

TOMO II

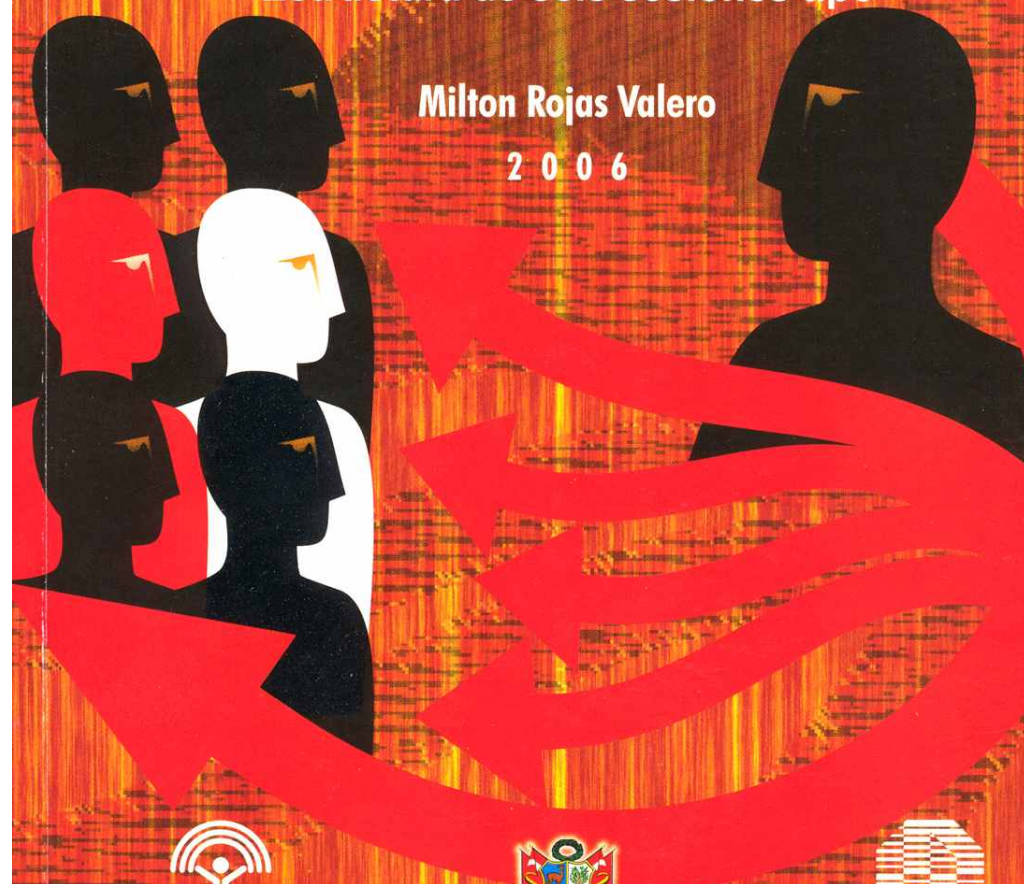
MANUAL DE CONSEJO PSICOLÓGICO Y PSICOTERAPIA MOTIVACIONAL EN CASOS DE DROGODEPENDENCIAS

Estructura de seis sesiones tipo

Milton Rojas Valero

2006

PSIKOLIBRO



CEDRO
CENTRO DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN
PARA LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS



REPÚBLICA DEL PERÚ



CONCYTEC
CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

TOMO II

MANUAL DE CONSEJO PSICOLÓGICO Y PSICOTERAPIA MOTIVACIONAL EN CASOS DE DROGODEPENDENCIAS

Estructura de seis sesiones tipo

Milton Rojas Valero

2 0 0 6

AGRADECIMIENTOS

Deseo dejar constancia de mi agradecimiento a las siguientes personas, quienes me facilitaron con sus vivencias, material bibliográfico, comentarios y sugerencias en la elaboración del presente documento:

A las y los consultantes del servicio Lugar de Escucha de CEDRO.

A los y las integrantes del equipo terapéutico de Lugar de Escucha de CEDRO.

A la Doctora Pilar Blanco, del Instituto de Drogodependencias Spiral de Madrid, España.

A la Doctora Nora Volkow, Directora del Instituto Nacional de Drogas de los Estados Unidos (NIDA), por las facilidades en la utilización de material bibliográfico y didáctico.

Al Doctor Juan José Llopis, Director de la Unidad de Conductas Adictivas, Castellón, España y coordinador de IREFREA.

A la Doctora Nuria Romo, del Departamento de Antropología de la Universidad de Granada España y,

A la Doctora Carmen Meses, de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.

A todos ellos GRACIAS.

P
S
I
K
O
L
I
B
R
O



CENTRO DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN
PARA LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS



REPÚBLICA DEL PERÚ



CONCYTEC
CONCEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA
E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

Equipo Terapéutico:

Milton Rojas Valero: Miembro Fundador y actual Encargado del programa “Lugar de Escucha” - CEDRO. Psicólogo, psicoterapeuta, Maestría en Drogodependencias (UPCH), ha llevado a cabo entrenamientos en Bogotá, Colombia (La Casa), New York (Day Top Inc) y Venecia, Italia (Villa Renata). Docente e investigador en el área de las adicciones.

Patricia Giraldo Waagner: Psicóloga, psicoterapeuta con Maestría en Drogodependencias (UPCH). Especialización en evaluación y diagnóstico psicológico en el Hospital Hermilio Valdizán, entrenamiento en el modelo comunidad terapéutica Day Top Inc. e Instituto Peruano de Psicología Cognitivo-Conductual (IPSICOC).

Maria Calvo Luna: Psicóloga, psicoterapeuta, con especialización en evaluación y diagnóstico psicológico en el Hospital Hermilio Valdizán y especialización en adicciones en poblaciones especiales (adolescentes)

Luís Espinoza Paul: Psicólogo, psicoterapeuta, con especialización en adicciones en el Hospital Víctor Larco Herrera y el Instituto Peruano de Psicología Cognitivo-Conductual (IPSICOC). Cursa Maestría en Drogodependencia (UPCH)

Azucena Ávalos Jara: Psicóloga, psicoterapeuta, con especialización en adicciones en el Centro de Rehabilitación de Ñaña e instituto INTERCOG (Instituto de Terapia Conductual Cognitiva). Cursa Maestría en Drogodependencias (UPCH)

Alonso Vergara Tassara: Psicólogo, estudios de post grado en drogodependencias (DEVIDA)

Selene Soto Soto: Psicóloga, psicoterapeuta.

Vanesa Oviedo Portugal: Psicóloga

INTERNOS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Lorena Claux Freitas (Universidad Peruana Cayetano Heredia)
Joshua Gonzáles Cárdenas (Universidad Peruana Unión)
María Fernanda Romero Neira (Pontificia Universidad Católica del Perú)
Melissa Crovetto Armèstar (Pontificia Universidad Católica del Perú)

MANUAL DE CONSEJO PSICOLÓGICO Y PSICOTERAPIA MOTIVACIONAL EN CASOS DE DROGODEPENDENCIAS

MILTON J. ROJAS VALERO
mrojas@cedro.org.pe

© Milton J. Rojas Valero - CONCYTEC
Subvención CONCYTEC No. 126-2006-CONCYTEC-OAJ
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2006-8659
Primera Edición: Octubre 2006
ISBN: 9972-50-057-8
Tiraje: 500 ejemplares

Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica
CONCYTEC
Presidente: Dr. Augusto Mellado Méndez
Calle Del Comercio No. 197, San Borja, Lima-Perú
www.concytec.gob.pe

Corrección y Edición : Alessandra Canessa
Cuidado de edición : Patricia Velasco
Diagramación : Percy López
Impreso por : Imprenta Just Print Sac
Rufino Torrico 642 - 5 Lima1 - Perú

Derechos Reservados: Prohibida la reproducción de esta publicación por cualquier sistema conocido sin la autorización escrita del autor de la presente publicación.

**MANUAL DE CONSEJO PSICOLÓGICO Y PSICOTERAPIA
MOTIVACIONAL EN CASOS DE DROGODEPENDENCIAS
Estructura de seis sesiones tipo**

RESUMEN

El presente manual está dirigido a profesionales de la salud, preferentemente del área de la salud mental: psicólogos, médicos, psiquiatras, neurólogos, enfermeras, así como educadores, consejeros calificados, agentes policiales, militares y ex consumidores de sustancias psicoactivas recuperados y habilitados adecuadamente.

El objetivo de este documento es que se adquiera el conocimiento necesario sobre los fundamentos básicos del Consejo Psicológico y las sesiones motivacionales, desde la perspectiva cognitivo conductual y humanista.

El manual comprende dos áreas trabajadas a través de dos módulos. El primer módulo, está referido a los principios básicos para el desarrollo de las sesiones, llámese Indicadores subjetivos del consumo de sustancias, la resistencia del cliente, la evaluación de los patrones de consumo de sustancias psicoactivas, consejo psicológico y motivación en padres de familia.

Igualmente se consideran los temas de adicción femenina, conceptos básicos sobre terapia farmacológica, evaluación clínica, mecanismos celulares y bioquímicos de la dependencia cocaínica, consumo, abuso y dependencia de alcohol; pruebas toxicológicas en la detección del

**HANDBOOK OF PSYCHOLOGICAL ADVICE AND MOTIVATION
PSYCHOTHERAPY IN CASES OF DRUG ABUSE
Structure of six sample sessions**

SUMMARY

The present handbook has been created for health professionals, preferably in the mental health area, such as psychologists, physicians, psychiatrists, neurologists, so as educators, qualified counsellors, police agents, military and even former consumers of psychoactive substances who have recovered and have been properly treated.

This handbook is meant to provide such professionals with the necessary knowledge on the basic principles of Psychological Advice and motivational sessions from a cognitive, conductual and humanist perspective.

The handbook comprises two different areas presented through two modules. The first module focuses on the basic principles needed for the session development, such as subjective indicators of substance consumption, patient's resistance, assesment of psychoactive substance abuse patterns, psychological advice and parent motivation.

Likewise, female addiction issues, basic concepts of pharmacological therapy, clinic assessment, cellular and biochemical mechanisms of cocaine dependency, alcohol consumption, abuse and dependency; toxicological test for substance consumption detection and emergencies related to substance use and abuse are considered.

PSIKOLIBRO

The second module analyses the development of six sessions with subjects treated in the following order: welcome and beginning, techniques based on information, strengthening of motivation and commitment to interrupt the consumption, stimulus control, skills to refuse the consumption, and intervention in automatic thoughts.

The general motivation session pattern is characterised by a reduced number of sessions, a stable therapeutic relationship, an effort to collaborate from both the therapist or counsellor and the patient, and the use of the Socratic or inductive method. The session is carried out in a semi-structured or semi-directed environment, in order to build an educational model that the patients will be able to learn from at any time of their lives for the adequate management of their experiences.

The development of each one of the sessions is monitored with a Cognitive, Conductual and Humanist Approach. It is important to mention that one of the benefits derived from the use of these samples is that whoever does so in order to face everyday problems will evolve as a counsellor or therapist by applying to him/herself the tools described in this handbook.

consumo de sustancias y emergencias asociadas al uso y abuso de sustancias.

En el segundo Módulo se contempla el desarrollo de 6 sesiones cuyos temas son tratados en el siguiente orden: acogida y apertura, técnicas basadas en la información; afianzamiento de la motivación y el compromiso para interrumpir el consumo, control de estímulos, habilidades para el rechazo del consumo e intervención en pensamientos automáticos.

El esquema general de las sesiones motivacionales está caracterizado por la brevedad del número de sesiones, la relación terapéutica estable, el esfuerzo de colaboración entre el consejero o el terapeuta y el consultante y el uso del método socrático e inductivo. Este panorama se desarrolla bajo un espacio estructurado y semi-directivo, con la intención de constituirse en un modelo educativo, cuyo aprendizaje podrá ser aprovechado por los consultantes en cualquier instante de sus vidas para el adecuado manejo de sus experiencias.

A través de los enfoques Cognitivo Conductual y Humanista se monitorea el desenvolvimiento de cada una de las sesiones. Es importante mencionar que uno de los beneficios de utilizar estos modelos, es que quien lo haga y frente a los problemas cotidianos, podrá crecer como consejero o terapeuta aplicando a su persona las herramientas que se describen en este manual.

PSIKOLIBRO

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	13
MÓDULO I	
PRINCIPIOS BÁSICOS PARA EL DESARROLLO DE LAS SESIONES	
1.1. TEMA I: INDICADORES SUBJETIVOS DEL CONSUMO DE SPAS	17
1.1.1. Signos de posible consumo de SPAs pueden ser:.....	17
1.1.2. Marihuana	17
1.1.3. Clorhidrato de cocaína	19
1.1.4. Pasta básica de cocaína	20
1.2. TEMA II: LA RESISTENCIA. CONSULTANTES PRECONTEMPLADORES (CLIENTES RETICENTES O REACIOS)	22
1.3. TEMA III: EVALUACIÓN DE LOS PATRONES DE CONSUMO DE SPAS ..	26
1.4. TEMA IV: CONSEJO PSICOLÓGICO Y MOTIVACIÓN EN PADRES DE FAMILIA CON HIJO O HIJA DROGODEPENDIENTE	30
1.4.1. Demostración de las relaciones familiares	31
1.4.2. Consejería familiar. Algunas prescripciones	33
1.5. TEMA V: ADICCIÓN FEMENINA	37
1.5.1. Aspectos clínicos considerando la especialización	38
1.5.2. Sugerencias y consejos prácticos en adicción femenina	40
1.6. TEMA VI: TERAPIA FARMACOLÓGICA Y EVALUACIÓN CLÍNICA	42
1.6.1. Terapia farmacológica	42
1.6.2. Evaluación y diagnóstico médico a través de la neuroimagen	42
1.6.3. Evaluación y diagnóstico psicológico	44

MÓDULO II

ESTRUCTURA DE LAS SEIS SESIONES TIPO	73
2.1. PRIMERA SESIÓN: ACOGIDA Y APERTURA	75
2.2. SEGUNDA SESIÓN: TÉCNICAS BASADAS EN LA INFORMACIÓN	82
2.3. TERCERA SESIÓN: AFIANZAMIENTO DE LA MOTIVACIÓN	86
2.4. CUARTA SESIÓN: CONTROL DE ESTÍMULOS	95
2.5. QUINTA SESIÓN: HABILIDADES PARA EL RECHAZO DEL CONSUMO	99
2.6. SEXTA SESIÓN: PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	107

ANEXO

INSTRUMENTO 1. FICHA DE ATENCIÓN	121
INSTRUMENTO 2. INVENTARIO DE ANSIEDAD DEL CONTROL DE TU ESTADO DE ÁNIMO	128
INSTRUMENTO 3. BALANCE DECISIONAL	131
INSTRUMENTO 4. URICA ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND	133
INSTRUMENTO 5. CUESTIONARIO DE PROCESOS DE CAMBIO	138
INSTRUMENTO 6. CUESTIONARIO DE CRAVING DE ROGERS D. WEISS	143
INSTRUMENTO 7. AUDIT. TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: VERSIÓN ENTREVISTA	146
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	149
RED DE DERIVACIÓN Y DE AYUDA EN CASOS DE ADICCIONES	151
RED INTERNACIONAL DE AYUDA	161

PSIKOLIBRO

1.7. TEMA VII: MECANISMOS CELULARES Y BIOQUÍMICOS EN LA DEPENDENCIA COCAÍNICA	45
1.7.1. Descripción y análisis	46
1.8. TEMA VIII: CONSUMO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL	48
1.8.1. Descripción y análisis de las zonas o niveles, según Babor y Higgins-Biddle	48
1.8.2. ¿Qué es una bebida estándar?	51
1.8.3. ¿Cómo calcular el contenido de alcohol en una bebida?	52
1.8.4. Riesgos asociados al abuso y dependencia de bebidas alcohólicas	53
1.8.5. Procedimientos	53
1.8.6. ¿Qué es un consumo de bajo riesgo?	53
1.8.7. ¿Cómo puede cambiar sus hábitos de consumo de alcohol?	55
1.8.8. Buenas razones para beber menos	55
1.9. TEMA IX: PRUEBAS TOXICOLÓGICAS EN LA DETECCIÓN DEL CONSUMO DE SPAS	57
1.9.1. El test de cabello	58
1.9.2. El test de orina	59
1.9.3. Las cadenas de seguridad y custodia	60
1.9.4. Interpretación de los resultados	60
1.9.5. Detección en el trabajo y deportes	61
1.9.6. Aspectos legales y éticos	61
1.10. TEMA X: EMERGENCIA ASOCIADA AL USO Y ABUSO DE SPAS	62
1.10.1. Diagnóstico de la dependencia	63
1.10.2. Diagnóstico de abuso	64
1.11. TEMA XI: LA DERIVACIÓN DEL CASO	67
1.11.1. Aspectos clínicos	67
1.11.2. Aspectos económicos	67
1.11.3. Aspectos geográficos	68
1.11.4. Estructura de las sesiones	68

INTRODUCCIÓN

El Manual de Consejo Psicológico y Terapia Motivacional en Casos de Drogodependencias está dirigido a profesionales de la salud, preferentemente del área de la salud mental: psicólogos, médicos, psiquiatras, neurólogos, enfermeras, así como educadores, consejeros calificados, agentes policiales, militares y ex consumidores de sustancias psicoactivas recuperados y habilitados adecuadamente.

Su objetivo es brindar los conocimientos necesarios sobre los fundamentos básicos del consejo psicológico y las sesiones motivacionales, desde la perspectiva cognitivo conductual y humanista.

Este manual comprende dos áreas de trabajo, divididas en módulos.

El primer módulo está referido a los principios básicos para el desarrollo de las sesiones, estos son: indicadores subjetivos del consumo de sustancias, la resistencia del cliente, la evaluación de los patrones de consumo de sustancias psicoactivas, consejo psicológico y motivación en padres de familia. Igualmente, considera temas de adicción femenina, conceptos básicos sobre terapia farmacológica, evaluación clínica, mecanismos celulares y bioquímicos de la dependencia cocaínica, consumo, abuso y dependencia de alcohol; pruebas toxicológicas en la detección del consumo de sustancias y emergencias asociadas al uso y abuso de sustancias.

El segundo módulo contempla el desarrollo de seis sesiones tipo, cuyos temas son tratados en el siguiente orden: acogida y apertura; técnicas basadas en la información; afianzamiento de la motivación y el compromiso para interrumpir el consumo; control de estímulos; habilidades para el rechazo del consumo; e intervención en pensamientos automáticos.

El esquema general de las sesiones motivacionales está caracterizado por la brevedad del número de sesiones, la relación terapéutica estable, el

MÓDULO I

PRINCIPIOS BÁSICOS PARA EL DESARROLLO DE LAS SESIONES

esfuerzo de colaboración entre el consejero o el terapeuta y el consultante y el uso del método socrático e inductivo. Este panorama se desarrolla bajo un espacio estructurado y semidirectivo, con la intención de constituir un modelo educativo, cuyo aprendizaje podrá ser aprovechado por los consultantes en cualquier instante de su vida para el adecuado manejo de sus experiencias.

A través de los enfoques cognitivo conductual y humanista se monitorea el desenvolvimiento de cada una de las sesiones. Es importante mencionar que uno de los beneficios de utilizar estos modelos es que quien los emplee, frente a los problemas cotidianos, podrá crecer como consejero o terapeuta, aplicando a su persona las herramientas que se describen en el manual.

Consideramos la metodología del consejo psicológico y de la entrevista motivacional como mecanismos de aprendizaje, reaprendizaje de conductas, experiencias que facilitan al cliente, consultante alcanzar niveles adaptativos óptimos, permitiéndole iniciar un camino de integración familiar, social y laboral, que antes no tenía debido a su comportamiento adictivo.

Así, por ejemplo, las deformaciones cognitivas asociadas al mantenimiento del consumo pueden ser exploradas, intervenidas y corregidas con el fin de contribuir en la reestructuración general del cliente o consultante.

Por otro lado, es a partir de los perfiles generados en las sesiones de consejo psicológico y de inducción-motivación practicados en el Programa "Lugar de Escucha" de CEDRO, que se intenta transmitir este modelo de intervención, que podrá ser utilizado en un tratamiento desadictivo y como pronosticador del desenvolvimiento del caso.

Se considera que los conocimientos teóricos-prácticos del clínico experimentado facilitarán y harán más cuidadosa la lectura y aplicación del presente manual, el mismo que servirá como marco de referencia para el consejero o clínico menos experimentado o en fase de formación.

CUADRO 1

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE INTOXICACIÓN
POR CANNABIS, SEGÚN EL DSM IV

1.1. TEMA I

INDICADORES SUBJETIVOS DEL CONSUMO DE SPAS

Es complejo hablar de indicadores de consumo de sustancias psicoactivas (SPAs) ilegales, particularmente cuando aún no se ha establecido la dependencia, dado que un grupo importante de indicadores de consumo se superponen con características de otros comportamientos desadaptativos.

Por ejemplo, los siguientes aspectos físicos, psicosociales y cognitivo-motivacionales: ojos inyectados o rojos, irritabilidad, alejamiento de la familia, pérdida de peso y otros pueden presentarse por otras razones, pero también pueden servir como pautas a considerar en la evaluación inicial en el consumidor o consumidora.

Así, al intentar dilucidar la presencia de consumo de SPAs habrá que considerar un conjunto de características, signos y síntomas.

Del mismo modo, se adjuntan los criterios clínicos, según el DSM IV, en la caracterización de la intoxicación por marihuana y cocaína, aspectos que pueden servir como base para registrar la presencia de consumo.

1.1.1 Signos de posible consumo de SPAs pueden ser:

1.1.2. Marihuana

Características físicas: Ampollas o quemaduras en los dedos, puede haber delgadez, exagerado apetito, pupilas muy dilatadas o muy pequeñas (puntiformes).

- a. Consumo reciente de marihuana.
- b. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej.: deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o al poco tiempo después del consumo de marihuana.
- c. Dos (o más) de los siguientes síntomas que aparecen a las 2 horas del consumo de marihuana:
 - 1. Inyección conjuntival.
 - 2. Aumento de apetito.
 - 3. Sequedad de boca.
 - 4. Taquicardia.
- d. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

1.1.3. Clorhidrato de cocaína

Características físicas: Puede haber delgadez (pérdida de apetito), palidez, destilación nasal, sangrado de las fosas nasales. En el caso de adultos: déficit o interrupción de la actividad sexual.

Características psicosociales: Agresividad, hiperactividad, paranoia, mentiras frecuentes, manipulaciones, déficit motivacional, insomnio, celotipia, etc.

Características cognitivo-motivacional: Déficit motivacional, intensificación de las ideas y concepciones irracionales, deterioro del juicio, etc.

Evidencias: Frecuente destilación nasal, heridas o sangrado de las fosas nasales, residuos de cocaína (polvo blanco, cristalino, parecido al polvo de hornear).

PSIKOLIBRO

Nombre común y jerga respecto del consumo de cocaína:

- “Cloro”, “coca”, “chamo”, “blanca”.
- “King size” (envoltura grande de cocaína), “paco” (envoltura de cocaína), “coquero” (consumidor de cocaína), “tiros” (número de aspiraciones de cocaína), “jalón” (aspiración fuerte de cocaína), “thriller”, “duro” (estar bajo los efectos de la cocaína); “raya” “línea” (cocaína en línea lista para el consumo); “reventón” (consumo excesivo de cocaína); “patear” “bambear”, “rebajar” (adulterar la cocaína); “noica”, “perseguilona” “perseguidora” (efectos de paranoia, frecuentemente durante la intoxicación); “bajón” “depre” (efectos post consumo); “lora” (habla incansablemente, verborrea).

1.1.4. Pasta básica de cocaína.

Características físicas: Delgadez, cambios en el color de la piel (plomizo), deterioro dental, caída del cabello, ampollas en los dedos, ojeras, problemas estomacales.

Características psicosociales: Invierte ciclo de vida: de día duerme y de noche sale a la calle. Comportamiento antisocial o psicopático¹ (deshonestidad, cinismo, manipulaciones, mentiras frecuentes, robos, etc.). Comportamientos delincuenciales, agresividad, hambre de droga, frecuente gente de dudosa reputación o consumidores.

Características cognitivo-motivacional: Deterioro del juicio, inmadurez patológica, déficit motivacional.

Evidencias: Residuos de PBC (polvo de color crema, pastoso con grumuelos), habitualmente envueltos con papel periódico o papel común. Hallazgo de “palitos” de fósforo partidos por la mitad. Al fumar la droga despiden un olor fétido penetrante.

¹ En el contexto psicopatológico, los trastornos antisociales o psicopáticos inducidos por sustancias psicoactivas son de tipo II: es decir, luego de la instalación de la dependencia se incorpora una gama de comportamientos antisociales, en muchos casos delincuenciales. El trastorno psicopático tipo I, o primario, se refiere a comportamientos antisociales que devienen desde la niñez.

Características psicosociales: Irritabilidad, agresividad, mentiras frecuentes, bajo rendimiento, puede haber deserción escolar, alejamiento de la familia.

Características cognitivo-motivacional: Marcado desinterés por los estudios, por las relaciones familiares y sociales, ideas y pensamientos pro consumo.

Evidencias: Residuos de marihuana (hierba seca de color verde), que al fumarse despiden un olor característico penetrante, el mismo que se impregna en la ropa, hallazgos de frascos descongestionantes oculares (colirio).

Nombre común y jerga respecto del consumo de marihuana:

- “Pito”, “pitillo”, “huiro”, “marimba”, “troncho”, “grifa”, “Mary Jane”, “hierba”, “ganja”.
- “Chicharra”, “pava” (residuos de la marihuana); “moño” (hoja de la marihuana, no tiene pepa); “mixto” “misterio” (cigarrillo de marihuana mezclada con PBC); “mix rey” “mix coca” (cigarro de marihuana y cocaína), “bembos” (fumar marihuana con cocaína), “pitada” (una fumada), “stone” (estar bajo los efectos de la marihuana), “mixto de reyes” (marihuana con cocaína), “burro” (cigarrillo grande de marihuana), “yoins” (cigarrillo de marihuana); “mariguanero” “macoñero” (adicto a marihuana).

Tipos de marihuana en nuestro medio

Tradicionales: “La ponzoña”, “moño rojo”, “roja”.

No tradicionales: “Super skunk” (una de ellas, “la hidropónica”), “índica”, “purple haze”, etc.

Los criterios a considerar en la intoxicación por cannabis no dependiente se presentan en el cuadro 1.

Nombre común y jerga respecto del consumo de pasta básica de cocaína:

- "Pai", "pastel", "pasta", "PBC". Tola.
- "Tabacazo", "clavo" (mezcla de PBC con cigarrillo); "kete" (envoltura de PBC); "pastrulo", "pastelero" (adicto a PBC); "tamal" (envoltura grande de PBC), "trixto" (mezcla de PBC, tabaco y marihuana); "duro" "muda" (efectos durante la intoxicación).

En lo que se refiere a las principales características clínicas y nombres comunes de las SPAs químicas o sintéticas, ver Tomo I, capítulo 6.

influenciada por otros factores, como los familiares, sociales, etc. La persistencia de la resistencia es un indicador de la necesidad de un cambio de estrategia, dado que es posible que se estén utilizando estrategias que no corresponden al estadio en el que se encuentra el consumidor.

El verdadero arte de la psicoterapia se somete a examen en el reconocimiento y manejo de la resistencia. En esta etapa el drama del cambio se desvela.

CUADRO 2

CUATRO CATEGORÍAS DE LA CONDUCTA DE RESISTENCIA DEL CONSUMIDOR DE SPAS, SEGÚN W. MILLER Y S. ROLLNICK

1. Argumentar. El cliente pone a prueba la habilidad, nivel de conocimiento o manejo del tema del C o T.
 - Retar. Pone a prueba de forma directa lo que el C o T ha dicho.
 - Desvalorización. Cuestiona la autoridad personal del C o T y particularmente sus conocimientos.
 - Hostilidad. Explicita su hostilidad de forma directa hacia el C o T.
2. Interrumpir. El cliente corta e interrumpe al C o T de forma defensiva.
 - Discutir. Habla mientras que el C o T está aún hablando, sin esperar un momento en que se produzca una pausa o un silencio.
 - Cortar. Corta con palabras claramente intencionadas al C o T.
3. Negar. El consultante expresa no querer reconocer los problemas ni cooperar, aceptar la responsabilidad o aceptar un consejo.
 - Culpabilizar. Da culpa a los demás de sus problemas.
 - Estar en desacuerdo. Está en desacuerdo con la sugerencia dada por el C o T, sin ofrecer una alternativa constructiva.
 - Excusarse. Utiliza excusas para justificar su comportamiento pro consumo.
 - Reclamar la impunidad. Asegura que no corre peligro alguno.
 - Minimización. Alude a que el C o T exageran los riesgos o peligros.
 - Pesimismo. Hace comentarios generales sobre sí mismo o sobre los demás, que son pesimistas, auto-culpabilizadores o de tono negativo.
 - Reticencia. Expresa reservas y reticencia sobre la información o el consejo dado.
 - No querer cambiar. Expresa falta de deseo por cambiar, o intención de no cambiar.

4. Ignorar. El cliente da señales de no seguir o de ignorar al C o T.
- Falta de atención. Su respuesta indica que no está siguiendo o no está atendiendo al C o T.
 - Falta de respuesta. Cuando responde a las preguntas del C o T, da una respuesta que no es adecuada a la pregunta.
 - No respuesta. Da una respuesta no audible o no verbal a la pregunta del C o T.
 - Desviarse. Cambia la dirección de la conversación que el C o T sigue.

Adaptado de Miller y Rollnick (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas.*

CUADRO 3

CÓMO TRABAJAR LA RESISTENCIA DEL CLIENTE

¿QUÉ HACER?	¿QUÉ NO HACER?
<ul style="list-style-type: none"> - No detenerlo, si no desea permanecer en el consultorio. - Informarle sobre la confidencia de datos y el respeto a su privacidad. - Frente a la resistencia: evitar que surja o aumente la resistencia. - Invitar a conversar de otros temas o aspectos de su vida. - Debe quedar claro que se respetará su actitud o posición frente al consumo. - Preguntar cuidadosamente: ¿cuáles son ventajas que encuentra por el hecho de estar en consumo? - Asumir una actitud de escucha activa. - Explorar la elaboración y el curso de sus argumentos para sostener el consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar de detenerlo, si no desea permanecer en el consultorio. - No informarle sobre los aspectos relacionados con la confidencia. - Frente a la resistencia: confrontar a el o la cliente. - Insistir en el tema de las drogas. - Tratar de convencerlo denodadamente respecto a la interrupción del uso. - Describir las ventajas de la abstinencia. - No dejar hablar al consultante. - No prestarle atención a los aspectos cognitivos (creencias, ideas, mitos), así como a los mecanismos de defensa pro consumo (auto-engañó, negación, racionalización, etc.).

1.2. TEMA II

1.2 La resistencia. Consultantes pre-contempladores (Clientes Reticentes o reacios)

Para Miller y Rollnick (1991) y Miller (2001), el estilo con que se afronte la resistencia esperada de parte del adicto o adicta es extremadamente importante en la entrevista motivacional. Contrariamente a lo trabajado por otros enfoques, caracterizados por un estilo confrontacional tradicional, en las sesiones motivacionales se trata de evitar que la resistencia surja o aumente.

Es previsible que un grupo importante de usuarios y usuarias de SPAs no estén interesados en interrumpir el consumo son los que se podrían denominar como pre-contempladores.

Sin embargo, otro grupo importante de usuarios puede acudir a solicitar ayuda, aunque por una “ganancia secundaria” (para evitar el abandono de la esposa o esposo, o pareja, por problemas policiales o judiciales, etc.; en el caso de adolescentes, para obtener algún premio, etc.). Otro grupo acudirá a consulta coaccionado, denotando una total falta de interés por escuchar o introducir algunos cambios en su vida.

Aspectos a considerar

La forma cómo se afronta la resistencia es un tema fundamental en las sesiones motivacionales.

La resistencia guarda relación con los estilos y rasgos de personalidad de los consejeros o terapeutas (en adelante Cs o Ts), pero también está

P S I K O L I B R O

CUADRO 4

ARGUMENTOS COMUNES QUE ESGRIMEN CONSUMIDORES Y CONSUMIDORAS, COMO PARTE DE LA RESISTENCIA Y LA CONTINUACIÓN DEL CONSUMO

1. "No soy adicto, solo consumo marihuana una vez a la semana...".
2. "No puedo dejarlo porque todos lo hacen...".
3. "No es necesaria la ayuda, dejaré de consumir solo...".
4. "Dejaré de consumir cuando yo lo decida...".
5. "No soy adicta, solo tomo bebidas alcohólicas con cocaína...".
6. "Fumar marihuana me relaja y me hace sentir bien...".
7. "Fumar marihuana no presenta riesgo alguno, dado que tiene usos terapéuticos...".
8. "Conozco a miles de fumadores de marihuana que no tienen ningún problema de salud...".
9. "Soy amigo de mucha gente que consume cocaína, tienen mucho dinero, son profesionales, tienen mucho prestigio, algunos son personajes importantes y nunca han tenido problemas...".
10. "Yo, solo marihuana, nada de drogas químicas. Soy de la onda ecológica...".
11. "Mis padres fueron hippies, el consumo de marihuana no les ha traído ningún problema. Además son personas exitosas...".
12. "En muchos países el consumo de marihuana es legal...".
13. "Dejaré la cocaína y las drogas, pero no la marihuana...".
14. "Yo, solo drogas sintéticas. Cocaína, marihuana son drogas para los tíos...".
15. "No soy adicto porque no consumo diariamente...".
16. "Yo, solo coca, la PBC es dañina y es para el pueblo...".

Resulta importante estudiar y determinar los efectos de las SPAs (como marihuana o cocaína) en usuarios experimentales, persistentes y adictos.

Como se presenta en el gráfico 1, es importante establecer la diferenciación entre el uso funcional de una SPA y el abuso de ella, que es disfuncional, considerando a la vez el patrón característico en una cultura para cada SPA o la combinación de ambas.

El *uso de la sustancia* tiene que ver con un comportamiento específico, que está en consonancia con el bienestar externo e intra-psíquico del usuario, más bien cuando la conducta se torna disfuncional o comienza a interferir con el propio ajuste del usuario, se habla de abuso de la sustancia.

La Comisión Nacional del Abuso de Marihuana y Drogas, en su segundo informe al Presidente de los Estados Unidos y al Congreso en 1973, describió cinco patrones de comportamiento en el consumo de marihuana, que han sido aceptados y aplicados en la práctica y literatura especializada de otras SPAs (cocaína, heroína, PCP, etc.).

El propósito del gráfico 1, siguiendo a Ungerleider (1980), es desarrollar una tipología del uso de SPAs para considerar el primer consumo de sustancias (consumo experimental), como un comportamiento que asume un adolescente y que produce riesgo; sin embargo, no representa un comportamiento adictivo.

El segundo tipo de comportamiento en SPAs es el uso *recreacional o social-recreacional*. El consumo de sustancias de manera recreativa se hace por sus efectos, que al realizarse en un contexto social, no suele escalar a patrones de uso descontrolado. En esta situación, el riesgo de "enganche" con la sustancia tampoco es alto.

El siguiente tipo de uso de SPAs es el *uso habitual o circunstancial*. Se refiere al uso de la sustancia por alguna razón específica; por ejemplo, el de aquellas personas que consumen anfetaminas con el fin de incrementar su estado de vigilia y alerta o los conductores de camiones

que manejan largas distancias y tienen que permanecer despiertos, o estudiantes universitarios y de post-grado que se preparan apresuradamente para sus exámenes o atletas y futbolistas que ingieren grandes dosis orales de estimulantes el día del evento. También pueden ser considerados en este nivel de consumo aquellas personas que se automedican con psicofármacos.

La siguiente categoría es la del *uso intensificado* de sustancias. Se define como uso abusivo o excesivo el que ya empieza a interferir con los niveles de funcionalidad de la persona, tanto en el trabajo o escuela como en las relaciones sociales y familiares.

Puede ser que las perturbaciones intrapsíquicas no sean muy aparentes o medibles en términos de comportamiento, pero son rápidamente detectables cuando se sostiene una entrevista con el consultante.

El uso abusivo o intensificado puede haber comenzado para aliviar o mitigar la tensión o alteraciones del humor, pero el uso regular puede conducir a la dependencia.

Los patrones de *uso compulsivo* de SPAs o dependencia refieren comportamientos en los que el obtener la sustancia, las fuentes de financiamiento y el uso compulsivo se convierten en la principal actividad del usuario, con exclusión de otras actividades. La constante preocupación por obtener la sustancia es aquí un hecho saltante. Un buen ejemplo es el adicto de PBC, el "pastómano", que llega a tener una filosofía de vida atípica y formar parte de una subcultura.

El cuadro de la tipología del comportamiento se complica por una variedad de factores. El primero es que una persona puede consumir la sustancia por diferentes razones y en diferentes momentos de su vida, pero no hay dos personas que usen SPAs exactamente por las mismas razones.

Finalmente, sobre la base del gráfico 1, al observar las líneas paralela y vertical, encontramos dos términos poco familiares para la mayoría.

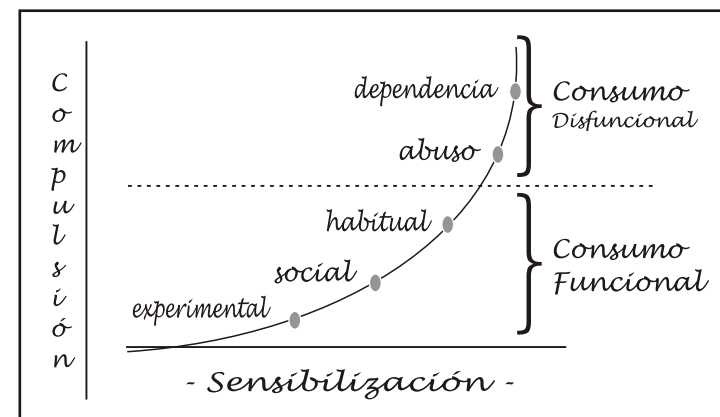
1.3. TEMA III

EVALUACIÓN DE LOS PATRONES DE CONSUMO DE SPAs

El gráfico 1 ilustra sobre la importancia de separar los patrones de comportamiento disfuncional o patológico en sustancias como la marihuana, llamado comúnmente dependencia o adicción uso intensificado / compulsivo; de los patrones de comportamiento funcional o no patológico, denominado comúnmente uso experimental, social y habitual.

Ungerlaider (1980) ya advertía que la estratificación de estos dos patrones de uso permite considerar las diferentes opciones socio-políticas, las que son ramificaciones naturales de la apreciación del comportamiento, más que de la droga simplemente.

GRÁFICO 1
PATRONES DE CONSUMO DE COCAÍNA



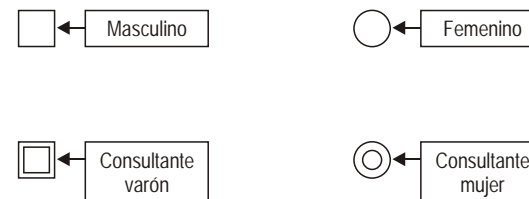
Adaptado de Ungerlaider (1980)

Por un lado, la *sensibilización*, concepto aplicado a estimulantes como la cocaína o las anfetaminas. Esto quiere decir que puede ocurrir tolerancia invertida o *sensibilización*. Se trata de un incremento de la reacción en el organismo del usuario originado por la repetición de la misma dosis del estimulante. La sensibilización es resultado de una desviación hacia la izquierda de la curva de dosis-respuesta. Si aplicamos esto en el gráfico podemos apreciar que cuanto más uno se aleja del consumo funcional, mayor es el incremento de la sensibilización.

Otro término es la *compulsión*, que se define como la necesidad o “hambre de droga” que generan determinadas SPAs, como los derivados cocaínicos y los opiáceos. En este sentido observamos que cuanto más se prolongan los patrones de consumo, sobre todo en el consumo patológico, se espera un incremento importante de la compulsión por el consumo.

ilustrar básicamente el mapa de una familia, aspecto que ayudará a tener una idea clara de la estructura familiar del o la demandante. También permite registrar la información sobre la familia y el delineado de las relaciones familiares.

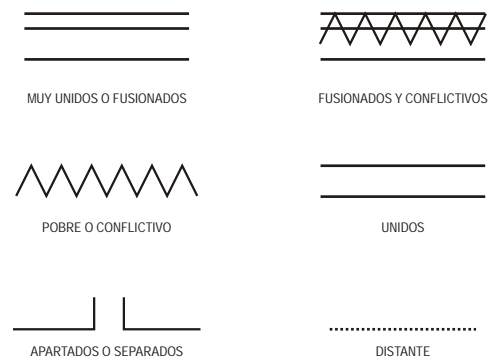
Los siguientes símbolos dan cuenta de la representación del género.



1.4.1. Demostración de las relaciones familiares

Otro nivel en la construcción del genograma familiar es el que comprende el trazado de las relaciones entre los miembros de una familia, que está basado en el informe de los miembros de la familia y en observaciones directas. Se utilizan distintos tipos de líneas para simbolizar las diferentes formas de relación entre dos miembros de la familia.

Los siguientes símbolos pueden resultar útiles en la práctica del consejo psicológico en drogodependencias:



El gráfico 2 representa la estructura familiar completa o nuclear intacta y la respectiva ubicación de los hijos e hijas, el gráfico 3 ilustra cómo considerar el fallecimiento del padre, mientras que el gráfico 4 ilustra cuando en el sistema hay separación o divorcio.

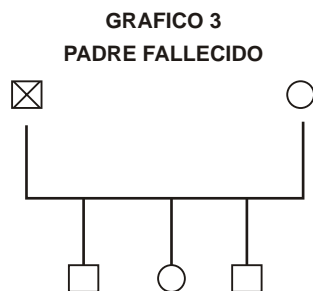
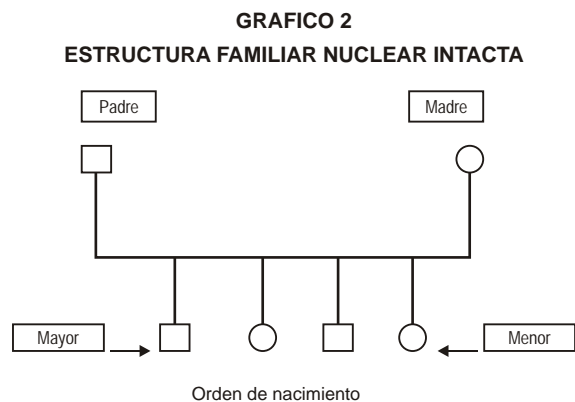
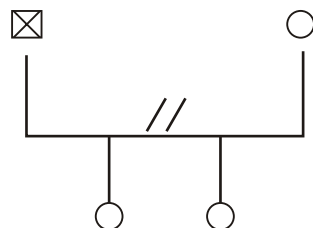


GRÁFICO 4
EL PADRE SE HA IDO O PADRES SEPARADOS



1.4. TEMA IV

CONSEJO PSICOLÓGICO Y MOTIVACIÓN EN PADRES DE FAMILIA CON HIJO O HIJA DROGODEPENDIENTE

Numerosos autores señalan a través de sus investigaciones la necesidad de seguir estudiando a la familia por la influencia que ejerce en la etiología, mantenimiento e interrupción del consumo de SPAs de uno de sus miembros. La Organización Mundial de la Salud en su Reporte 731 (1986), ya señalaba como factores de riesgo para el uso y abuso de SPAs: vivir fuera del hogar, alienación de la familia, hogares rotos, control parental relajado, entre otros.

Este tópico pretende informar e introducir a la familia más cercana al consumidor o consumidora respecto de la importancia del rol de cada miembro del sistema en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del caso.

Diagramación de genogramas para la evaluación familiar

Desde la perspectiva sistémica, McGoldrick y Gerson (2000) consideran al genograma como un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia. El diagrama presenta la información en forma gráfica, de manera tal que proporciona una rápida gestalt de complejas normas familiares y una buena fuente de hipótesis de trabajo.

Por lo general, el genograma se construye en la primera sesión y luego se ingresan datos que van configurando el esquema y las interacciones del sistema familiar.

En este caso, por tratarse de sesiones de consejo psicológico, se intentará

PSIKOLIBRO

1.4.2. Consejería familiar. algunas prescripciones

Una forma de motivar e involucrar a los integrantes de la familia, a través de las sesiones de consejo psicológico y el posterior tratamiento, es ilustrando y describiendo cómo la familia suele delimitar una línea imaginaria que diferencia entre los sanos del “enfermo adicto”² (gráfico 5).

GRÁFICO 5
LA FAMILIA RESPECTO DEL “ENFERMO-ADICTO”



² Desde la perspectiva de salud, aún considerando que la drogodependencia es una enfermedad, se sugiere que el término enfermedad sea manejado con prudencia frente al consultante consumidor de SPAs y la familia: dado que la connotación que conlleva, puede contribuir en el desgan y el déficit motivacional, como quiera que en nuestro medio los “enfermos” solo reciben ayuda, y habitualmente la familia gira en torno al “paciente”.

Así, uno de los miembros puede manejar la dependencia como una enfermedad progresiva, y asumir que, como tal, habría que tratarla en un centro especializado; otro miembro puede tratar el tema como si fuera estrictamente de “fuerza de voluntad”.

Un siguiente miembro puede manejar el concepto como un tema de adolescencia, como si fuera un comportamiento pasajero que se interrumpirá eventualmente para estabilizarse al ingresar a la juventud.

Finalmente, el padre puede manejar el concepto como si fuera una conducta estrictamente ligada a la sobreprotección y falta de carácter de la madre (puede ser vista con un símbolo negativo).

Por otro lado, a menudo se observa que muchos padres de familia suelen asumir actitudes extremas; por ejemplo, un grupo importante de madres intentará controlar la conducta contradictoriamente con una flexibilidad extrema; o un grupo de padres asumirá una actitud punitiva y castigadora, situándose al mismo tiempo en la periferia del sistema familiar y del problema.

En este sentido la unicidad de actitudes, ideas y conceptos debería ser uno de los objetivos que persiga el C o T para favorecer la incursión del adicto al tratamiento. A la vez, esta plataforma puede servir para iniciar el acuerdo y la uniformidad del comportamiento familiar respecto a las normas y reglas, que en estos casos por lo general están ausentes, así como la evaluación y el reposicionamiento de las jerarquías.

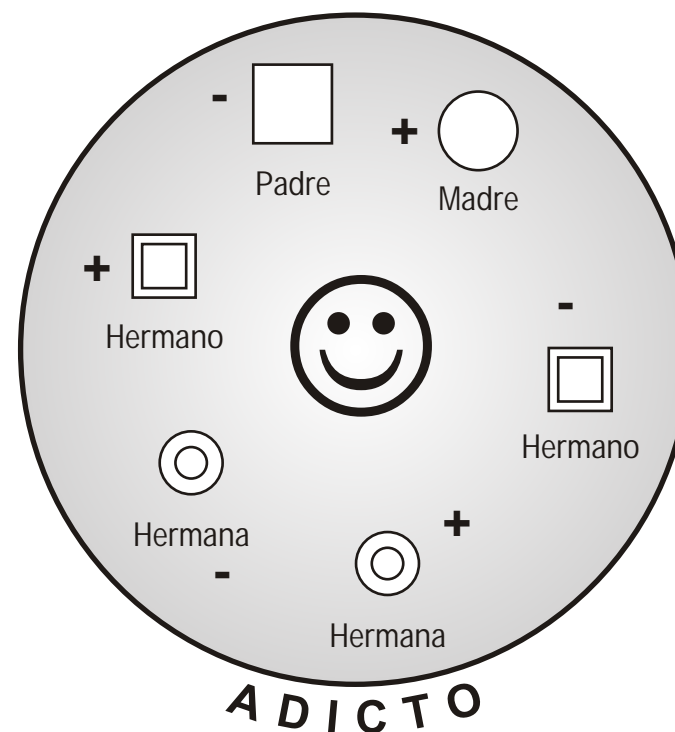
CUADRO 5
ALGUNAS PRESCRIPCIONES BÁSICAS

1. Instalar reglas claras y coherentes que sean el fruto de la concertación y el consenso, donde las relaciones y roles estén bien definidos y los límites entre generaciones posibiliten a la vez la diferencia y la armonía.
2. Ausencia de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias psicoactivas en el entorno familiar.
3. Establecer diálogo abierto, oportuno y atento sobre los diferentes temas que interesan o preocupan a cualquier miembro de la familia.
4. Priorizar el tratamiento. En la práctica se observa que los y las drogodependientes suelen no aceptar su condición y son reticentes a la ayuda. Para ello esgrimen argumentos que tienen por objetivo no someterse al tratamiento.
5. La drogodependencia es una enfermedad progresiva que requiere inicialmente de una exhaustiva evaluación psicológica, médica y psiquiátrica. Ello permitirá tener claridad sobre el cuadro clínico y sus necesidades.
6. Informar que el tratamiento en conductas adictivas es un proceso de varias fases, cuyo tiempo de duración es variado. Estos aspectos están en relación con la modalidad de abordaje y las características clínicas del caso.
7. El o la drogodependiente no necesariamente tendrá que tomar medicamentos. No obstante, hay adictos y adictas que necesitan de terapia farmacológica. En todos los casos, los medicamentos deberán ser prescritos por un médico, quien informará a la familia y al consumidor sobre las características del fármaco, sus efectos y contraindicaciones.
8. Determinados comportamientos maternos y/o paternos pueden sostener y perpetuar la conducta adictiva. Pueden ser:
 - La ausencia de reglas, roles, límites en el sistema.
 - La extremada sobreprotección.
 - La excesiva disponibilidad de dinero por parte del hijo o hija.
 - La ausencia de respeto a la jerarquía de los padres, etc.

La idea a transmitir a partir de este modelo es que el comportamiento adictivo a SPAs afecta y compromete a todo el sistema, necesiéndose el involucramiento de todo el grupo de referencia. Del mismo modo, puede aclarar cómo determinadas conductas paternas pueden estar operando como reforzadores del consumo y perpetuando el hecho adictivo.

El gráfico 6 puede contribuir en la explicación de las actitudes de la familia respecto al comportamiento adictivo. En efecto el comportamiento y las actitudes de cada uno de los miembros en torno al tratamiento de la drogodependencia del hijo sintomático será variada.

GRÁFICO 6
ACTITUDES DE LA FAMILIA FRENTE
AL COMPORTAMIENTO ADICTIVO DEL HIJO



1.5. TEMA V

ADICCIÓN FEMENINA

Independientemente de lo tratado en el libro sobre profundización del consejo psicológico (ver Tomo I, poblaciones especiales: adicción femenina), es importante reafirmar que el abuso y la dependencia de SPAs presentan un perfil diferente en función del género y este influye en sus consecuencias.

Así, las mujeres sufren un mayor impacto de las sustancias, son más vulnerables a desarrollar adicción y presentar alteraciones médicas y psicopatológicas, incluso con dosis inferiores a los hombres.

Otro aspecto a considerar es la mayor prevalencia de agresiones sexuales y/o físicas en la infancia de las mujeres que abusan de sustancias. En el ámbito clínico se conoce que las adictas alcohólicas exhiben más alteraciones psicopatológicas en relación a los varones las adictas de cocaína presentan mayor predominancia de alteraciones psiquiátricas y se evidencia más historia de trastornos relacionados con SPAs en sus familiares.

¿Por qué un abordaje específico?

- La incidencia de mujeres que solicitan ayuda y tratamiento por dependencia SPAs es inferior al de los hombres, en tanto que el fracaso terapéutico es superior en la mujer. Este porcentaje parece invertirse en un programa específico en adicción femenina.
- Cuando la mujer presenta mayores tasas de antecedentes de malos tratos, o la tríada: depresión, sentimiento de soledad e ínfimo auto

2. Dar más énfasis a la psicoterapia individual.
3. Por efecto de los condicionantes, tanto educativos como socio-culturales, las mujeres han contado con una menor tradición gregaria, fomentándose en ellas un estilo de relación menos grupal y más diádica. A ellas les resulta más difícil conseguir el sentimiento de pertenencia a un grupo (especialmente si es mixto), pues se instalan con facilidad posturas evitativas, de sumisión y anulación.
4. Se ha recomendado evaluar sistemáticamente la historia de violencia en la infancia, como quiera que muchas mujeres han sufrido maltratos físicos y/o psicológicos provocados por figuras masculinas significativas que dejan en las adictas un comportamiento defensivo frente a los hombres.
5. Las mujeres cocainómanas, por ejemplo, presentan mayores respuestas de craving y más intensas; mayor sintomatología depresiva y mayor severidad de problemas sociofamiliares.
6. Desde la perspectiva del consejo y de la psicoterapia habría que intentar moverse con fluidez entre ser directivo y ser permisivo, en función de las necesidades de la adicta y del momento evolutivo en que se encuentre.
7. Flexibilidad firme y exigente.
8. Las mujeres adictas suelen no tener el hábito de opinar y menos aun en situaciones heterosexuales, en las que suelen inhibirse en presencia de hombres.
9. El C o T no debe dejarse influenciar por sus sentimientos en el tratamiento de las personas que ayuda. Su función es ser un instrumento lo más neutral posible.
10. Las SPAs afectan biológicamente de manera diferente el cerebro femenino en relación al masculino. Tradicionalmente se había implicado la diferente organización cerebral de cada género sin embargo, en la actualidad comienza a documentarse que el efecto diferencial también puede estar causado por diferencias en los receptores cerebrales y las acciones de cada sustancia en función del género.

1.5.2. Sugerencias y consejos prácticos en adicción femenina

Considerando lo planteado en el Tomo I, sobre intervención en poblaciones especiales: Adicción femenina, los cuadros 6 y 7 presentan algunas prescripciones a considerar.

**CUADRO 6
RESPECTO A LA POSTURA DEL TERAPEUTA O CONSEJERO**

Es inadecuado:
<ul style="list-style-type: none">- Monopolizar la entrevista.- Dar por conocidos algunos temas o sobrentender lo que se dice.- Intentar resolver todo en el momento.- Establecer conclusiones antes de recoger información.- Seguir los propios objetivos y desestimar los de la consultante.- Repetir los enfoques tradicionales, masculinizados y medicalizados, y los errores de los intentos previos.
Es adecuado:
<ul style="list-style-type: none">- Transmitir aceptación.- Ser directivo cuando se debe serlo.- Hablar solo cuando sea necesario.- Mostrar interés y adoptar una postura de "inocencia terapéutica" respecto a los temas de los que la consultante habla.- Reforzar y potenciar aquellas afirmaciones, conductas, etc. que posibiliten el cambio y la estabilidad.

Adaptado de Palacios L. (2001). Abordaje psicoterapéutico de la adicción femenina. En: 1 Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Fundación Instituto Spiral, Madrid.

sistema³: (autoestima - autoconcepto y autoeficacia), así como la presencia de varones adictos en el mismo recinto donde habita la adicta, se complica enormemente el abordaje clínico.

- Si una mujer (o un hombre) tienen antecedentes de dependencias relacionales⁴: codependencia⁵ o bidependencia⁶, existen más posibilidades de repetir dicho comportamiento en centros mixtos.
- La mujer drogodependiente necesita sentirse cómoda en el tratamiento. En un centro solo para mujeres, se puede expresar con mayor desinhibición y espontaneidad, lo que permite acceder a planos íntimos con mayor tranquilidad, sin el freno psicológico que representa el grupo mixto.
- La experiencia señala que en centros mixtos se producen más altas o fracasos terapéuticos, por la formación de parejas no autorizadas. El problema radica en el hecho de que ambos desvían la atención desde su recuperación hacia la relación, lo que suele conducir al abandono y eventual recaída.

1.5.1. Aspectos clínicos considerando la especificidad

1. El tratamiento de la adicción femenina debe ir incorporando los nuevos aspectos y aportaciones que se están realizando desde las neurociencias, sin olvidar las perspectivas específicas de género.

³ Constructo hipotético que se ha propuesto para definir y englobar didácticamente los tres aspectos más importantes de la estructura de la personalidad: autoestima, autoconcepto y autoeficacia, aspectos que si bien se superponen didácticamente, no son lo mismo.

⁴ Las dependencias relacionales se refieren a la naturaleza dependiente del vínculo entre una y otra (u otras) personas. A veces es más una dependencia situacional que relacional; es decir, propiciada por una coyuntura que refuerza una contingencia (por ejemplo, matrimonio con un cónyuge dominante que oprime a la pareja hasta que esta se separa). Ella no quiere ser dominada pero lo es circunstancialmente.

⁵ La dinámica de la codependencia, según Lindley y Hammer (1999), ocurre cuando las personas se centran de tal modo en lo que está ocurriendo con quienes están alrededor tratando de tener algún control sobre sus vidas, que pierden el contacto con sus propios pensamientos y sentimientos. Ellos o ellas, por tanto, usan ese control para ganar en realización y soporte emocional a partir de su relación con los demás. El perfil puede ser: miedo al abandono, sufridora, ansiedad elevada, sobreprotectora o encubridora, actitud de sumisión y autoentrega, labilidad emocional, exceso de desconfianza, comportamientos obsesivos/compulsivos, baja autoestima - autoconcepto y autoeficacia; hipervigilancia.

⁶ La bidependencia o doble dependencia, según Sirvent (2001) quien acuñó el concepto, es el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la adicción propiamente dicha, existe una dependencia de personas o situaciones de carácter sociopático, que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. La bidependencia se presenta dentro del contexto de la drogodependencia se diferencia de la codependencia, donde no necesariamente está vinculado el fenómeno adictivo de las SPAs.

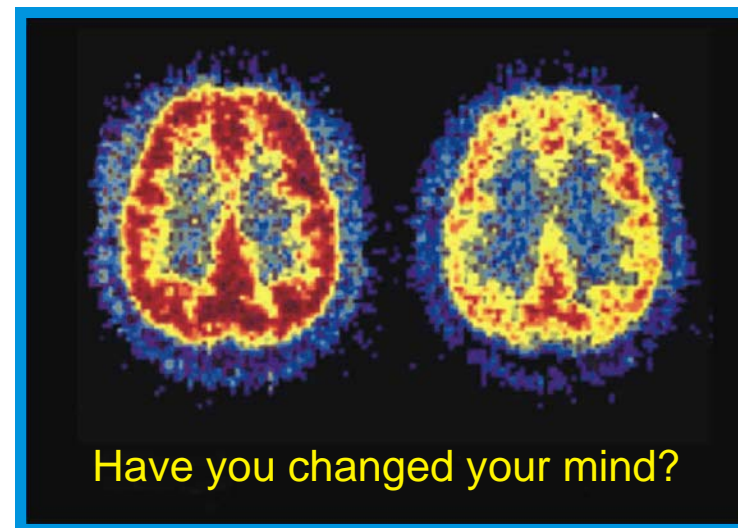
**CUADRO 7
RESPECTO AL DESARROLLO DE LA SESIÓN**

Es inadecuado:
<ul style="list-style-type: none">- Complicar los casos con intervenciones demasiado artificiales y/o innecesariamente sofisticadas.- Realizar preguntas cerradas que hagan del diálogo terapéutico una especie de interrogatorio o examen tipo test.- Brindar explicaciones complejas y/o técnicas.- Perder de vista los objetivos.- Permitir abstracciones continuas, especialmente en aquellas pacientes más proclives a dispersarse y amalgamar unos temas con otros.- Aceptar objetivos vagos.
Es adecuado:
<ul style="list-style-type: none">- Establecer objetivos específicos a corto plazo.- Centrarse en las posibles soluciones.- Seguir los objetivos de la consultante, siempre que estos tengan que ver con las metas del proceso terapéutico.- Priorizar las preguntas abiertas.- Preguntarse y preguntar a la consultante de qué forma lo que se habla, se dice, se hace, se plantea, está relacionado con los objetivos que se siguen.- Cuando la clienta se refiere a sus tratamientos anteriores, indagar ¿cuáles aspectos útiles recogió de esa experiencia, y cuáles aspectos negativos?- Intentar hacer cosas diferentes a las realizadas con anterioridad.

Fuente: Palacios L. (2001). Abordaje psicoterapéutico de la adicción femenina. En: 1 Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Fundación Instituto Spiral, Madrid.

Las neuroimágenes in vivo permiten visualizar y estudiar el cerebro a lo largo de la vida (es decir, en vivo).

**GRÁFICO 7
ACTIVIDAD CEREBRAL NORMAL DE UNA PERSONA SIN ADICCIÓN
A SPAS (IZQUIERDA), Y CAMBIOS EN LA ACTIVIDAD CEREBRAL CUANDO
ESTÁ INVOLUCRADA LA DEPENDENCIA COCAÍNIC (DERECHA).**



Cortesía: NIDA (1993). If you change your mind. Student Magazine, NIH Publications, No. 93, pp. 3474

El gráfico 7 muestra los exámenes de tomografía por emisión de positrones (PET scans) de dos personas. Una que nunca ha consumido cocaína, y otra que ha desarrollado enfermedad adictiva a la cocaína. Resalta la gran diferencia entre ambas, en el cerebro de la izquierda hay abundancia de color rojo (verificar si la imagen se imprimirá a color) que significa ausencia de alteración y de deterioro. Más bien en la toma de la derecha se evidencian cambios importantes de la actividad cerebral inducidos por la dependencia a la cocaína.

P
S
I
K
O
L
I
B
R
O

1.6.3. Evaluación y diagnóstico psicológico

En el proceso diagnóstico se incluye siempre la observación directa de la relación interpersonal, la búsqueda de las peculiaridades de cada sujeto evaluado y la integración progresiva de la información recopilada. Todo ello constituye la esencia del enfoque clínico.

Los dispositivos con que se cuenta en psicología clínica para llevar a cabo el estudio de los sujetos, pueden ser considerados como un conjunto muy variado de formas de observación directa e indirecta del comportamiento, a través de situaciones de relación interpersonal (entrevistas) y de una recogida estandarizada de datos o estudios complementarios (pruebas psicológicas y otro tipo de informaciones), que luego han de contrastarse.

Así, cuando se realiza un diagnóstico, se centra la investigación en:

- Acontecimientos relatados por el sujeto.
- Reacciones observables en el curso de la relación establecida con él.
- Información aportada por terceros.
- Comportamientos específicamente provocados en condiciones estandarizadas y constantes.
- Registro de conexiones entre lo comunicado en la relación directa y los datos anamnésticos y contextuales.

Se trata, por tanto, de un conjunto de técnicas de observación y recopilación metódica de información, que se somete posteriormente a sucesivos contrastes y validaciones convergentes; estrategias que presentan ventajas, dificultades y límites propios.

En el caso del consumo, abuso y dependencia de SPAs las áreas consideradas para la evaluación psicológica son:

- Personalidad.
- Organicidad.
- Pensamiento.

La evaluación psicológica y el diagnóstico deberán ser practicados preferentemente por un psicólogo o psicóloga, especializados en el área de exploración clínica.

1.6. TEMA VI

TERAPIA FARMACOLÓGICA Y EVALUACIÓN CLÍNICA

1.6.1. Terapia farmacológica

La terapia farmacológica deberá ser prescrita y supervisada en todos los casos por un médico, preferentemente psiquiatra o neurólogo. No todos los usuarios de SPAs tendrán que tomar psicofármacos, ello obedecerá a las necesidades clínicas del consultante.

El internamiento o la hospitalización de los adictos o las adictas no debe significar necesariamente el uso de psicofármacos. Sin embargo, en un grupo importante de estos será necesaria la implementación farmacológica al tratamiento integral. Las más utilizadas son: vitaminas, aminoácidos, benzodiazepinas, fenotiazínicos, litio, bromocriptina, antidepresivos, etc.

1.6.2. Evaluación y diagnóstico médico a través de la neuroimagen

Las técnicas utilizadas en el viaje al mundo de la investigación se denominan *técnicas de neuroimagen* in vivo y se encuentran agrupadas en el cuadro 8.

CUADRO 8
TÉCNICAS DE NEUROIMAGEN IN VIVO

- Técnicas estructurales (anatómicas)
- Tomografía computarizada (TC)
- Resonancia magnética (RM)
- Técnicas funcionales (fisiológicas / neuroquímicas)
 - Tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT)
 - Tomografía por emisión de positrones (PET)
 - Resonancia magnética funcional (RMF)
- Resonancia magnética espectroscópica (RMS)

Tomado de: Nancy C. Andreasen (2003). *Brave New Brain*. Oxford University Press, Inc., pp. 130.

1.7. TEMA VII

MECANISMOS CELULARES Y BIOQUÍMICOS EN LA DEPENDENCIA COCAÍNICAS

La depleción⁷ aguda de neurotransmisores y la desregulación general del equilibrio neuroquímico cerebral, que ocurren durante el abuso y la dependencia a cocaína, parecen estar íntimamente relacionados con la aparición de un síndrome de abstinencia característico y específico para este tipo de droga.

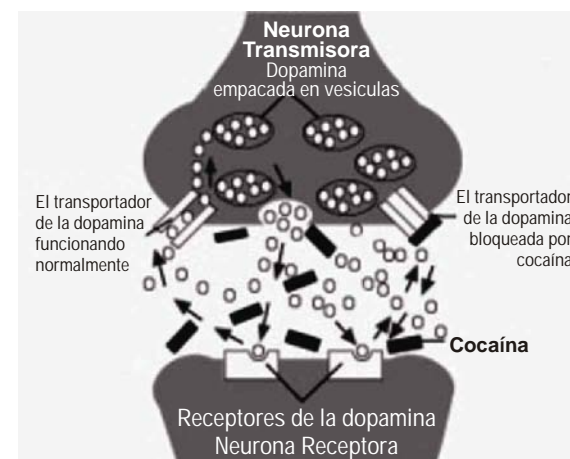
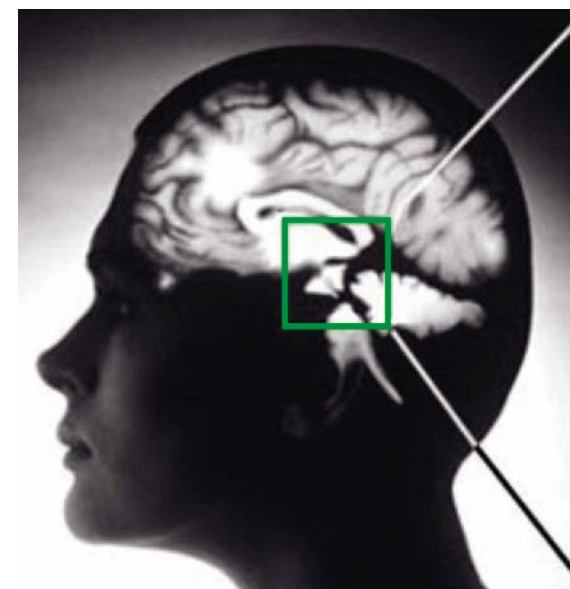
Comprender la relación existente entre la neuroadaptación (que ocurre durante el abuso y dependencia de cocaína), el desequilibrio del sistema fisiológico cerebral (que controlan procesos psicológicos) y su expresión en forma de trastornos emocionales y conductuales se convierte en una herramienta de ayuda que permite guiar el proceso de inducción y motivación en la terapia.

La investigación con técnicas de neuroimagen funcional (PET por ejemplo), ha permitido conocer que durante la historia del abuso de sustancias cocaínicas, el funcionamiento de algunas áreas cerebrales subcorticales, vitales para la supervivencia, la experimentación del placer y el funcionamiento emocional (la amígdala o el cíngulo anterior, entre otras), quedan alterados por efecto de un proceso de condicionamiento clásico y operante.

La consecuencia de esta alteración es que cualquier estímulo ambiental asociado con la autoadministración de cocaína (interno o externo) adquirirá la capacidad de provocar una importante respuesta de deseo de cocaína y una conducta automática de acercamiento a la SPA.

⁷ La depleción hace referencia a la acción y efecto de disminuir la cantidad de los líquidos del cuerpo o de un órgano.

GRÁFICO 8
MECANISMOS BIOQUÍMICOS QUE INTERVIENEN CUANDO HAY CONSUMO DE SPAS COCAÍNICAS



Cortesía: NIDA (1999). Cocaine abuse and addiction. Research Report Series. NIH Publication Number 99-4342

1. 8. TEMA VIII

CONSUMO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

El presente tema se basa en el supuesto de que el *screening*⁸ y la intervención breve del uso y abuso de bebidas alcohólicas, probablemente aporten beneficios a los consultantes que reciben una atención en un determinado espacio de consejo psicológico. Se centra primero en el cliente, pero también tiene en cuenta a su familia y a su red social. Mediante las sesiones de consejo psicológico y de motivación, se puede educar a los clientes o consultantes para lograr reducir, en el tiempo, los efectos negativos del consumo abusivo de alcohol.

1.8.1. Descripción y análisis de las zonas o niveles, según Babor y Higgins-Biddle

Desarrollo del *screening*

El *screening* es uno de los primeros pasos en el proceso de intervención breve. Proporciona una forma simple de identificar situaciones de riesgo en las personas que consumen alcohol, sea que se trate de uso, abuso o dependencia. Una de las formas de realizar este tamizaje clínico es a través del instrumento AUDIT - Cuestionario de identificación de los trastornos por el consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria. (Véase Instrumento 7 del anexo).

El *screening* tiene también otros beneficios. Proporciona información al profesional sanitario para desarrollar un plan de intervención, y proporciona a los consultantes un *feedback* que puede ser utilizado para activar e intensificar la motivación intrínseca del cliente a que cambie su conducta de consumo de SPAs.

Se recomienda la utilización de un instrumento de *screening*

⁸ El término inglés *screening* significa evaluación o chequeo médico.

Estudios demuestran cómo ante estímulos asociados al consumo de cocaína el cerebro de un adicto o de una adicta aumenta el flujo sanguíneo en regiones límbicas como la amígdala y el cíngulo anterior. Ambas desempeñan un papel clave en la regulación de las respuestas emocionales y en el aprendizaje de señales de estímulos biológicos relevantes para la supervivencia del organismo (como la comida o la actividad sexual), de tal manera que el adicto o adicta reaccionan ante los estímulos condicionados como si experimentaran que “consumir cocaína es necesario para mí...”.

Mientras tanto, otras regiones que regulan el funcionamiento de la memoria, como el hipocampo, permanecen hipoactivas. Este fenómeno parece estar relacionado con la ausencia de recuerdos, durante los episodios de *craving* y consumo de cocaína, de las consecuencias negativas que el abuso de cocaína ha provocado en la vida del adicto.

Finalmente, comprender este proceso y manejar sus complicaciones a lo largo de la deshabituación aporta algo de certidumbre a un fenómeno muchas veces desconcertante y permite desarrollar estrategias farmacológicas, comportamentales (intervenciones de evitación y exposición con prevención de respuesta) y cognitivas (autoinstrucciones, manejo de pensamientos positivos de la abstinencia y negativos de la adicción) adaptadas a las características de cada sujeto.

1.7.1. Descripción y análisis

El gráfico 8 ilustra los mecanismos bioquímicos que intervienen cuando está involucrado el consumo de SPAs cocaínicas. Se puede observar la liberación de dopamina a partir de la presencia de la cocaína en el espacio intersináptico, así como el papel que juega la cocaína en la recaptación del neurotransmisor.

PSIKOLIBRO

estandarizado y validado para llevar a cabo de forma sistematizada la evaluación. En el presente manual sugerimos el AUDIT, dado que ha sido desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para identificar a las personas con un consumo riesgoso y perjudicial del alcohol.

Las ventajas de este instrumento son:

- Es breve, fácil de utilizar y flexible, proporcionando a la vez información útil para dar *feedback* a los pacientes.
- Es consistente con las definiciones del CIE-10 de consumo y dependencia de alcohol.
- Está centrado en el consumo reciente de alcohol.
- Está validado en muchos países y disponible en muchos idiomas.

EL AUDIT

El instrumento tiene 10 reactivos o preguntas (ver Instrumento 7 del anexo). Los tres primeros ítems miden la cantidad y frecuencia del consumo habitual y ocasional de alcohol. Las siguientes tres preguntas se refieren a la aparición de posibles síntomas de dependencia, y los cuatro últimos ítems evalúan los problemas recientes y pasados asociados con el consumo de alcohol.

Una vez llevado a cabo el *screening*, el siguiente paso es proporcionar una intervención apropiada en función de las necesidades de cada cliente o consultante. El *screening* de alcohol se ha utilizado principalmente para detectar a las personas con dependencia de alcohol, las mismas que son derivadas a tratamiento especializado.

Mediante el AUDIT, la estrategia de la intervención breve descrita en este manual ofrece una forma simple de proporcionar una intervención apropiada a cada cliente, basada en el nivel de riesgo.

En el cuadro 9 se presentan las pautas generales.

Aunque las pautas de consumo varían de un país a otro, los datos epidemiológicos sugieren que los riesgos de los problemas relacionados con el alcohol aumentan significativamente cuando el consumo es superior a los 20 gr de alcohol puro al día, que aproximadamente es equivalente a dos bebidas estándar en muchos países. Una puntuación en el AUDIT entre 8 y 15 generalmente indica un consumo de riesgo, pero esta zona también puede incluir pacientes que experimentan daño y dependencia.

El tercer nivel, la zona de riesgo III, se refiere a un patrón de consumo de alcohol que ya está causando daño al bebedor, que a su vez puede estar presentando síntomas de dependencia. Los clientes o consultantes en esta zona pueden manejarse mediante la combinación de consejo simple, terapia breve y monitoreo continuo.

Las puntuaciones del AUDIT en el rango 16 -19 a menudo sugieren un consumo perjudicial o dependencia, para lo que se recomienda un abordaje clínico más completo.

El cuarto y más alto nivel de riesgo, la zona de riesgo IV, viene sugerida por puntuaciones en el AUDIT por encima de 20. Estos consultantes deberán ser derivados a un especialista en adicciones (si existe la posibilidad) para una evaluación diagnóstica y posible tratamiento de la dependencia de alcohol. Los especialistas deberían tener en cuenta, sin embargo, que la dependencia varía a lo largo de un *continuum* de gravedad y podría ser clínicamente significativa incluso con puntuaciones más bajas del AUDIT.

1.8.2. ¿Qué es una bebida estándar?

En diferentes países, los investigadores y clínicos en adicciones emplean diferentes definiciones de una unidad de bebida o una bebida estándar debido a las diferencias en los volúmenes de los consumos habituales en cada país. Por ejemplo:

- Una bebida estándar en Canadá: 13,6 gramos de alcohol puro.
- Una bebida estándar en la Unión Europea: 8 gramos.

- Una bebida estándar en USA, 14 gramos.
- Una bebida estándar en Australia o Nueva Zelanda: 10 gramos.
- Una bebida estándar en Japón: 19,75 gramos.

En el AUDIT las preguntas 2 y 3 asumen que una *unidad de bebida estándar* equivale a 10 gramos de alcohol puro. Puede que sea necesario ajustar el número de vasos o copas dentro de las categorías de las respuestas para estas preguntas, con el fin de ajustar las medidas de la dosis más común y las concentraciones de alcohol en cada país.

La recomendación para el nivel de consumo de bajo riesgo, establecido en la guía de consumo de bajo riesgo y utilizada en el estudio de la OMS sobre intervenciones breves, es inferior a 20 gramos de alcohol al día, 5 días a la semana (recomendada al menos 2 días sin consumo).

1.8.3. ¿Cómo calcular el contenido de alcohol en una bebida?

El contenido de alcohol de una bebida depende de la concentración de alcohol y del volumen del recipiente. Hay amplias variaciones respecto a la concentración de las bebidas alcohólicas y al tamaño utilizado en diferentes países. Un estudio de la OMS (1977) indicó que la cerveza contenía entre 2% y 5% de alcohol puro, los vinos contenían entre 10,5% y 18,9%, los licores variaban entre 24,3% y 90%, y la sidra entre 1,1% y 17%.

Por ello, es esencial adaptar los tamaños de las bebidas a lo más común en el ámbito local y conocer a grandes rasgos cuánto alcohol puro consume una persona por ocasión y término medio (Babor et al, 2001).

Otra consideración a la hora de medir la cantidad de alcohol contenida en una unidad de bebida *estándar* es el factor de conversión del etanol. Ello permite convertir cualquier volumen de alcohol en gramos. Para Babor (et al, 2001), por cada mililitro de etanol hay 0.79 gramos de etanol puro. Por ejemplo:

CUADRO 9
PAUTAS GENERALES DEL AUDIT

Nivel de riesgo	Intervención	Puntuación del AUDIT
Zona I	Educación sobre el alcohol.	0 - 7
Zona II	Consejo simple.	8 - 15
Zona III	Consejo simple más terapia breve y monitoreo continuo.	16 - 19
Zona IV	Derivación al especialista para la evaluación diagnóstica y tratamiento.	20 - 40

El valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo de los patrones de consumo del país, el contenido de alcohol de las bebidas habituales y el tipo de programa de screening. El juicio clínico debe ejercitarse en la interpretación de los resultados del test de screening para modificar estas pautas, especialmente si las puntuaciones en el AUDIT se sitúan en el rango de 15 a 20.

Descripción y análisis de las zonas o niveles, según Babor y Higgins-Biddle (2001).

En el primer nivel, la zona de riesgo I se refiere a la mayoría de los consultantes en muchos países. Las puntuaciones del AUDIT por debajo de 8 generalmente indican un consumo de bajo riesgo.

Aunque no se requiere intervención alguna, para muchos individuos la educación sobre el alcohol es apropiada por varios motivos: contribuye a la concienciación general de sus riesgos en la comunidad, puede servir como una medida preventiva, podría ser eficaz para los consultantes que han minimizado el grado de su consumo en las preguntas del AUDIT y podría recordar a los pacientes con problemas pasados los peligros de volver a un consumo de riesgo.

El segundo nivel, la zona de riesgo II, es probable que se dé en una proporción significativa de consultantes en muchos países. Consiste en un consumo de alcohol por encima de las pautas establecidas.

P
S
I
K
O
L
I
B
R
O

- Una lata de cerveza (330 ml) al 5% (concentración) x 0,79 (factor de conversión) = 13 gramos de etanol
- Un vaso de vino (140 ml) al 12% (concentración) x 0,79 = 13,3 gramos de etanol.
- Un vaso de licor (40 ml) al 40% (volumen) por 0,79 = 12,6 gramos de etanol.

1.8.4. Riesgos asociados al abuso y dependencia de bebidas alcohólicas

Las siguientes consideraciones no solo están dirigidas a personas con problemas severos de alcohol, sino también a aquellas que beben cantidades de alcohol más pequeñas, pero que beben lo suficiente como para presentar el riesgo de desarrollar problemas de salud.

1.8.5. Procedimientos

El siguiente contenido de puntos se puede considerar en el desarrollo de la sesión inicial de consejo psicológico:

- ¿Qué es el alcohol?
- ¿Por qué el alcohol es la sustancia más consumida en el mundo?
- ¿Qué es un consumo de bajo riesgo?
- ¿Razones para beber menos?
- ¿Cómo pueden cambiar sus hábitos de consumo de alcohol?
- ¿Qué es el alcoholismo?
- ¿Quién es un alcohólico? (Remitirse al cuadro 16, sobre criterios en la dependencia de alcohol, y el Audit, instrumento 7 del anexo).
- ¿Cuáles son las complicaciones clínicas del abuso y la dependencia del alcohol?

1.8.6. ¿Qué es un consumo de bajo riesgo?

Para Babor y Higgins-Biddle (2001), el consumo de bajo riesgo implica limitar el consumo de alcohol a cantidades y patrones de consumo que

La mayoría de personas puede detener o reducir el consumo de alcohol si decide hacerlo y si cambia de actitud frente a las bebidas alcohólicas.

1.8.7. ¿Cómo puede cambiar sus hábitos de consumo de alcohol?

Se hace énfasis en el hecho de que hay personas que modifican sus hábitos con éxito cuando han seguido un plan, el que puede ser con ayuda de un amigo, sacerdote, consejero o médico. También es cierto que otras personas modifican sus hábitos sin la ayuda de los demás.

Si el consultante es uno de ellos, vale decir, si no ha logrado encontrar apoyo, hay que alentarle a que desarrolle su propio plan. En primer lugar, debería hacerse las siguientes preguntas:

¿Cómo me beneficiaré si reduzco mi consumo?

¿Cómo mejorará mi vida?

Estas preguntas pueden ser respondidas si consideramos el siguiente tópico.

1.8.8. Buenas razones para beber menos

Se puede motivar al consultante para que reduzca su consumo a partir de datos científicos recientes sobre los efectos del alcohol en el organismo. A continuación, se le presenta el siguiente listado de los beneficios que puede encontrar si reduce la ingesta y se le sugiere al cliente o paciente que los lea y elija los tres que considere como sus razones más importantes:

Si bebo dentro de los límites de bajo riesgo

- Rendiré mejor en mi trabajo.
- Los demás me respetarán.
- La posibilidad de que me muera por una enfermedad hepática se reducirá drásticamente (unas doce veces menos).
- Será menos probable que muera en un accidente automovilístico (aproximadamente tres veces menos).

- Tendré menos probabilidades de tener problemas con la policía.
- Me mantendré más joven por más tiempo.
- Ahorraré dinero.
- Dormiré mejor.
- Lograré más cosas en mi vida.
- Viviré más tiempo (probablemente entre cinco y diez años más).
- Para los hombres: mi funcionamiento sexual probablemente que mejore.
- Para las mujeres: Existirán menos posibilidades de tener un embarazo no deseado.

presenten una baja probabilidad de causar daños a uno mismo o a los demás.

La evidencia científica aseveran estos autores indica que el riesgo de daño se incrementa significativamente cuando se consume más de dos bebidas al día y más de cinco días a la semana. Incluso pequeñas cantidades de alcohol presentan riesgos en determinadas circunstancias.

Siguiendo las pautas dadas a continuación se puede reducir el riesgo para la salud así como la posibilidad de atropellar a alguien:

- No tomar más de dos vasos de bebida alcohólica al día.
- Abstenerse de consumir alcohol cuando:
 - Conduzca o maneje maquinaria.
 - Esté embarazada o dando lactancia materna.
 - Esté tomando medicamentos.
 - Tenga una condición médica que empeore con el alcohol.
 - No pueda parar o controlar su consumo.

Los límites del consumo de bajo riesgo se basan en las unidades de bebidas estándar del alcohol. Es importante que se determine la cantidad de bebida que consume normalmente.

La mayoría de las botellas y latas de cerveza tienen aproximadamente la misma cantidad de alcohol que un vaso de vino o una copa de licor destilado. Cuando piense lo que bebe, asegúrese de contar las *unidades de bebida estándar*.

Si el consultante ha estado consumiendo por encima de esos límites, se arriesga a causar daño tanto a sí mismo y como a los demás. Tomar tres o más vasos de bebidas alcohólicas en una ocasión provoca riesgos de accidente, incluyendo lesiones, problemas en las relaciones familiares y laborales, problemas médicos, tales como resacas, insomnio y problemas estomacales. Consumir más de dos vasos de bebidas al día durante largos períodos puede causar enfermedad hepática, cáncer, depresión y adicción.

1.9. TEMA IX

PRUEBAS TOXICOLÓGICAS EN LA DETECCIÓN DEL CONSUMO DE SPA

En consonancia con lo planteado en los temas anteriores (estadio de consejo psicológico y sesiones motivacionales), la realización de análisis toxicológicos para descartar consumo no es importante, dado que el objetivo en esta fase más bien es activar e intensificar la motivación respecto del “enganche” con el programa de ayuda.

Sin embargo, si el cliente está interesado en demostrar su abstinencia de consumo de SPAs, se puede prescribir la orden para el screening o test a través de muestras de orina.

Este tamizaje se llevará a cabo preferentemente en un laboratorio de garantía, donde el cliente y su familia deberán que acudir voluntariamente. Es preferible que la recepción de la muestra se dé en presencia de un técnico o enfermero del establecimiento.

Sin entrar en contradicción con lo descrito y considerando la singularidad de cada caso, los resultados del *screening* pueden ayudar al C o T a tener una idea más clara de la magnitud de la conducta problema del consultante: niveles de intoxicación del consultante.

En el ámbito del tratamiento para NIDA, Carrol (2001), es de vital importancia realizar una retroalimentación objetiva sobre el estado clínico, el estado del consumo y la respectiva intoxicación. En este contexto, las muestras de orina deben ser recogidas por el C o T dentro de lo establecido entre consultante -familia, C o T.

posible, sin embargo, seccionar la muestra de cabello en largos y cortos, con lo que se podría mejorar la precisión temporal. Esto encarece el examen.

Los exámenes estándares de cabello determinan la presencia de 5 grupos de SPAs y sus metabolitos (opiáceos, morfina y otros; cocaína metabolito, benzoilecgonina; marihuana cannabinoides; anfetaminas, fenciclidina PCP) en los últimos 6 meses.

Debido a que el cabello puede sufrir contaminaciones externas (por ejemplo: por humo de marihuana fumada por otro), hay procedimientos técnicos altamente confiables que a través de lavados y de la consideración de algunos metabolitos permiten eliminar totalmente el factor de contaminación externa.

Generalmente, los procedimientos de detección contemplan un primer procedimiento de tamizado o *screening* que permite establecer la sospecha de consumo y uno segundo, más preciso, que permite certificarlo con precisión, cuyo resultado es el que se informa.

1.9.2. El test de orina

Consiste en determinar la presencia de SPAs o sus metabolitos en una muestra de orina del consumidor o la consumidora sometidos a examen. Algunas sustancias se eliminan en parte o totalmente sin haber sido transformadas en el organismo, pero lo habitual es que pasen por un proceso de modificación química dentro del organismo, metabolizándose y dando lugar a subproductos de las mismas.

El período durante el cual puede ser detectada su presencia en la orina es muy variable y depende de factores farmacocinéticos, que tienen particularidades diferentes de acuerdo a cada SPA.

El factor tiempo de permanencia después del consumo, para algunas sustancias, es el siguiente: cocaína, 1 a 3 días; opiáceos, 1 a 4 días; anfetaminas, 1 a 10 días; marihuana, si el consumo es ocasional, de 1 a 3

PSIKOLIBRO

días, si es crónico y moderado, 3 a 29 días (esto se debe a que se deposita en los tejidos grasos del organismo y luego se va reabsorbiendo, produciendo efectos psicológicos y eliminándose por la orina), si es crónico y severo, hasta 12 semanas.

Cada grupo de sustancias se detecta por separado (por lo que debe solicitarse qué SPAs son las que se busca detectar) y mediante al menos dos procedimientos distintos: *Screening* y confirmatorio.

1.9.3. Las cadenas de seguridad y custodia

Estos exámenes exigen llevar a cabo cuidadosos procedimientos de seguridad y custodia. Deberá haber una cadena que comprenda la toma de muestras y su cuidado hasta que sean entregados al laboratorio que llevará a cabo el análisis. Los exámenes se deben realizar en el mismo laboratorio, así como el manejo y la entrega de resultados a quien corresponda.

Este procedimiento tiene varios propósitos: asegurarse de que la muestra corresponda realmente al sujeto en estudio, que no sea falsificada, adulterada, sustituida o modificada ni antes ni durante ni después de su toma, que los análisis y sus resultados tampoco lo sean, que los resultados solo sean de conocimiento de quienes tienen potestad legal para conocerlos, que se respeten las normas éticas de protección de la privacidad y honra de las personas sometidas a examen.

En suma, el objetivo de este procedimiento es garantizar la validez de los resultados toxicológicos. En los Estados Unidos y en Canadá se han establecido normas que son válidas para estos países.

1.9.4. Interpretación de los resultados

Puede ser llevada a cabo por consejeros calificados, psicoterapeutas o médicos que actúen con todo el rigor ético profesional.

Es conveniente señalar que un resultado positivo en cualquiera de estos

En ciertos grupos de consumidores y dependientes de SPAs puede haber discusiones en torno a los resultados de los análisis de orina. De hecho, no habrá problemas cuando los consultantes refieran estar abstinentes y los resultados del screening así lo confirmen, pero será complicado cuando el resultado del análisis salga positivo y el consultante niegue el consumo. En este caso, a menudo, los consumidores y consumidoras utilizan excusas o argumentos para explicar que el examen está equivocado.

Estratégicamente es saludable insistir en que los errores de laboratorio son poco frecuentes, que el hecho de no admitir el consumo no contribuye en nada a la salida de la crisis generada por el consumo.

Ahora bien, es importante señalar que la técnica de screening toxicológicos, sea en orina o cabello, puesta al servicio de consumidores y consumidoras de drogas, entraña riesgos de interpretación en cuanto a las conclusiones que se puedan sacar, por ello se requiere que su interpretación sea realizada por psicoterapeutas y médicos debidamente calificados.

1.9.1. El test de cabello

Muchas SPAs al metabolizarse llegan a formar parte constitutiva de la estructura del cabello, permaneciendo en este durante tiempo prolongado y a veces mientras que dure su existencia.

Como el cabello tarda aproximadamente 6 días en salir del folículo piloso (hacerse visible), solo es posible detectar el consumo de sustancias después de 6 días de haberse realizado.

El cabello a nivel de la nuca crece un promedio de un centímetro al mes, entonces una muestra de este elemento puede ser positiva al consumo por períodos extensos de tiempo, según sea el largo del cabello.

Un cabello de 6 cm de largo cubre un periodo de 6 meses. Así, si una persona ha consumido una determinada sustancia aunque sea una vez, el resultado de su examen toxicológico será positivo, aunque no se pueda precisar en qué fecha de aquellos 6 meses se realizó el consumo. Es

P
S
I
K
O
L
I
B
R
O

exámenes no significa que el sujeto sea un drogodependiente o dependiente de drogas, ya que puede tratarse de consumo ocasional, un consumo por indicación médica o por otras situaciones que no significan dependencia.

1.9.5. Detección en el trabajo y deportes

Como se ha precisado anteriormente, el resultado positivo en muestras de orina o de cabello a una o más SPAs no significa necesariamente que la persona al momento de su detección o en las horas que la precedieron haya estado bajos los efectos de cierta sustancia: el consumo puede haberse realizado en los días anteriores y fuera de las circunstancias de trabajo o del ejercicio del deporte (por ejemplo: un partido de fútbol). Por tanto, no correspondería proceder a sanciones en base a esta sola evidencia.

Es necesario considerar que en el Perú el consumo privado no constituye delito, y por tanto, no es sancionable por el empleador. El hacerlo significaría una invasión a la privacidad de las personas.

Es distinto lo que ocurre con el alcohol: la alcoholemia positiva indica que en el momento de ser ingerida la bebida el sujeto estaba bajo los efectos del alcohol. La ebriedad en el centro de trabajo y en lugares públicos está sancionada por ley.

1.9.6. Aspectos legales y éticos

Es importante recalcar que estos exámenes no deben ser utilizados sin sólido fundamento y deben contar con el absoluto respeto de las normas legales vigentes en el país y por sobre ellas, con profundo respeto de la ética.

1.10.1. Diagnóstico de la dependencia

Características. De acuerdo con el DSM IV (1995), la característica esencial de la dependencia a SPAs consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el sujeto, independientemente del género, continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. La administración reiterativa de la SPAs gradualmente genera los fenómenos de tolerancia, abstinencia, vale decir dependencia y consumo compulsivo de la sustancia (cuadro 11).

CUADRO 11
CRITERIOS CLÍNICOS PARA LA DEPENDENCIA
A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SEGÚN EL DSM IV

Un patrón desadaptativo del consumo de SPAs, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (1) Una necesidad marcadamente creciente de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - (2) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (1) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterios a y b de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 - (2) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej. visitar varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej.: fumar un "pito" de marihuana tras otro) o en la recuperación de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej.: consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej. se cumplen cualquiera de los puntos 1 ó 2).

Sin dependencia fisiológica : no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej. si no se cumplen los puntos 1 y 2).

1.10.2. Diagnóstico del abuso

Características. De acuerdo con el DSM IV (1995), la característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de SPAs, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes, relacionadas con el consumo repetido de sustancias (cuadro 12).

CUADRO 12

CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS, SEGÚN EL DSM IV

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes, durante un periodo de 12 meses:

1. Consumo recurrente de SPAs, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, el colegio o la casa (p. ej. ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionado con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones del colegio relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo: conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej.: arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
4. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales constantes o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de las sustancias (p. ej.: discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

1.10. TEMA X

EMERGENCIAS ASOCIADAS AL USO Y ABUSO DE SPAS

Nadie está exento de enfrentar urgencias asociadas al uso o abuso de SPAs. En este sentido, mediante el cuadro 10 se sugieren algunas pautas a considerar frente a una sobredosis, inconsciencia, ataque o espasmo relacionados con el consumo de SPAs.

CUADRO 10

PAUTAS A CONSIDERAR FRENTE A REACCIONES POR EL CONSUMO DE SPAS

Frente una sobredosis del cliente:

Evite que pierda la conciencia, para el efecto, camine y converse con él.

Evite que se duerma, ya que puede dejar de respirar. No le de café ni alcohol, se podrían acelerar los efectos de lo que haya consumido.

Puede darle pequeños sorbos de agua tibia. Busque ayuda o solicite una ambulancia

Si alguien está inconsciente:

Busque ayuda profesional o llame una ambulancia e informe sobre lo que ha tomado o consumido. Compruebe la respiración (mire si el pecho se mueve o tome el pulso de las muñecas o la nuca).

Frente a un ataque o espasmos (cocaína, mezclas, etc.):

Intente que no se haga daño; puede echar espuma por la boca, si es con sangre puede haberse mordido la lengua. Evite ponerlo boca arriba para no bloquear el aire y evitar que se ahogue en su propio vómito. Después dormirá: mantenga el calor y vigílelo hasta que llegue la ayuda.

Trastornos inducidos por el alcohol, según el DSM IV

Intoxicación por alcohol. La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (por ejemplo: comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social), que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después (criterios A y B). Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma (criterio C). Los síntomas no son debidos a enfermedad física y no se explican mejor por otro trastorno mental (criterio D) (cuadro 13).

El cuadro clínico es similar al que se observa durante la intoxicación por benzodiazepinas o sedantes.

CUADRO 13
CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE INTOXICACIÓN
POR ALCOHOL, SEGÚN EL DSM IV

- A. Ingestión reciente de alcohol.
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la capacidad laboral o social), que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno o más de los siguientes síntomas, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 - (1) Lenguaje farfullante.
 - (2) Incoordinación.
 - (3) Marcha inestable.
 - (4) Nistagmo.
 - (5) Deterioro de la atención o de la memoria.
 - (6) Estupor o coma.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

1.11. TEMA XI

LA DERIVACIÓN DEL CASO

Para una correcta derivación se debe considerar la singularidad de cada caso. En estos términos se considerarán los siguientes criterios.

1.11.1. Aspectos clínicos

Si se evidencia patología en la primera entrevista, se procederá a la derivación respectiva hacia instancias hospitalarias de índole psiquiátrico. Pero puede ocurrir que luego de las evaluaciones psicológicas o de la interconsulta psiquiátrica se obtenga el diagnóstico clínico de patología asociada al consumo, sea como consecuencia del comportamiento adictivo o como algo subyacente. Este tamizaje clínico permite obtener el diagnóstico del caso, lo que facilitará una adecuada derivación en función del perfil clínico.

1.11.2. Aspectos económicos

Independientemente de las consideraciones clínicas, hay que considerar las características económicas tanto del consultante como de su familia.

Para los adictos y adictas que gozan de seguro (EsSALUD), la opción de continuar tratamiento en esta instancia es la más adecuada. Las modalidades de tratamiento que ofrece el seguro son de ayuda ambulatoria y con internamiento.

Para quienes no cuentan con seguro social, una buena opción de tratamiento serán los tres hospitales de salud mental del Ministerio de Salud (MINSa), estos son: Víctor Larco Herrera, Hermilio Valdizán y

Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Cada una de estas instancias hospitalarias cuenta con programas de tratamiento, con hospitalización o ambulatoriamente (para más detalle remitirse al anexo: Red de derivación y de ayuda en casos de adicciones).

La alternativa de consulta privada comprende profesionales de salud mental que ofrecen tratamiento ambulatorio con costos muy variados; del mismo modo clínicas predominantemente psiquiátricas o comunidades terapéuticas profesionalizadas, semi profesionalizadas y de corte de autoayuda.

En Lima Metropolitana y en los distintos departamentos del Perú está presente Alcohólicos Anónimos, grupo de autoayuda para clientes alcohólicos, con más de 50 años de tradición de ayuda.

1.11.3. Aspectos geográficos

Es frecuente que muchas familias vinculadas a la problemática de las SPAs desconozcan la existencia de alternativas de ayuda cercanas a su domicilio. Esto también ocurre con las familias afectadas por los drogodependientes residentes en ciudades del interior del país, que suelen no conocer las opciones de ayuda de su zona. Por tanto, el T o C deberá manejar una red de alternativas de ayuda debidamente actualizada y en lo posible, del ámbito nacional.

1.11.4. Estructura de las sesiones

La propuesta que se presenta a continuación sobre el desarrollo de las 6 sesiones de consejo psicológico y entrevistas motivacionales, está sujeta a modificación, ya sea a nivel de contenido, el número, como en el orden en que se presentan.

En este manual y para fines prácticos, cada sesión ha sido expuesta y ordenada, básicamente, de acuerdo a la siguiente estructura:

- Título de la sesión.
- Definición.

CUADRO 14 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL, SEGÚN EL DSM IV

A. Patrón patológico de uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol:

Patrón patológico de uso de alcohol: necesidad diaria de alcohol para la actividad adecuada; incapacidad para disminuir o dejar de beber; repetidos esfuerzos para controlar o reducir el exceso de bebida (periodos de abstinencia temporal o restricción de la bebida durante determinadas horas del día; embriaguez (permaneciendo intoxicado a lo largo de todo el día, durante al menos dos días); consumo ocasional de licores para animarse (o su equivalente en vino o cerveza); periodos de amnesia para los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación (*blackouts*); continuación en el consumo de alcohol, a pesar de que el sujeto sabe que los trastornos físicos graves que padece se exacerbaban con la ingesta.

Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol: p. ej., actos violentos durante la intoxicación, faltas en el trabajo, pérdida de empleo, problemas legales (p. ej.: detenciones por intoxicación, accidentes de tránsito durante la intoxicación), discusiones o problemas con familiares o amigos debido al excesivo uso de alcohol.

B. Cualquiera de las dos, tolerancia o abstinencia:

Tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado, o disminución notable del efecto, utilizado de forma regular la misma cantidad de alcohol

Abstinencia: desarrollo de abstinencia alcohólica (p. ej.: temblor matutino y malestar aliviado por la bebida) después de abandonar o reducir la bebida.

- Objetivos de la sesión.
- Pasos para su aplicación.
- Características del terapeuta o del consejero.
- Las características del consultante.
- Posibles problemas y soluciones en la aplicación de los pasos.
- Ámbitos de aplicación.

Algunas consideraciones generales para tener en cuenta en el desarrollo de las sesiones:

- Un objetivo importante para el T o C de formación humanista y cognitivo conductual es lograr que el proceso de la consejería y motivación sea comprensible tanto para él como para el consultante. El profesional buscará en lo posible, que las sesiones sean eficaces. Para este efecto, el uso de un formato estándar tanto para informar al consultante como para dotarlo de las herramientas básicas facilitará el cumplimiento de los objetivos.
- Los elementos básicos de una sesión de consejo psicológico y motivación desde la perspectiva humanista y cognitivo conductual son: breve actualización (que incluye el control de los estados de ánimo y cumplimiento de la toma de la medicación, en caso necesario); conexión con la sesión anterior, la formulación de un plan, la revisión de las tareas para el hogar, el abordaje de uno o de varios problemas; síntesis y retroalimentación por parte del consultante.
- Desde el transcurso de la primera sesión es fundamental contar con la participación activa de al menos un tercero (familiar o persona cercana al consultante) que funcione como un referente, pudiendo corroborar o ampliar la información que brinda el usuario de drogas.

Esto ayudará al T o C a evitar trazar planes de intervención para el cambio en base a mentiras, información incompleta o deformada por parte del consultante, así como para llevar a cabo un seguimiento adecuado del caso.
- Es importante demostrar compromiso con el cliente por medio de palabras, el tono de voz, las expresiones faciales y el lenguaje corporal. Las preguntas y afirmaciones del T o C bastan para que los

Cuadro 15

Preguntas clave para un acercamiento a la gravedad del consumo

- Edad de inicio del consumo de drogas socialmente aceptadas.
- Tipo de droga.
- Drogas consumidas (legales e ilegales) por lo menos una vez en su vida.
- Droga de consumo actual y/o la de mayor consumo históricamente (droga problema).
- Edad de inicio de la droga problema.
- Frecuencia de consumo actual (dos últimos meses).
- Dosis de consumo (marihuana: cigarrillos, "pitos", "bates"; cocaína: gramos; PBC: cigarrillos, "tabacazos"; éxtasis: pastillas).
- Tiempo máximo de abstinencia de consumo de la droga problema.
- Número de intentos por dejar de consumir la droga problema.
- Consumo: a solas o en compañía.
- Bajo qué circunstancias o estímulos suele consumir la sustancia problema.

La Regla del 20/20/20

Con el objetivo de conseguir una adecuada integración y análisis de cada una de las sesiones, así como la sistematización de los datos que nos provee el consultante, se coincide con el NIDA, Carroll (2001), respecto a considerar la "regla del 20/20/20" para el desarrollo de una sesión habitual relacionada con el consumo de SPAs.

Por cuestiones didácticas, en los primeros 20 minutos los Ts o Cs se concentrarán en el análisis de la demanda y la evaluación del síntoma (el consumo), el funcionamiento social, familiar, laboral, educativo. Esta primera fase se caracteriza por la permanente participación del cliente, sin perjuicio de que el T o C guíen al consultante a través de preguntas.

Los siguientes 20 minutos están dedicados a dar respuesta a la demanda y descripción del síntoma. Usualmente, en este espacio los Ts o Cs hablan más que los consultantes; del mismo modo, habría que tratar de esbozar alternativas de salida a la crisis generada por el síntoma.

En los últimos 20 minutos es el cliente quien deberá participar más; a través de la retroalimentación y preguntas sobre las indicaciones o sugerencias dadas, irá indicando si ha comprendido la totalidad de las prescripciones.

consultantes se sientan valorados y comprendidos por este, al demostrarles empatía y una adecuada comprensión de sus problemas e ideas.

- Para demostrar respeto y colaboración al final de cada sesión, el terapeuta debe averiguar cuál es la percepción que el consultante tiene del proceso de las sesiones y de él o ella como consejero o terapeuta. Este pedido de retroalimentación fortalece la alianza terapéutica.

La retroalimentación por parte del cliente permite al terapeuta saber si es empático, competente, comprensivo y también lo habilita para realizar, en esta etapa temprana, correcciones de cualquier percepción errónea. Con ese pedido, los C o T están recibiendo un mensaje positivo del rol que desempeñan en la sesión y de la capacidad que tienen para influir en el proceso.

Preámbulo de la primera sesión

Previo a la primera sesión es recomendable hacer el respectivo llenado de la Ficha de Atención (telefónica, personal u on-line) (ver el instrumento 1 del anexo); en otros casos, se requerirá el levantamiento de la historia clínica y sociofamiliar. Ambos instrumentos representan la puerta de entrada al escenario de la intervención.

No obstante, es recomendable volver a examinar el rubro del consumo de SPAs, puesto que los usuarios y usuarias de sustancias suelen dar información parcial, desactualizada, falseada o distorsionada. No debe olvidarse que estos comportamientos forman parte del abuso y de la enfermedad adictiva del alcohol y otras sustancias. Este repaso se puede llevar a cabo dentro de la primera o segunda sesión.

Evaluación y diagnóstico del consumo de SPAs

En el cuadro 15 se expone un grupo de preguntas clave que permitirán hacer un acercamiento discreto a la gravedad del consumo.

MÓDULO II

ESTRUCTURA DE LAS SEIS SESIONES TIPO

2.1. PRIMERA SESIÓN

ACOGIDA Y APERTURA

Definición

La primera sesión es muy importante, ya que en ella se establecerá el tono y las expectativas del trabajo que se desea realizar en el camino al *cambio*.

Los consultantes deben tener una expectativa clara sobre el curso del proceso, el mismo que derivará posteriormente en un programa de tratamiento. Cuando el consejero explica la estructura de las sesiones y luego respeta la modalidad explicada, acrecienta la comprensión del cliente.

La mayor parte de los clientes se sienten más cómodos cuando saben qué pueden esperar de las sesiones de consejo y motivación, y comprenden cuáles son sus responsabilidades.

El C o T deberá añadir a sus notas datos relevantes como: si el cliente está bajo medicación por sus problemas, si esta medicación ha sido prescrita o si se está automedicando y si ha tenido intoxicaciones y sobredosis de SPAs. Si el consumidor está desesperado o tiene actitudes suicidas será necesario modificar el formato de la primera sesión, o de cualquier otra, para proceder a la derivación respectiva, previa coordinación con el centro asignado.

En todos los casos, la intervención en crisis se antepone a cualquier otra demanda. Vale decir, cuando el consultante está expuesto a riesgos por la acción de las SPAs, o cuando representa un riesgo potencial para su familia, hay que dar el cauce hacia instancias de emergencias.

P
S
I
K
O
L
I
B
R
O

De no mediar este tipo de sustancias, es muy importante comenzar a establecer la confianza y el *rapport* (la relación) con el cliente desde la primera sesión. Este proceso suele llevarse a cabo sin dificultades con la mayor parte de clientes que no padecen de un trastorno de la personalidad o comportamiento de índole psiquiátrico, donde las necesidades clínicas son otras.

Con los que continúan en consejo psicológico y motivación, el C o T debe transmitir en forma implícita y a veces en forma explícita, los siguientes mensajes: que se preocupa por él y que confía en que podrán trabajar juntos; que cree poder ayudarlo y enseñarle a ayudarse así mismo; que desea comprender verdaderamente lo que está experimentando y ponerse en su lugar; que aunque el cliente puede estar abrumado por los problemas que se plantean el C o T no lo está; que ha atendido y ayudado a otros consumidores o adictos como él; que considera que el enfoque que le propone es el abordaje adecuado en su caso y que va a mejorar.

Objetivos:

- Revisar el problema que se presenta y efectuar una actualización del estado en el que se encuentra el cliente.
- Identificar problemas y establecer objetivos.
- Promover la empatía.
- Averiguar las expectativas del cliente respecto de las sesiones.
- Establecer un plan de trabajo (y explicar las razones para hacerlo).
- Hacer una síntesis.
- Fijar tareas para el hogar.
- Dar distintas alternativas al consultante para que pueda elegir.

Pasos para su aplicación:

1. Acogida del caso o motivo de consulta; recolección de datos, en caso de no haber previamente llenado la ficha (ver anexo: instrumento 1), o corroboración de los datos ya recolectados y ampliación de la información sobre el problema.
2. Los problemas planteados por el cliente, su funcionamiento actual, sus síntomas y su historia, ayudan al C o T a tener un concepto inicial claro, y contribuye al establecimiento de un plan general de intervención.

3. En lo que se refiere al abordaje, se deben considerar las siguientes pautas para una correcta intervención y para introducir al cliente en el proceso de motivación.

Para este efecto, se usa el siguiente esquema de pautas y herramientas de enganche.

OBSERVACIÓN Y ESCUCHA REFLEXIVA

Quizás la habilidad más importante en las sesiones iniciales de motivación es la referida a la *escucha reflexiva*, que será igualmente esencial para la implementación de las siguientes sesiones. Para muchos, erróneamente, escuchar significa estar callado y oír lo que alguien tiene que decir.

En las sesiones motivacionales la escucha reflexiva es la forma en que el consejero o terapeuta responde puntualmente a lo que dice el consultante, en un afán de tratar de deducir lo que este desea decir.

- a. Es importante tener en consideración un conjunto de respuestas que “no son indicadores de escucha”, que hay que intentar evitar. Estos son:
- Ordenar, dirigir.
 - Amenazar, gritar.
 - Discutir con el cliente.
 - Moralizar, sermonear.
 - Estar en desacuerdo, criticar, juzgar.
 - Estar completamente de acuerdo, rogar.
 - Ridiculizar, etiquetar.
 - Interpretar.
 - Simpatizar, consolar.
 - Retirarse, hacer bromas o cambiar de tema.

El T o C que incurra en estas respuestas demostrará que no asume una escucha reflexiva. Técnicamente, las respuestas presentadas implican obstáculos en el camino del paciente, pues desvían o bloquean la dirección de la interacción.

3. *Intención de cambiar*

- El hecho de que usted esté aquí quiere decir que al menos una parte suya piensa que ha llegado el momento de hacer algo.
- ¿Cuáles son las razones que usted ve para cambiar?
- Si pudiese tener un cien por ciento de éxito y las cosas salieran exactamente como usted desearía, ¿qué podría pasar?
- ¿Qué cosas le hacen pensar que debería continuar bebiendo de la manera que lo ha venido haciendo?
- ¿Y qué puede decirme de lo contrario? ¿Qué es lo que le hace pensar que ha llegado el momento de cambiar?
- ¿Qué piensa sobre su forma de jugar en estos momentos?
- ¿Cuáles serían las ventajas de realizar un cambio?
- Entiendo que se sienta atrapado, ¿qué es lo que debería cambiar?

4. *Optimismo*

- ¿Qué le hace pensar que si decide introducir un cambio lo podría hacer?
- ¿Qué le lleva a pensar que podría cambiar si así lo desea?
- ¿Qué es lo que cree que le funcionaría si decidiese cambiar?

Una vez que el cliente ha empezado a responder con frases automotivadoras, se pueden introducir estímulos directos, como: “¿qué más?”.

Recordar que el objetivo general es que el paciente asuma la responsabilidad de “cambiar el problema”.

Debida derivación inmediata o introducción a las siguientes sesiones motivacionales.

- Derivación. En función del perfil clínico del cliente o consultante, hay casos que requieren derivación inmediata. La derivación del caso se llevará a cabo según los criterios expuestos en el cuadro 17.

CUADRO 17

- Presencia de patología mayor (trastornos afectivos, de pensamiento y de personalidad).
- Presencia de patología orgánico cerebral (demencias, retardo mental, daño estructural y funcional).
- Existencia de consumo compulsivo.
- Existencia de ideación suicida.
- Menores de edad sin apoyo o soporte familiar.
- Pacientes agresivos, negativistas.
- Presencia de trastornos de comportamiento antisocial.

Criterios para la derivación de un caso

Para tomar la decisión de derivación se deben tener en cuenta los aspectos clínicos, económicos y geográficos expuestos en el Tema XI (la derivación del caso), además de utilizar la Red de derivación y de ayuda en casos de adicciones, que se encuentra en el anexo.

- *Introducción a sesiones motivacionales de consejería.* Si el cliente o consultante no satisface los criterios señalados en el cuadro 17, se le citará a la siguiente entrevista motivacional, siempre y cuando se perciba además un grado de motivación y disposición para asistir a las sesiones.

De ser este el caso, durante la primera sesión es importante introducir al cliente en los conceptos básicos de la psicología de la motivación y la terapia cognitiva. Al igual que ocurre con otras técnicas, suele ser útil dar al consultante una breve explicación sobre estos tópicos.

Lo ideal es que el plan se establezca en forma rápida y precisa. La explicación del funcionamiento hace más comprensible el proceso de consejo y motivación, e insta al cliente a tener una participación activa de una manera estructurada y productiva.

Será útil proporcionar al consultante, desde el comienzo, una simple y breve panorámica de la estructura de la primera sesión y de las siguientes sesiones en general. Un buen comentario estructurante puede tranquilizar al cliente.

El programa de sesiones debe incluir:

- La cantidad de tiempo disponible.
- Una explicación de su rol y de sus objetivos.
- Una descripción del rol del consultante.
- Un comentario de los aspectos que se tratarán.
- Una pregunta abierta.

Una vez establecido el plan para la primera sesión, el T o C realizará un breve control del estado de ánimo del cliente. Para ello, puede utilizar el inventario de depresión de Aaron Beck, el inventario de ansiedad de Beck

- b. Preguntas estratégicas en la evaluación de las fases de cambio: hay preguntas guía para las sesiones iniciales donde el tono de voz juega un rol importante. Estos pueden ser: ¿por qué acude a recibir ayuda?, ¿qué espera del servicio?, ¿qué espera del terapeuta?, ¿qué tanto está dispuesto a abandonar el consumo?, ¿cuánto está dispuesto a poner de sí?, ¿aceptaría todas las condiciones del programa (psicoterapia intensiva o internamiento)?, ¿qué es lo que ha venido haciendo frente a los problemas que le ha generado el abuso de sustancias?, ¿qué lugar de prioridad ocupa en su vida el abandono del consumo?, etc. (Se puede considerar la aplicación del instrumentos 4 y 5 de los anexos)

También se pueden tener en consideración las preguntas evocadoras, que son preguntas propicias para provocar afirmaciones automotivadoras (razones para cambiar) por parte del consultante (ver cuadro 16).

CUADRO 16
EJEMPLOS DE PREGUNTAS PARA PROVOCAR AFIRMACIONES
AUTOMOTIVADORAS

1. *Reconocimiento del problema*
 - ¿Qué cosas le hacen pensar que esto sea un problema?
 - ¿Qué dificultades ha tenido con la forma en que usted utiliza las drogas?
 - ¿De qué manera cree que usted, u otras personas, se han visto afectadas por el hecho de que usted beba?
 - ¿De qué manera esto ha sido un problema para usted?
 - ¿De qué manera el uso de tranquilizantes no le ha dejado hacer lo que usted quería hacer?
2. *Preocupación*
 - ¿Qué hay en su manera de beber, que usted u otras personas podrían ver como motivos de preocupación?
 - ¿Qué es lo que le preocupa en la forma que usted utiliza las drogas? ¿Qué es lo que imagina que le ocurriría?
 - ¿Cómo se siente con su forma de jugar?
 - ¿Hasta qué punto le preocupa?
 - ¿De qué formas esto le preocupa?
 - ¿Qué cree que le ocurriría si no realiza un cambio?

(ver anexo, instrumento 2), etc. Estos instrumentos ayudan al cliente y al T o C a controlar con objetividad el estado de ánimo del consumidor o del adicto, así como a captar problemas que el cliente no ha explicitado verbalmente (dificultades para dormir, disminución del deseo sexual, irritabilidad, sentimientos de fracaso, etc.).

Si no se dispone de este tipo de instrumentos, el C o T puede dedicar algún tiempo de la primera sesión a enseñar al consultante a proporcionar un puntaje de su estado de ánimo en una escala del 0 al 20.

Características del terapeuta:

- Debe poseer habilidad para crear un ambiente de confianza o establecer un *rapport* adecuado con el cliente.
- Conocer y estar capacitado sobre cómo manejar o llevar a cabo una entrevista motivacional.
- Ser un reforzador sistemático de todas las aproximaciones que impliquen buscar abstinencia.
- Disponer de refuerzos inmediatos y existentes en el ambiente.

Características del consultante:

- Ha de estar dispuesto a brindar amplia información sobre su historia de uso o abuso de SPAs.
- Mostrar disposición o motivación para tomar el curso de acción conveniente, acordado en la sesión (derivación o continuar con las siguientes sesiones).

OBJETIVO:

- Dotar de información básica al consultante en función del análisis de la demanda.

PASOS PARA SU APLICACIÓN:

1. Determinar qué información se debe proporcionar al consultante.
2. Informar al cliente de forma clara, concisa y sencilla.
3. Si se considera oportuno, se le proporcionará la información a través de trípticos, artículos impresos, vídeos, etc.
4. Pedir feedback al cliente para comprobar que entienda correctamente la información.

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA:

- Ha de ser claro en la exposición de la información.
- Debe adaptar el lenguaje al nivel cultural de la persona.

ÁMBITOS DE APLICACIÓN

En función al perfil clínico y siempre que se considere necesario, frecuentemente se ha aplicado en:

- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Trastornos alimentarios.
- Depresión.
- Ataque de pánico.
- Sexualidad.
- Crisis de adolescencia, etc.

2. Orientación

Consiste en proporcionar a la persona instrucciones precisas sobre cómo actuar frente a determinadas situaciones de riesgo asociadas con el consumo de SPAs.

Se utiliza cuando la persona que solicita ayuda precisa de instrucciones concretas para poder llevar a cabo una actuación que sería capaz de realizar, pero que no pone en práctica debido a falta de información.

Algunas orientaciones o sugerencias que se dan a menudo son, por ejemplo:

- No portar o manejar dinero.
- Conversar con alguna persona de confianza de su red de apoyo al presentar deseos de consumo o cravings.
- Evitar lugares, personas u objetos asociados al consumo de SPAs.

OBJETIVO:

- Instruir al cliente sobre el comportamiento sintomático.

PASOS PARA SU APLICACIÓN:

1. Determinar en qué momento serán puestas en práctica cada una de las instrucciones.
2. Operativizar las instrucciones. Estas han de ser claras, concisas y sencillas.
3. Comprobar si las instrucciones han sido comprendidas.
4. En lo posible, dar las instrucciones por escrito.

CARACTERÍSTICAS DEL CONSEJERO O TERAPEUTA:

- Fundamentalmente, ha de saber dar instrucciones claras y viables.
- Adecuar el lenguaje al nivel del cliente.

ÁMBITOS DE APLICACIÓN

Se ha aplicado frecuentemente en:

- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Trastornos alimentarios.
- Depresión.
- Ataque de pánico.
- Sexualidad.
- Crisis de adolescencia, etc.

3. Biblioterapia

Se trata de dar a la persona que solicita ayuda la información bibliográfica pertinente, para que conozca el fenómeno de las conductas adictivas y SPAs. Para ello hay que tener en cuenta que:

2.2 SEGUNDA SESIÓN

TÉCNICAS BASADAS EN LA INFORMACIÓN

A continuación presentamos tres técnicas que podrán ser aplicadas en esta sesión, de acuerdo a la demanda específica del consultante o a las necesidades que el C o T evalúe conveniente satisfacer.

Estas son:

1. Información.
2. Orientación.
3. Biblioterapia.

Estas tres técnicas servirán, además, como herramientas de enganche del cliente para con las sesiones, contribuyendo en la motivación de este para llevar a cabo el programa de autocontrol.

Aunque estas técnicas se proponen como parte específica de esta sesión, pueden ser aplicadas también en las sesiones sucesivas, de acuerdo al criterio del C o T.

1. Información

Se trata de proporcionar información seleccionada al cliente o consultante, sobre un área en particular y en función a las características de la demanda. Se utiliza cuando la falta de información genera en la persona comportamientos no adecuados, en determinadas situaciones.

En el caso particular de las conductas de uso o abuso de drogas se puede brindar información sobre: los efectos adversos de ciertas SPAs, los tipos o clases de SPAs, conceptos básicos sobre dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc.

- La bibliografía debe ser de lectura sencilla, clara y amena, por tanto no debe ser de contenido muy técnico.
- La selección de la bibliografía ha de ser completa, pero breve, de tal forma que el C o T esté seguro de que la va a leer.

OBJETIVO:

- Proporcionar bibliografía actualizada que complementen las acciones del consejero o terapeuta.

PASOS PARA SU APLICACIÓN:

1. Selección adecuada del documento.
2. Entrega del documento.
3. Debate sobre el documento.

POSIBLES PROBLEMAS EN LA APLICACIÓN DE LOS PASOS:

- Que no haya leído el texto.
- Que habiéndolo leído, el consultante no lo haya comprendido.
- Que lo considere innecesario porque “domina” el tema.

CARACTERÍSTICAS DEL CONSEJERO O TERAPEUTA:

- Será capaz de hacer una selección adecuada del texto.
- Ha de conocer y seleccionar tanto el contenido como la comprensión del documento.
- Capaz de adecuar el lenguaje durante la revisión del documento al nivel cultural del consultante.

ÁMBITOS DE APLICACIÓN:

- Se utiliza sola o como parte de un conjunto de técnicas.
- Se recurre a la biblioterapia cuando uno de los problemas del cliente es la falta de información, y se considera que al leer sobre el tema demandado quedarán aclaradas las dudas.

Se ha aplicado con frecuencia en:

- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Trastornos alimentarios.
- Depresión.
- Ataque de pánico.
- Sexualidad.
- Crisis de adolescencia, etc.

Pasos para su aplicación

En estas primeras sesiones, cuando sea necesario facilitar el compromiso de cambio y la motivación por parte del consultante, se pueden utilizar dos estrategias complementarias (didácticamente se puede utilizar el gráfico 1, del módulo I). A saber:

1. Elaborar un listado de beneficios (a mediano y largo plazo), que se pretenden conseguir en las sesiones, incluyendo los objetivos colaterales (por ejemplo: ¿qué crees que puede cambiar en tu ámbito familiar?, ¿en el ámbito laboral?, etc.).
2. Elaborar un listado de las consecuencias que derivan de continuar desarrollando la conducta-problema. Para ilustrar esto se puede utilizar la Hoja de Balance Decisional (cuadro 18), que especifica lo que una persona percibe como beneficioso y lo que percibe como costo asociado a una conducta determinada.

CUADRO 18
HOJA DE BALANCE DECISIONAL

Continuar consumiendo		Abandonar el consumo	
Beneficios	Costos	Beneficios	Costos

El T o C podrá escoger analizar, con mayor detalle, la validez de algunas de las expectativas que el paciente registre en la hoja de balance decisional. Lo registrado en esta hoja, junto con la entrevista motivacional, puede ser utilizado para profundizar en el estado de ambivalencia del cliente, aclarando sus factores motivacionales contrapuestos y estimulándolo a que considere la posibilidad de cambiar.

La ambivalencia es a menudo manifestada mediante *pensamientos automáticos*⁹ sobre la SPA y su consumo, lo que es difícil de controlar. La droga es o ha sido un factor importante, incluso dominante, en la vida de los consumidores, ello facilita pensamientos tanto positivos como negativos sobre esta, por lo que es esperable que tales pensamientos o ideas aparezcan predominantemente en esta etapa de sesiones motivacionales.

En este sentido, las siguientes estrategias se dirigen a que el paciente “reconozca”, “evite” y “afrente” las ideas de consumo (se puede considerar la aplicación de los instrumentos números: 3, 4, 5 y 6 del anexo).

3. Reconocer. Los pensamientos asociados al consumo de la SPA pueden llevar a reanudar el consumo, aspecto que podría variar en función de los pacientes y de las características de sus cogniciones respecto de la sustancia. En este sentido los Ts o Cs deben ayudar al cliente a identificar sus distorsiones cognitivas y racionalizaciones.

Por ejemplo: “He observado que usted habla desde su punto de vista sobre el consumo de cocaína, ¿y la otra parte de usted, es decir, de la persona que no consume, qué me puede decir de ella?”.

Es importante que los Cs o Ts también conceptúen los *pensamientos automáticos*. El concepto básico puede ser expresado así: un pensamiento o una imagen visual de la que pueden ser no muy conscientes, a menos que centren su atención sobre ello. Del mismo modo, las cogniciones, por ejemplo: cosas que se dice a sí mismo.

Los *pensamientos automáticos* más comunes asociados con el consumo de SPAs son los siguientes:

- Comprobar el control: “Puedo ir a fiestas sin consumir” (ver amigos que son consumidores, usuarios de alcohol o marihuana).
- La vida nunca será lo mismo: “Me encanta estar stone”
- Fracaso: “Los tratamientos previos no han funcionado; no hay esperanza alguna para mí”.

⁹ Pensamientos automáticos: la sexta sesión de este manual esta completamente dedicada al trabajo con pensamientos automáticos.

2.3. TERCERA SESIÓN

AFIANZAMIENTO DE LA MOTIVACIÓN

Definición

La motivación no se debe entender como un problema de personalidad o como un rasgo innato. Se asume la motivación como un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, que puede ser fluctuante. Dicho estado está influido por factores internos, externos y contextuales (Miller y Rollnick, 1991).

La tarea principal de la tercera sesión consiste en activar o intensificar la motivación intrínseca del consultante, de manera que el cambio surja de dentro, más que imponerse desde fuera (Miller, 2003).

Esto contribuirá en la realización de un fuerte compromiso de cambio, que en el caso de los consumidores de SPAs es la abstinencia misma.

Objetivos de la sesión:

- Generar motivación y cambio de actitud frente al consumo de SPAs.
- Reconocer los pensamientos asociados al consumo de sustancias.
- Reconocer y tratar la ambivalencia con respecto a la abstinencia.
- Dar información y consejo.
- Eliminar barreras.
- Dar distintas alternativas al consultante para que pueda elegir.
- Disminuir los factores que hacen que la conducta de consumo sea deseable.
- Dar retroalimentación.
- Clarificar objetivos.

- Disminución del placer: “El mundo es aburrido sin marihuana”.
 - Derechos: “Me merezco una recompensa”.
 - Sentirse incómodo: “No sé cómo estar con gente si no estoy pilas con coca”.
 - ¡Qué demonios!: “Otra vez me molesté. Debo drogarme”.
 - Huir: “Mi vida es tan horrible, solo necesito un descanso de unas pocas horas”.
4. Evitar. Evitar los pensamientos asociados al consumo de SPAs no siempre es posible, pero los individuos que tienden a centrarse en metas positivas parecen sentirse menos afectados por ellos. Por esto es que deberá solicitar a los consultantes que articulen y registren sus objetivos a corto y largo plazo.

Realizar esta tarea ayudará a los consultantes a centrar su atención más allá de las tentaciones inmediatas.

En el ejercicio a realizar dentro de la sesión, los pacientes tienen que registrar sus objetivos inmediatos (la próxima semana), a corto plazo (las próximas 12 semanas) y a largo plazo (el próximo año). Deben ser concretos (por ejemplo: en lugar de “tener mucho dinero”, mejor “tener un trabajo en el que me pagan 20 soles por jornada”).

Ayudar a que las personas formulen objetivos claros, que sean percibidos por ellas como realistas y alcanzables, facilitará el cambio.

Desde el punto de vista de la entrevista motivacional, esta exploración de objetivos dejará al descubierto las maneras en que la conducta-problema es incoherente con o actúa en contra de los valores u objetivos más importantes del consultante. El punto central en este aspecto es analizar y desarrollar temas de discrepancia entre los objetivos importantes para la persona y la conducta-problema actual.

El T o C deberán brindar *feedback* al consultante sobre su situación presente, para que los objetivos planteados no carezcan de utilidad. Los objetivos y el *feedback* trabajan conjuntamente para crear la motivación respecto al cambio.

Uno de los objetivos generales de la entrevista motivacional es aumentar las percepciones de los clientes sobre su capacidad de hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el *cambio*.

5. Afrontar. Bajo el soporte de las experiencias de CEDRO (CEDRO: Rojas et al, 2003 y NIDA: Carrol, 2001), se proponen las siguientes estrategias para afrontar los pensamientos automáticos sobre la cocaína, que pueden ser aplicadas o adaptadas a problemas con otras SPAs:

- Pensar sobre la euforia o la gran estimulación que genera la cocaína. Cuando los consultantes son acosados por el *craving* o pensamientos sobre la sustancia, resulta difícil recordar y hacer conciencia del crash o “bajón” generados por un “atacón de cocaína”.

Frente a esta situación, los consejeros o terapeutas pueden pedir a los consultantes que recuerden los momentos desagradables que vivieron al final del atacon, por ejemplo, la imagen del consumidor levantándose a duras penas, golpeado, sucio, adolorido luego de un asalto, en un sitio que no conoce; esta puede ser una escena poderosa para contrarrestar una serie de pensamientos nostálgicos sobre el consumo.

- Desafiar los pensamientos. Los consultantes pueden ser alentados a generar y practicar creencias positivas para contrarrestar cada pensamiento negativo relacionado con la droga.

En los usuarios de cocaína, por ejemplo: “He afrontado el *craving* en el pasado y puedo hacerlo otra vez” o “mantener a mi familia unida es más importante que estar eufórico” o “yo solía tener relaciones sin necesidad de cocaína”. Este ejercicio debe ser realizado individualmente y adaptado al estilo cognitivo del consultante. El humor y la reformulación cognitiva son vías efectivas para contrarrestar los pensamientos sobre la cocaína en algunos pacientes.

- Revisar las consecuencias negativas. Se puede solicitar que el consultante enumere las consecuencias negativas del consumo de la

droga, experimentadas a lo largo del proceso adictivo. También se puede sugerir que traduzca cada una de las consecuencias en su equivalente dinerario. La estrategia contribuye a sustituir los pensamientos de consumo y el *craving*.

La distracción. La distracción es una forma efectiva de afrontar el *craving*; esto es, tener una lista de actividades que pueden reemplazar espacios mentales y el uso del tiempo libre. Estas actividades deben ser placenteras (alegres o estimulantes), posibles (que puedan realizarse tanto de día como de noche, haga buen o mal tiempo) y realistas (no muy caras o que dependan siempre de la disponibilidad de otros).

De esta forma los pensamientos sobre la cocaína serán menos intensos, menos frecuentes y menos molestos, si uno no se deja llevar por ellos.

- Hablar. Hablar con un amigo o con otras personas significativas puede ser un método efectivo para superar, entender y trabajar con un episodio de *craving*. Hablar sobre los pensamientos centrados en la droga, que parecen asaltar y atemorizar al adicto (“no puedo vivir sin cocaína”), a menudo, hace que pierdan su poder cuando son comentados con otras personas.

Los terapeutas deben trabajar con los pacientes a fin de encontrar personas adecuadas con las que puedan discutir y tratar los pensamientos sobre la cocaína.

Es útil llevar un control adecuado del avance del proceso a través del autorreporte y no solo respecto al consumo (cuadro 20). Es importante que el consumidor o consumidora aprendan a evaluar y cuantificar sus estados de ánimo, en este caso, sobre la base de una escala de 0 a 20.

Luego de haber proporcionado el feedback, si el T o C han percibido que el cliente demuestra una disposición para el cambio, se pueden realizar preguntas claves, como las que se exponen en el cuadro 19, que permitirán que el cliente piense y hable sobre el cambio, aclarando así “el paso siguiente”.

CUADRO 19
POSIBLES PREGUNTAS CLAVES

- ¿Qué es lo que hará?
- ¿Qué es lo que quiere decir con su forma de beber?
- Ahora debe ser incómodo para usted ver todo esto... ¿Cuál es el siguiente paso?
- ¿Qué es lo que usted cree que tiene que cambiar?
- ¿Qué podría hacer? ¿Qué opciones tiene?
- Parece como si las cosas no pudieran seguir de la manera como han estado hasta ahora. ¿Qué es lo que piensa hacer?
- De las cosas que he mencionado aquí, ¿cuáles son las razones más importantes para cambiar? ¿Cómo lo hará?
- ¿Qué es lo que ocurrirá ahora? ¿Hacia dónde nos dirigimos ahora?
- ¿Cómo le gustaría que fueran las cosas a partir de ahora, de una forma ideal?
- ¿Qué es lo que le preocupa sobre su forma de cambiar el uso que hace de las drogas?
- ¿Cuáles serían algunas de las cosas positivas de la posibilidad de cambiar?

Finalmente, será fundamental que el T o C procure fomentar la *autoeficacia* del cliente. La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante.

La autoeficacia se refiere a la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica. En el contexto del tratamiento de la conducta adictiva es un elemento clave en la motivación para el cambio y un buen predictor de resultados. Si la persona no tiene esperanza alguna de lograr cambiar, ni de alcanzar los objetivos que se proponga en la sesión, o encontrar un camino para llegar a ellos, entonces no hará ningún esfuerzo; y las tácticas del C o T serán en vano.

CUADRO 20
AUTO REGISTRO EN EL SEGUIMIENTO DE LAS SESIONES

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Deseos de consumo Escala de 0 a 20							
Ansioso o tenso Escala de 0 a 20							
Carácter Irritabilidad Escala de 0 a 20							
Relación con la familia Buena(B), regular (R) y mala (M)							
Insomnio Sí o No							
Sueños de consumo Sí o No							
Depresión Escala de 0 a 20							
Problemas estomacales Sí o No							

2.4. CUARTA SESIÓN

CONTROL DE ESTÍMULOS

Definición

El control de estímulos, en lo que a adicciones de SPAs se refiere, consiste en poder evitar, manejar o controlar las situaciones de riesgo asociados con el consumidor; por ejemplo: Momentos, emociones negativas o positivas, lugares, personas, etc. El control estimular se logra cuando se planifican formas de afrontamiento de los estímulos que están provocando o impidiendo la ejecución de una conducta determinada. El programa de autocontrol constituye uno de los programas de psicoterapia más utilizados en la actualidad, tanto en consejería como en psicoterapia. Una de sus características fundamentales es favorecer la adaptación del individuo.

Objetivos de la sesión:

- Transmitir el concepto y la importancia del autocontrol en la consejería y tratamiento de conductas adictivas.
- Comprender los mecanismos de internalización y mantenimiento de los estímulos relacionados con el consumo de SPAs.
- Identificar los estímulos externos e internos asociados a la cadena conductual establecida.
- Enseñar y practicar técnicas de autocontrol.
- Reforzar las habilidades de rechazo.
- Diseñar auto-registros de control de estados de ánimo.

Pasos para su aplicación:

1. Se adiestrará al consultante en la planificación ambiental, dándole instrucciones para la realización del control estimular.

Conforme transcurran los patrones de uso, abuso y dependencia, el consumidor internalizará determinados estímulos que han estado en constante contacto con el consumo de SPAs.

Durante el proceso adictivo se forman verdaderas cadenas de asociación, donde cada uno de los estímulos es capaz de detonar las ansias de consumo o provocar una recaída. Se trata de una cadena comportamental altamente sensibilizada al consumo, resultado de un mapa cognitivo instalado en el esquema mental.

2. Se deberán recoger, mediante registros, los estímulos que provocan la conducta a eliminar (consumo de SPAs), o aquellos estímulos que impiden la realización de la conducta a implantar (abstinencia).

Un paso fundamental cuando se planifican programas de autocontrol (cuadro 21) es identificar los estímulos que controlan inadecuadamente la conducta-problema del sujeto, en este caso el abuso o la dependencia a SPAs. Esto permite preparar el ambiente para facilitar el control de las conductas indeseadas.

CUADRO 21
NORMAS GENERALES PARA LA APLICACIÓN
DE PROGRAMAS DE AUTOCONTROL

- Auto-observación: para que el sujeto comience a darse cuenta de la emisión de la conducta a modificar, evalúe y obtenga datos de línea base. La auto-observación continúa a lo largo del programa para evaluar los cambios logrados.
- Establecimiento de objetivos: decidir el nivel de control a alcanzar sobre la respuesta a modificar.
- Entrenamiento en técnicas concretas, para conseguir el autocontrol y establecimiento de criterios de ejecución durante el entrenamiento.
- Revisión de las aplicaciones y los logros alcanzados, realizando las modificaciones y correcciones que se consideren oportunas en la puesta en marcha del programa.

Crespo, M. y Larroy, C. (1998). Técnicas de modificación de conducta.

Características del terapeuta:

- Ser un reforzador sistemático de las aproximaciones que impliquen buscar abstinencia.
- Disponer de refuerzos inmediatos y existentes en el ambiente.
- Escoger refuerzos apropiados.

Características del consultante:

- Estar dispuesto a cooperar en la sesión terapéutica, en la práctica del procedimiento en casa y cuando utilice las escenas en vivo.
- Ser capaz de seguir las instrucciones del C o T. Suele ser difícil aplicar esta técnica a clientes con desórdenes severos de personalidad.

Los estímulos discriminativos asociados al consumo de SPAs más frecuentemente encontrados en los y los consultantes son:

Estímulos discriminativos externos:

- Bebidas alcohólicas.
- Dinero.
- Amigos o amigas usuarios de SPAs.
- Zonas o puntos de venta y consumo de sustancias.
- Día o días de la semana.
- Hora u horas del día.
- Peleas con la pareja.
- Soledad, etc.

Estímulos discriminativos internos:

- Cólera, ira.
- Frustración.
- Depresión.
- Frecuentes ideas de consumo, y otros.

3. Se seleccionarán aquellos estímulos que se puedan manipular de acuerdo al objetivo terapéutico, para poder planificar el ambiente del sujeto. Se darán instrucciones precisas al sujeto para la modificación de la conducta de acuerdo al paso anterior.

Una vez identificados los estímulos “gatillo” o “disparadores” de consumo, al consultante se le pueden dar pautas para evitar momentáneamente el consumo. Estas son:

- Interrupción de la ingesta de bebidas alcohólicas.
- No portar dinero ni tarjetas de crédito.
- No frecuentar amigos consumidores.
- Evitar zonas o puntos de venta o consumo de sustancias.
- Evitar estar solo o sola, etc.

Posibles problemas en la aplicación de la planificación ambiental:

1. El sujeto no tiene capacidad de control en ninguna área de funcionamiento.

2.5. QUINTA SESIÓN

HABILIDADES PARA EL RECHAZO DEL CONSUMO

Definición

Uno de los objetivos claves a seguir con los consultantes consumidores de SPAs es alejar al cliente de zonas o espacios de venta y rechazar las ofertas de sustancias.

En situaciones en que el consultante, que intenta abandonar el uso o abuso de SPAs, se encuentre inevitablemente ante una persona o grupo que podría influenciarlo negativamente (induciéndolo al consumo, atentando contra el “cambio” y facilitando una posible recaída), deberá ser capaz de decir “no” con firmeza.

La decisión de no consumo exige que el cliente tenga que vencer la presión de grupo, así como ser persistente en su decisión, aún a riesgo de que no guste a todos; esto significa que no solo no aceptará invitaciones o insinuaciones al consumo, sino que tendrá que negarse a participar en actividades que podrían ponerlo en riesgo de recaída.

La técnica del “disco rayado”, que consiste en repetir una misma respuesta cuantas veces sea necesario y sin tener en cuenta las cosas que diga la otra persona, es una de las técnicas que ponen en práctica las habilidades para el rechazo.

Objetivos de la sesión:

- Evaluar la disponibilidad de SPAs y los pasos necesarios para reducirla.
- Explorar las estrategias para romper los contactos con los individuos que suministran la droga.

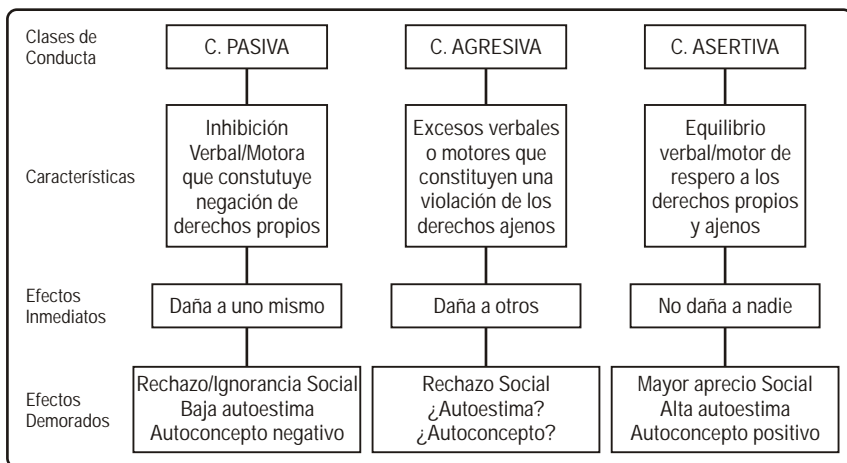
PSIKOLIBRO

- Aprender y practicar habilidades de rechazo. Al término de la sesión el paciente deberá ser capaz de rechazar invitaciones al consumo.
- Instaurar o reforzar respuestas asertivas en el repertorio conductual del cliente.
- Fortalecer y reforzar los sentimientos de autoconfianza y autoeficacia del paciente.
- El objetivo de esta sesión es: saber decir "no", mediante el aprendizaje y la práctica de estrategias de afrontamiento para rechazar invitaciones.

Pasos para su aplicación:

1. Revisar la diferencia entre respuesta pasiva, agresiva y asertiva (cuadro 22).

**CUADRO 22
CLASES DE CONDUCTA**



2. Evaluar la disponibilidad de la SPA problema en torno al domicilio y barrio del consultante. Analizar su actitud y conducta ante la presión de grupo en el pasado, identificando situaciones concretas en las que haya actuado influenciado o inducido por otros hasta llegar al consumo de SPAs.

2. Los estímulos con los que se trabaja presentan dificultades para ser modificados.
3. No se detectan todos los estímulos implicados.
4. El sujeto no comprende bien las instrucciones para la modificación de los estímulos.
5. Los registros no recogen todos los posibles estímulos que aparecen en el ambiente del sujeto.

Estrategias de solución para los problemas anteriores:

1. Se dota de estrategias que ayuden y fortalezcan el control interno. Estas estrategias dependerán del motivo de la falta de autocontrol. Pueden ser: Planificación de actividades, entrenamiento en habilidades sociales, entre otras.
2. Se introducen nuevos estímulos que contrarresten aquellos que son complicados de modificar.
3. Se pueden dar las instrucciones por escrito.

Características del consejero o terapeuta:

- Preferentemente semi-directivo.
- El rol del C o T es ayudar a desarrollar y fortalecer las conductas controladoras.
- Capacidad para localizar estímulos asociados al consumo de drogas.
- Conocimiento sobre cómo modificarlos.

Ámbitos de aplicación:

- Se utiliza tanto para aumentar como para disminuir conductas.
- Se puede aplicar en un amplio campo de intervención: drogodependencias, instalación de hábitos de estudio, habilidades sociales, sobrepeso, etc.

P S I K O L I B R O

- Opcionalmente, se puede incluir en la sesión la entrega al consultante de la lectura para análisis (cuadro 23), para que la lea y posteriormente desarrolle las preguntas que en ella se presentan, teniendo cuidado de reforzar con frases motivadoras y feedback cada respuesta del paciente.

CUADRO 23
LECTURA PARA ANÁLISIS

La presión del grupo; un amigo que influye demasiado en ti; guardar las apariencias; poca confianza en ti mismo... Todas ellas son razones que, en ocasiones, pueden llevarte a hacer lo que no quieres... porque "todos lo hacen".

Y no solo el grupo de amigos: la televisión, la manipulación de ciertos medios informativos, la publicidad... Existen numerosos elementos en la sociedad actual que pueden buscar una determinada respuesta en ti que atente contra lo que realmente deseas.

Por eso: debes ser capaz de decir NO a lo que no te conviene, a lo que no quieres.

Cualquier persona, y más una persona tratando de superar las drogas como tú, debe aprender a ser coherente con lo que piensa, sabiendo defenderse cuando la presión del grupo o de alguien lo acorrala.

Muchas veces tendrás que decir NO a lo que te ofrecen como condición para decir Sí a lo que piensas y sientes.

Idealmente, en forma radical, debes evitar mantener relaciones o seguir en contacto con las personas que de alguna manera están ligadas al submundo de las drogas o podrían exponerte al riesgo de una recaída.

Aún así, tomar decisiones sin sentirte presionado es casi imposible. Por eso, a veces, hay que saber "enfrentarse" a los demás, para poder decir NO libremente; tener la "cabeza fría" para hacer lo que realmente quieres hacer.

Lo difícil para una persona adicta que no desea volver a consumir más puede ser conseguir mantener sus puntos de vista y sus opiniones pues, probablemente, ya ha sido vulnerable en el pasado y ha cedido a invitaciones para participar en actividades que le hacen daño.

Lo importante es que ahora sepas lo que quieres, que vivas con coherencia, que tengas convicciones claras.

Ese es el bagaje valioso:

CUADRO 26
EJEMPLO DE TÉCNICA DEL DISCO RAYADO

Situación: Rechazar una invitación para tomar licor.
Amigo: Vamos a tomar una "chela".
Rechaza: Gracias, no quiero tomar.
Amigo: Pero, solo una, qué nos va hacer.
Rechaza: No quiero tomar.
Amigo: Pero, yo te invito.
Rechaza: No quiero tomar.
Amigo: Ah, me estás despreciando.
Rechaza: No quiero tomar.
Amigo: No seas zanahoria.
Rechaza: No quiero tomar.
Amigo: Bueno, tú te lo perdiste.
Rechaza: Nos vemos otro día.

En algunos casos, ciertos consumidores se sienten incómodos o culpables cuando dicen "no" y piensan que necesitan dar excusas para no consumir; esto no da la posibilidad de futuros rechazos.

Es importante informar a los consultantes que un "no" puede ser seguido por un cambio de tema, la sugerencia de actividades alternativas y la petición clara de que la persona no vuelva a ofrecer SPAs en el futuro (ejemplo: "Te pido que cuando vengas a mi casa no traigas cocaína ni la consumas, dado que estoy decidido a no consumir más. Si no puedes hacer esto, te agradeceré mucho que no vengas a visitarme").

- Desarrollar ensayo conductual con ejercicios en vivo dentro de la sesión, a modo de juego de roles.

Luego de hacer un repaso de las habilidades básicas de rechazo, los clientes deben practicar a través del juego de roles los problemas que surjan. Los rechazos asertivos deberán ser identificados y discutidos con el T o C.

Dado que esta es la primera sesión que incluye un juego de roles formal, es importante que los Ts o Cs encuentren una manera de

planearla de tal forma que ayude al paciente a sentirse cómodo.

Es importante adecuar el ensayo conductual a la realidad del cliente, a su entorno o medio social y a sus vivencias. Para ello se sugieren las siguientes directrices:

- Elegir una situación concreta, que le haya sucedido recientemente al consultante.
- Pedir al paciente que proporcione información sobre la persona que lo incita al consumo.
- En el primer juego de roles, hacer que los consultantes representen el papel de persona conflictiva, para hacerse una idea clara sobre el estilo de quien ofrece la sustancia y poder modelar de forma efectiva las habilidades de rechazo.
- Para los siguientes juegos de roles, invertir los roles, donde el consultante sea el que rechace las invitaciones conforme a las habilidades de rechazo explicadas anteriormente. Puede aplicar la Técnica del disco rayado.
- Se pueden plantear situaciones tipo:
 - Rechazar la invitación a tomar licor.
 - Rechazar la invitación para ir a una discoteca.
 - Rechazar la invitación para asistir a una fiesta.
 - Otras.

El juego de roles debe ser minuciosamente discutido una vez realizado. Será esencial retroalimentar al consultante sobre la forma cómo va implementando la técnica y reforzarlo con frases motivadoras o afirmadoras. Para ello, los Ts o Cs deberán elogiar cualquier conducta efectiva mostrada por los clientes, así como hacer críticas claras y constructivas. Por ejemplo:

C o T: “El ejercicio ha estado bastante bien. ¿Usted cómo se sintió? Vi que su mirada era fija y penetrante ante el ofrecimiento de la SPA. Esa es la forma de reacción que usted deberá tener”.

C o T: “Vamos a intentarlo otra vez, con el objetivo de que usted se

Saber tomar decisiones, aun a riesgo de que no les gusten a todos. Atreverte a decir NO, con firmeza, cuando no quede más remedio. Saber mantenerte en una postura, aunque intenten influirte. Aprender a ser persistente.

Preguntas:

1. ¿En qué estás de acuerdo con el texto leído? ¿Por qué?
2. ¿Te has sentido presionado en alguna ocasión para tomar decisiones o aceptar invitaciones? ¿En qué oportunidades?
3. ¿Cuál es la idea o cuáles son las ideas que consideras importantes o fundamentales del texto?
4. ¿Cómo se puede aplicar lo leído a tu vida?

4. Dar a conocer las Habilidades de rechazo (cuadro 24). Luego de describirlas, se puede exponer y explicar la técnica del “disco rayado”, estrategia que pone en práctica las habilidades de rechazo planteadas. Para ello, describa cómo se aplica esta técnica, según se refiere en el cuadro 25 y presente un ejemplo similar al que se encuentra en el cuadro 26.

CUADRO 24 HABILIDADES DE RECHAZO

Existen varios principios básicos para rechazar de forma efectiva cualquier tipo de SPA. Estos principios y habilidades pueden ser:

- Responder rápidamente el ofrecimiento (sin pensarlo, ni dudarlo, ni titubear).
- Mantener un buen contacto ocular.
- Responder con un “NO” contundente, claro y firme; la respuesta no debe dejar la puerta abierta a futuros ofrecimientos de la SPA.

CUADRO 25 CÓMO APLICAR LA TÉCNICA DEL DISCO RAYADO

- Repita una misma respuesta cuantas veces sea necesario.
- Muéstrese seguro, firme y relajado; es decir, evite irritarse o alterarse al momento de repetir la respuesta.
- No tome en cuenta lo que la otra persona le dice.
- Utilice apropiadamente las conductas verbales y no verbales.
- Cuando rechace una invitación cuide, en lo posible, de ser amable. Para ello, comience por agradecer la invitación y luego prosiga con la técnica del disco rayado.

familiarice más con estos eventuales ofrecimientos, así como con la respuesta contundente que debe emitir “.

A menudo, el juego de roles revela un déficit en la comprensión y en la posibilidad de sentirse cómodo con una respuesta asertiva. Para pulir estos problemas, los terapeutas deberán dedicar otra sesión a repasar y practicar las respuestas asertivas.

6. Reconocer y anticipar situaciones concretas, factibles de ocurrir en el futuro (como invitaciones) y que el sujeto tendrá que rechazar; identificar personas “reales” que podrían inducir al consultante a una conducta de riesgo o hacer algún tipo de invitación perjudicial.

Igualmente, facilitar el desarrollo de la percepción de autoeficacia en el consultante, procurando que sea consciente de que cuenta con un repertorio de respuestas (afrontamiento) efectivas ante esas situaciones conflictivas. Esto se logrará con la aplicación de la técnica del disco rayado y habilidades de rechazo aprendidas.

De esta forma, se analizarán las estrategias para romper los contactos con los vendedores o *dealers*, quienes generalmente suministran la sustancia.

En esta etapa se pueden planificar o predeterminar respuestas concretas y practicarlas, realizando nuevamente el ensayo conductual, donde el C o T asumirá el papel del que invita (teniendo en cuenta las características descritas por el paciente en el potencial “invitador”).

Características del terapeuta o consejero:

- Ser preferentemente semi-directivo.
- Tener suficiente conocimiento y manejo en las habilidades de rechazo y la técnica del disco rayado.
- Estar capacitado para establecer y desarrollar el juego de roles con el paciente.

2.6. SEXTA SESIÓN

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Definición

En el esquema mental de los y las drogodependientes, los *pensamientos automáticos* son pensamientos que acuden a su mente de forma espontánea a lo largo del día, en forma de palabras, imágenes o recuerdos. Normalmente aparecen cuando tienen emociones intensas y son momentos claves para entender el por qué de las reacciones emocionales.

La activación de las creencias básicas relacionadas con las drogas ocasiona que, ante la presencia de estímulos de alto riesgo (internos o externos), surja una serie de **pensamientos automáticos**, que a su vez disparan los impulsos y los *cravings*, los cuales pasan a ser *estímulos de alto riesgo* (EAR); es decir, “disparadores” internos y externos que estimulan el apetito de drogas.

Para identificar los pensamientos automáticos, se debe intentar reconocer qué pasa por la cabeza del cliente cuando experimenta una emoción intensa. Los pensamientos de “alta tensión” son pensamientos automáticos con mayor carga emocional.

Objetivos de la sesión:

- Instruir al consultante sobre la diferenciación de situaciones, emociones y pensamientos (apoyarse en la lectura del cuadro 23).
- Entrenar al consultante en la identificación de pensamientos automáticos relacionados con el consumo de SPAs.

PSIKOLIBRO

- Reconocer conjuntamente con el consultante los pensamientos de alta tensión.
- Implantar pensamientos alternativos o equilibrados.

Pasos para su aplicación:

1. Definir y explicar lo que es un pensamiento automático, entendiéndose que son imágenes o representaciones visuales que podrían generar y mantener conductas de riesgo (exposición a recaída).

Las emociones habitualmente tienen un sentido preciso y mediante la identificación de los *pensamientos automáticos* se les puede dar sentido. Por ello se debe sugerir al consultante que se enfoque en los pensamientos como si fueran una pista para comprender las emociones.

Ejemplo: un consumidor dice: “Desde el momento en que recibí el saludo de un amigo con quien solía consumir cocaína, apareció inmediatamente un pensamiento automático que me alentaba al consumo de la droga...”.

SITUACIÓN	PISTA: PENSAMIENTOS	EMOCIÓN
Recibir el saludo de un amigo consumidor.	???	Ansiedad: 80% Nervioso: 70%

Observe cómo los sentimientos descubiertos por Juan y su consejero dan la pista necesaria para entender sus reacciones emocionales

SITUACIÓN	PISTA: PENSAMIENTOS	EMOCIÓN
Recibir el saludo de un amigo consumidor.	“No seré capaz de controlarme” “Volveré a consumir cocaína”	Ansiedad: 80% Nervioso: 70%

La mayoría de adictos y adictas se sentirían nerviosos y asustados si pensarán que no podrían controlarse y volverían a consumir SPAs. Ahora las emociones de Juan tienen sentido. Como se puede ver, un paso importante para que los consultantes entiendan sus emociones es que aprendan a identificar los pensamientos que las acompañan.

- Tener capacidad para recrear situaciones hipotéticas, a partir de experiencias reales con el paciente.
- Ser hábil en la detección y prevención de situaciones potencialmente riesgosas en las que el paciente pueda aplicar la técnica de rechazo o estrategia de afrontamiento adecuada.

Características del consultante:

- Estar dispuesto a cooperar en la sesión terapéutica con activa participación en los juegos de roles, así como poner en práctica lo aprendido en situaciones reales.
- Tener adecuada capacidad de abstracción y generalización, o transferencia.

Ámbitos de aplicación:

- Es especialmente útil en personas con falta de asertividad o con déficit en habilidades sociales, que son fácilmente influenciables o con dificultades para hacer frente a la presión de grupo.
- Tanto en sesión individual con el consultante, como en sesión grupal a modo de taller.

2. Describir al consultante la forma en que puede llegar a ser consciente de sus *pensamientos automáticos*, enseñándole cómo identificar o reconocer los *pensamientos de alta tensión*, que son pensamientos automáticos con mayor carga emocional.

Puesto que estamos pensando e imaginando constantemente, siempre tenemos pensamientos automáticos. Particularmente, cuando se desarrollan conductas adictivas, los drogodependientes piensan de día, en el almuerzo o en el fin de semana, en la preocupación de no volver a consumir. Todos estos son pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos ayudan al consumidor a entender sus emociones intensas. Estos pensamientos pueden ser palabras (“volveré a consumir”), imágenes o fotografías mentales (“Juan se había visto adquiriendo y consumiendo cocaína”), o recuerdos (el recuerdo de la angustia de cómo consumía le venía como un relámpago a la cabeza).

Recordatorio útil

Para identificar los pensamientos automáticos del drogodependiente, intente determinar lo que está pasando por la mente del cliente, cuando tenga sentimientos intensos o reacciones intensas hacia algo.

Para practicar la identificación de los pensamientos automáticos, sugiera al consultante que ponga por escrito qué es lo que pasa por su mente cuando se imagina a sí mismo en las siguientes situaciones:

1. Situación: Entablo fácilmente una relación con una chica, la misma que me interesa para una relación sentimental. Le solicito su número de teléfono y dirección. Ella amablemente me lo da. Cuando la llamo responden que no la conocen, y al verificar la dirección encuentro que no es suya.

Pensamientos automáticos _____

- “Estas ganas de volver a consumir me ponen tan nervioso/a que no lo podré soportar”.
 - “¡Una vez que has sido adicto siempre lo serás!”.
 - “He fracasado y siempre fracasaré”.
 - “No puedo soportar el aislamiento. Necesito una pitada”.
 - “No puedo soportar las sensaciones de pánico cuando tengo el *craving* de cocaína”.
 - “No puedo apoyarme en nadie. No tengo ninguna otra elección aparte de consumir”.
 - “Como tendré el *craving* el resto de mi vida, da lo mismo que empiece de nuevo a consumir cocaína”.
 - Otros.
- Extrema autosuficiencia o imaginar que es posible “volver a consumir” sin perder el control (sin comprender esta acción como “recaída”):
- “No pasa nada si consumo de nuevo. Lo tendré controlado”.
 - “Puedo tomar sólo una vez más”.
 - “Sé que la droga hace daño, pero puedo controlarme y consumir sólo en esta ocasión y luego *retomar* la abstinencia”.
 - “Soy fuerte; podré soportar las próximas oportunidades de consumo”.
 - “Si me drogo, no me pasará nada”.
 - “Si cedo esta vez, seré capaz de resistir la tentación la próxima vez”.
 - “Sólo las personas débiles tienen problemas con las drogas. Yo soy más fuerte. Esto no me ocurrirá a mí”.
 - “No he estado fallando en nada, así que consumir una vez no me hará daño”.
 - “Soy básicamente un hombre bastante decente. Por consumir un poco no dejaré de serlo”.
 - Otros.
- Concepción de droga como “necesidad”:
- “¡Necesito una dosis!”.
 - “¡Tengo que consumir!”.
 - “Necesito un cigarrillo”.
 - “Necesito un trago”.

- "Necesito las drogas para no sentir el dolor".
 - "Necesito...".
 - "Tengo que consumir cocaína, o no seré capaz de concentrarme en este trabajo".
- Pensamientos que reflejan su aprendida o "condicionada" incapacidad para postergar reforzadores o gratificaciones:
- "Las cosas deberían salir como a mí me gusta".
 - "No hay nada que me satisfaga y todo me aburre".
 - "Si yo me estoy esforzando, los demás deberían hacer lo que yo quiero".
 - "Tengo que esforzarme demasiado para hacer cualquier cosa. De lo único que tengo ganas es de volver a consumir".
 - "Mi familia debería satisfacer mis deseos inmediatamente y sin límites".
- Imaginar que de llegar a consumir SPAs no será descubierto por los demás, o visualizarse consumiendo sin que otros se percaten:
- "Consumiré un poco y mi familia no se dará cuenta".
 - "Nadie me descubrirá".

Las preguntas que se presentan en el cuadro 27 pueden ayudar a los consultantes a identificar sus pensamientos automáticos. No todas las preguntas los ayudarán en cada situación, pero si se hacen cada una de ellas, aumentará la probabilidad de captar la mayoría de sus pensamientos automáticos.

CUADRO 27
PREGUNTAS QUE AYUDARÁN AL CLIENTE
A IDENTIFICAR LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

- ¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme de esa forma?
- ¿Qué diría eso de mí de ser cierto?
- ¿Qué es lo que significa para mí, para mi vida, para mi futuro?
- ¿Qué temo que pueda ocurrir?
- ¿Qué es lo peor que me pudiera ocurrir si fuera verdad?

2. Situación: Acabo de iniciar un nuevo trabajo que mucho me ha costado obtener. Al terminar la primera jornada no estoy contento con mi desenvolvimiento, pienso que no lo hice bien. Al despedirme, mi supervisor me felicita y me dice que me ha observado haciendo un buen trabajo.

Pensamientos automáticos _____

En realidad las personas drogodependientes tienen varios pensamientos automáticos en las distintas situaciones de sus vidas. A continuación se lista una serie de pensamientos de alta tensión que podrían referirse a situaciones del pasado, presente o futuro de la persona:

- Imaginar y prever los sentimientos positivos extremos que se han asociado anteriormente con el consumo:
 - "¡Me sentiré *bien!*".
 - "Esto *aliviará* todo mi dolor".
 - "Sólo la cocaína me puede hacer *feliz* en este momento".
 - "La *satisfacción* que experimentaré será más valiosa que el riesgo de recaer".
 - "Podría *coger el ritmo* con alguna esnifada ocasional de cocaína".
 - "He pasado por malas situaciones, por tanto tengo derecho a *aliviarme*".
 - "Trabajo excesivamente toda la semana. *Merezco* poder consumir".
 - Otros.
- Pensamientos de pobre autoeficacia. Verse a sí mismos como incapaces de enfrentar deseos de consumo o *cravings* y resignación o impotencia ante la adicción:
 - "No puedo resistir".
 - "No puedo soportar el estrés sin cocaína".
 - "Mis deseos de consumir están totalmente fuera de control".

Procure que el consultante se haga esas preguntas hasta que haya logrado identificar los pensamientos automáticos, para que pueda entender sus reacciones emocionales.

Puede que en este proceso el cliente necesite hacerse estas preguntas dos o tres veces hasta alcanzar el objetivo. Probablemente tendrá que buscar imágenes o recuerdos. En tal caso, habrá que dejarlo para que pueda identificar tanto los pensamientos claves como los sentimientos intensos.

Si observa dificultad para realizar esta tarea, puede leer los pensamientos del listado de posibles pensamientos automáticos (cuadro 27), y preguntar al cliente si se siente identificado con alguno de ellos o si los ha experimentado en algún momento.

Pasos a seguir en la identificación de pensamientos automáticos:

1. Explicar y enseñar al consultante cómo separar las situaciones, las emociones y los pensamientos a través del uso de registros.

En esta etapa, el T o C hará que el cliente piense en un momento de ese día (hoy) o del día anterior (ayer) cuando tuvo un determinado sentimiento intenso como depresión, cólera o ansiedad. Luego, le pedirá que escriba la experiencia en un cuadro como el que aparece a continuación (cuadro 28), describiendo la situación, sus emociones y sus pensamientos con el máximo detalle posible. Este ejercicio está diseñado para ayudarlo a definir, separar y entender los diferentes aspectos de su experiencia, un paso importante en el aprendizaje del control de las emociones.

piensa es cierto o no). Para ello se recogerá evidencia que apoye, o no, Los pensamientos de alta tensión del cliente.

Luego se utilizará la información que contradiga los pensamientos de alta tensión, para que el cliente se dé cuenta de que aquello que creía no era en absoluto real; con esta verificación el consultante se sentirá mejor y aliviado.

Igualmente, se deberán detectar y rebatir los supuestos básicos (creencias generales inadecuadas y/o las conclusiones que se derivan de las cogniciones desadaptativas) sobre los cuales se elaboran los *pensamientos automáticos*; por ejemplo:

- “No puedo vivir sin la droga” o “no puedo soportar la vida sin las drogas”.
- “Da lo mismo que tome la droga, ya que mi vida no mejorará de ninguna forma”.
- “Las drogas son un problema para muchas personas, pero no lo serán para mí”.
- “Las drogas enriquecen mi vida haciéndola más divertida” o “sin las drogas la vida sería aburrida”.
- “Las personas que están en contra de las drogas, realmente no me comprenden”.
- “En la medida en que sea cuidadoso, las drogas no me harán daño”.
- “Cuando tengo problemas, las drogas alivian mi dolor” o “si me siento mal, está bien que las use”.
- “Si mi malestar se hace demasiado intenso, la única forma de afrontar dicho sentimiento es con droga”.
- “Hay drogas y drogas: esta no es dañina”.
- “Todo el mundo la consume”.

Un método útil para enseñar a los clientes a generar respuestas racionales y objetivas se refiere a la aplicación de una serie de preguntas abiertas (cuadro 29), con cuyas respuestas se permitirá instaurar pensamientos alternativos o equilibrados. También se pueden implementar las estrategias para afrontar los pensamientos automáticos propuestas en la tercera sesión.

PSIKOLIBRO

CUADRO 29
PREGUNTAS ABIERTAS PARA GENERAR
RESPUESTAS RACIONALES SOBRE EL CONSUMO DE SPAS

Algunas preguntas que ayudarán a formular respuestas racionales son:

1. ¿Qué evidencias concretas y objetivas apoyan o refutan mis pensamientos automáticos y creencias?
2. ¿Hay otras maneras de contemplar la situación? ¿Hay alguna ventaja de que la disfrace?
3. ¿Cuál es la peor cosa que me puede pasar? ¿Cuál es la mejor cosa? ¿Qué es lo más probable que pase realmente?
4. ¿Qué acción constructiva puedo realizar para manejar la situación?
5. ¿Cuáles son los pros y contras de cambiar mi manera de ver la situación?
6. ¿Qué consejo útil daría a mi mejor amigo si estuviera en mi situación?

También se puede practicar la activación de *creencias de control*, que son definidas como creencias que disminuyen la probabilidad de consumo o abuso de drogas y de tener recaídas. Algunos ejemplos de *creencias de control* son:

- "Las drogas son peligrosas para mi bienestar".
- "Soy capaz de resistir los impulsos".
- "Si consumo esta vez perderé mi fuerza de voluntad".
- "Si resisto este impulso me sentiré más libre".
- "Lo que más me interesa es estar libre de drogas".
- "¡Sí, puedo! De hecho, todo este tiempo me he sentido mejor porque no consumo drogas".
- "Si consumo, renuncio a controlar mi vida".
- "Si lo hago, me expongo a que me detengan o a que me maten".
- "Si lo hago, me arriesgo a perder a mi hija, mi esposa/o, mi familia".
- "Si no consumo, podré demostrarme a mí mismo que soy más fuerte que la droga".
- "Apartarse de las drogas es lo mismo que intentar salvar mi matrimonio, trabajo, vida, etc."
- "Debería buscar amigos que estén al *margen de las drogas*, cuando me siento tan mal".

CUADRO 28
SITUACIONES, EMOCIONES Y SU RELACIÓN
CON LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

1. SITUACIÓN	2. EMOCIONES	3. PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (IMÁGENES)
¿Con quién estabas?	Describe cada emoción con una palabra.	Contesta todas o algunas de las siguientes preguntas:
¿Qué estabas haciendo?	Estima la intensidad de la emoción (0-100%)	¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme de esta forma?
¿Cuándo fue? ¿Dónde estabas?		¿Qué es lo que dice de mí?, ¿de mi vida?, ¿de mi futuro?
		¿Qué temo si ocurriese?
		¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir si esto fuera verdad?
		¿Qué trasluce acerca de lo que otras personas sienten o piensan respecto de mí?
		¿Qué es lo que quiere decir de las otras personas o de la gente en general?
		¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esta situación?

Fuente: D. Greenberg y Ch. Padesky (1998).

2. Llevar a cabo un cuestionamiento o puesta a prueba de las cogniciones o pensamientos automáticos negativos, y desarrollar nuevas perspectivas de pensamiento que ayuden al consultante a sentirse mejor, se traducirá en el desarrollo de un conjunto de estrategias que podrán mejorar el estado de ánimo y las relaciones del cliente, proporcionándole y/o manteniendo en este el cambio conductual esperado: no consumo de SPAs.

Para aclarar el pensamiento y reducir las emociones negativas, se animará al cliente para que ponga a prueba la validez de sus cogniciones negativas, tomando los pensamientos del sujeto como si fueran hipótesis (se confronta con la realidad para verificar si lo que

PSIKOLIBRO

Características del terapeuta:

- Hábil en el reconocimiento e identificación de *pensamientos automáticos*.
- Reforzador sistemático de todas las aproximaciones que impliquen buscar abstinencia.

Características del consultante:

- Adecuada capacidad de *insight* o de introspección.
- Disposición y flexibilidad para cuestionar sus propias cogniciones, creencias, o *pensamientos automáticos*, e instaurar pensamientos adaptativos alternativos.

ANEXO

INSTRUMENTO 1

FICHA DE ATENCIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CEDRO

SERVICIO "LUGAR DE ESCUCHA"

APELLIDOS.....

NOMBRES.....

TELÉFONO..... RECEPCIONÓ

HORA.....

PROCEDENCIA:

DEPARTAMENTO..... PROVINCIA..... DISTRITO.....

LLAMADA: COMPLETA () INCOMPLETA ()

VISITA SIN PREVIACITA ()

TIPO DE ATENCIÓN:

A) Se brindo información ()

B) Se deriva a otra institución ()

C) Se fijó cita ()

Fecha: Profesional: I.....

Hora: Personas citadas:

MOTIVO DE LA VISITA O LLAMADA:

A. Información especializada () C. Emergencia ()

B. Consejería () D. Otros, especifique ()

DATOS DEL CONSULTANTE:

EDAD SEXO: Masculino ()

Femenino ()

FECHA DE NACIMIENTO/...../.....

ESTADO CIVIL:

A. Soltero/a () E. Madre soltera ()

B. Casado/a () F. Padre soltero ()

C. Divorciado/a-separado/a () G. Otro ()

D. Conviviente () H. No reporta ()

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

A. Preescolar ()

B. Primaria incompleta ()

C. Primaria completa ()

D. Secundaria completa ()

E. Secundaria incompleta ()

F. Técnica incompleta ()

G. Técnica completa ()

H. Superior no universitaria completa ()

I. Superior no universitaria incompleta ()

J. Superior universitaria incompleta ()

K. Superior universitaria completa ()

L. Otro ()

M. No reporta ()

N. Sin instrucción o analfabeto/a ()

OCUPACIÓN:

Cuál es su profesión:

Cuál es su actividad laboral actual:

PSIKOLIBRO

ANTECEDENTES DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| A. DROGAS LEGALES: | B. DROGAS ILEGALES: |
| A1. Alcohol (licor) () | B1. Marihuana () |
| A2. Tabaco (cigarrillo) () | B2. PBC+cigarrillos "Tabacazos" () |
| A3. Café () | B3. Clorhidrato de cocaína () |
| | B4. PBC+THC "Mixtos" () |
| | B5. Opio () |
| | B6. Heroína () |
| | B7. L.S.D. () |
| | B8. Éxtasis () |
| C. DROGAS INDUSTRIALES: | D. FOLKLÓRICAS: |
| C.1. MEDICAMENTOS | D.1. Hoja de coca () |
| C.1.1. Analgésicos () | D.2. Alucinógenos () |
| C.1.2. Sedantes () | D.2.1. Ayahuasca () |
| C.1.3. Hipnóticos () | D.2.2. San pedro () |
| C.2. SUSTANCIAS INHALABLES | E. Otros: () |
| C.2.1. Pegamentos () | F. No reporta () |
| C.2.2. Gasolina () | |
| C.2.3. Pintura () | |

PERSONA QUE VIENE:

- | | |
|-------------------|----------------|
| A. Consumidor () | E. Hermana () |
| B. Madre () | F. Esposo () |
| C. Padre () | G. Esposa () |
| D. Hermano () | H. Otros () |

USO DEL SERVICIO:

- A. Primera vez () B. Segunda vez () C. De tres veces a más ()

OBSERVACIONES:

Qué lo motivó a buscar ayuda.....
.....
.....

MOTIVACIÓN (ver anexos).....

.....
.....

Personas con quien convive.....

.....
.....

Red de apoyo familiar.....

.....
.....

Aspectos físicos.....

.....
.....

Descripción de la conducta actual.....

.....
.....

Antecedentes policiales.....

.....
.....

Datos complementarios.....

.....
.....

PSIKOLIBRO

RESUMEN DE LA HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE DROGAS PSICOACTIVAS

DROGA DE INICIO: EDAD DE INICIO:

DROGA PROBLEMA: ASOCIADO CON:
(la que consume o consumió con más intensidad)

TIEMPO PROMEDIO DE CONSUMO

- Semanas ()
- Meses ()
- Años ()
- No reporta ()

FRECUENCIA DE CONSUMO

- Diario ()
- Nº veces x semana ()
- Nº veces x mes ()

CANTIDAD MÁXIMA DE CONSUMO

(Promedio de consumo de la droga problema, tabulado por sesión de consumo/8-24 horas)

- "Pitillos" ()
- "Tabacazos" ()
- (Nº de ketes por "tabacazo") ()
- Gramos de cocaína ()
- No reporta ()

EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL: No Reporta

EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE TABACO: No Reporta

ANTECEDENTES FAMILIARES

1. ALCOHOLISMO:

- A. Abuelo/a ()
- B. Madre ()
- C. Padre ()
- D. Hermano/a ()

2. OTRAS DROGAS*

- A. Abuelo/a ()
- B. Madre ()
- C. Padre ()
- D. Hermano/a ()

3. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS O PSICOLÓGICAS:

.....
.....
.....

- A. Abuelo/a ()
- B. Madre ()
- C. Padre ()
- D. Hermano/a ()

4. NO HAY ANTECEDENTES FAMILIARES ()

INSTRUMENTO 2

INVENTARIO DE ANSIEDAD DEL CONTROL DE TU ESTADO DE ÁNIMO

Para poder utilizar este inventario varias veces, no escribas en esta página. Indica en la hoja de respuestas de la página siguiente el número (0 = Nunca / 1 = Algunas veces / 2 = Con frecuencia / 3 = La mayoría de veces) de la contestación que mejor describe las veces que experimentaste cada síntoma durante la última semana.

Sensaciones	Nunca 0	Algunas veces 1	Con frecuencia 2	La mayoría de veces 3
1. Sentirse nervioso	0	1	2	3
2. Frecuentes preocupaciones	0	1	2	3
3. Temblores, inquietud, sentirse inestable	0	1	2	3
4. Tensión muscular, dolores musculares o músculos resentidos	0	1	2	3
5. Impaciencia	0	1	2	3
6. Cansado con facilidad	0	1	2	3
7. Respiraciones entrecortadas	0	1	2	3
8. Taquicardia (latidos rápidos del corazón)	0	1	2	3
9. Sudoración no debida al calor	0	1	2	3
10. Boca seca	0	1	2	3
11. Vértigo o ligero dolor de cabeza	0	1	2	3
12. Náuseas, diarrea o problemas estomacales	0	1	2	3
13. Incontinencia urinaria	0	1	2	3
14. Ruborizarse (no destellos) o escalofríos	0	1	2	3
15. Dificultades para tragar o "tener un nudo en la garganta"	0	1	2	3
16. Sentirse excitado o incitado	0	1	2	3
17. Facilidad en sobresaltarse	0	1	2	3

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO POR DEPENDENCIA A SUSTANCIAS

TRATAMIENTO ACTUAL:

- S. Sí ()
 N. No ()
 X. No reporta ()

TRATAMIENTO ANTERIOR:

- S. Sí ()
 N. No ()
 X. No reporta ()

Número de veces que ha recibido tratamiento:

LUGAR:..... CÓMO SE ENTERÓ DEL
SERVICIO "LUGAR DE ESCUCHA"

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| A. Servicio de emergencia () | A. Amigos/familiares () |
| B. Hospital, clínica () | B. Servicio profesional () |
| C. Consultorio externo () | C. Radio/televisión () |
| D. Centro de rehabilitación () | D. Prensa/revista () |
| E. Hosp. psiquiátrico () | E. Otros (especifique) () |
| F. Consultorio particular () | |
| G. Comunidad terapéutica () | |
| H. Otros () | |
| I. No reporta () | |

TIPO DE FAMILIA

- C. Completa ()
 I. Incompleta ()

PSIKOLIBRO

Sensaciones	Nunca 0	Algunas veces 1	Con frecuencia 2	La mayoría de veces 3
18. Dificultades de concentración	0	1	2	3
19. Problemas para conciliar el sueño o quedarse dormido	0	1	2	3
20. Irritabilidad	0	1	2	3
21. Evitación de lugares donde me podría sentir nervioso	0	1	2	3
22. Pensamientos frecuentes de peligro	0	1	2	3
23. Verme a mí mismo como incapaz de enfrentar las cosas	0	1	2	3
24. Pensamientos frecuentes de que algo malo va a ocurrir	0	1	2	3

Cortesía: Dennis Greenberger y Christine A. Padesky. Mind Over Mood, 1995. The Guilford Press

Indicar en la página siguiente la puntuación total de números que has señalado.

Para especificar los síntomas que experimentas cuando estás nervioso, estima los síntomas listados en el Inventario de Ansiedad presentado líneas arriba, Llena el inventario una o dos veces por semana mientras estas aprendiendo métodos para manejar tu ansiedad, para determinar qué intervenciones son más efectivas.

La puntuación del inventario "El Control de tu Estado de Ánimo" se obtiene sumando cada uno de los números que has señalado para cada uno de los ítems. Por ejemplo, si has marcado un 3 por cada ítem tu puntuación sería 72 (3 x 24). Si no pudieses decidir entre dos números de un ítem señala los dos, sumando sólo el número más alto.

Para hacer un gráfico del cambio, registra las puntuaciones de tu inventario de ansiedad de "El Control de tu Estado de Ánimo" en el siguiente formato. Marca en cada columna las fechas en las que hiciste el inventario de ansiedad mencionado. Así, coloca una X en la columna de enfrente de tu puntuación.

INSTRUMENTO 3

BALANCE DECISIONAL

Fecha _____

Nombre _____

Apellidos _____

Pros y contras. Las frases a continuación representan diferentes opiniones sobre el consumo de cocaína.

Por favor puntúa, mediante valores de 5 a 1, de acuerdo a la escala siguiente, el grado de importancia que tiene para ti cada información para decidir si usas/consumes o no cocaína.

Valores:

1. No importante.
2. Un poquito importante.
3. Algo importante.
4. Bastante importante.
5. Importantísimo.

1. Me siento mejor cuando consumo cocaína.
___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

2. La cocaína me hace sentir más seguro y sociable.
___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

3. Soy una compañía más divertida cuando consumo cocaína.
___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

4. Mi consumo de cocaína me ha llevado a comportarme de forma irresponsable.
___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

P
S
I
K
O
L
I
B
R
O

**INSTRUMENTO 4
URICA**

**ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA
UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND
(Tomado de J. Trujols, A. Tejero y E. Bañuls, 2003)**

Fecha _____

Nombre _____

Apellidos _____

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases.

En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra problema se refiere a tu problema con la cocaína.

Valores:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. Bastante en desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. Bastante de acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.
___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.
___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

18. Pensaba que una vez que hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que me ayudaran.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

22. Puede que ahora necesite empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

PSIKOLIBRO

23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

24. Espero que aquí alguien me pueda dar un buen consejo.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio, yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

30. Estoy trabajando activamente en mi problema.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

4. Puede que valga la pena que trabaje para solucionar mi problema.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

6. Me preocupa la posibilidad de dar un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por eso estoy aquí en búsqueda de ayuda.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

9. He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo, ya que el problema no tiene que ver conmigo.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

Pre-contemplación : 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31
Contemplación : 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24
Acción : 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30
Mantenimiento : 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32

3. Encuentro que mantenerme ocupado reduce mis ganas de consumir cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
4. Evito a la gente con la que he tomado cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
5. Cuando estoy tentado de consumir cocaína, intento distraerme haciendo otras cosas.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
6. Tengo a alguien que me escucha cuando necesito hablar sobre mi relación con la cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
7. Veo anuncios o noticias en los informativos de la televisión sobre cómo la sociedad está intentando ayudar a la gente a no consumir cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
8. Dedico tiempo a estar con personas que me felicitan o recompensan por no consumir cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
9. Estoy avergonzado de alguno de mis comportamientos durante mi consumo de cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
10. Algunas personas intentan hacerme sentir bien cuando no consumir cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
11. Soy plenamente consciente del daño que mi consumo de cocaína ha hecho sobre las personas que me importan.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5

12. Veo algún cartel en sitios públicos animando a la gente a no consumir cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
13. He oído que la cocaína puede provocar graves cambios de estado de ánimo y depresión.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
14. Me detengo a pensar que mi consumo de cocaína causa problemas a otras personas.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
15. Cuando dependo de la cocaína me siento avergonzado o decepcionado conmigo mismo.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
16. Me asustan algunas de las situaciones en las que me he encontrado como resultado de mi relación con la cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
17. Encuentro útil hacer alguna actividad física para aguantar las ganas de consumir cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
18. Evito los lugares donde la gente consume cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
19. Tengo a alguien que intenta compartir conmigo sus experiencias personales con la cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
20. Existen personas en mi vida que se preocupan de que me sienta bien cuando no tomo cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5

INSTRUMENTO 5

CUESTIONARIO DE PROCESOS DE CAMBIO (Fuente: J. Trujols, A. Tejero y E. Bañuls, 2003)

Fecha _____

Nombre _____

Apellidos _____

Instrucciones. Este cuestionario está diseñado para que podamos comprender mejor qué estrategias estás desarrollando en tu intervención, o en el tratamiento.

Cada frase describe una situación o un pensamiento que una persona podría ensayar para conseguir no tomar cocaína. Por favor, indica con qué frecuencia utilizas actualmente alguna de las siguientes situaciones o pensamientos para no consumir cocaína.

Valores:

1. Nunca.
2. Muy pocas veces.
3. De vez en cuando.
4. Bastantes veces.
5. Muchas veces.

1. Me siento a disgusto cuando pienso en mi consumo de cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5

2. Me detengo a pensar sobre cómo mi consumo de cocaína perjudica a las personas que me rodean.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5

P
S
I
K
O
L
I
B
R
O

INSTRUMENTO 6

CUESTIONARIO DE CRAVING DE ROGERS D. WEISS (Fuente: Tejero, Trujols y Siñol, 2003)

21. La información de los medios de comunicación (revistas, radio, televisión) sobre la cocaína parece llamar mi atención.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
22. Me comprometo a no recurrir a la cocaína en los momentos en los que me siento ansioso o inseguro de mí mismo.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
23. Me siento asustado por la intensidad de mis ganas de consumir cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
24. Me digo a mí mismo que soy capaz de no consumir cocaína si lo intento con suficiente firmeza.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
25. Las descripciones dramáticas de los peligros de la cocaína me afectan emocionalmente (me siento nervioso, preocupado, etc.).
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
26. Me mantengo alejado de los lugares asociados en general a mi consumo de cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
27. Me doy cuenta de que algunas personas que están dejando la cocaína manifiestan su deseo de no ser incitados a consumir.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
28. He oído hablar sobre los graves problemas médicos que puede provocar el consumo de cocaína.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5
29. Me digo a mí mismo que no necesito cocaína para sentirme bien conmigo mismo.
___1 ___2 ___3 ___4 ___5

Uno de los autores que más ha trabajado la evaluación clínica del *craving* de cocaína es el doctor Roger D. Weiss, del McLean Hospital en Belmont, Massachusetts. El autor, a través de varios trabajos (Weiss et al, 1995, 1997), ha desarrollado una metodología basada en la administración de cinco preguntas al consumidor, centradas en diferentes aspectos que él considera un fenómeno unidimensional, y referidas al momento presente de la evaluación. Es decir, el consultante no debe hacer ejercicio alguno de abstracción ni repasar cuáles han sido las experiencias de *craving* por las que ha atravesado en la última semana, como en el caso de la CCQ de Tiffany y la Escala de Yale-Brown para los componentes obsesivos de la dependencia de cocaína.

La propuesta de Weiss consiste en la autoadministración de cinco preguntas, centradas en el momento presente de la evaluación y que giran alrededor de los siguientes aspectos:

1. Intensidad del *craving* en el momento presente.
2. Intensidad del *craving* durante las últimas 24 horas.
3. Frecuencias de dichas experiencias durante las últimas 24 horas.
4. Nivel de reactividad ante estímulos ambientales condicionados, relacionados con el consumo de cocaína.
5. Probabilidad imaginada de un consumo de cocaína, en caso de que el consumidor se encontrase en un ambiente en el que pudiera tener acceso a la sustancia.

Los datos de la investigación, corroborados por el equipo de Weiss en 1997, que hacen hincapié de la importancia de los elementos situacionales en la aparición del *craving*, ponen de manifiesto la relevancia del momento y la situación ambiental en el que se evalúa el *craving*, así como los posibles problemas de validez predictiva de estas evaluaciones.

Es en este sentido que los laboratorios de exposición a los estímulos condicionados relacionados con el consumo de cocaína, las unidades hospitalarias de desintoxicación o las situaciones controladas de hospitalización (por tanto, inhabituales para el cliente interno) pueden tener especial interés para evaluar el *craving* y la reactividad psicofisiológica de los adictos y adictas frente a señales o estímulos condicionados de su medio ambiente, ambas variables probablemente relacionadas con la gravedad de la dependencia cocaínica (Tejero, Trujols y Siñol, 2003).

A continuación usted encontrará luego de cada párrafo una escala de 0 a 9. En función de la intensidad que usted experimente marque el número correspondiente

1. Por favor, valore la intensidad de su deseo de consumo de cocaína justo en este momento.

Ningún deseo Extremadamente intenso

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Por favor, cuál ha sido el grado de intensidad de su deseo de cocaína durante las últimas 24 horas.

Ningún deseo Extremadamente intenso

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Por favor, valore con qué frecuencia ha sentido la urgencia de consumir cocaína durante las últimas 24 horas.

Ningún deseo Extremadamente intenso

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

30. Tengo a alguien con quien contar cuando tengo problemas a causa de la cocaína.

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

Aumento de la concienciación : 13, 21, 28
Contracondicionamiento : 3, 5, 17
Relieve dramático : 16, 23, 25
Reevaluación ambiental : 2, 11, 14
Relaciones de ayuda : 6, 9, 30
Manejo de contingencias : 8, 10, 20
Autoliberación : 22, 24, 29
Liberación social : 7, 12, 27
Control de estímulos : 4, 18, 26

4. Durante las últimas 24 horas, valore por favor, cuál ha sido la intensidad de las urgencias para consumir cocaína cuando algún elemento del ambiente se lo ha hecho recordar (p. ej., hoja de afeitar, una cuchara, una aguja, un espejo o un anuncio de cerveza).

Ningún deseo Extremadamente intenso

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

5. Por favor, imagínese a usted mismo en un ambiente en el que previamente ha consumido drogas y/o alcohol (un bar, su proveedor habitual, un lugar en el que las personas acuden a consumir drogas o cualquier otra situación que más intensamente le recuerde un consumo activo de cocaína).

Ningún deseo Extremadamente intenso

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que ha empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	9. ¿Usted u otra persona ha resultado herida porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año
5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido dejar de beber? (0) No (2) Si, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año
Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el manual del usuario. Registre la puntuación total aquí.	

Tomado de: Babor, Th.; Higgins-Biddle, J.; Saunders, J. y Monteiro, M. (2001). audit. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria.

INSTRUMENTO 7

AUDIT. TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: VERSIÓN ENTREVISTA

<p>Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el Audit diciendo: "Voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas, utilizando ejemplos típicos como: cerveza, vino, vodka, etc." Codifique las respuestas en términos de consumiciones (bebida estándar). Marque la cifra adecuada de la respuesta en el recuadro de la derecha.</p>	
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (pase a la pregunta 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces al día</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo total? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7,8 o 9 (3) 10 o más</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas al día? (0) Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma de sus respuestas 2 y 3 = 0</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente A diario o casi a diario</p>

P
S
I
K
O
L
I
B
R
O

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson.

Bellak, L. (1992). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Ed. Manual Moderno, México D.F.

Babor, Th.; Higgins-Biddle, J. (2001). Intervención breve. Para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención primaria. Generalit Valenciana. Conselleria de Bienestar Social Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, Ginebra.

Babor, Th.; Higgins-Biddle, J.; Saunders, J. y Monteiro, M. (2001). AUDIT. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. Generalit Valenciana. Conselleria de Bienestar Social Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. Ginebra.

Donovan, D. M. y Rosengren, D. B. (1999). Motivation for behavior change and treatment among substance abusers. In: J. A. Tucker; D. M. Donovan y G. A. Marlatt (Eds). Changing addictive behavior. Bridging clinical and public health strategies. G.P. The Guilford Press, New York, pp. 127-159.

Gavino, A. (1997). Técnicas de terapia de conducta. Ed. Martínez Roca, Barcelona.

Galanter, M.; Cléber, H.D. (1997). Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. Masson, Barcelona.

RED DE DERIVACIÓN Y DE AYUDA EN CASOS DE ADICCIONES

HOSPITALES DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD CON DEPARTAMENTO DE DROGODEPENDENCIAS

(Evaluación psicológica y psiquiátrica, tratamiento ambulatorio y hospitalización)

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA (PABELLÓN NO.18)

Av. Pérez Aranibar s/n. Magdalena

☎ : 261 5516

Coordinadora del Pabellón: Dra. Alicia Chu Ezquerre

Director del Hospital: Dr. Elard Sánchez Tejada

HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN

Carretera Central Km. 6.5, Ate-Vitarte

☎ : 494 2410 - 494 2516

Coordinador del Departamento de Adicciones: Dr. Jaime Jiménez

Directora del Hospital: Dra. Francisco Bravo Alva.

Extensión: Centro de Rehabilitación de Ñaña

Director: Rafael Navarro Cueva Domicilio Legal Carretera Central Km. 19.9 Av. Balaguer s/n Ñaña Ate-Vitarte

☎ : 359 2257 - / fax 359 0515

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI

Departamento de Fármacodependencia

Alameda Palao s/n, San Martín de Porres

☎ : 381 3695 – 381 7256. Anexo: 252

Coordinador del Departamento: Dr. Luis Matos Retamozo.

Director Ejecutivo del Hospital: Dr. Martín Nizama

ESSALUD - LIMA

Hospital Guillermo Almenara.

Av. Grau No. 800. La Victoria.

☎ : 324 2983

Jefe de la Unidad de Drogodependencias: Dr. Carlos Lizarraga

PSIKOLIBRO

HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATTI M.

Av. Rebagliatti 120, Jesús María

☎ : 265 4901

Jefe del Servicio de Drogodependencias: Dr. Pedro Cano

HOSPITALES EN LIMA

HOSPITAL DE EMERGENCIA CASIMIRO ULLOA

Av. República de Panamá 6355, Miraflores

☎ : 445 5096 - 2412789

HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

Av. Miguel Iglesias 968, San Juan de Miraflores

☎ : 466 5556 - 466-5455

HOSPITAL SANTA ROSA

Av. Bolívar (cuadra 8), Pueblo Libre

☎ : 463 3100

HOSPITAL SERGIO BERNALES

Av. Tupac Amaru km. 14 sn, Comas

☎ : 558 0186

INSTITUTO DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este 2520, Surquillo

☎ : 449-9137 - 2171300

HOSPITAL SANTO TORIBIO

Av. Ancash 1271, Barrios Altos

☎ : 328 0505 - 3280522 - 2280504

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Av. Honorio Delgado s/n, Urb. Ingeniería, San Martín de Porres

☎ : 482 0402 - 381 9041

Greenbergr, D. y Padesky, Ch. (1998). El control de tu estado de ánimo. Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios. Ed. Paidós, Barcelona.

Haro, G.; Bolinches, F. y De Vicente, P. (2003). Mala praxis clínica en toxicomanías: Entre la deontología y la ética. En: Conductas Adictivas, V (3), N° 4. En Línea: <http://www.conductasadictivas.org>

Mac, A.H.; Franklin, J.E. y Frances, R.J. (2003). Guía: Tratamiento del alcoholismo y las adicciones. Ed. Masson, Barcelona.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (2000). Genogramas en la evaluación familiar. Ed. Gedisa. España.

Mercer, D. E. and Woody, G. E. (1999). Individual drug counseling. Therapy Manuals for Drug Addiction Series. University of Pennsylvania and Veterans Affairs Medical Center. U.S. Department of Health and Human Services. NIDA, Maryland.

Miller, W. R. (2003). Motivational enhancement therapy: Description of counseling approach. Approaches to Drug Abuse Counseling. NIDA, Maryland.

Miller W. R. y Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York, Guildford Press.

Sampl, S. y Kadden, R. (2001). Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users: 5 sessions. CYT, Cannabis Youth Treatment Series, Volume 1. University of Connecticut Scholl of Medicine. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Health Services Administration. Rockville.

Sampl, S. y Kadden, R. (2001). Terapia de estimulación motivacional y cognitivo-conductual para adolescentes adictos a marihuana. Ed. Ars Médica, Barcelona.

Santander, F. (2000). Ética y praxis psiquiátrica. AEN Estudios, Madrid.
Tejero, A. y Trujols, J. (2003). Adictología. Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína. CITRAN Ars Médica, Barcelona.

PSIKOLIBRO

HOSPITAL DOS DE MAYO

Av. Grau cdra 13 s/n (Parque de la Medicina Peruana), Lima

☎ : 328 1414

HOSPITAL DE LA FAP

Av. Aramburu s/n (Esq Av. Aramburú y Av. Pettit Thouars), Miraflores

☎ : 221 0678

HOSPITAL DE LA POLICÍA

Av. Brasil cuadra 26 s/n, Jesús María

☎ : 463 0708

HOSPITALES EN EL CALLAO

HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Av. Guardia Chalaca 2176, Bellavista

☎ : 429 6068

HOSPITAL SAN JOSÉ

Av. Elmer Faucett s/n, Carmen de la Legua - Reynoso

☎ : 451 4282 - 464 6867

CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS LIMA

(Ofrecen internamiento, desintoxicación y tratamiento en dependencia a sustancias).

CLÍNICA CARAVEDO

Calle Independencia 242, Chorrillos

E-mail: gsalud@ tci.net.pe

☎ : 467-3933 / 252-3851

CLÍNICA MARÍA AUXILIADORA

Parque Graña 302, Magdalena

☎ : 461-0273 - /fax 460-1480

CADES TACNA

Hospital Hipólito Unanue 5to. Piso

☎ : 9521409

Encargado: Ps. Percy Grandes

CADES PUCALLPA

Hospital Regional de Pucallpa

Calle Agustín Cauper 225

☎ : 575211

Encargado: Víctor Palomino

CADES HUANCAYO

Hospital Daniel Alcides Carrión

☎ : 222157

Encargado: Ps. Carlos Frías

PSICÓLOGOS

Psicoterapeutas en drogodependencias

Victoria Arévalo ☎ : 441 3585

Alicia Belletti ☎ : 9920 8067 – 261 8912

Sixto Bonifacio ☎ : 9946 0812

Liliana Castro ☎ : 9970 3396

Marisol Chávez ☎ : 99195852

Arturo Dueñas ☎ : 479 1639

Luisa Escudero ☎ : 4675648

Percy Grandes ☎ : 99455722

Javier Geng ☎ : 4612861

Patricia Giraldo Waagner ☎ : 92759620

María Luisa Girón Vargas ☎ : 449 1847 – 99282236

Iván Lizarraga Ramos ☎ : 2253556 - 993 9614

Elena Suárez ☎ : 99009824

Alberto Ramírez ☎ : 97281432

Edgar Rodríguez ☎ : 4705498
Milton Rojas ☎ : 92759622.
América Salazar ☎ : 9639844
Yolanda Sanez Briceño ☎ : 476 2474
Roberto Santisteban ☎ : 99142084
Nancy Valdez ☎ : 99530601
Miguel Vallejos ☎ : 9976 6443
Marlyn Yupanqui ☎ : 2631414
María Calvo ☎ : 97265024
Luis Espinoza ☎ : 97409069
Selene Soto ☎ : 96723934
Azucena Avalos ☎ : 97488345
Alonso Vergara ☎ : 96136799

Psicoterapia familiar

Laura López Trilles ☎ : 5255789
Laura Osso Lynch ☎ : 9912 1091
Edwin Peñaherrera ☎ : 460 3879 – 963 8082
Alicia Quintana ☎ : 449 2886

PSIQUIATRAS

Victoria Ángeles ☎ : 4744508 / 990999104
Mauricio Benavente ☎ : 99153226
Carlos Cachay ☎ : 96460610
Alicia Chu ☎ : 2631207 - 9947179
Manuel Fernández ☎ : 265 4191
José Galindo Tipacti ☎ : 9867 7082
Gloria Grados ☎ : 98672062
Jaime Jiménez Hernández ☎ : 471 6535
José Li Ning Anticona ☎ : 440 0638
Alfonso Mendoza ☎ : 421-9939
Rafael Navarro ☎ : 441-3585
Carlos Núñez Chávez ☎ : 467 0252
Rosanna Ñaupari ☎ : 97369422

CLÍNICA SANTA ANA
Av. Arica 448, San Miguel
☎ : 460 7800

CLÍNICA VILLA SALUD
Alameda la Encantada 170-176, Urb. La Encantada de Villa, Chorrillos
☎ : 254 0111 – 254 5966

CLÍNICA VICENZO CHIARUGUI
Av. San Luis 2888, San Borja
☎ : 476-6606-224-6878

CLÍNICA RESURRECCIÓN
Alameda del Espinel esq. Corsario, Las brisas de Villa - Chorrillos (frente sede verano BCP).
☎ : 254 5211 – 254 1598

CLÍNICA PINEL
Dean Saavedra 148 (altura cdra 25 Av. La Marina), San Miguel
☎ : 578 1118 – 578 1106

CADES
CADES RIMAC
Jr. Manco Capac 146, Rimac
(Frente al Colegio España. Cerca de la Alameda de los Descalzos)
☎ : 4830700
Encargado: Mg. Mery Pancorvo

CADES CALLAO
Av. Saenz Peña 164, Callao : 4292163 – 4290052 (234).
Encargado: Ps. Marlyn Yupanqui CADES TRUJILLO
Prolongación César Vallejo S/N
☎ : 212322
Encargado: Ps. Miguel Vallejo

P
S
I
K
O
L
I
B
R
O

Carlos Ordóñez ☎ : 4726339 - 99660624
Luis Otoy Camino ☎ : 4456437
Ernesto Oliver Paredes ☎ : 470 8343
Marco Antonio Ramos ☎ : 99651116
Martha Rondón ☎ : 463 1021 – 9855 2163
Alfredo Saavedra Villalobos ☎ : 275 8033
Carlos Alberto Saavedra ☎ : 966 9831 – 3517487
Joel Salinas ☎ : 99296967
Gustavo Vásquez Caicedo ☎ : 444 5562 – 97395297
Javier Zegarra ☎ : 5210226
Francisco Bravo Alva ☎ : 99657181

OTRAS ALTERNATIVAS DE AYUDA EN CASOS DE ADICCIONES

ASOCIACIÓN DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DEL PERÚ

Presidente: Sr. Jorge Dulanto Carrascal
☎ : 293-3455

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Juan Pardo de Zela 625, Lince
E-mail: osglima@terra.com.pe
☎ : 265 1847

AL-ANON (FAMILIA)

Daniel Muñoz 113, San Borja
☎ : 265 1847

NARCÓTICOS ANÓNIMOS

☎ : 995 7841

NAR- ANON (PARA FAMILIARES)

Jr. Coronel Zegarra 162, Jesús María

MOVIMIENTO MANUELA RAMOS

☎ : 423-8840

ANAR

Representante: Manuel Carrillo Torne
Montero Rosas 166, Barranco
☎ : 251 5104 251 6845
E-mail: anar@pucpe.edu.pe

INPPARES

Representante: Daniel Cuspilcueta Go
☎ : 261 5522 263 5533 463 5778

ÁREA POLICIAL

DIRECCIÓN NACIONAL ANTIDROGAS (DINANDRO)

Los Cisnes 598, San Isidro
☎ : 221 2421 anex. 240

DIVISIÓN DE LA POLICÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

San Felipe 552, Jesús María
☎ : 463 3009 243 0073

DELEGACIÓN DE MUJERES

(Espalda de Palacio de Justicia). Lima
☎ : 428 1556

DERIVACIÓN PARA NIÑOS

REDNARI

Roca y Bologña 271, San Antonio, Miraflores
: 446 6682 446 7046

CASA DE NIÑOS DE CEDRO

Jr. Virú 687, Rimac
☎ : 381 2951

CASADE NIÑOS DE CEDRO

Av. 28 de Julio, cdra 14 (esq. Agustín Antonieta), La Victoria

☎ : 331 1987

CASADE NIÑAS DE CEDRO

Jr. Trujillo 833, Rímac

☎ : 381 2952

COPRODELI

Jr. Chachapoyas 249, Urb. Santa Marina, Bellavista

E-mail: coprodeli@coprodeli.org.pe

☎ : 465 5670 465 5884 429 1271

ASOCIACIÓN CATÓLICA EDUCATIVA HOGAR DE CRISTO

Jirón Castilla 509- San Miguel

E-mail: hcrisrp@terra.com.pe

☎ : 263 2027 263 0852

ANAR

Calle Montero Rosas 166. Barranco

E-mail: anar@pucp.edu.pe

☎ : 251 5104 251 6845

DEMUS

☎ : 463 7327 463 1236 463 8515

MIMDES

☎ : 428 9800 0 800 16800

VÍALIBRE

Calle Paraguay 486-478 Lima

Centro de despistaje, de atención, de documentación de ETS-VIH-SIDA

☎ : 433 0003

PROYECTO SIDA

(Ente normativo del Ministerio de Salud de ETS- SIDA)

☎ : 433 2761

DEVIDA

(COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO Y VIDA SIN DROGAS)

Av. Benavides 2199-B, Miraflores

☎ : 49 0007 449 0057 449 0528 449 0578

COMISIÓN NACIONAL PERMANENTE DE LUCHA ANTITABÁQUICA

Jr. Caracas 2317 - C, Jesús María

☎ : 463 8735 461 3396

INABIF

Av. San Martín 685, Pueblo Libre

☎ : 462 0698

PROMUDEH

Jr. Camaná 616, Lima

☎ : 428 9800

ASOCIACIÓN GERMINAL

Tamayo Vargas 380, Barranco

☎ : 252 1587

RED INTERNACIONAL DE AYUDA

AMÉRICA

ARGENTINA

PROYECTO CAMBIO

Directores: H. Gastón Mazieres / Susana de la Torre

Dirección: B. Matienzos 2639, (1426)

Buenos Aires

☎ : 54 1 553 6777 - Fax: 554 2912

PROGRAMA CAMBIO

Director: Juan Carlos Mansilla

Sede Central: Roma 650-B Gral Paz 5000

Córdoba

www:programacambio.org

☎ : 54 0351 4520888-4524333

BOLIVIA

CELIN

(CENTRO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA)

Director ejecutivo: Franklin E. Alcaraz del Castillo

Dirección: C. Reyes Ortiz, Esq. Federico Zuazo Edif. Gundlach, Torre

Oeste, Piso 12

La Paz

☎ : 591 2 311 549 - Fax: 392 510

BRASIL

APOT

(ASSOCIACAO PROMOCIONAL ORACAO E TRABALHO)

Director Ejecutivo: R.P. Haroldo Ram

Dirección: Rua Dr. Joao Quirino do Nascimento, 1601

Campinas SP CEP 13090-570

www:apot.org.br

☎ : 19 37942500 - 37942504

E-mail: surgir@org

www: surgir.org

☎ : 511 11 33

NUEVOS RUMBOS

Director: Augusto Pérez Gómez

Dirección: Ca. 33, No. 13-58, Santa Fe de Bogotá

www: nuevosrumbos.org

☎ : 57 1 2883390 - 2453486

FUNDACIÓN COLECTIVO "AQUÍ Y AHORA"

Director: Efrén Martínez Ortiz

Dirección: Calle 125ª No. 38-07, Santa Fe de Bogotá

www: caa-fuacol.com

E-mail: efrenmar@col1.telecom.com.co

☎ : 57 1 2138848 6199796

FLACT- FUNDACIÓN HOGARES CLARET

Presidente: Padre Gabriel Antonio Mejía

Dirección: Calle 57- No. 43-20, AA8558 Medellín

E-mail: flact@epm.net.co

☎ : 57 4 284 4304 254 9902

ECUADOR

FUNDACIÓN AYUDA

Presidente: Hernán Flores

Dirección: Emilio Bustamante N 64-101 (Entre Figueroa y Garzón)

E-mail: funayuda@hoy.net

☎ : 593 2 593 301 - Fax: 593 301

ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE

(NIDA)

Director: Dra. Nora D. Volkow

6001 Executive Boulevard, Room 5213, Bethesda, MD 20892-9561

www:nida.nih.gov
E-mail: nidanotes@masimax.com, info@health.org
☎ : 240 632 5614 - TDD number: 800 487 4889

NEW YORK DAYTOP INTERNATIONAL

Hot Line: 1-800-2-daytop
Vice Presidente: Mr. Charles J. Devlin
Dirección: 54 west 40th street. New York, NY 10018
www.daytop.org
☎ : 1-800-2 daytop (329867)
Fax: 212 391 9265

WALDEN HOUSE INCORPORATED

Dirección: 520 Townsend Street / San Francisco, CA 94103
www.waldenhouse.org
☎ : 415 355-2591 - 415 201-4413
Fax: 415 861-6798

CURA INTERNATIONAL

Supervisora Clínica: Patricia Ackermann-Blanco
Dirección: P.O Box 180 / Newark, NJ 07101-0180 / 595 Country Avenue / Seacaucus, NJ 07094
E-mail: Intiraimi@aol.com
☎ Main: (973) 622 3570 - Office: (201) 392 9499
Fax: 201 392 9655

MÉXICO

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

Director General: Víctor M. Guisa
Dirección: Tlaxcala 208, 6to piso / Col. Hipódromo Condesa / O6100 México, D.F
www:cij.gob.mx
☎ : 59997700

URUGUAY

CETAD/UFRA

Director Ejecutivo: Dr. Nery Filho
Dirección: Rua Pedro Lessa 123 / Canela. Salvador-Bahía
neryfilho@uol.com.br
☎ : 71 3371768 - 3368673

CHILE

FONODROGAS CONACE

☎ : 188 800 100 800

CLÍNICA ALFA

Dr. Rolando Chandia Ramos
Dirección: Av. Irazabal 2821- Torre B, Of. 1025, Edificio Century, Ñuñoa
☎ : 204 7462 - 205 5031 - 205 5476 - Cel: (00569) 885 8151

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EL PERAL

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dr. Luis Lorca
Dirección: Camilo Enriquez S/N Puente Alto, Santiago
☎ : 8745792 - 8745800

FUNDACIÓN HOGAR DE CRISTO

Coord. A.Riesgo Social: Paulo Santos Egeneau Pérez
Dirección: Padre Hurtado 3812- Estación Central Santiago
E-mail: manresa@chilepac.net
Baloian.kalawski@entelchile.net
☎ : 56 842 6244 - 776 0505 - 842 6281
Fax: 842 6012 - 842 6244 - 779 3191

COLOMBIA

SURGIR

Directora: Margarita Sánchez
Dirección: Ca. 55, No. 45-30, Medellín

FUNDACIÓN CASTALIA

Presidente: Eliseo Gonzáles
Dirección: Bvr. Artigas 3069 / C.P. 11800 - Montevideo
www: uruguaysolidario.org.uy
☎ : 598 2 2036591
Fax: 598 2 4806210

VENEZUELA

FUNDACIÓN JOSÉ FÉLIX RIBAS

Presidente: Luis Barrios Robics
Dirección: Esquina Mijares Jesuita, Torre Bandagro 4 y 5. Carmelitas,
Caracas
☎ : 0212 7529757 / 4882

UNIÓN EUROPEA

ESPAÑA

ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Presidente: Rvdo. Bartomeu Catalá
Av. Osa Mayor, 19, 28023, Aravaca / Madrid, España
www: proyectohombre.es
☎ : 34 913570104

ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

CASA PARA MUJERES TOXICÓMANAS CON HIJOS A SU CARGO
Encargada: Patricia Aguilera
Castilla-La Mancha. C. Inclusa, 1 / 19001, Guadalajara
E-mail: phguadalajara@ph.e.telefonica.net
☎ : 949 253573

RED DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE PROYECTO

C/Isabel la Católica, 8 / 39007 SANTANDER

☎ : 942 236106

PROYECTO HOMBRE CASTELLÓN

Av. Enrique Gimeno, 44 / 12006 CASTELLÓN
☎ : 964 205255 / 250046

PROYECTO HOMBRE CASTILLA-LAMANCHA

C/Inclusa, 1 / 9001 GUADALAJARA
E-mail: phgu@jet.es
☎ : 949 253573

PROYECTO HOMBRE CÓRDOVA

C/Abderramán III, 10/ 14006 CÓRDOVA
☎ : 957 401909

PROYECTO HOMBRE EXTREMADURA

C/Coria, 25 bjos / 10600 PLASENCIA, CÁCERES.
☎ : 927 422 599

PROYECTO HOMBRE GALICIA

C/Campillo S. Francisco s/n (Edificio S. Martín Pinario)/ 15075 STGO
DE COMPOSTELA.
☎ : 981 572524

PROYECTO HOMBRE HUELVA

Pabellón Las Acacias. Ctra de Sevilla km 636 / 21007 HUELVA
E-mail: ceshu@onuba.otd.es
☎ : 959 234856

PROYECTO HOMBRE JAÉN

C/Dr. Juan Nogales, 43/ 23008 JAÉN
☎ : 953 276229

PROYECTO HOMBRE JEREZ

C/Lealás, 6/ 11402 JEREZ DE LA FRONTERA

☎ : 956 183274

PROYECTO HOMBRE LA RIOJA

C/Madre de Dios, 39 bjos / 26004 LOGROÑO

☎ : 941 248845

PROYECTO HOMBRE LEÓN

C/Miguel Server, 8 / 24411 Fuentes Nuevas / PONFERRADA

☎ : 987 455120

E-mail: phleon@mx3.redestb.es

PROYECTO HOMBRE MÁLAGA

Eduardo Carvajal, 4/ 29006 MÁLAGA.

☎ : 952 353120

PROYECTO HOMBRE MURCIA

Sta. Cecilia s/n / 30005 MURCIA

☎ : 968 280034

PROYECTO HOMBRE NAVARRA

Av. De Guipúzcoa, 5/ 31012 PAMPLONA

E-mail: ceshu@arrakis.es

☎ : 948 130034

PROYECTO HOMBRE SEVILLA

C/Marqués del Nervión, 75/ 41005 SEVILLA

☎ : 95 4630149

E-mail: phsevil@ibm.net

PROYECTO HOMBRE VALENCIA

C/Padre Esteban Pernet, 1/ 46014 VALENCIA

E-mail: c.v.s.@ctv.es

☎ : 96 3597777

PROYECTO HOMBRE VALLADOLID

HOMBRE

PROYECTO HOMBRE ALICANTE

C/Deportista César Porcel, 11 (bjos) / Barrio de Asís / 03006 ALICANTE

E-mail: phalicante@mx3.redestb.es

☎ : 96 5112125

PROYECTO HOMBRE ASTURIAS

C/Ferrocarril s/n. 33207 GIJON.

E-mail: phastur@las.es

☎ : 98 5170244

PROYECTO HOMBRE BALEARES

C/Oblatas, 23 / 07011 PALMA DE MALLORCA.

E-mail: phbalears@ctv.es

www: ctv.es/USERS/raibal

☎ : 971 793750

PROYECTO HOMBRE BARCELONA

C/Riera de Sant Jordi. 151 / 08390 Montgat / BARCELONA.

E-mail: projhome@copc.es

<http://webs.adam.es/projectehome>

☎ : 93 4693225

PROYECTO HOMBRE BURGOS

C/Palma de Mallorca s/n. Gamonal / 09007 BURGOS

☎ : 947 481077

PROYECTO HOMBRE CAMPO DE GIBRALTAR

C/Cartagena s/n (Esquina c/Ter)/ 11300 LA LÍNEA

☎ : 956 174788

PROYECTO HOMBRE CANARIAS

C/Pedro Doblado Claverie, 34 OFRA/ 38010 TENERIFE

☎ : 922 661020/661500

PROYECTO HOMBRE CANTABRIA

C/Linares, 15 / 47010 VALLADOLID

☎ : 983 259030

INSTITUTO SPIRAL

Encargada: Pilar Blanco

Adicción femenina y otras conductas adictivas

C/ Marqués de Balde iglesias / 2 28004, Madrid

www: institutospiral.com

☎ : 91 5220707

ITALIA

CEIS. CENTRO ITALIANO DI SOLIDARIETÀ

Presidente: Mario Picchi

Vice-Presidente: Juan Pares y Plans

Via A. Ambrosini 129 / 00147 Roma

www: ceis.it

☎ : 39 06 541951

IREFREA - UNIÓN EUROPEA

www: irefrea.org

IREFREAALEMANIA

Presidente: Hosrt Broemer

D-12163, Berlin / DEUTSCHLAND

☎ : 49 30 79705352

IREFREAAUSTRIA

Presidente: Karl Bohn

Linke Wienzeile 112/4 A-1060 Win

E-mail: irefrea@chello.at

☎ : 431 7861810

IREFREAESPAÑA

Presidentes: Amador Calafat, Montse Juan

Rambla, 15 (2-3) / 070 03 Palma de Mallorca ESPAÑA

E-mail: irefrea@irefrea.org, irefrea@correo.cop.es

P
S
I
K
O
L
I
B
R
O

☎ : 34 971727434

IREFREA FRANCIA

Presidente: Gerard Broyer

Universite Lumiere Lyon 2 / Institut de Psychologie 5, av. Pierre
Mendes /

CP 11. 69976 Bron Cedex / FRANCE

E-mail: broyer@univ-lyon2.fr

☎ : 33 4 78 772433 / 33 4 78 772319

IREFREA GRECIA

Presidente: Anna Kokkvi

President of OKANA (Organization Against Drugs) Associate Professor

Averof 21 / 104-33 ATHENS

E-mail: president@okana.gr

☎ : 301-8253763

IREFREA ITALIA

Presidente: Paolo Stocco

C.T. Villa Renata / Via Orsera, 4 / 30126, Lido di Venezia

E-mail: irefrea@villarenata.org

☎ : 39 041 5268822

IREFREA PORTUGAL

Presidente: Fernando Mendes

Urb. Construr Lote 6 (7º B) / 3030-218 Coimbra, PORTUGAL

E-mail: irefrea@esoterica.pt

☎ : 351 239711517

P
S
I
K
O
L
I
B
R
O