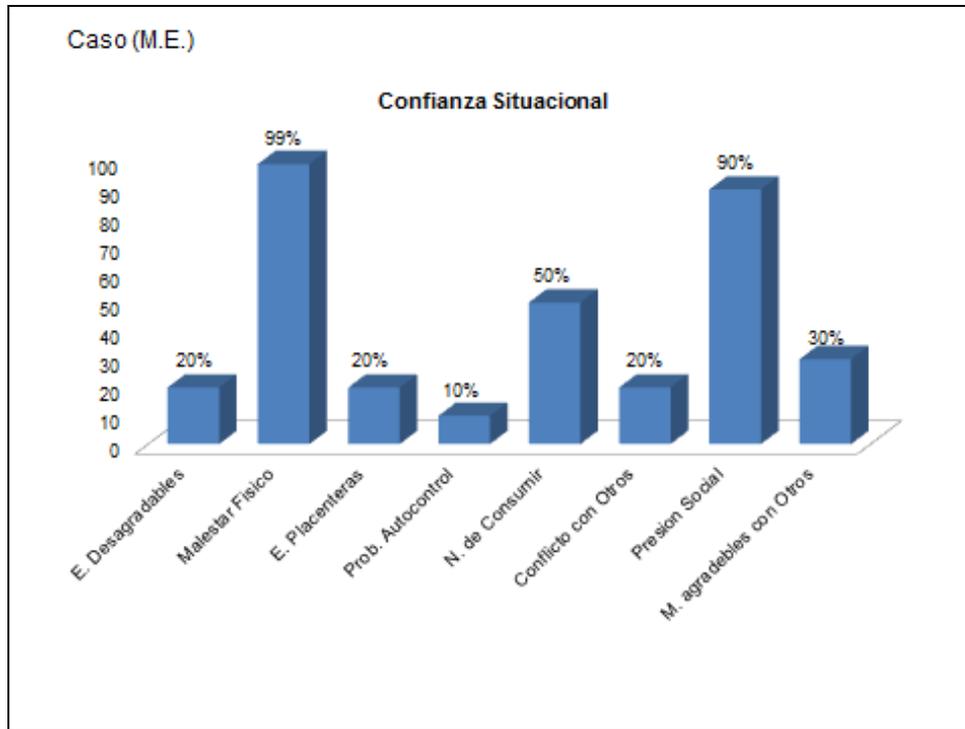


Figura 2. Confianza para rehusarse al consumo de alcohol de M.E. en diferentes situaciones.

Para el caso de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE), se tomó en consideración en los últimos cinco meses, ya que M.E. reporta que es el periodo de tiempo en el cual ha retomado el consumo de tabaco. Los resultados obtenidos se muestran en la figura 3.

Patrón de consumo de tabaco

Promedio	Resultado
Cantidad de consumo por 10 cigarrillos ocasión	
Consumo por semana	70 cigarrillos
Total de consumo	1500 cigarrillos
Días de consumo	150 días
Gasto mensual	\$ 600 pesos (15 cajas al mes)

Figura 3. La tabla muestra el patrón de consumo de tabaco en los últimos cinco meses de M.E. Es decir, el periodo que comprende del 26 de agosto de 2010 al 26 de enero 2011.

SESIÓN 1. TOMANDO LA DECISIÓN DE DEJAR DE FUMAR

OBJETIVO DE LA SESIÓN

El usuario realizará un balance decisonal sobre las ventajas y desventajas de continuar fumando o dejar de fumar a partir de los resultados de la evaluación y señalará si quiere llegar a la abstinencia a partir de la reducción o abstinencia.

ACTIVIDADES

- ✓ Revisar y analizar con el usuario la hoja de registro de consumo de cigarros y la hoja de registro de síntomas de abstinencia.
- ✓ Revisar y analizar el folleto No. 1

- ✓ Entregar el formato de entrega de resultados de los instrumentos explicando al usuario el resultado de cada uno de los instrumentos en el siguiente orden:
- ✓ Test de Fagerström de dependencia de la nicotina
- ✓ Línea Base Retrospectiva (LIBARE)
- ✓ Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS)
- ✓ Analizar los resultados con el usuario.
- ✓ Aplicar hoja de Balance Decisional; revisar y analizar lo que el usuario escriba.
- ✓ Discutir establecimiento de la meta para la siguiente sesión, para ello se plantea la posibilidad de elegir dos opciones:
 1. Reducción gradual de la nicotina.
 2. Abstinencia total de nicotina.

Al final Se le entrega al usuario:

- ✓ hoja de registro de consumo de cigarros.
- ✓ hoja de registro de síntomas de abstinencia
- ✓ folleto n° 2.

Se cierra la sesión explicando al usuario que la siguiente sesión debe traer la hoja de registro y el folleto con los ejercicios que se señalan porque con base en lo que él escriba se trabajará en la siguiente sesión.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Se inició la sesión con la bienvenida correspondiente y de manera inmediata se pasó a la revisión del auto-registro de la usuaria. En esta ocasión M.E. no traía consigo el auto-registro

llenado, sin embargo se le preguntó sobre su consumo tanto de alcohol como de tabaco. En lo que respecta al consumo de alcohol la usuaria comentó que no había consumido nada los días anteriores y que si había fumado la misma cantidad (reporto de forma oral que en promedio 10 cigarrillos al día). Además la usuaria agregó que ha fumado mucho debido a que su hijo, que reside en Querétaro, se encuentra enfermo y que su estado de salud es grave: "Se le están pegando las articulaciones". Situación que la tiene preocupada e incluso ha afectado sus hábitos de sueño porque se ha levantado a fumar a las 4 am. En resumen, su consumo se mantuvo estable, es decir, el patrón de consumo continúa sin modificaciones.

A pesar de que la usuaria asiste a tratamiento para reducir su consumo, este no ha disminuido, por lo que se considera que se ubica entre la etapa de ambivalencia-determinación. Ante este panorama se procedió a examinar los resultados de las evaluaciones de los test aplicados: Test de Fagerström de dependencia de la nicotina, Línea Base Retrospectiva y Cuestionario Breve de Confianza Situacional. La retroalimentación de las puntuaciones se hizo de manera sencilla y clara, además de que la interpenetración de los puntajes se asoció con situaciones que la usuaria había comentado en ocasiones pasadas. Por ejemplo, que se siente menos segura (CCS) de controlar su consumo ante situaciones emocionales desagradables (ISCA); aunque este último instrumento no evalúa las situaciones de consumo de tabaco si permite obtener información sobre los precipitadores (situaciones de riesgo) más relevantes y presentes en el hábito de consumo de los usuarios. Se mencionaron más ejemplos y se señalaron las ventajas de dejar de consumir tabaco que la misma usuaria había

comentado en sesiones pasadas: no depender del cigarro, mejorar su salud, fueron algunos ejemplos retomados; y en adición se comentaron las consecuencias negativas del tabaco.

En la revisión del folleto se destaca que la usuaria considera al tabaco como una necesidad y compañía, además de generarle "mucho gasto de dinero al mes, \$570" y aislarla de su familia. En el ejercicio de cuánto gastará en cigarros si continúa fumando, al análisis que realizó M.E. dio como resultado \$194,180.00 pesos. En el lado opuesto de la balanza se encuentra situaciones tales como el deseo de sentirse saludable, ser un mejor ejemplo, que la ropa y cabello no huelan mal, no tener los dientes manchados y poder dormir bien y no levantarse para fumar. Recuperar la condición física y control de la vida también fueron razones por las cuales la usuaria se decidiría por el cambio. Cabe señalar que antes de establecer la meta de consumo, se examinaron las posibles dificultades que se presentarían, se examinó el síndrome de abstinencia y las presiones familiares de salud (hijo enfermo).

RESPONDE LO SIGUIENTE:

¿PORQUE NECESITO DEJAR DE FUMAR?

- Sentirme saludable.
- Saborear mejor la comida.
- Ser un mejor ejemplo para los niños.
- Para que mi ropa y mi cabello no huelan mal.
- Para no tener molestias frecuentes en la garganta.
- Sentirme físicamente más saludable.
- Disminuir el riesgo de un ataque al corazón y regresar a la normalidad en un año.
- Poder vivir más.
- Evitar problemas en mi embarazo.
- Ya no quiero tener los dedos amarillos.
- No quiero tener los dientes manchados.
- Necesito dormir bien.



Escribe en las siguientes líneas si tienes ALGUNA OTRA RAZON:
RECUPERAR EL CONTROL DE MI VIDA

BENEFICIOS QUE TRAE A LA SALUD DEJAR DE FUMAR ¡NUNCA ES TARDE!

- * En 24 horas sin fumar, la presión sanguínea y la tasa del pulso se normalizan y el nivel de monóxido de carbono en tu sangre disminuye.
- * Después de un mes sin fumar, se tienen pocos síntomas respiratorios.
- * Después de un año sin fumar, el riesgo por alguna enfermedad del corazón (por fumar) se reduce a la mitad.
- * Después de 10 años sin fumar, el riesgo de padecer cáncer pulmonar disminuye a la mitad con respecto a las personas que siguen fumando.
- * Después de 5 a 10 años sin fumar, el riesgo de un paro cardíaco en los ex fumadores es igual que para los no fumadores.
- * Se deja de estar sometido a una adicción.
- * Mejora su economía.
- * Mejorará su aspecto físico.

LOS COSTOS POR FUMAR SON MUCHOS:

El consumo de tabaco está asociado con 25 enfermedades mortales y discapacitantes. A continuación se muestran las principales enfermedades relacionadas al tabaquismo y el costo que genera.

	Costo total de un paciente enfermo.	Gasto hecho por el paciente / familia. (40%)
Infarto Agudo al Miocardio.	71,825	28,730
Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica.	73,303	29,321
Cáncer de Pulmón.	80,956	

¿SABES CUANTO VAS A GASTAR EN CIGARROS SI CONTINUAS FUMANDO?

Resta tu edad a 80 (que es el promedio de vida).	28
Multiplica por 365 (días del año).	10220
Multiplica por el número de cajetillas que fumas al día.	5110
Multiplicado por el precio de su cajetilla.	\$ 194180
¡Esto es lo que gastarías en cigarrillos para el resto de su vida, si continúas fumando como hasta ahora!	\$ 194180
Suma los totales de los rectángulos sombreados para obtener su "costo total de por vida como fumador"	

¡Ahora piensa en las cosas que podrías comprar con ese dinero, en lugar de fumarlo!

En la siguiente tabla se muestra el dinero que gasta en promedio un fumador en comprar cigarrillos de acuerdo a la cantidad que consume:

Paquetes por día	Costo por día	1mes	1año	5años	10años	20años
1/4	\$10	\$300	\$3 600	\$18 000	\$36 000	\$72 000
1	\$20	\$600	\$7 200	\$36 000	\$72 000	\$144 000
1 1/4	\$30	\$900	\$10 800	\$54 000	\$108 000	\$216 000
2	\$40	\$1 200	\$14 400	\$72 000	\$144 000	\$288 000
3	\$60	\$1 800	\$21 600	\$108 000	\$216 000	\$432 000

Figura 4. Se muestra un ejemplo del trabajo realizado por la usuaria del folleto No.1.

Para el término de la sesión se comentaron las dos alternativas o formas para dejar de fumar: 1) la disminución gradual de nicotina y 2) la abstinencia total. M.E. hizo énfasis en que no podría dejar de fumar completamente y que era incluso impensable esa situación, "me muero sin mis cigarrillos" comentó. Ante esta respuesta, se explicó que lo recomendable ante esa situación es la reducción parcial; es decir, la reducción semanal del 30% de la cantidad promedio de tabaco que se consumió. Finalmente la usuaria decidió que su meta de consumo para la presente semana sería de 7 cigarrillos al día (el promedio eran 10 al día). Para complementar esta decisión se

aclaró que no si a lo largo del día no fumaba los siete cigarrillos, era lo ideal y que además los faltantes no eran transferibles para días posteriores.

Ante la panorámica presentada se señaló que tenía que proponer algunas alternativas no compatibles con la conducta de fumar y para ello se le explicaron brevemente los planes de acción para controlar el consumo y mantener la meta propuesta. Al respecto, la usuaria señaló tres alternativas como planes de acción, primero poner solo 7 cigarros dentro de la cajetilla, mascar chicle, no fumar dentro de la casa y regresar a clases de yoga. Se dio cierre a la sesión y se recordó la hora y fecha de la próxima cita.

SESIÓN 2. IDENTIFICANDO MIS SITUACIONES RELACIONADAS CON FUMAR

OBJETIVO

El usuario identificará las situaciones que precipitan el consumo de tabaco, realizando un análisis funcional de su conducta, identificando los antecedentes y las consecuencias de su consumo.

Materiales e Instrumentos:

- ✓ Hoja de registro de consumo de cigarros.
- ✓ Folleto no. 3. tercer paso. planes de acción para dejar de fumar.

Desarrollo de la sesión:

- ✓ Revisar y analizar con el usuario la hoja de registro de consumo de cigarros y la hoja de registro de síntomas de

abstinencia. Comentar sobre la meta establecida la sesión anterior a partir de:

- ✓ Patrón de consumo en función de la meta establecida (¿se cumplió completamente o parcialmente?)
- ✓ Las actividades que realizó, cuáles le funcionaron, cuáles no le funcionaron. Cómo se ha sentido e identificación de los beneficios que ha identificado a partir del cambio en su consumo de cigarros.
- ✓ Se explica y examina el folleto no. 2 y se revisan las respuestas del usuario
- ✓ Analizar el concepto sobre la "Montaña de la Recuperación"
- ✓ Se establece una meta para la siguiente sesión
- ✓ Se cierra la sesión y se señala al usuario que la siguiente sesión debe traer la hoja de registro y el folleto con los ejercicios que se señalan porque con base en lo que él escriba se trabajará en la siguiente sesión.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Para esta sesión se trabajó con el análisis funcional de la conducta de consumo y su utilidad para la aplicación y eficacia de las acciones tomadas para reducir el consumo nicotínico. Previo a la explicación del Análisis Funcional, se revisó el auto-registro de la usuaria; sin embargo, de nueva cuenta no lo trajo. A lo que agrego, que a lo largo de la semana consumió seis cigarros por día y solo un día fumo siete cigarrillos (numero fijado como meta desde la sesión anterior) por lo que se le felicitó por haber logrado la meta e incluso haber consumo seis cigarrillos menos de lo acordado.

La usuaria señaló que se le complicó no fumar por la situación de salud de sus hijo (Diagnostico confirmado de Espondilitis, inflamación de las articulaciones que incluso han causado que deje su empleo, permanezca en cama y el uso de silla de ruedas). Agregó que ha tenido muchos olvidos y algunos datos y aspectos revisados en sesión no los recuerda bien. A pesar de lo anterior comenta que le ha funcionado posponer sus consumos, es decir, "el de después de comer, me lo fumo una hora después"; dividirlos por horas en el día y ha empezado a armar rompecabezas, coser e ir a lugares donde no se puede fumar y que no ha faltado a sus clases de yoga y piensa ir a clases de computación cerca de su casa. Cabe señalar que las estrategias utilizadas durante la semana no corresponden a las referidas en la sesión anterior.

Al examinar sobre las ventajas y desventajas derivadas de la reducción del consumo de tabaco, se obtuvieron respuestas que apoyaban la decisión; por ejemplo, se sentía más contenta consigo misma, ya no olía tanto a cigarro su ropa y disminuyo la carraspera de la mañana. La única desventaja que reporto M.E es sobre el antojo que le produce el cigarro, le resulta "feo" no poder fumar.

Lo que continuó en la sesión fue la explicación de la importancia de saber en qué momentos específicamente se consumó tabaco, para ello se explicó a detalle cada una de los elementos del análisis funcional. En la primera parte que corresponde a los antecedentes se asoció con lo que la usuaria respondió en el folleto no. 2 haciendo énfasis en la importancia de identificar tanto los precipitadores internos como los externos (los internos estuvieron más presentes: enojo, angustia, ansiedad, antojo, por mencionar algunos). De la misma forma se examinaron

las consecuencias positivas a corto plazo ("me relaja, me tranquiliza"); en contraste, con las negativas a largo plazo ("olor, malestar estomacal"). En adición se reiteró el cáncer de pulmón, de garganta, la carraspera en las mañanas, la ansiedad por no consumir, el síndrome de abstinencia y el gasto económico que representa la compra de cajetillas de cigarrillos, entre otras consecuencias negativas asociadas al consumo.

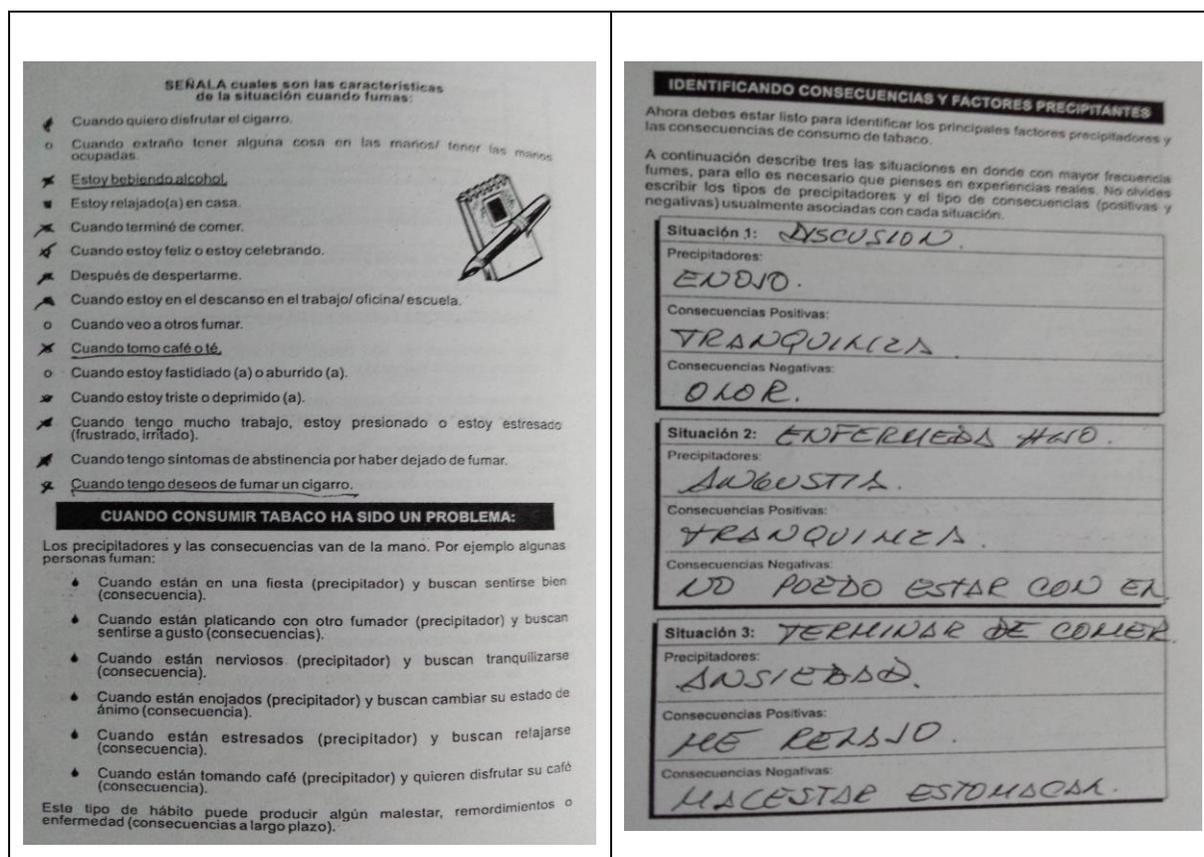


Figura 5. Ejemplo del trabajo realizado por la usuaria del folleto No. 2.

Se continuó utilizando el folleto No. 2, específicamente se examinó la montaña de la recuperación, haciendo referencia a la decisión de la reducción gradual del consumo de nicotina, es decir se optó por la Ruta "A", la cual considera que "cuando la gente elige esta ruta pasara por algunos puntos críticos. Bajar la cantidad de cigarrillos es muy fácil pero si se tiene un

tropiezo será más difícil escalar a la cima". En síntesis, ir poco a poco en proceso a veces resulta más seguro ya que se van superando obstáculos de forma gradual y paulatina conforme se va adquiriendo autoeficacia. Además de tomar en cuenta la distinción entre caída y recaída en conjunción con el reforzamiento ("felicidades, por haber cumplido la meta") de los logros obtenidos en estos últimos días.

Para dar cierre a esta sesión, se recordaron las estrategias utilizadas a lo largo de la semana, así como, la identificación de los precipitadores para cortar la cadena conductual y de esta forma no llegar al consumo y controlarlo. La usuaria comentó que seguirá usando las mismas estrategias y que la meta de consumo para la siguiente semana será de tres cigarrillos de tabaco al día.

SESIÓN 3. PLANES DE ACCIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

OBJETIVO:

El usuario aprenderá un modelo general de solución de problemas en donde planteará opciones para cada situación de riesgo y desarrollará un plan de acción con las opciones más factibles y realistas para llegar a la meta de abstinencia.

El usuario aprenderá a cambiar los pensamientos negativos que lo precipitan al consumo, por pensamientos positivos que lo ayuden a mantenerse en abstinencia. Es decir, pensamientos asociados con estados de ánimo de tristeza (o negativos) por pensamientos que lo motiven a una vida saludable.

Desarrollo de la sesión de 3:

- ✓ Revisar y analizar con el usuario la hoja de registro de consumo de cigarros y la hoja de registro de síntomas de abstinencia. Comentar sobre la meta establecida la sesión anterior a partir de:
- ✓ Si cumplió la meta completamente o parcialmente
- ✓ Las actividades que realizó. Si alguna de las personas con las que interactúa lo(a) apoyó y principales barreras
- ✓ Revisar y analizar el Folleto No. 3, deteniéndose específicamente en la sección de "Planes de Acción" en la que se analiza:
- ✓ Las opciones planteadas (opciones planteadas elija la que sea viable).
- ✓ El plan de acción para cada una de las tres principales situaciones de riesgo
- ✓ Revisar y analizar el Menú de Reestructuración Cognitiva de la Tristeza, identificando los pensamientos negativos que la precipitan al consumo, por pensamientos positivos que lo ayuden a mantenerse en abstinencia. Se le entrega al usuario:
- ✓ Hoja de registro de consumo de cigarros y de síntomas de abstinencia.

Y se explica:

- ✓ Que debe continuar completando la hoja de registro de consumo y de síntomas de abstinencia

- ✓ Se cierra la sesión explicando al usuario que la siguiente sesión debe traer la hoja de registro porque con base en la revisión que se haga se trabajará en la siguiente sesión.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Como en cada sesión se da inicio con la bienvenida, sin embargo en esta ocasión la usuaria comenta su preocupación y narra las experiencias que tuvo en los últimos días. La usuaria M.E viajó a Querétaro para traer a su hijo al D.F., ya que él empezó su tratamiento y requería que lo examinaran y evaluaran otros especialistas. Situaciones que la tienen muy preocupada y ansiosa, comenta. El hijo de la usuaria debido a su enfermedad se encuentra en silla de ruedas, por lo que M.E. se ha encargado de sus cuidados generales y de la medicación.

Se revisaron los auto-registros de los días previos. Se observó que la usuaria respetó la meta acordada (3 cigarrillos) y además que en las posteriores fue disminuyendo la meta uno a uno. La decisión y método de reducción del consumo tabáquico en esta ocasión fue elaborado completamente por M.E. para lo cual se le felicitó el logro obtenido hasta esa sesión ya que llegó a la abstinencia total (cero cigarrillos). En adición, los síntomas del síndrome de abstinencia fueron disminuyendo notablemente (se examinarán a mayor detalle posteriormente).

Inmediatamente, se comenzó a indagar sobre el estado anímico de la usuaria, por un lado, examinando el logro obtenido hasta el momento y por el otro respecto a la situación familiar que estaba pasando en esos momentos. En el caso del primer aspecto, comenta que se siente orgullosa consigo misma, ya está más tranquila y que por las mañanas ya no le duele la garganta, que puede dormir mejor y que por fin ya no se despierta en la

madrugada a fumar. En contraste, la situación de su hijo la mantiene preocupada y en ocasiones piensa que nada de lo que haga va a mejorar las situaciones y son los momentos en los que se le antoja fumar y tomar alcohol. Ante esta panorámica, se examinó en conjunción con la usuaria que los pensamientos negativos eran los principales precipitadores que la habían llevado al consumo y que aún seguían presentes, incluso semanas previas y durante las cuales había reducido y eliminado su consumo de tabaco. La hora de comida o al despertarse, o el café ya no le producía la misma ansiedad y antojo o bien que otras personas fumaran no le ocasionaba problemas.

Tomando en consideración la situación se decidió trabajar con el Menú de Reestructuración Cognitiva de la Tristeza, extraído del Programa de Satisfactores Cotidianos; ya que con este menú el usuario aprende a cambiar los pensamientos negativos que lo precipitan al consumo, por pensamientos positivos que lo ayuden a mantenerse en abstinencia e incluso más tranquilo consigo mismo. A continuación se presenta el trabajo realizado durante la sesión.

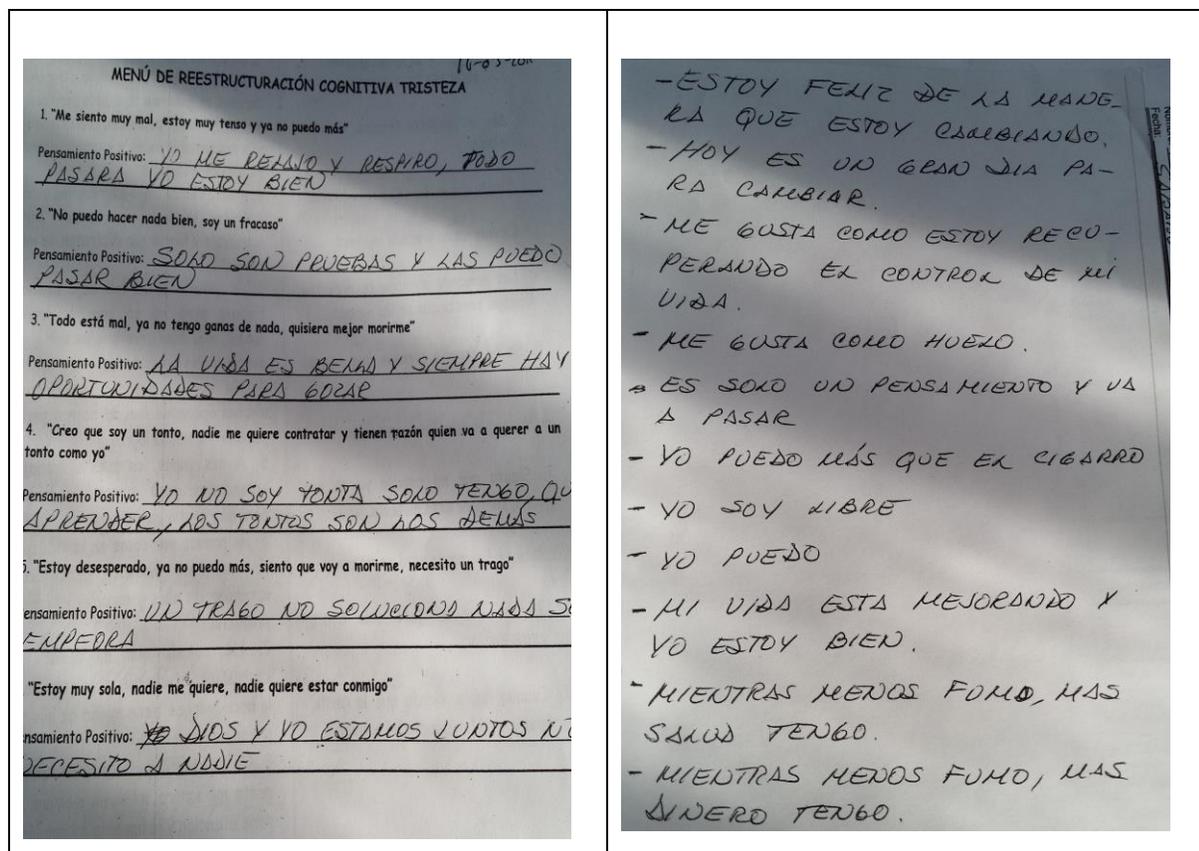


Figura 6. Ejemplo del trabajo realizado por la usuaria del menú de reestructuración cognitiva.

Teniendo en cuenta el antecedente del trabajo realizado sobre el cambio de pensamientos tristes a positivos, se procedió a examinar de nueva cuenta el Análisis Funcional de la Conducta y se instó a señalar en qué momento se debía de romper con la cadena. Al respecto, la usuaria señaló que cuando se presentara un pensamiento negativo, pensaría en varios positivos, por ejemplo: "yo puedo más que el cigarro", me gusta como estoy recuperando el control de mi vida", entre otros.

Continuando con la sinergia del trabajo se explicó en qué consistían los planes de acción, se examinó su importancia como prevención ante situaciones de riesgo de consumo y sobre todo el momento adecuado para su aplicación; así mismo, la importancia de reflexionar sobre su efectividad para continuar aplicándolos

o bien generar nuevos. Se elaboraron los siguientes planes de acción a partir de los tres principales precipitadores de la usuaria.

Situación de Riesgo de Consumo	Plan de Acción
Ansiedad (andar intranquila o nerviosa)	Respiración profunda que ha aprendido en clases de yoga y decirse a sí misma "tranquila lo puedes resolver".
Triste o Preocupada	Cambiar los pensamientos inmediatamente y decirse muchas veces los escritos en el ejercicio
Frustrada o Enojada	Respiración profunda, salir a arreglar su jardín y cambiar a pensamientos positivos.

Se realizó un breve resumen de la sesión, con ayuda activa de la usuaria, enfatizando el cumplimiento de las metas y la eliminación del consumo de tabaco; así como enfatizar en las ventajas y beneficios que ha obtenido al dejar de fumar. De igual manera, se recordaron los planes de acción ante las tres situaciones trabajadas y el cambio de pensamiento para continuar en abstinencia. Por último, se recordó la continuación del auto-registro y se agenda la próxima sesión, agregando que sería la última sesión y que posterior a ello se programarían sesiones de seguimiento. Se acordó con M.E. que la sesión sería en quince o veinte días debido a las consultas médicas de su hijo. Se dio cierre a la sesión.

SESIÓN 4. MANTENIÉNDOME SIN FUMAR

OBJETIVO:

Revisión y retroalimentación de los avances logrados con relación a los planes de acción desarrollados por el usuario.

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

- ✓ Revisar y analizar con el usuario la hoja de registro de consumo de cigarros y la hoja de registro de síntomas de abstinencia.
- ✓ Discutir sobre la meta de abstinencia a partir de: si permaneció 7 días en abstinencia reforzar, si no dar sesión adicional para retomar situación de consumo
- ✓ Mantenerse sin fumar a partir de la discusión de lo siguiente: ¿qué estrategias empleará para mantenerse sin fumar?
- ✓ En caso de que vuelva a fumar, puede llamar para solicitar ayuda adicional.
- ✓ Si el usuario no solicitó sesiones adicionales, se programa el primer seguimiento para un mes, teniendo el acuerdo de llamar días antes para confirmar día y hora.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

En esta última sesión la actividad central fue la retroalimentación de los avances logrados por la usuaria. Se inició con la revisión del auto-registro el cual indicaba que continuaba en abstinencia de consumo de tabaco, pero que aún estaba presente síntomas de ansiedad. Se examinó este último aspecto y la usuaria señaló que en ocasiones se sentía ansiosa pero que "como no iba a estarlo" si su hijo está muy enfermo y

su hija tiene problemas con su marido; situaciones que la tiene preocupada. Además agregó, que ha pensado en fumar y en tomar, pero que considera que eso no le ayudaría en nada y que por ahora lo mejor es que ella este sana para poder apoyar a sus hijos.

Ante esta panorámica se recordó la utilidad de la reestructuración cognitiva y se instó a dar ejemplos que le pudieran ayudar ante lo expuesto anteriormente. M.E. señaló que le ha costado mucho dejar de fumar y que no se dejará vencer porque así será un ejemplo para sus hijos, además de que quiere estar libre de tabaco, le gusta más no depender del cigarrillo. "Cuando piense cosas tristes, pensaré que me quiero mucho y que por eso me cuidaré; y estando yo bien podré ayudar más a mis dos hijos", agregó la usuaria.

En esta sesión de nueva cuenta se felicitó y reforzó el cumplimiento de la meta: "¡es un gran logro, que se verá reflejado en su salud, felicidades por haber alcanzado la meta!". De la misma forma se le recordó a M.E. que ya no le ha dolido la garganta por las mañanas, ya no ha gastado dinero en cigarrillos, ya no huele a humo su ropa y que es un logro personal importante, porque se trata de su salud y bienestar.

Posterior al reforzamiento de la conducta de abstinencia, se examinaron los planes de acción utilizados en la semana. Menciona que sigue asistiendo a sus clases de yoga dos veces por semana y que cuando se siente estresada o ansiosa respira profundamente y cuando puede sale a arreglar su jardín o hace quehacer en su casa, por lo que evita estar sin hacer nada cuando tiene esas sensaciones que son las que la llevaban a fumar para relajarse y sentirse bien. La usuaria continuará

utilizando los planes de acción mencionados, además de coser, armar rompecabezas y mascar chicles o dulces cuando tenga antojo de fumar. Se pidió a la usuaria comentara en qué consistía el Análisis Funcional de la Conducta de Consumo y que momento entraban los planes de acción; M.E. accedió a la petición, señalando que justo cuando piense en fumar y cuando se le antoje, y agregó que le gustaría que pronto el tabaco no esté en su vida.

Para el cierre de la sesión se le preguntó, si tenía dudas o si consideraba era necesario revisar un componente y agregar una sesión adicional, la usuaria respondió con una negativa. Se le invitó a que en cualquier momento que ella requiriera un servicio adicional el centro se encontraba a sus órdenes y que solo tenía que solicitar una cita. Se le agradeció su participación en el Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores y se reforzó nuevamente el haber logrado la abstinencia y se enfatizó en la continuación del cuidado de su salud. Se dio cierre a la última sesión del programa y se programó el primer seguimiento acordando la fecha con la usuaria.

SESIÓN DE SEGUIMIENTO

OBJETIVO:

El objetivo de la sesión de seguimiento es conocer si la abstinencia se mantuvo en el primer mes posterior al término del programa.

DESARROLLO SESIÓN DE SEGUIMIENTO (1er. Mes)

- ✓ Preguntar si se ha mantenido en abstinencia
- ✓ Preguntar cómo se ha sentido en los últimos 30 días
- ✓ Si le funcionaron las estrategias que se plantean en los folletos
- ✓ Discutir sobre las estrategias que ha aplicado en los últimos 30 días: Conocer si llevó a cabo los planes de acción que se trazaron en las sesiones o desarrollar otros adicionales.
- ✓ Cuáles son las principales barreras con las que se encontró para poder mantenerse en abstinencia.
- ✓ Preguntar si han surgido nuevas situaciones de riesgo y cómo las ha enfrentado.
- ✓ Cuáles son los beneficios que ha identificado a partir de que se ha mantenido en abstinencia.

La cita para el primer seguimiento estaba programada exactamente 30 días posteriores al término del programa. Sin embargo por razones de un viaje planeado por la usuaria y su familia se realizó a los 20 días.

Se dio inicio a la sesión con temas referentes a la familia, y al estado de salud del hijo. La usuaria narró como ha sido en estos últimos días que ha tenido bajo su cuidado a su hijo y como ha respondido la familia. A pesar de la circunstancia, M.E. señala que a veces si se siente triste, pero que empieza a rezar y pedirle a Dios que todo salga bien, generándole confort y tranquilidad. No ayudaría en nada que yo tome o fume como

"chimenea", agregó con una sonrisa. Teniendo como base los comentarios anteriores, se reforzó y señaló la identificación de las situaciones de riesgo y la reestructuración del pensamiento.

Junto con la usuaria se contaron los días que han transcurrido desde la última sesión (20 días). En el transcurso de ese tiempo M.E. señala con entusiasmo que no ha consumido ni un solo cigarro y que la ansiedad disminuido notablemente. Al preguntarle sobre su abstinencia se hace referencia a que le ha costado trabajo mantenerla, principalmente cuando discute con su marido, en las noches cuando piensa en la enfermedad de su hijo, "a pesar de que ya no lo veo tan mal, me preocupa mi hijo", señalo M.E. y en ocasiones cuando se le antoja el sabor de cigarrillo, sobre todo en el desayuno. Continúa llevando a cabo los mismos planes de acción que las sesiones anteriores: toma su café en la mañana y se sale al jardín, come un dulce, se pone a hacer quehacer y arreglar su jardín, arma rompecabezas. Además no ha dejado de asistir a su clase de yoga.

La asistencia a hospitales para la revisión médica ha sido un factor de estrés que le ha ocasionado algunos problemas. Sin embargo, como no puede fumar en esos espacios, no lo ha hecho, además considera que tiene que ser solidaria con su hijo ya que debido a su salud él tampoco puede fumar. En ese momento se le solicitó a M.E. que explicara por qué es importante para ella mantenerse sin consumo, a lo que respondió que le resulta horrible sentirse ansiosa por fumar, que antes cuando estaba en algún lugar y no podía fumar se enojaba y se salía a fumar. Ahora comenta que "anda como si nada" en cualquier lugar, "por las mañanas sin ardor en la garganta y ahora sí, siempre huele rico (Risas)". Agrega que le costó mucho dejarlo y lo está haciendo bien, por lo que no echara a perder todo su esfuerzo.

Posterior a ello, se le pidió realiza un Análisis Funcional de la Conducta de Consumo poniendo de ejemplo la visita al hospital. La usuaria señaló, los antecedentes (estrés, ansiedad, tristeza), como consecuencia positivas: tranquiliza y como consecuencias negativas: volver al vicio, se sentiría más mal, se pondría triste, se sentiría fracasada y decepcionada de ella misma. En adición, se le pregunto sobre las ventajas de continuar su abstinencia: "sería aún más feliz, me evitaría muchas enfermedades; sobre todo me gusta que ya no ando toda ansiosa y desesperada por fumar", señalo la usuaria.

Se examinó la distinción de caída y recaída, enfatizando la importancia de la identificación de los precipitadores, la generación de planes de acción y sobre todo la importancia de considerar la posibilidad de consumir un cigarrillo detenerse, analizar la situación y continuar con la abstinencia. Se enmarcó esta situación como un aprendizaje y una oportunidad de autoconocimiento.

Previo a la finalización del primer seguimiento, se proporcionó a la usuaria la siguiente información: "en los últimos meses usted consumió 1500 cigarrillos y durante el tratamiento solo 150, es decir no ha fumado 1350 cigarrillos". Al preguntarle sobre la información, respondió rápidamente, en definitiva me gusta no fumar y quiero que eso continúe, quiero estar bien". Se felicitó a M.E. por sus logros alcanzados y se recordaron las consecuencias negativas del consumo y los beneficios del nuevo estilo de vida, una vida libre sin tabaco.

Finalmente, se recordó que el servicio está a su disposición y ante cualquier situación puede solicitar cita a CEPREAA y se

explicó la importancia de los seguimientos. Se programó la fecha del segundo seguimiento y se dio cierre a la sesión³.

RESULTADOS DEL PATRÓN DE CONSUMO Y SÍNTOMAS ASOCIADOS

En la Línea Base Retrospectiva de la usuaria se reportan en los cinco meses previos al ingreso del programa 75 cajetillas de cigarrillos, por lo que en promedio al día se consumían 10 cigarrillos. Es decir, que durante los últimos 150 días previos al tratamiento se consumieron 1500 cigarrillos de tabaco.

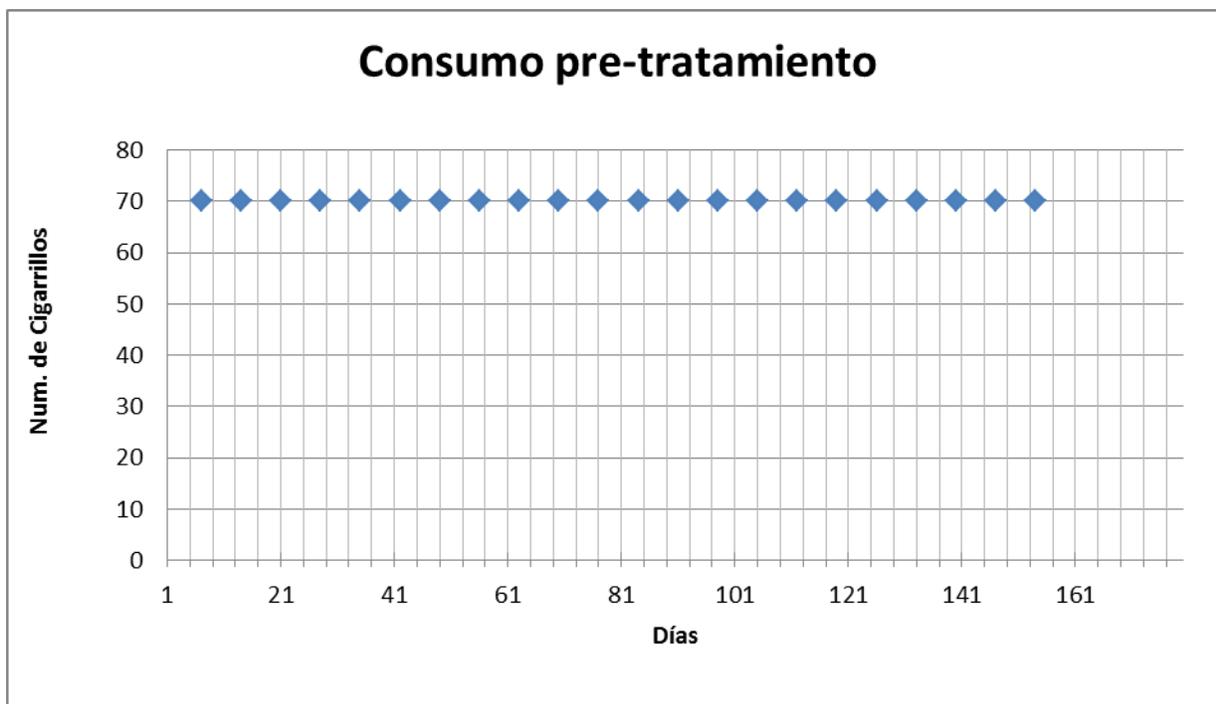


Fig. 7. En esta gráfica se muestran los 150 días de consumo de la usuaria previo al ingreso al programa. Durante cinco meses la usuaria consumió en promedio diez cigarrillos de tabaco al día.

³ El segundo seguimiento fue programado, sin embargo no se pudo llevar a cabo debido a que ya no se pudo contactar a la usuaria M.E.

En las primeras sesiones del programa la usuaria aún continuaba con el mismo patrón de consumo, incluso resultaba evidente su ambivalencia ante el cambio de conducta; sin embargo, al trabajar la balanza decisional, proporcionar feedback, eliminando obstáculos, abriendo menú de opciones, entre otras técnicas se fue modificando gradualmente el patrón de consumo de la usuaria. A continuación se presenta la información derivada del auto-registro de la usuaria a lo largo de ocho semanas.

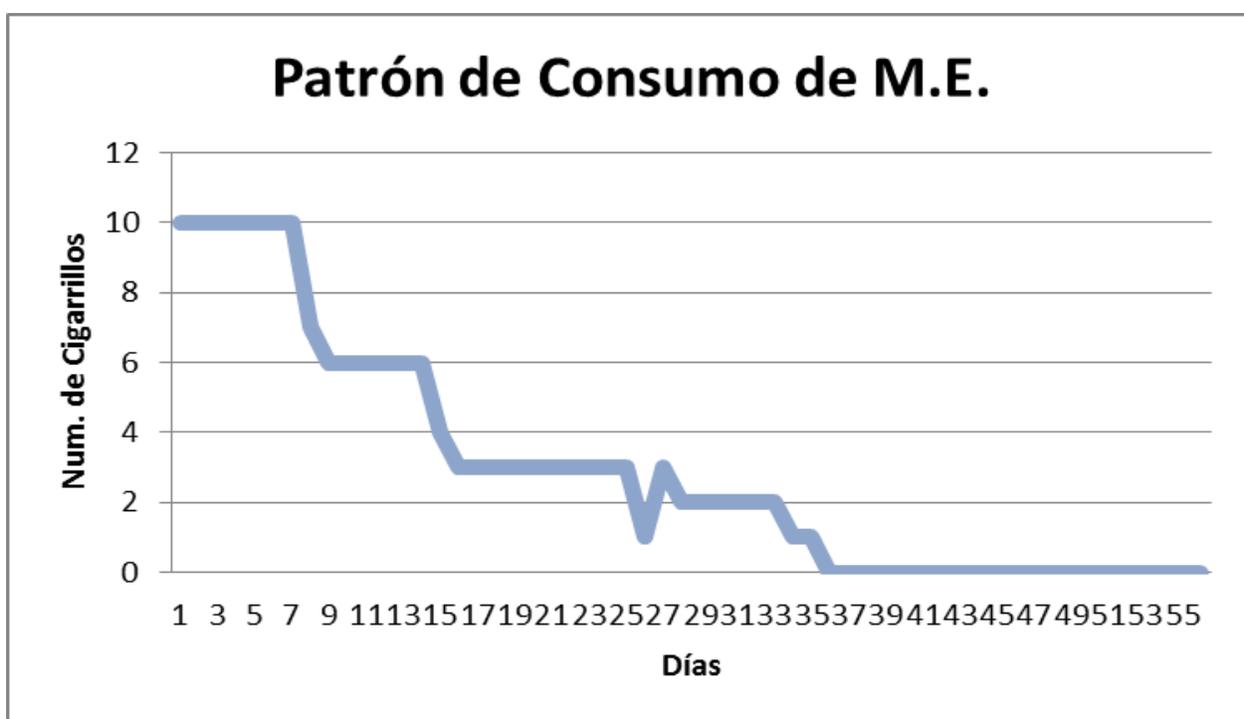


Fig. 8. Evolución del patrón de consumo durante el programa: Se muestra el registro de ocho semanas de reducción gradual hasta llegar a la abstinencia.

En las gráficas anteriores se puede observar la reducción gradual del consumo de nicotina, al establecer metas semanales fijadas por la misma usuaria, se fue decrementando paulatinamente en número de cigarrillos, hasta que en el día 36 se llegó a la abstinencia total por parte de la usuaria y se

mantuvo hasta la última sesión. Como se puede observar en la gráfica anterior hasta la quinta semana del programa la usuaria consumió 156 cigarrillos, dando como promedio 3 cigarrillos al día; posterior a ello se mantuvo en abstinencia; en contraste con el consumo inicial de 1500 cigarrillos en un periodo de cinco meses resulta una diferencia considerable.

En lo que respecta al registro de síntomas de abstinencia y de emociones y sentimientos asociados al consumo de tabacos obtuvieron las siguientes frecuencias.

Estimulo	Feliz	Triste Deprimida	Relajada	Ansiosa	Con miedo	Cansada	Frustrada	otro
Totales	5	7	3	161	8	9	9	4

Figura 9. Tabla que señala la frecuencia reportada en el registro de síntomas de abstinencia a los largo de ocho semanas de registro. Los distintos síntomas, emociones y sentimientos estaban relacionados con el consumo de tabaco.



Figura 10. Gráfica que representa la frecuencia reportada en el registro de síntomas de abstinencia a los largo de ocho semanas de registro, además de los distintos síntomas, emociones y sentimientos estaban relacionados con el consumo de tabaco. Resulta evidente la presencia de la ansiedad como sintoma principal de abstinencia.

La ansiedad fue un síntoma muy presente a lo largo del tratamiento, sin embargo concuerda su disminución con la cantidad de tabacos como se muestra en la siguiente gráfica. Antes del día 40 el síntoma de ansiedad disminuyo e incluso ya no fue reportado por la usuaria. Con este se puede decir que la ansiedad estuvo relacionada con el consumo de tabaco, cabe señalar que esto puede ser debido a la disminución gradual de nicotina en el organismo hizo que la ansiedad también disminuyera.

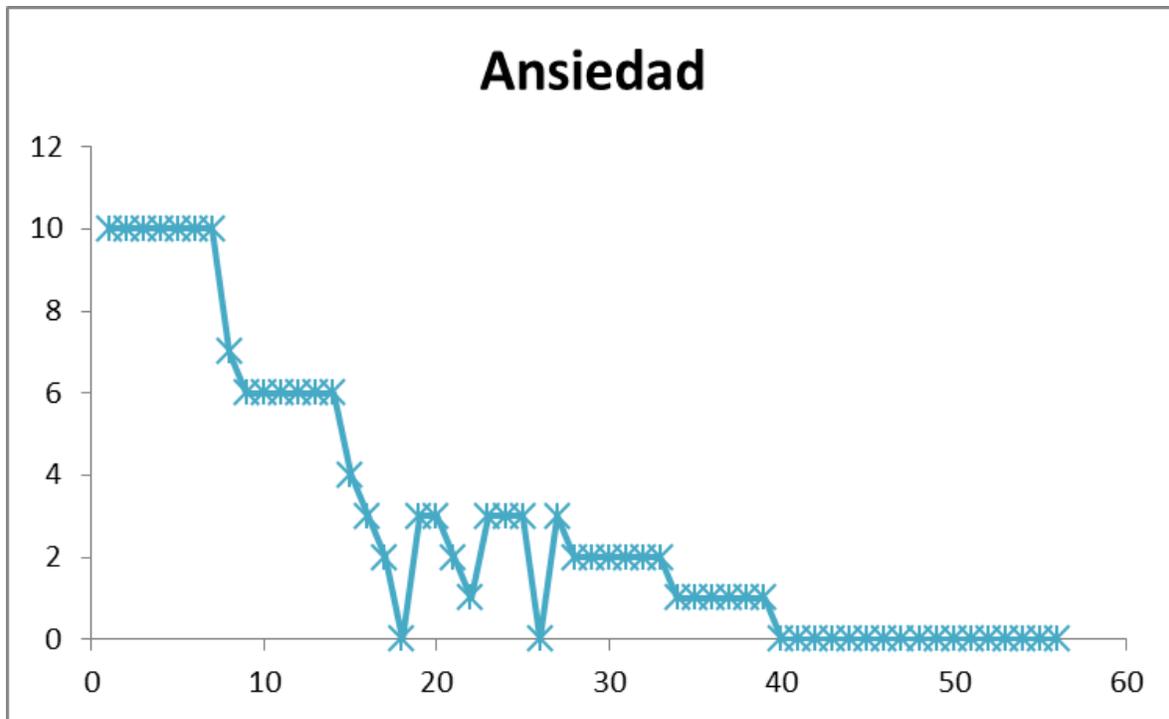


Fig. 11. La gráfica muestra la disminución en la frecuencia reportada por la usuaria del síntoma de ansiedad, como se puede observar con los días en los que su consumo de tabaco fue cero. Por lo que resulta evidente la relación existente entre el consumo de tabaco y la presencia de ansiedad percibida por M.E.

DISCUSIÓN

El trabajo realizado con la usuaria M.E. tiene como base el programa de intervención breve motivacional para fumadores (Lira, 2009), intervención que con evidencia empírica demostró su eficacia en la reducción y eliminación del consumo de tabaco. Así mismo, los resultados presentados anteriormente ilustran los logros alcanzados y el cumplimiento del objetivo de la usuaria, es decir, la reducción y finalmente la eliminación del consumo de tabaco. De 1500 cigarrillos consumidos previo al inicio del programa a 150 durante el tratamiento; y finalmente 0 cigarrillos hasta el primer seguimiento.

El impacto de esta intervención se puede constatar cuantitativamente, como se señaló anteriormente; además de observar el cambio de otros indicadores y variables asociadas al consumo de tabaco.

Cuando M.E. llegó a tratamiento el motivo de consulta fue debido a su preocupación por su consumo de alcohol, ya que éste le ocasionaba discusiones familiares, culpa y resacas; además de que estaba aumentando su consumo de tabaco. Las discusiones con su esposo, la angustia y la ansiedad de la vida cotidiana eran precipitadores evidentes que la llevaban al consumo, el cual era reforzado por la sensación de relajamiento, que le producía el tabaco (Chance, 1999 y Cooper, et al., 1987). Por una parte, las expectativas positivas hacia el consumo de tabaco y por el otro, la liberación de dopamina y serotonina que generaban una sensación de bienestar (Cruz, 1999 y Brailowsky, 2009), mantenían la conducta de consumo en el usuario.

Se examinaron desde un inicio los efectos neuropsicológicos, las consecuencias del alcohol y tabaco en el organismo y el

comportamiento, sin embargo, más que información referente a los daños ocasionados por el uso de drogas legales, la usuaria requería pasar de la etapa de contemplación-determinación a la etapa de acción, como lo señala la rueda del cambio de DiClemente y Prochaska (1999); M.E. tenía más acentuada la contemplación ya que a pesar de asistir a tratamiento continuaba fumando. Otra muestra de esta situación fue que la usuaria para su segunda sesión asistiera con el único objetivo de dar las gracias por la atención, por lo que lo primero que se trabajó fue la motivación de la usuaria para que la balanza se inclinara hacia el cese del consumo de tabaco.

A través del ejercicio de balanza decisional se pudieron observar la ambivalencia y la percepción de la usuaria sobre su propio consumo. Resulta importante señalar que los tratamientos de cambio conductual tienen mayor efectividad cuando la persona es orientada o guiada hacia el cambio; es decir, no se insta al cambio de manera directiva o incluso coercitiva como en programas de autoayuda; sino que se orienta al cambio con aplicación de técnicas de entrevista motivacional como de la escucha reflexiva, aclarando objetivos, retroalimentación y disminuyendo la deseabilidad, por poner algunos ejemplos.

Otro aspecto central de las intervenciones cognitivo conductuales abordadas dentro de la residencia en adicciones, es que tienen como fundamentos centrales: el condicionamiento clásico y operante, teoría del aprendizaje social y la entrevista motivacional; por lo que adquieren un carácter inherentemente estructurado, pero lo necesariamente flexible para poder hacer las adaptaciones necesarias. En este caso por ejemplo, el hacer el cambio de un programa para bebedores problemas por uno motivacional para fumadores. Además de que la

misma usuaria a lo largo de las sesiones fue elaborando y diseñando sus propias estrategias, así como metas a corto plazo para la reducción del consumo de nicotina.

A lo largo de la intervención la usuaria extinguió precipitadores que mantenían su conducta de consumo, por ejemplo, la ansiedad, el antojo y la angustia/preocupación; modificándolos otras conductas no asociadas al consumo como: pasar tiempo en su jardín, cosiendo, o realizando alguna conducta agradable como comer un dulce o armar un rompecabezas. Incluso en caso de tener pensamientos de consumo (negativos), hacer reestructuración cognitiva o bien aplicar técnicas de respiración que aprendió en sus clases de yoga. Cabe señalar, que unos de los principales síntomas reportados fue el de ansiedad, mismo que al ir disminuyendo el número de cigarrillos fúmanos fue también disminuyendo el síntoma, por lo que efecto neurofisiológico del tabaquismo se vio afectado (Cruz, 2007).

Por lo tanto, se puede afirmar que estas estrategias le permitieron fortalecer su autoeficacia y logro enfrentarse a situaciones de riesgo. El Análisis funcional y la Reestructuración Cognitiva juegan un papel central; la primera es una herramienta que permite identificar el estímulo antecedente o precipitador, por lo que al realizar el análisis se puede observar el momento oportuno para modificar la conducta; así mismo, la segunda técnica ayuda a la elaboración de alternativas agradables y viables que motiven al usuario a continuar con su abstinencia. Cabe señalar que los usuarios tienen que utilizar sus estrategias en la vida diaria, a través de los programas se modifica el estilo de vida; es decir, la modificación de un patrón de conducta desadaptativo caracterizada por formas inadecuadas de afrontamiento por un

patrón funcional y adaptativo, que le genere bienestar y un mejoramiento en su salud. (Carrascoza, 2007; Lira, 2009 y SSA, 2012).

En lo que respecta a los criterios de inclusión del programa de intervención breve motivacional para fumadores (Lira, 2009), señala que si el usuario puntúa con una dependencia severa en el Test de Fagerstrom se debe de excluir del mismo. Algunos autores señalan la importancia de proporcionar en estos casos un tratamiento integral con la inclusión del componente medico y/o farmacológico (Sansores, et al., 2010), lo cual se está de acuerdo; sin embargo, también existe evidencia de que puede influir de manera decisiva el compromiso del usurario en su propio cambio (Miller y Rollink, 1999), así como, la adherencia terapéutica juega un papel importante para que el usuario siga las indicaciones del terapeuta (Salvador y Ayesta,2009 y Flórez y Andrés, 2007). Si bien los programas tienen indicaciones o están formulados con criterios específicos, es labor del profesional evaluar situaciones especiales, y tomar decisiones acerca de su práctica. En este caso, por un lado, se tenía un instrumento de evaluación que indicaba una dependencia severa, pero por el otro, se observó cualitativamente que la persona no mostraba un deterioro en su salud y en sus capacidades emocionales y cognitivas; por lo que se decidió implementar y continuar con el programa de intervención.

En conclusión, los resultados cuantitativos y cualitativos presentados en el reporte dan cuenta de la efectividad del programa de intervención breve motivacional para fumadores; así mismo se pudo confirmar cómo a través de las técnicas y estrategias cognitivo-conductuales se modificó un patrón de conducta disfuncional. Finalmente, se tiene evidencia del

impacto de la intervención psicológica en relación con la conducta adictiva.

REFLEXIONES FINALES

En el presente trabajo se ha documentado el fenómeno de la conducta adictiva y su impacto multidimensional en la vida del consumidor, principalmente. Se reportó una problemática a nivel mundial que requiere atención desde diversas disciplinas; además de una imperante necesidad de utilizar recursos teóricos y técnicos que demuestren empíricamente su efectividad. La Psicología como ciencia tiene el compromiso de proporcionar conocimientos, es decir, información validada desde la investigación y experimentación; no solo para la comprensión de los fenómenos sino también para su modificación.

Para realizar mejoras en el ámbito de la prevención y tratamiento de las adicciones es indispensable tener identificados los factores de riesgo y protección a fin de incluir su abordaje en los programas de atención. Por ello, una labor indispensable es provocar la reflexión sobre las consecuencias de la ingesta de sustancias psicoactivas y principalmente sobre el fenómeno de las adicciones. Para lograr lo anterior, se considera necesario un trabajo de adaptación de las estrategias a las necesidades emergentes (*matching*); es decir, toda medida o estrategia debe ser adaptada a las características particulares de la población. Por ejemplo, implementar estrategias y enseñar técnicas de control emocional, presión social o asertividad a jóvenes que son consumidores en sustitución de una "plática tradicional" sobre drogas que solo informan sobre los daños físicos y psicológicos.

Así mismo, el carácter estructurado de los programas cognitivo-conductuales permiten al profesional tratar clínicamente al fenómeno de manera sistemática; sin embargo, empero puede incluir o modificar a criterio profesional el orden de enseñanza de las herramientas y técnicas para la modificación conductual o reestructuración del pensamiento. De igual forma, no deja de lado los síntomas fisiológicos derivados por el Síndrome de Abstinencia o bien la comorbilidad psiquiátrica. Resultando dichos modelos una alternativa efectiva para el tratamiento de las Adicciones.

Finalmente, se considera fundamental continuar con el estudio de la conducta adictiva; examinar a detalle los procesos biológicos, neuroquímicos, emocionales, conductuales, sociales e incluso económicos y políticos. La formación académica como psicólogos de las adicciones demanda con carácter de indispensable, una práctica ética y profesional; por un lado, el trato humano hacia las personas que solicitan el servicio de un psicólogo y por el otro, una actualización constante como profesionales de la salud.

REFERENCIAS

- Albarracín, M. y Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Liber.* vol.14, Num.14, P.P.49-61.
- Añaños, F. (2006). Escenarios de la identidad cultural de los jóvenes españoles análisis desde la educación social. *Estudios sobre las culturas contemporáneas.* Año XII, número 024. Pág. 71-100.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber.* México. Facultad de Psicología de la UNAM.}
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, M. y Martínez, J. (2005). *Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas.* Manual del terapeuta.1. México. Facultad de Psicología de la UNAM.
- Barrueco, M., Hernández, M. y Torrecilla, M. (2009). *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo.* Cuarta Edición. Ed. Euromedice. México.
- Brailowsky, S. (2009). *Las sustancias de los sueños. Neuropsicofarmacología.* ED. Fondo de Cultura Económica. México.
- Botvin, G. & Griffin, K. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry.* Vol. 19. Num. 6. Pp. 607-615.
- Cáceres, D., Salazar I., Varela, M. y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de

riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*. Vol. 5, Núm. Pág. 521-534.

Calleja, N., Pick, S., Reidl, L. y González-Forteza, C. (2010). Programas de prevención de tabaquismo para mujeres adolescentes. *Salud Mental*. Vol. 33. Núm. 33. Pp. 419-427.

Carrasco, A.M. (2002). Covariación del consumo de alcohol con otras conductas de salud en adolescentes y factores psicosociales asociados. *Psicología y Salud*, 12 (2) 203-217.

Carrascoza, C. (2007). *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional autónoma de México.

Chance, P. (1999). *Aprendizaje y conducta*. Ed. Manual moderno. México.

Clapp, J., Reed, M., Holmes, R., Lange, J. & Voas, R. (2006). Drunk in public, drunk in private: The relationship between college students, drinking environment and alcohol consumption. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 32, 275-285.

CONADIC, (2010). *Programa sistema nacional para el tratamiento integral de las adicciones*. Extraído el 14 de abril de 2010 de, <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/sisttrat.pdf>

CONADIC, (2007). *Programa de cesación del tabaquismo en un hospital del tercer nivel. Terapia breve cognitivo-conductual*. Secretaria de Salud. México.

- Cooper, T., Heron, E. & Heward, W. (1987). En *Applied Behavior Analysis*. Merril Publishing Company; Columbus, Ohio.
- Cortes, M. (2012). *Resultados de un caso de dependencia al alcohol en el programa de satisfactores cotidianos (PSC)*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Cruz, S. (2007). Los diferentes grupos de drogas de abuso. En *Los efectos de las drogas. Sueños y pesadillas*. Trillas. México.
- Díaz, A., Díaz, L., Hernández, C., Narro, J., Fernández, H. y Solís, C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental*. Vol. 31, Núm. 4.
- DiClemenet, C. & Prochaska, J. (1982). Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behavior*. Vol. 7 Núm. 2. Pag.133-142.
- Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, M., Tiburcio, M. y Ayala, H. (2005). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2011). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.
- Fagerstrom, K., Kunze, M., Schoberger, N., Breslau., Hughes, R., Hurt, Puska, P., Ramstrom, L. & Zatonski, W. (1996). Nicotine

dependece versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tob. Control*, 5. 52-56.

Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C. y Medina-Mora, M. (2007). Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*. Vol. 30. Núm. 5.

Flórez, L. y Andrés, W. (2007). La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. En línea. Extraído el 30 de Mayo de 2013, http://www.docentes.unal.edu.co/lefloreza/docs/02_florezcarranza_entrevista%20motivacional_pacientes%20cronicos_APL.pdf

Fuentes-Pila, J.M., Calatayud, P., López, E. y Castañeda, B. (2005). La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotina-tabáquica. *Trastornos Adictivos Vol. 7. Núm. 3. Pág. 153-165*

Galván, J., Ortiz, A., Soriano, A. y Casanova, L. (2005). Tendencias del uso de drogas en la ciudad de México (1986-2003). Sistema de reporte de información sobre drogas. *Salud Mental*, Vol. 28, Núm. 3.

GATS, (2009). *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos: México*. Organización Panamericana de la Salud. México.

González, A. (2009). *Cultura de consumo de sustancias en un entorno universitario: un campo de significados y el contexto de sus manifestaciones*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.

- González, A. (2007). *Reporte de un caso típico de bebedor problema atendido con el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. Reporte de experiencia profesional. Maestría en Psicología de las Adicciones: Facultad de Psicología, UNAM.
- González, C., Barriga, J. y León, R. (2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e investigación en Psicología*. 01-jul 04.
- Henry, K. & Slater, M. (2007). The contextual effect of school attachment on young adolescents' alcohol use. *Journal of School Health*. 77 (2) 67-74.
- Henningfield, J., Reginald, V., Buchhalter, A. & Stitzer, M. (2005). The Fagerstrom Test of Nicotine Dependence. *Cancer Journal of clinicians*. Vol. 55. Núm. 5. Pp. 281-199.
- IAPA, (2012). *Consulta juvenil sobre adicciones en el Distrito Federal*. Instituto para la Atención y Prevención de las adicciones. IIS-UDES. UNAM.
- IESM-OMS (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en México*. Secretaria de Salud/Organización Panamericana para la salud/Organización Mundial de la Salud.
- Jinsook, K. & McCarthy, W. (2006). School-level contextual influences on smoking and drinking among Asian and Pacific Islander adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* En prensa.
- Kairouz, S. & Adlaf, E. (2003). Schools, students and heavy drinking: a multilevel analysis. *Addiction Research and Theory*. 11 (6). 427-439.

- Kumate, J. (Junio de 2013). *Percepción de Riesgo y Consumo de Drogas en Jóvenes Mexicanos. Centros de Integración Juvenil, A.C.* En línea. Extraído el 28 de Junio de 2013 de, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/jn2602pers.pdf>
- Ley general de salud (2009). *Nueva ley publicada en el diario oficial de la federación el 7 de febrero de 1984 texto vigente última reforma publicada DOF 30-12-2009.* En línea. Disponible en, <http://www.cddhcu.gob.mx/leyesbiblio/pdf/142.pdf>
- Lira, J. (2009). *Programa de intervención breve motivacional para fumadores y terapias de sustitución de nicotina: resultados de un ensayo clínico aleatorio controlado.* Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología de la UNAM.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*. Vol. 5, Núm. 1. Pag. 25-33.
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz, M. y Godoy, J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*. vol.15. núm. 2. pág. 127-136.
- López J. y Valdés, M. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.* Barcelona: Masson.
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación.* ED. Panamericana. México.

- MacMurran, M y Hollin, C (1989). The short Alcohol Dependence Data (SADD) questionnaire: Norms and reliability data for young offenders. *British Journal of Addiction*. Vol. 84. Pp. 315-317.
- Martín, J. (2002). Tratamientos psicológicos. *Adicciones*. Vol. 14, Supl. 1.
- Martínez, K., Ayala, H., Salazar, M., Ruiz, G. y Barrientos, V. (2005). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas*. México. Facultad de Psicología de la UNAM.
- Miller, R. y Rollnick, S. (1999) *La Entrevista Motivacional. Preparación para el cambio de conductas adictivas*. México. PAIDÓS.
- Monteiro, G. (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- Mora-Ríos, J., Natera, G. y Juárez, f. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*. Vol. 28. núm. 2.
- Nerín, I. y Córdoba, R. (2004). Tratamiento farmacológico. Terapia sustitutiva con nicotina. *Adicciones*. Vol. 16. Supl. 2.
- NIDA, (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones*. En línea. Extraído el 15 de marzo de 2013 de, <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>.

- NIDA, (2009). *Los cigarrillos y otros productos que contienen tabaco*. En línea. Extraído el 15 de marzo de 2013 de, <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-cigarrillos-y-otros-productos-que-contienen-tabaco>.
- OMS (2009). *Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol: proyecto de estrategia mundial*. Informe de la secretaria. Pág. 1-28.
- OMS, 2004. *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Organización Mundial de la Salud. En línea. Extraído el 15 de marzo de 2013 de, http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf.
- Osorio, E.; Ortega, N. y Pillon, S. (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Latino-am Enfermagem*, 12 (número especial) 369-375.
- Oropeza, R., Loyola, P. y Vázquez, F. (2003). *Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína*. México. Facultad de Psicología de la UNAM.
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Puls*. Vol. 32. Pp. 147-173.
- Reidl, L. y González, A. (2011). *Jóvenes, cultura y consumo de sustancias en contextos escolares*. Porrúa-UNAM. México.
- Rodríguez, E., Megías, I. y Navarro J. (Junio de 2013). *Jóvenes, tiempo libre y consumos de drogas: Modelos, vivencias y expectativas entre los jóvenes de Castilla-La Mancha*. FISCAM. En Línea, Disponible en,

http://www.od.jccm.es/portalNuevo/admin/modulos/publicaciones/pdf/85_43274t6n.pdf.

- Rojas-Guiot, E., Fleiz-Bautista y Villatoro, J. (2005). Tendencias del consumo de drogas de 1998 a 2005 en tres ciudades de la zona norte de México: Ciudad Juárez, Monterrey y Tijuana. *Salud mental*. Vol. 32, N°. 1. Pág. 13-20.
- Rubio, H. (2009). *Memorias congreso mundial de las adicciones. Centros de integración Juvenil*. México.
- Rubio, M. (2008). Evaluación de las leyes: lecciones de la criminología. *Revista de Economía Institucional*. Vol. 10. Núm. 19. Pág. 131-160.
- Sabines, C. (2012). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Salvador, M. y Ayesta, F. (2009). La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo. Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo Universidad de Cantabria: *Intervención Psicosocial*. Vol. 18. Núm. 3. Págs. 233-244.
- Sánchez, M., Moreno, M., Muñoz, M. y Pérez, P. (2007). Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. Un estudio descriptivo y relacional. *Apuntes de Psicología*. Vol. 25. Núm. Págs. 305-324.
- Sansores, R., Pérez, O., y Ramírez, A. (2010). Guías de atención médica para dejar de fumar. Una propuesta para Latinoamérica. *Salud pública de México*. Vol. 52. Suplemento 2.

- Sansores R, Ramírez-Venegas A, Espinosa-Martínez M y Sandoval R. (2002). Tratamientos para dejar de fumar, disponibles en México. *Salud Pública de México*. Vol. supl 1. Pp.116-124.
- Serván-Mori, E., Heredia, I., Reynales, L. y Bautista, S. (2012). Intervenciones para dejar de fumar en México: análisis de disponibilidad a pagar por un método efectivo de cesación. *Salud pública de México*. Vol. 54, No. 3.
- SSA, (2012). *Actualidades en Adicciones. Consumo de alcohol y tabaco en México: Libro 4*. Secretaria de Salud. México.
- SSA, (2008). *Programa de acción específico 2007-2010. Prevención y tratamiento de las adicciones*. Secretaria de Salud. México.
- SSA, (2001). *Programa de Acción: Adicciones y alcoholismo*. Secretaria de salud. México.
- Solomon, D., Battistich, V., Watson, M., Schaps, E. & Lewis, C. (2000). Six-district studies of educational change : direct and mediated effects of the child development project. *Social Psychology Education*. 4 (1). 3-51.
- Souza, M., Guisa, V. y Díaz, L (2005). Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva. *Rev Mex Neuroci*. Vol. 6. Núm. Pág. 411-425.
- Tapia, R. (2009). *El consumo de drogas en México: Diagnostico, tendencias y acciones*. En línea. Extraído el 10 de enero de, 2010 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM1-6.htm>.
- Tapia, R. (2001). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En *Las adicciones: Dimensión impacto y perspectiva*. Manual Moderno. México.

- Téllez, (2009). *Dinámica de consumo de alcohol en mujeres estudiantes de una institución de nivel superior*. Informe Profesional de Servicio Social. Facultad de Psicología. UNAM.
- Tiburcio, M. (2009). *Adaptación de un modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol en una comunidad indígena*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM
- Torres, G. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Rev. Colomb. Psiquiat.* Vol. 39.
- United Nations Office On Drugs And Crime [U.N.O.D.C.], (2009). *The 2009 World Drug Report, Vienna*. En línea. Extraído de www.unodc.org.
- Valdés-Salgado R, Lazcano-Ponce EC, Hernández-Ávila M. (2005). *Primer informe sobre el combate al tabaquismo*. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Vázquez, f. (2005). Intervenciones psicológicas y farmacológicas para dejar de fumar en fumadores con un trastorno depresivo. *Clínica y Salud*. Vol. 16. Núm. 3. Pp. 269-289.
- Wagner, F., González, C., Aguilera, R., Ramos, L., Medina, M. y Anthony, J. (2003). Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria de la ciudad de México. *Salud Mental*. Vol. 26. Núm. Pág. 22-32.
- WHO, (2009). *Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. En línea. Extraído el 15 de abril de 2013 de,

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. y Olson, J. (2003). *Psicología Social*. ED. Thompson. México.

Zwar, N., Richmond, R., Borland, R., Stillman, S. Cunningham, M. & Litt, J. (2004). *Smoking Cessation Guidelines for Australian general practice*. En línea. Extraído el 15 de marzo de 2014 de, <http://www.racgp.org.au/download/documents/Guidelines/smoking-cessation.pdf>