Transferencia de las Intervenciones Breves para la Prevención de Recaídas en Adicciones

Publicación realizada en el marco del
Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la CICAD
bajo la presidencia de Brasil

Facultad de Psicología
UNAM
Universidad Nacional Autónoma de México
SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA
BRASIL GOVERNO FEDERAL
OEA | CICAD

Transferencia de las Intervenciones Breves para la Prevención de Recaídas en Adicciones

Publicación realizada en el marco del

Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la CICAD

bajo la presidencia de Brasil

Esta es una publicación de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA).

Las publicaciones de la OEA son independientes de intereses nacionales o políticos específicos. Las opiniones expresadas en esta publicación no representan necesariamente los puntos de vista de la Organización de los Estados Americanos (OEA) ni de sus Estados Miembros.

© Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, 2017.

Gerente del proyecto:
Alexandra Hill – SSM/CICAD-OEA

Desarrollo del Proyecto:
German Palafox Palafox – Facultad de Psicología, UNAM
Silvia Morales Chainé – Facultad de Psicología, UNAM
Violeta Félix Romero – Facultad de Psicología, UNAM
Faribia López Cervantes – Facultad de Psicología, UNAM
Kalina Martínez – Universidad Autónoma de Aguascalientes
Dr. José Luis Vázquez Martínez – SSM/CICAD

Coordinación General:
Adriana Montaña – SSM/CICAD

Diseño Gráfico:
Sebastián Vicente – www.sebastianvicente.cl

No está permitida la reproducción total o parcial de esta publicación, ni de su tratamiento informático, ni su trasmisión de ninguna forma. Para solicitar permisos para reproducir o traducir partes o la totalidad de esta publicación, favor contactar:

SG/OEA
17th St. & Constitution Ave., N.W.
Washington, DC 20006

OAS Cataloging-in-Publication Data

Inter-American Drug Abuse Control Commission. Group of Experts on Demand Reduction.
Transferencia de las intervenciones breves para la prevención de recaídas en adicciones / [Publicación realizada en el marco del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la CICAD bajo la presidencia de Brasil].
v.; cm. (OAS. Documentos oficiales ; OEA/Ser.L/XIV.6.59).

ISBN 978-0-8270-6700-4

1. Drug abuse--Treatment--America. 2. Drug control--America. 3. Drug addiction--America--Prevention. 4. Substance abuse--Treatment--America. 5. Psychotropic drugs. I. Title. II. Organization of American States. Secretariat for Multidimensional Security. III. Universidad Nacional Autónoma de Mexico. IV. Series.
OEA/Ser.L/XIV.6.59

ÍNDICE

1 Introducción 5

2 Diagnóstico sobre Facilitadores, Barreras y Adaptaciones para la Adopción de los Programas de Intervención Breve en México 7

3 Niveles de atención en adicciones 10

4 Fundamentos de las Intervenciones Breves en Adicciones 13

Aprendizaje de las conductas adictivas 13
Conducta respondiente 14
Tolerancia a la droga 15
Deseo de consumo o apetencia por la sustancia 16
Procesos oponentes 17
Conducta operante 18
Valor subjetivo de las consecuencias 20

5 Conceptualización de las Intervenciones Breves en Adicciones 23

Generalidades de las intervenciones breves 23
Componentes de las intervenciones breves 25
Estructura de las intervenciones breves 25
Evidencia de la efectividad de las intervenciones breves 27
Consejo, intervención y tratamiento breve 28
Atención Primaria en Adicciones en México 32

6 Implementación de una Intervención Breve: Toma de decisiones basadas en evidencia 35

Paso 1. Identificación del nivel de intervención 36
Paso 2. Elección de la conducta meta de consumo 37
Paso 3. Definición de la conducta meta de consumo 37
Paso 4. Elección de las conductas meta adicionales 38
Paso 5. Definición de las conductas meta adicionales 38
Paso 6. Dosis de intervención 38
Paso 7. Evaluación de la conducta meta 39
Paso 8. Ajuste del plan de tratamiento 39

7 Consideraciones en cada etapa de la Intervención 42
Detección de casos 42
Evaluación 44
Referencia oportuna y trabajo multidisciplinario 44
Componentes fundamentales 46
1. Sensibilización y motivación 46
2. Análisis funcional de la conducta de consumo 49
3. Programación de conductas alternativas al consumo 51
4. Modelamiento, ensayo conductual y retroalimentación de la ejecución 52
5. Entrenamiento en habilidades 53
6. Egreso de la persona de una Intervención Breve 56

8 Seguimiento para el Mantenimiento de la Suspensión o Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas 58
Objetivo 61
Alcance 61
Detección de casos 61
Evaluación 62
Plan de seguimiento 67
Componentes de seguimiento 71
Recomendaciones finales 73

9 Referencias 74

10 Anexos 80

1 Introducción

Los esfuerzos internacionales por combatir el problema de consumo de sustancias han resultado en discusiones polémicas sobre cuál es la mejor estrategia para promover la reducción o suspensión del consumo y desde qué perspectiva se debe abordar. Aún no se han clarificado los mecanismos para evaluar el impacto de estas estrategias en la reducción, suspensión del consumo o en el retraso de la edad de inicio del mismo, ni se ha asegurado la pertinencia de su implementación, considerando las diversas características contextuales en las que se desarrollan.

Aunado a las políticas públicas que se encargan de regular la producción, venta y distribución de las sustancias psicoactivas, se encuentran las medidas que tienen que ver con la perspectiva de salud. Múltiples entidades gubernamentales y educativas a nivel internacional participan activamente en la generación de investigación y conocimiento sobre los factores relacionados con el consumo de sustancias, así como las acciones que han resultado empíricamente más efectivas en cuanto a prevención , tratamiento y mantenimiento se refieren. Además, estas entidades proporcionan capacitación a profesionales de la salud, dentro de un proceso de diseminación, para que cuenten con las competencias necesarias para atender esta problemática.

El papel más importante de estas instituciones es el desarrollo y diseminación de acciones de prevención, tratamiento y mantenimiento basadas en la evidencia. Estas acciones se encuentran encaminadas a incrementar y reforzar los factores de protección en las comunidades y a disminuir los factores que hacen más probable la ocurrencia del consumo de sustancias en la población. Además, la investigación aplicada y de proceso se encuentra dirigida a determinar qué tipo de tratamiento y componentes del mismo, resultan efectivos en la reducción o suspensión del consumo y la recuperación de las personas dependientes a las sustancias. Es necesario que la toma de decisiones en cuanto a las políticas públicas se vea guiada y sustentada en las investigaciones que se desarrollan en los organismos gubernamentales y académicos internacionales, para garantizar que los esfuerzos al respecto tengan mayores probabilidades de éxito y deriven en la reducción y suspensión del consumo de sustancias en las poblaciones meta.

Particularmente, en lo que concierne a la implementación de las intervenciones breves y que abarca el conjunto de actividades específicas diseñadas para poner una innovación en uso (Breckler, 2006), aún no se ha definido la relación entre el nivel de implementación de sus componentes, por parte de los profesionales de la salud, y la reducción o suspensión de la conducta de consumo en los participantes. En ese sentido, una tarea fundamental es la adaptación y la adopción de las intervenciones breves en la práctica cotidiana de los profesionales de la salud.

La traslación de los principios básicos de la conducta que sustentan los modelos de intervención breve a la aplicación clínica en adicciones y la medición de su impacto directamente en el comportamiento de las personas, es una labor que implica que los profesionales de la salud sean capaces de adaptar los procedimientos basados en evidencia y descritos en los protocolos a las necesidades de cada persona que atienden. Ello implica un verdadero dominio de los fundamentos teóricos que subyacen a los procedimientos y la capacidad de basar las decisiones clínicas en la aplicación precisa de los principios básicos con la finalidad de que las personas logren su meta de intervención. Es por lo anterior, que el presente documento tiene la finalidad de guiar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones, durante el proceso de implementación de una intervención breve, basadas en la evidencia empírica y las recomendaciones internacionales, que permitan a las personas alcanzar la reducción o suspensión del consumo de sustancias y el bienestar físico y psicológico.

2 Diagnóstico sobre Facilitadores, Barreras y Adaptaciones para la Adopción de los Programas de Intervención Breve en México

Con el objetivo de detectar las necesidades en la aplicación de los protocolos de intervención breve en adicciones, así como las oportunidades de capacitación que percibe el personal de salud para mejorar los niveles de implementación de los principios básicos que sustentan las intervenciones, se realizó un diagnóstico en el que participaron 778 profesionales de la salud adscritos a unidades que otorgan servicios de prevención y atención primaria de las adicciones en México.

Se indagó sobre las barreras que existen en la Implementación de los Programas de Intervención Breve, en la Capacitación del Personal, en los Recursos Materiales, en los Recursos Humanos, en la Utilidad de los Materiales Didácticos, específicamente en lo que se refiere al uso de manuales, y en las barreras relacionadas con las Características de las Personas.

Entre los principales hallazgos, el 70.8% de los profesionales de la salud reportó que existen barreras para la transferencia de los programas de intervención breve en México. En la Figura 1 se puede observar las principales barreras reportadas por el personal de salud. En la barrera de Implementación, se identificó que *el tiempo o la dificultad en la evaluación de la persona* (55%) y *la dificultad de las tareas* (54%) son las barreras principales en la ejecución de los programas que se imparten en los centros de atención. En el rubro de Capacitación, la barrera más reportada fue *no recibir capacitación* con un 48% de respuestas afirmativas. En la barrera de Recursos Materiales, *la disponibilidad del material en el centro de trabajo* fue el principal obstáculo (54%). En el área de los Recursos Humanos, la principal barrera reportada fue *la dificultad para adherirse a los procedimientos de atenci*ón de las personas, con un 31%.

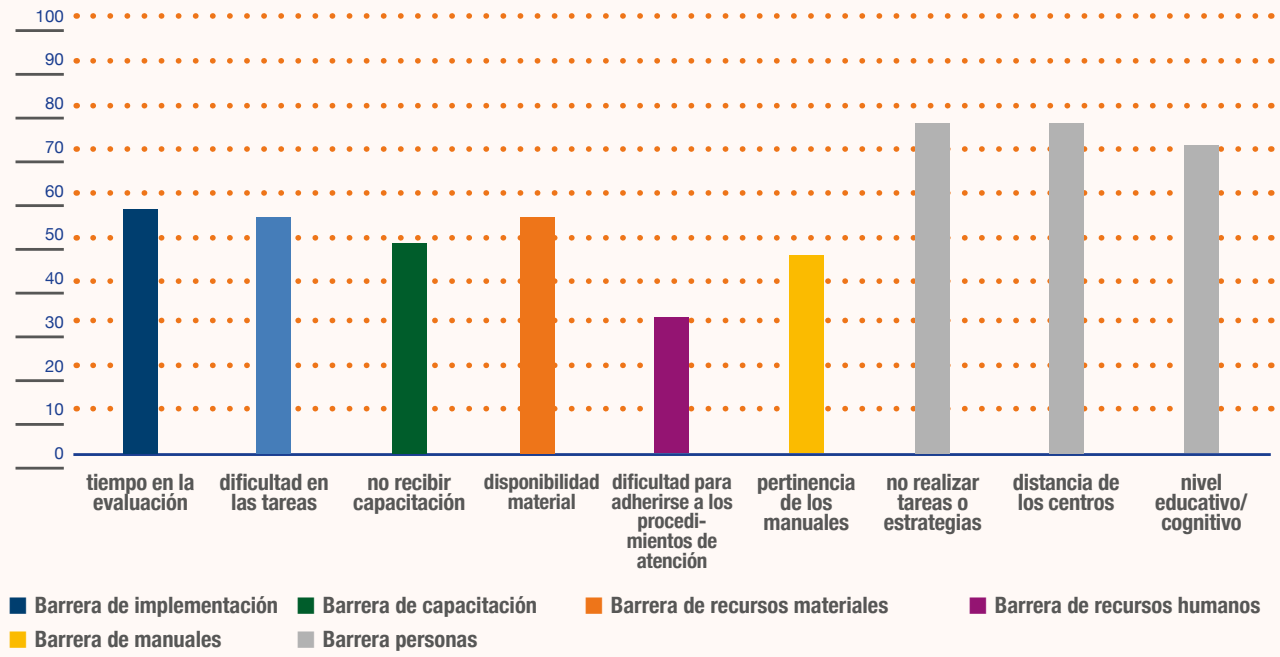


Figura 1. Principales barreras para la adopción de las intervenciones breves.

En la barrera relacionada con la Utilidad de los Manuales, fue justamente la pertinencia de los mismos, el área con mayor número de respuestas afirmativas (45%). Finalmente, en el caso de las barreras generadas por las Características de la Persona, los profesionales de la salud reportaron que el hecho de que las personas no realicen las tareas o estrategias adquiridas durante la intervención, la distancia o dificultad para acceder a los centros de atención y el nivel educativo/cognitivo de las personas, son las áreas con mayor dificultad (75%, 74% y 70% respectivamente).

Además de la percepción de las barreras en la adopción de las intervenciones breves, se indagó sobre el nivel de implementación de los programas por parte de los profesionales de la salud, en los cuales se encontró que los programas que se implementan con mayor frecuencia son el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol u Otras Drogas (PIBA; 72.9%), el Programa Preventivo para Estudiantes en Escuelas (42%), el Programa de Intervención Breve para Bebedores Problema (36.7%) y el Programa de Intervención Breve para Consumidores de Marihuana (IBUM; 36.5%).

Los programas que de acuerdo al reporte de los profesionales consiguen la abstinencia de las personas, son el PIBA (78.3%), el Programa de Prevención de Recaídas (66.2%), el Programa de Intervención Breve para Bebedores Problema (62.2%) y el IBUM (61.6%). En lo que se refiere a la reducción del consumo, los mejores resultados fueron reportados para el Programa de Intervención

Breve para Bebedores Problema (78.5%), el PIBA (74.9%), el IBUM (73.3%) y el Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (65.4%).

Por otra parte, se abordó con los profesionales de la salud aspectos sobre las adaptaciones que han realizado a los Programas de Intervención en materia de objetivos del programa, orden, número y duración de las sesiones, así como de los materiales empleados. Con respecto a las adaptaciones al objetivo, número de sesiones y materiales empleados, el programa que ha presentado más cambios es el PIBA (8.1%, 43.8%, 35.5%, respectivamente). Finalmente, en cuanto al orden y duración de las sesiones, los programas que más se han modificado son el Programa Preventivo para Estudiantes en Escuelas (30% y 39.1%, respectivamente) y el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC; 28.8%; 20.8%, respectivamente).

A partir de los datos obtenidos en el Diagnóstico sobre los Facilitadores, Barreras y Adaptaciones para la Adopción de los Programas de Intervención Breve, fue posible generar una estrategia de adaptación y capacitación que considera las modificaciones reportadas por los profesionales de la salud y su relación con los resultados de los programas, misma que se describe en el presente documento a través de una guía para la toma de decisiones del personal de salud en beneficio de la suspensión y/o reducción del consumo de sustancias y la prevención de recaídas, a través de la transferencia de los principios básicos en adicciones.

3 Niveles de atención en adicciones

De acuerdo al modelo de Mrazek y Haggerty (1994), la atención del consumo de sustancias implica diferentes estrategias y niveles de intervención de acuerdo a las condiciones de riesgo, patrón de consumo y acceso a los servicios.

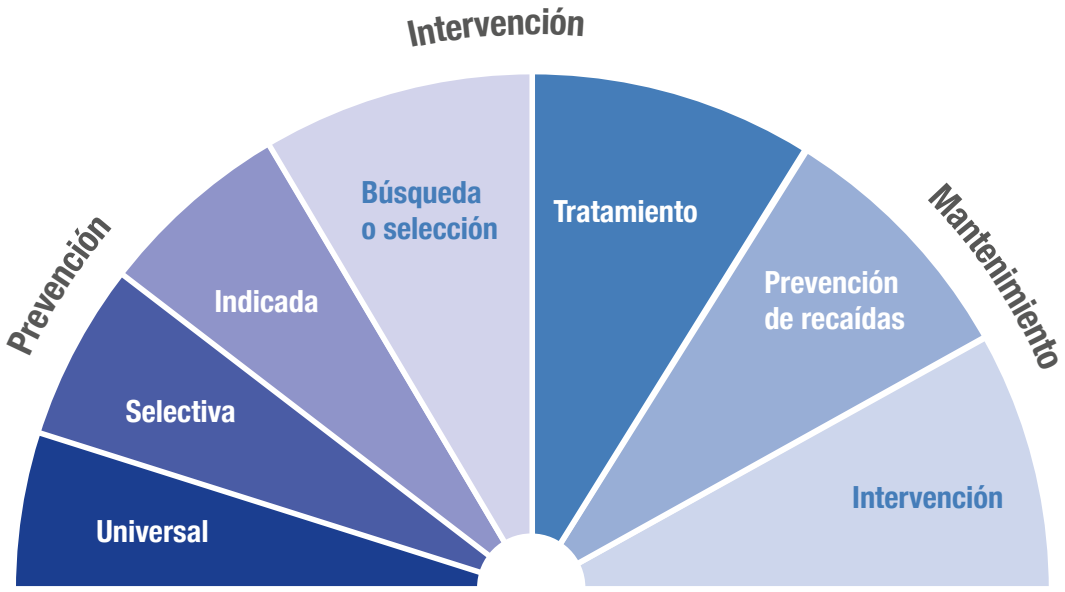


Figura 2. Niveles de atención en adicciones (Mrazek & Haggerty, 1994).

Como se puede observar en la Figura 2, el primer nivel se refiere a los programas de prevención, los cuales se definen como aquellas iniciativas que tienen el objetivo de reducir la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, retrasar la edad del primer consumo, así como evitar o reducir los daños personales o sociales a causa del consumo de sustancias.

De manera específica, en el ámbito de la prevención universal se hace referencia a las estrategias dirigidas a la población en general, sin contemplar si presentan mayor o menor número

de factores de riesgo o de protección. En los programas de prevención selectiva se contemplan acciones que se dirigen a ciertos subgrupos que se encuentran expuestos a factores de riesgos capaces de generar algún problema relacionado con el consumo de sustancias. Su propósito consiste en evitar el inicio del consumo a partir del fortalecimiento de los factores de protección. En el caso de los individuos que ya han experimentado con sustancias y muestran consecuencias asociadas al consumo, existen los programas de prevención indicada, los cuales se enfocan principalmente en prevenir la progresión a la dependencia. Dichos programas son más largos e intensivos y únicamente se conducen con personas que han sido identificadas como consumidoras de sustancias, sin haber presentado la condición requerida para ser diagnósticos con algún trastorno del comportamiento derivado del uso de drogas (Morales, Gordillo, & Chávez, 2013).

El segundo nivel de atención contempla la intervención, desde la búsqueda de la misma hasta la participación de las personas en el tratamiento más efectivo. La búsqueda de un tratamiento plantea retos importantes para los generadores de las políticas públicas de cualquier país, ya que la utilización de los servicios de tratamiento por el abuso y la dependencia sustancias psicoactivas tiende a ser poco frecuente; lo cual puede estar relacionado a factores como la resistencia al tratamiento, el estigma, los aspectos financieros, la falta de disponibilidad y la accesibilidad de los servicios, entre otros (Rojas, Real, García–Silberman, & Medina-Mora, 2011).

No obstante, siempre debe ser una prioridad para los países, ofertar tratamientos basados en procedimientos confiables y efectivos que procuren el mayor bienestar posible para las personas atendidas. No existe un sólo tratamiento que deba ser indicado para todos los consumidores de sustancias, ya que éste debe tomar en cuenta las necesidades y características individuales de cada persona incluyendo el sexo, la edad, el tipo de droga, el patrón de consumo, las variables socioculturales, entre otras (Instituto Nacional para el Abuso de Drogas, NIDA, por sus siglas en inglés, 2016). Aunque las prácticas de tratamiento varían considerablemente entre las unidades de tratamiento (D› Aunno 2006; Kimberly & McLellan 2006), la evidencia científica señala que los principales modelos para el tratamiento de las adicciones abarcan a las intervenciones médicas, las psicosociales o la integración de ambas (NIDA, 2016).

Las intervenciones médicas están dirigidas principalmente a la desintoxicación, el control de la abstinencia, la disminución de los efectos de las sustancias, el tratamiento del daño orgánico, la administración de fármacos, el empleo de estrategias de sustitución y el tratamiento de padecimientos asociados (Secretaria de Salud, 2016). Por otra parte, las intervenciones psicosociales promueven que las personas participen y se adhieran al tratamiento, ofrecen estrategias para afrontar el deseo de consumir las drogas, prevenir las recaídas y promover su bienestar psicológico Por lo tanto, pueden ayudar a mejorar las destrezas de comunicación, las relaciones interpersonales, la crianza

de los hijos y la dinámica familiar (NIDA, 2016). Entre las intervenciones que han mostrado mayor eficacia en el tratamiento de las adicciones se encuentra las denominadas cognitivo-conductuales, motivacionales, aquellas basadas en el manejo de las contingencias (que también tienen la orientación conductual), la terapia multisistémica y las de prevención de recaídas (que también muestran orientación cognitivo-conductual; Fields & Roman, 2010; Fields, Roman, & Terry, 2011; NIDA, 2016).

El tercer nivel de atención de acuerdo al modelo de Mrazek & Haggerty (1994), se refiere a la prevención de recaídas y al seguimiento continuo de los logros en las personas participantes. El seguimiento es un proceso de contacto con las personas, a intervalos designados, sistemáticos y estructurados, posteriores al tratamiento (Rollnick & Miller, 2013), el cual resulta fundamental tanto para el mantenimiento del cambio en la conducta de consumo, como para la prevención de recaídas y el logro del bienestar psicológico. La probabilidad de ocurrencia de una recaída es menor cuando la persona pone en práctica un grupo de habilidades relacionadas con la identificación, prevención y planeación de eventos antecedentes y consecuentes a sus distintas conductas de elección alternativas al consumo (Barragán et al., 2009). Aunque las recaídas son parte del proceso de cambio de la conducta adictiva, su abordaje es fundamental a lo largo de cualquier tipo de intervención. En el apartado 7, se abordará de manera más amplia el tema.

4 Fundamentos de las Intervenciones Breves en Adicciones

El surgimiento, mantenimiento y extinción de la conducta de consumo se explica a partir del estudio de los principios básicos que rigen el comportamiento de los organismos. En el presente apartado se presenta los supuestos básicos derivados de la investigación científica que, dan cuenta de aquellos aspectos que son centrales a considerar en la comprensión del fenómeno y para el desarrollo de estrategias de intervención que permiten, por un lado, prevenir la aparición de conductas adictivas en los individuos, intervenir con personas que ya presentan algún nivel de consumo y promover la recuperación de la salud psicológica.

Aprendizaje de las conductas adictivas.

El aprendizaje es una capacidad biológicamente determinada que les permite a las personas una adaptación a su medio ambiente. Consiste en el cambio duradero en las conductas, biológicamente determinadas, de las personas como resultado de la experiencia en su historia de vida. El aprendizaje favorece la construcción de un repertorio de conductas que permiten la adaptación a un entorno cambiante.

Existen diversos mecanismos o tipos de aprendizaje a través de los cuales se puede explicar cómo se transforma una conducta biológicamente determinada en una persona. Uno de ellos es el condicionamiento respondiente que implica que, a partir de la asociación entre dos estímulos específicos del ambiente en el que se encuentra una persona, se transforma su forma de responder y por lo tanto, el reporte de las emociones provocadas por esos ambientes. Los ambientes, constituidos por todo aquello que las personas pueden ver, escuchar, oler y sentir, son eventos que previamente no estaban relacionados con la forma de responder de la persona, pero que llegan a producir una respuesta refleja, automática e involuntaria, relacionada con el sistema nervioso autónomo (secreción de glándulas, aumento en el ritmo cardiaco o en la respiración, etc.), que les indican a las personas una necesidad u oportunidad de comportarse para operar en su ambiente.

Por ejemplo, las personas que consumen drogas, no muestran reacciones físicas como incremento en la tasa cardiaca, en sus primeros consumos de la sustancia por estar en ciertos lugares. Pero la reacción provocada por la presencia repetida de una droga en el organismo de una persona

en un escenario particular, con el tiempo, promueve que ese lugar, personas con quien consume e inclusive sus propias condiciones físicas (por ejemplo, cansancio), tiendan a provocar un aumento en la tasa cardiaca, en la respiración, en la secreción de glándulas salivales, de forma similar a lo que se produce con la sustancia dentro del organismo. Ese contexto que que antes no provocaba dichas respuestas automáticas e involuntarias, después de varias ocasiones, ahora las provoca antes del consumo y las personas reportan estas sensaciones como *necesidad de consumir*. Esa *necesidad* les indica a las personas la oportunidad de elegir consumir o no la sustancia. El consumo es ahora una conducta que puede operar en su ambiente reduciendo la necesidad provocada.

Así, otro mecanismo de aprendizaje es aquel en el que un individuo, ejecuta o evita realizar una conducta que involucra al sistema musculatorio y por lo tanto es voluntaria, con la posibilidad de generar ciertas consecuencias en su ambiente cotidiano. Mientras que el condicionamiento respondiente implica respuestas automáticas relacionadas con el sistema nervioso autónomo, el condicionamiento operante implica conducta instrumental donde el sistema musculo-esquelético interviene para realizar la conducta. El consumo de sustancias adictivas es una conducta que se aprende y que puede ser explicada a partir de estos mecanismos biológicos y sociales.

Conducta respondiente.

En cuanto a condicionamiento respondiente se refiere, existen dos procesos de particular relevancia para comprender el consumo de sustancias: habituación y sensibilización. La habituación y sensibilización se presentan con el consumo repetido de sustancias. Mediante estos dos procesos, la persona aprende a seleccionar o *filtrar* la información disponible en el ambiente. La habituación explica el hecho de que se reduzca la intensidad, duración o aumente la latencia de la respuesta de secreción, salivación o respuestas automáticas o involuntarias ante la presencia repetida de la sustancia en el organismo (Siegel, 1989). Si el uso de la droga se interrumpe por un largo periodo de tiempo se habla de una “deshabituación”, donde se observa una recuperación en la magnitud de las respuestas originales a la sustancia. Todo ello se expresa por las personas como un efecto reducido por el consumo repetido de la sustancia o el efecto recuperado por haber suspendido el consumo y vuelto a usar la droga.

Con respecto a las implicaciones de la habituación en el tratamiento de las personas que consumen sustancias psicoactivas, es importante señalar que la disminución en la magnitud de la respuesta a la presencia de la sustancia en el organismo, por su uso repetido, facilita el abuso del consumo. No obstante, el resultado de la habituación, dejar de responder a algunos aspectos de la estimulación, es reversible. Se observa que al aumentar los periodos de suspensión del consumo, es decir, el tiempo entre dos consumos, se pierde el efecto de la habituación. También es posible

observar la pérdida de la habituación cuando se agrega nueva información en la situación de consumo si cambia el escenario donde usualmente se consume la sustancia. La persona puede responder con un estado de alerta general, motivado por los nuevos estímulos, que le volverá a dar importancia, en alguna medida, a las sensaciones originales de la droga.

La sensibilización es el proceso opuesto en la magnitud, intensidad, duración o latencia de la respuesta a los estímulos ocasionada por la exposición repetida a una sustancia. En este caso, la magnitud, duración, intensidad de la respuesta aumenta ante la presentación o cuando se experimenta de manera repetida el consumo (Siegel, 1989). Los efectos inmediatos del consumo pueden ser reportados por la persona como extremadamente satisfactorios. La intensidad de la respuesta a la estimulación aumenta con cada nueva experiencia. Igual que en el proceso de habituación, la sensibilización supone una selección o filtro de ciertos efectos generando un reporte de sensaciones aumentadas ante la presencia de la sustancia en el organismo, comúnmente los más relevantes o llamativos, tales como efectos corporales inmediatos, casi siempre agradables. Además, con cada nueva experiencia la persona se sensibiliza cada vez más a los aspectos más placenteros de la droga, por lo que el proceso de la sensibilización facilita el consumo frecuente de la sustancia, y se forma una expectativa del efecto (cognitiva y conductualmente) que regula el consumo repetido. La desensibilización a la estimulación repetida de la sustancia ocurre al aumentar el lapso de tiempo entre dos consumos, es decir, extendiendo la suspensión del consumo.

Tolerancia a la droga.

El papel del condicionamiento respondiente en el desarrollo de la tolerancia a la droga que suele acompañar a la dependencia se ha examinado ampliamente (Siegel & Ramos, 2002). Se dice que se desarrolló tolerancia a una droga cuando su consumo repetido tiene cada vez menos efecto. Tradicionalmente se consideraba que la tolerancia a la droga era el resultado de procesos farmacológicos. Sin embargo, existe evidencia científica que indica que la tolerancia puede ser resultado del condicionamiento respondiente de procesos compensatorios homeostáticos. Esta perspectiva desarrollada por Shepard Siegel y otros investigadores, se conoce como el modelo del condicionamiento de la tolerancia a la droga (Siegel & Ramos, 2002).

El modelo de condicionamiento sostiene que cada episodio de consumo de la droga es un ensayo de condicionamiento y se basa en la idea de la homeostasis aprendida. De acuerdo con esta idea, la presencia de una droga psicoactiva en el cuerpo ocasiona cambios fisiológicos que interrumpen la homeostasis. A su vez, esos cambios fisiológicos contrarrestan la alteración del organismo provocada por el consumo. Por medio de la asociación, los estímulos que acompañan la aplicación de la droga se condicionan para provocar esos ajustes compensatorios. De acuerdo

con Siegel (1983) la presencia de la sustancia en el organismo, ingresada siempre en el mismo contexto de consumo, puede llegar a provocar la respuesta automática e involuntaria aprendida o condicionada opuesta a la que naturalmente se produce por ciertas drogas (en específico, la morfina). Por ejemplo, un incremento en la sensibilidad al dolor que ocurre en el contexto de consumo, en lugar de un decremento en dicha sensibilidad como efecto incondicionado a la morfina dentro del cuerpo, es la conducta respondiente aprendida. Demostrar que el contexto provoca la respuesta aprendida, característicamente opuesta a la incondicional a la droga, constituye el hallazgo científico que sustenta la hipótesis de tolerancia condicionada que favorece la regulación homeostática del organismo para no morir por sobredosis. Es decir, dado que las respuestas condicionadas contrarrestan los efectos del estupefaciente, su impacto se reduce, resultando en el fenómeno de la tolerancia a la droga (Siegel & Ramos, 2002).

El modelo de condicionamiento de tolerancia a la droga atribuye la tolerancia a respuestas compensatorias que se condicionaron a los estímulos ambientales asociados con el consumo del fármaco. Una predicción fundamental de este modelo es que la tolerancia se verá disminuida si los participantes consumen la droga en circunstancias novedosas o en ausencia de las señales predictivas del consumo (Siegel & Ramos, 2002).

Deseo de consumo o apetencia por la sustancia.

Bajo el modelo de condicionamiento respondiente, el fenómeno conocido como regosto, deseo, apetencia o antojo por la sustancia (del inglés “craving”), surge debido a la presencia repetida de la sustancia en el organismo en un contexto particular (Drummond, 1990). Para efectos del presente reporte, se empleará el término *antojo*.

El contexto de consumo resulta parcialmente responsable de la aparición del antojo. El antojo, definido como el deseo intenso de consumir una sustancia, es elicitado como una reacción a los eventos relacionados con la presencia de la droga en el organismo, por ejemplo, la parafernalia usada para su consumo, las señales ambientales como el lugar o las personas son los eventos que, repetidamente, preparan al organismo a recibir la sustancia. Estos eventos son llamados señales y la reactividad que estas señales elicitan son consideradas respuestas condicionales o aprendidas (Drummond, 1990).

Entonces, Siegel (1983) sugirió que las señales pueden servir como un evento o estímulo condicionado para una respuesta compensatoria (en dirección opuesta al efecto incondicionado de la droga, o incluso en el mismo sentido) que compensa la inminente respuesta incondicional a la droga. Esta respuesta compensatoria podría ser un estado aversivo que se puede interpretar como necesidad, o uno placentero denominado antojo. El paradigma de reactividad a las señales, sostiene

que un estímulo se aparea con la administración de la droga (por ejemplo, ver las agujas, la visita de alguien con quien se suele consumir, el olor del alcohol, etc.) y también con estados de ánimo (ansiedad, enojo, depresión) que se convierten en estímulos condicionales y después son capaces de elicitar antojo condicionado en la ausencia de la administración de la droga (estímulo incondicional).

El antojo se ve reflejado en indicadores psicofisiológicos (respuesta galvánica y temperatura de la piel, tasa cardiaca y salivación). Más recientemente, se han encontrado cambios regionales del flujo sanguíneo en áreas específicas del cerebro que están asociadas con el antojo (Goldstein & Volkow, 2002).

Con relación a los aspectos cognitivos del antojo, la información concerniente al uso de alcohol y drogas reside en las redes neuronales de la memoria. Cuando la persona que consume tiene contacto con el contexto de consumo (parafernalia, señales contextuales, etc.), se activan estas redes de información relacionada con el consumo, y se producen los efectos similares a los producidos por la sustancia misma y se reportan emociones de preparación al consumo (Emmelkamp & Vedel, 2012).

Un estímulo que precede la dosis de la droga puede entonces precipitar la reacción de defensa denominada *reacción compensatoria*, cuando se espera el efecto de la droga (Siegel & Ramos, 2002), el cual sirve para mantener el sistema interno de regulación como una respuesta al desafío farmacológico. La escalada del uso experimental a un nivel de abuso o dependencia se explica por la fortaleza del vínculo del aprendizaje asociativo entre la presencia de la sustancia dentro del cuerpo y el contexto de consumo, que incrementa la intensidad de la respuesta compensatoria en el organismo. Las respuestas compensatorias que ocurren en ausencia de la droga ponen al individuo en un estado de desequilibrio e inducen los síntomas de abstinencia (West, 2005).

Procesos oponentes.

Esta teoría planteada por Solomon en 1980, con base en el condicionamiento respondiente, afirma que el efecto placentero de una droga debido a su uso repetido es mediado por procesos oponentes que tienen una función homeostática. La idea central del Modelo de Procesos Oponentes es que el sistema nervioso central trabaja para mantener un balance hedónico (homeostasis). En el proceso primario *A* un estímulo provoca la ocurrencia del efecto de la sustancia en el organismo. Un *bucle oponente* genera un proceso secundario *B*, en el cual ocurre un efecto opuesto al disparado el estímulo de entrada (Solomon & Corbit 1973; 1974; Solomon, 1980).

Los procesos A y B se combinan para crear el estado de experiencia placentera. La experiencia inicial dominada por el proceso A es llamada Estado A y la subsecuente experiencia en la que el

proceso B domina, es llamada Estado B. El proceso oponente B es activado indirectamente vía la activación del proceso A. El proceso oponente se activa por eventos en la memoria y como una consecuencia de condicionamiento respondiente.

El patrón temporal de estados A y B tiene características distintivas (West, 2005): un pico del proceso primario A, precipitado por la presencia de la sustancia psicoactiva en el organismo; un periodo de adaptación durante el cual, la intensidad de los efectos de la sustancia disminuyen, aunque la intensidad de la droga en el organismo se mantenga; un nivel estable del proceso primario A, el cual continua tanto como la intensidad de la presencia de la droga en el organismo se mantenga; y un pico del estado secundario B, el cual rápidamente sigue a la terminación de la presencia de la droga en el organismo y su calidad es diferente hedónicamente de la del estado primario A.

El proceso oponente es fortalecido por el uso de la droga y debilitado por la suspensión del consumo, mientras que el proceso primario no se afecta por el uso.

El Proceso B adquirirá mayor poder si se elicita frecuentemente. Mostrará una latencia de respuesta más corta que el proceso A, un aumento rápido, una asíntota más alta y un periodo de decaída más largo, conforme el uso de la sustancia es más frecuente. En contraste, un proceso A es relativamente más estable, debido a que se trata de una reacción incondicional. La suspensión del consumo debilita el proceso B y debería regresar a su magnitud original siempre que el proceso A no haya ocurrido por largo tiempo. Subjetivamente, los estados aversivos reportados por las personas después de cada terminación repentina del consumo de sustancias, se vuelven más intensos con dosis y frecuencias de consumo más elevadas. Un deseo leve llega a convertirse en una agonía durante la suspensión del consumo y en una necesidad o antojo aumentados (West, 2005).

A través del paradigma de condicionamiento respondiente, es posible entender las respuestas fisiológicas e involuntarias relacionadas con el consumo de sustancias. Factores como el antojo, la habituación y sensibilización, son de suma importancia para comprender el consumo y por tanto para ser atendidos durante la planeación e implementación de la intervención con las personas que consumen sustancias psicoactivas.

Conducta operante.

Conforme se mencionó previamente, las personas que consumen drogas llegan a desarrollar tolerancia a sus efectos. Cuando las personas suspenden el uso de las drogas, aparecen los efectos de la suspensión del consumo, opuestos a los efectos básicos de la droga. Sin embargo, los efectos de la suspensión no son la única causa de la adicción, el potencial de abuso que conlleva una droga se relaciona con su capacidad para reforzar la conducta de consumo.

El proceso de aprendizaje operante juega un papel significativo en la etiología y desarrollo de las conductas de consumo de drogas y sus trastornos derivados. Las conductas de consumo son vistas como hábitos aprendidos que son fortalecidos mediante consecuencias reforzantes de acuerdo con los principios del condicionamiento operante. Las sustancias psicoactivas estimulan el centro del placer en el cerebro, este provee reforzamiento positivo y negativo por el uso de la sustancia (Emmelkamp & Vedel, 2012).

Es decir, el abuso de sustancias se refuerza por su efecto placentero y porque aminora las sensaciones displacenteras. El consumo de alcohol o de algunas drogas produce efectos agradables y reduce ansiedad y tensión, en ocasiones subsecuentes; es probable que cuando el individuo experimente estrés o ansiedad, consuma la sustancia para aliviar esa sensación (Emmelkamp & Vedel, 2012).

El reforzamiento positivo es un procedimiento a través del cual, en un contexto particular, una conducta *incrementa* en su probabilidad de ocurrencia en el futuro, si esta es seguida por la presentación (adición o agregado) de un evento placentero en su ambiente. Entonces, un refuerzo positivo tiene lugar cuando una conducta se sigue regularmente de un estímulo apetitivo (uno al que el organismo se acercará). La mayoría de las drogas adictivas producen refuerzo positivo: refuerzan la conducta de consumo de la droga. Cuanto más rápido sea el efecto de la droga, más rápidamente se establecerá la dependencia. Todas las drogas adictivas que producen refuerzo positivo, estimulan la liberación de dopamina en el núcleo *accumbens*, una estructura que tiene un importante papel en el refuerzo (Volkow, Fowler, Wang, & Swanson, 2004). Ejemplos de reforzadores positivos al consumo, además del placer por el efecto fisiológico del disparo de dopamina, serían los reconocimientos sociales reportados por las personas que consumen o la posibilidad de interactuar más fácilmente con otros debido al consumo.

El reforzamiento negativo es un procedimiento a través del cual, en un contexto particular, una conducta *incrementa* en su probabilidad de ocurrencia en el futuro, si esta es seguida por la eliminación (retiro o evitación) de un evento displacentero en su ambiente. Entones, el refuerzo negativo ocurre cuando una conducta es seguida de una reducción o el cese de un estímulo aversivo. Si debido a su situación social o a factores emocionales, la persona siente malestar o ansiedad, una droga que reduzca estas sensaciones puede reforzar la conducta de consumo de droga por medio de refuerzo negativo. Asimismo, la reducción de los síntomas de abstinencia como efecto de una dosis de la droga indudablemente participa en que se mantenga la adicción a la droga, pero no es la única causa del antojo (Volkow, Fowler, Wang, & Swanson, 2004).

El castigo positivo es un procedimiento a través del cual, en un contexto particular, una conducta *decrementa* en su probabilidad de ocurrencia en el futuro, si esta es seguida por la

presentación (adición o agregado) de un evento displacentero en su ambiente. Por lo tanto, la conducta de consumo puede dejar de ocurrir si ocurren situaciones altamente desagradables para las personas y que inclusive puedan dañar su bienestar físico y psicológico. Ejemplos de castigos positivos por el consumo de drogas pueden ser el malestar físico o la presencia de enfermedades generadas por el uso continuado de las drogas.

El castigo negativo es un procedimiento a través del cual, en un contexto particular, una conducta *decrementa* en su probabilidad de ocurrencia en el futuro, si esta es seguida por la eliminación (retiro) de un evento placentero en su ambiente. La conducta de consumo puede dejar de ocurrir si el retiro de eventos agradables para la persona que consume tiene el valor suficiente para ser vivido como un castigo. Ejemplos de castigo negativo son la pérdida de la relación de pareja, de recursos económicos o del empleo, como efecto del consumo prolongado de sustancias psicoactivas.

Observe que los términos reforzamiento o castigo hacen alusión a la probabilidad incrementada o decrementada, respectivamente, de la ocurrencia de la conducta meta, ósea el consumo de drogas. Los términos positivo o negativo, en las definiciones de los procedimientos, hacen referencia a la presentación o eliminación de las consecuencias o efectos del consumo de sustancias psicoactivas. Los efectos o consecuencias del consumo poseen un valor objetivo pero también subjetivo para las personas.

Valor subjetivo de las consecuencias.

El valor subjetivo de las consecuencias se ha explicado eficientemente dentro del modelo de la economía conductual. Se refiere al fenómeno en el cual un individuo elige una recompensa por el valor subjetivo que le atribuye conforme su historia de reforzamiento, pero principalmente en función de la magnitud, tiempo o probabilidad de entrega del reforzador. En el estudio del valor subjetivo de las consecuencias, éste se ha medido a través de secuencias de elección y particularmente a través del procedimiento de *ajuste de la cantidad inmediata*. En este procedimiento, el participante elige entre dos cantidades de reforzamiento (monetario, comestible, líquido o social), hipotéticas o reales. En el caso específico de las personas que consumen sustancias se ha evaluado, incluso, el valor subjetivo de la droga de preferencia (alcohol, tabaco, marihuana y cocaína) a través de este procedimiento. Pero, en general, el valor subjetivo que las personas que consumen drogas le atribuyen a las consecuencias que recibe su conducta, se ha evaluado por medio de la elección de resultados monetarios, comestibles o sociales hipotéticamente obtenibles (Mejía, Green, Myerson, Morales & Nieto, 2016).

El procedimiento de ajuste de la cantidad inmediata ha consistido en que la persona que consume drogas, elija entre un reforzador monetario de pequeña magnitud pero inmediatamente disponible sobre un reforzador monetario de mayor magnitud pero con una entrega demorada. De ahí que las personas, generalmente eligen el reforzador de mayor magnitud, cuando el tiempo comparativo de entrega no es excepcionalmente diferente (un día o una semana). Cuando en el contexto de elección se le presenta a las personas un reforzador de magnitud pequeña inmediata contra uno de mayor magnitud pero demasiado demorado en su entrega, ellas suelen elegir la ganancia inmediata de menor valor objetivo, pero que es del mismo valor subjetivo que la demorada para ellos; generando un punto de indiferencia en el valor objetivo de los reforzadores de diferente magnitud. El valor subjetivo de ambas consecuencias es igual, se entiende, por el efecto del tiempo de entrega del reforzador de mayor magnitud pero demorado. Desde una perspectiva matemática, las recompensas demoradas son descontadas exponencialmente con un parámetro de disminución constante., el descuento sigue una función hiperbólica en la cual el decaimiento es dado más tarde (Bickel, Odum, & Madden, 1999). Es decir, el modelo ha sido probado empíricamente a través de modelos matemáticos donde la variabilidad de elección de los participantes se ajusta y puede ser ampliamente predecida por el modelo. A este fenómeno se le conoce como descuento temporal, por el valor subjetivo descontado en función del tiempo de entrega de los reforzadores o consecuencias de la elección para comportarse.

Existen ejemplos del descuento temporal y evidencia de diferencias individuales en la función que sustentan una propensión a desarrollar patrones de comportamiento adictivo. En un estudio, el descuento de recompensas demoradas en personas que desarrollaron dependencia a la cocaína y otras a la marihuana se comparó con el descuento en personas que no consumían sustancias psicoactivas (Mejía et al., 2016) en una tarea de elección hipotética, en la cual los participantes hicieron elecciones repetidas entre 3000 pesos mexicanos disponibles después de una demora (variable entre una semana a cinco años a lo largo de las condiciones) y una cantidad igual o menor disponible inmediatamente, entre otros tipos de resultados. Se calcularon los puntos de indiferencia entre la recompensa inmediata y la demorada en cada ensayo. Se encontró que las personas que consumían cocaína descontaron la recompensa demorada más rápidamente que el grupo control y los que consumían marihuana, favoreciendo la disponibilidad de la recompensa inmediata. Los hallazgos indicaron que a partir del contexto de elección de cantidades de distinto valor objetivo, disponibles en tiempos diferentes, es posible predecir el valor subjetivo de las consecuencias que las personas que consumen sustancias otorgan a diferentes tipos de resultados mostrando un patrón de impaciencia asociado a la droga de elección y al nivel de dependencia en esta población.

De ahí que, en los programas de intervención breve para las personas que consumen sustancias se ha promovido el incremento en el valor subjetivo de reforzadores sociales reduciendo el efecto del tiempo de entrega en dicho valor a través de procesos cognitivos y se ha propuesto programar la disminución de la disponibilidad de la sustancia, a través de reestructuración del contexto cotidiano de los participantes con la finalidad de afectar el valor subjetivo de la sustancia en función de su disponibilidad.

En el tenor de explicar el inicio, establecimiento y mantenimiento de las conductas de consumo y de las conductas alternativas saludables funcionalmente eficientes para desplazar la oportunidad de que ocurra el uso de drogas, se sugiere observar y revisar el nivel de aplicabilidad de los principios básicos a través de los procedimientos descritos en las intervenciones breves. Es decir, los modelos anteriormente presentados, fundamentados en los paradigmas de condicionamiento respondiente y operante representan una explicación de los aspectos conductuales que constituyen el consumo de sustancias en los individuos y proporcionan la oportunidad de comprender el fenómeno y a partir de ello, generar las estrategias pertinentes de prevención y atención.

5 Conceptualización de las Intervenciones Breves en Adicciones

Las intervenciones breves con un enfoque cognitivo-conductual han mostrado efectividad para lograr la reducción y suspensión del consumo de diferentes sustancias y están desarrolladas a partir de las teorías y principios del comportamiento humano.

Generalidades de las intervenciones breves.

La Organización Mundial de la Salud (2004) define una Intervención Breve como una estrategia terapéutica que considera la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de sustancias que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su conducta de consumo puede causarles problemas. Por ello, pueden ser preliminares para la prevención indicada de personas que presentan problemas severos con el consumo de sustancias, y como precurrentes de un tratamiento más intensivo (Heather & Kaner, 2001).

Las intervenciones breves son útiles para identificar los problemas relacionados con el consumo de sustancias, motivar a las personas a realizar un cambio en su estilo de vida, identificar las situaciones de riesgo de consumo, desarrollar estrategias de enfrentamiento, reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo y establecer conductas alternativas asociadas con el bienestar físico y psicológico (Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 1997, Babor & Higgins-Biddle, 2000, Carrascoza, 2007; Martínez, Pedroza, Salazar, & Vacio, 2010).

Algunas de las características más importantes de las intervenciones breves basadas en los procedimiento cognitivo-conductuales implican que son ampliamente flexibles y pueden ser implementadas en una gran variedad de escenarios como clínicas, hospitales, escuelas, entre otros en modalidades individual y grupal; son complementarias de los tratamientos farmacológicos; y son temporalmente breves y altamente enfocadas en la conducta meta de consumo y la reducción de los problemas asociados a éste.

En las intervenciones breves basadas en los procedimientos cognitivo-conductuales se asume que la conducta de consumo de sustancias se construye sobre el sustrato biológico

transformado a través de los mecanismos descritos en los paradigmas de condicionamiento respondiente y operante y que el modelamiento de dichas conductas por otras personas inmersas en el mismo ambiente puede ser otro mecanismo que establece oportunidades para que los principios básicos del comportamiento operen (Carroll, 1998). El condicionamiento respondiente contribuye a la adicción dada la presencia repetida de las condiciones contextuales (ciertas personas, lugares, objetos, tiempo, situaciones y estados de ánimo cuando la sustancia es introducida repetidamente en el organismo (Marlatt, 1985). A través del tiempo, estos estímulos del contexto pueden disparar la necesidad reportada por la sustancia. Al mismo tiempo el condicionamiento operante permite entender cómo es que el consumo favorece que el individuo experimente efectos placenteros o evite los displacenteros y repita el consumo para provocar esos efectos. La anticipación a la presencia de la sustancia en el organismo puede crear un deseo intenso o ansiedad y consecuentemente la eliminación de éstos a través del uso de la sustancia psicoactiva. Considere que la droga es un reforzador que, de manera natural, produce estos efectos.

Por otro lado, aunque todo consumo de sustancias está acompañado por la presentación de consecuencias displacenteras o la pérdida de otras placenteras que tienen un efecto de castigo consecuente, la presencia combinada de todos los efectos (pérdidas y ganancias), con el valor objetivo de los efectos de la sustancia en el cuerpo y el valor subjetivo que las personas le asignan a las consecuencias psicosociales de la sustancia, es evaluada por el individuo dando como resultado el uso continuado o la reducción o suspensión del consumo por periodos específicos de tiempo, asociados a sus contextos de vida.

En las intervenciones breves basadas en procedimientos cognitivo conductuales se considera a la conducta de consumo a partir de los patrones adquiridos y mantenidos por los mecanismos de aprendizaje y motivación; modelos en los que además se sostiene que esos patrones pueden ser cambiados a través de la planeación del contexto en el que se desenvuelven las personas. El aprendizaje de conductas que en su conjunto constituyen un grupo de habilidades particulares le permiten a los individuos establecer aquellas consecuencias que hacen más probable la adquisición, establecimiento y mantenimiento de conductas alternativas al consumo de sustancias (Marlatt, 1985), que les aseguran un bienestar físico y psicológico a través del tiempo.

Componentes de las intervenciones breves.

Los principales componentes de las intervenciones breves en adicciones tradicionalmente son el análisis funcional de la conducta, el control de estímulos, el manejo del deseo o craving, la solución de problemas y la planeación de actividades (Schuurmans, et al., 2006).

El profesional de la salud implementa el *análisis funcional de la conducta* de consumo para que las personas evalúen las condiciones internas y externas del contexto que precipitan su conducta de consumo así como las consecuencias inmediatas y a largo plazo, internas y externas que explican su probabilidad de ocurrencia. En el componente del *control de estímulos,* el profesional ayuda a las personas a identificar y planear las condiciones del contexto que las rodea con la finalidad de que logren alcanzar y mantener el cambio en su consumo y un estilo de vida placentero sin sustancias o consumo reducido. En el componente del manejo del deseo o craving, los profesionales de la salud facilitan el aprendizaje de estrategias para enfrentar las conductas automáticas e involuntarias que se producen ante las situaciones asociadas al consumo de drogas y reducir el riesgo a la recaída. En el componente de *solución de problemas*, los profesionales de la salud guían las personas en la adquisición y mantenimiento de conductas operantes para enfrentar condiciones problemáticas que, de no ser resueltas, resultan en un alto riesgo al consumo de drogas. Las habilidades de solución de problemas aprendidas también permiten a las personas enfrentar y estructurar condiciones de vida ligadas a la satisfacción a partir de la suspensión del consumo de sustancias psicoactivas. En lo que respecta al componente de *planeación de actividades*, los profesionales de la salud guían a las personas a planear las actividades alternativas a través del aprendizaje, establecimiento y mantenimiento, en su repertorio conductual, de comportamientos ligados naturalmente a la obtención de reforzadores naturales sin consumo de sustancias.

Estructura de las intervenciones breves.

En las intervenciones breves basadas en los procedimientos cognitivo-conductuales existe una secuencia de actividades sugeridas para cada sesión y la discusión de los temas se relaciona directamente con el uso de la sustancia. Se sugiere un auto-monitoreo constante de la conducta de consumo a través de registros y antidoping. Generalmente se trata de sesiones semanales de una hora organizadas en tercios (sugerencia 20/20/20 minutos): 1) evaluación de la conducta de consumo y funcionamiento general; 2) entrenamiento y práctica de habilidades; y 3) plan para la semana (Caroll, 1998).

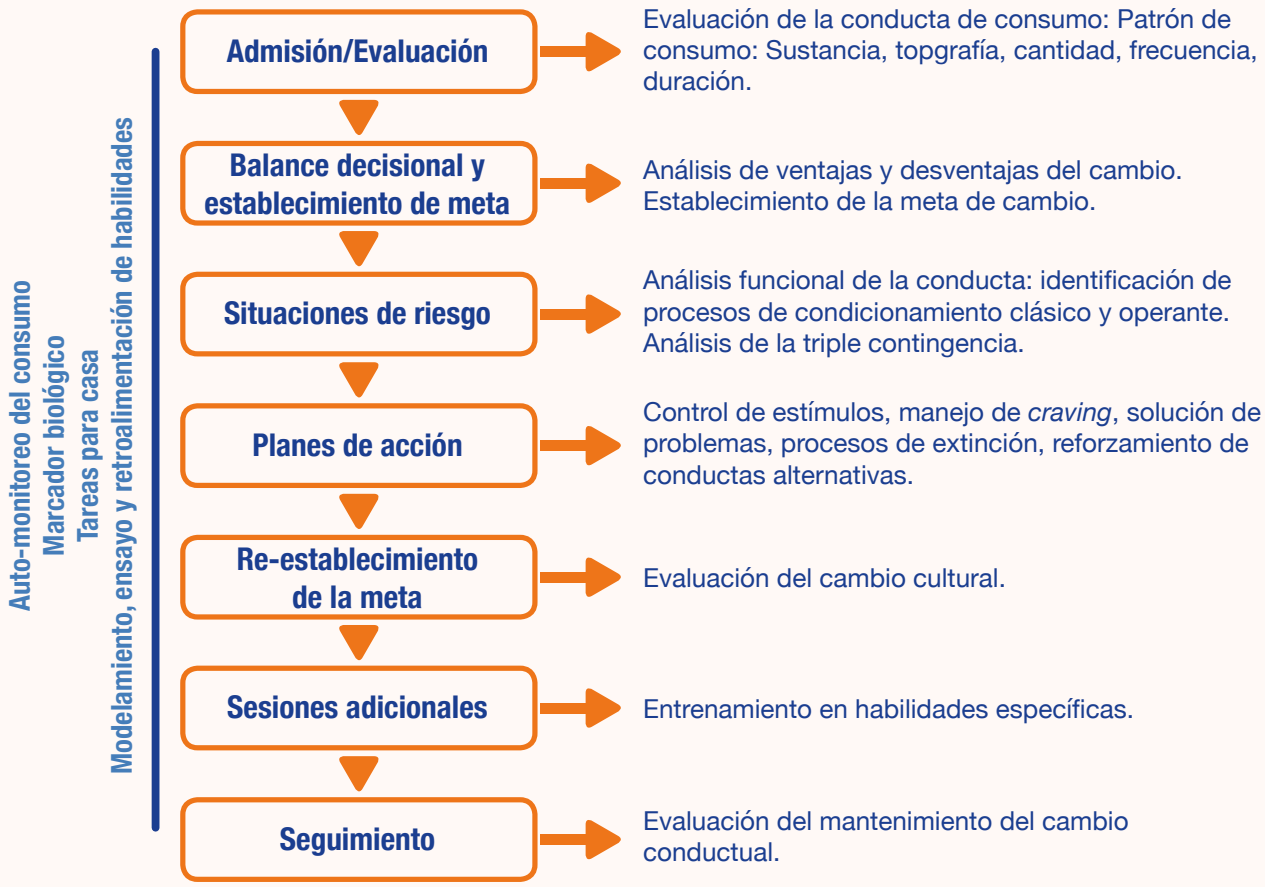


Figura 3. Estructura general de las Intervenciones Breves en Adicciones y los principios básicos que subyacen cada componente.

En la Figura 3 se muestra la estructura tradicional de las intervenciones breves. La primera fase de la intervención está constituida por sesiones de Admisión y Evaluación en las cuales el trabajo predominante consiste en la identificación clara de la problemática y la evaluación del patrón de consumo, considerando el tipo de sustancia, la topografía de la conducta de consumo, la cantidad de administración, la frecuencia y la duración de la conducta; además, se identifica nivel de dependencia, situaciones precipitadoras (contexto del consumo), nivel de autoeficacia, nivel de disposición al cambio, entre otros.

En la siguiente sesión, denominada tradicionalmente Balance Decisional, se realiza un análisis de ventajas y desventajas del consumo de sustancias y de la suspensión (efectos y consecuencias) con la finalidad de generar en la persona una disonancia cognitiva que la lleve a considerar el cambio y aumentar su motivación y compromiso al respecto. Al mismo tiempo, se establece la conducta meta de la intervención.

Posteriormente, se trabaja con el análisis funcional de la conducta de consumo, definiendo los efectos resultantes de los procesos de condicionamiento respondiente y operante bajo los cuales han estado funcionando los comportamientos de consumo de sustancias de las personas participantes. En la aplicación del componente del análisis funcional los profesionales de la salud promueven que las personas sean capaces de identificar las condiciones internas y externas precipitadoras de su conducta de consumo, así como las consecuencias internas y externas e inmediatas y a largo plazo, que la mantienen ocurriendo.

En una sesión posterior, al análisis funcional de la conducta de consumo, se trabaja con estrategias de control de estímulos, de manejo del deseo, ansiedad o craving durante la suspensión o reducción del consumo, de solución de problemas y planeación de actividades alternativas. Todo ello con la finalidad de modificar los contextos del consumo, la propia conducta de uso y los estilos de vida de las personas que solicitan la atención. Los profesionales de la salud estructuran los procedimientos basados en los principios básicos del comportamiento de uso de drogas y de las conductas alternativas (por ejemplo, habituación, sensibilización, procesos oponentes, reforzamiento y castigo).

Finalmente se realiza una evaluación post y seguimiento del cambio conductual, con la finalidad de asegurar el mantenimiento y la generalización de la reducción o suspensión del consumo y de las conductas alternativas a este. A lo largo de toda la intervención existe un auto-monitoreo constante de la conducta de consumo a través de registros y antidoping, así como tareas a casa con la finalidad de que las personas practiquen en escenarios naturales, lo aprendido en las sesiones. Aunado a eso, se explica, modela, ensaya y retroalimenta la ejecución de cada habilidad.

Evidencia de la efectividad de las intervenciones breves.

Específicamente, las intervenciones breves con enfoque cognitivo conductual y el empleo de la entrevista motivacional, han demostrado ser efectivas en la reducción del consumo de sustancias y en el incremento de los periodos de suspensión (Ayala et al., 1997; Lira, González, Carrazcosa, Ayala, & Cruz, 2012; Martínez, Salazar, Pedroza, Ruíz, & Ayala, 2008). En un estudio mexicano donde se tuvo la finalidad de evaluar la efectividad de un programa de intervención breve para adolescentes entre los 14 y 18 años de edad que iniciaban el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez et al., 2008a), se encontró que los procedimientos fueron los responsables de la reducción del comportamiento meta en los adolescentes. Al comparar los datos de la línea base con el tratamiento y seguimiento, en promedio, se redujo su consumo de copas estándar en un 66% a los seis meses de concluida la intervención. Asimismo, se observó un incremento en el nivel de autoeficacia para enfrentar las situaciones de riesgo, una reducción en los problemas relacionados

con el consumo y un aumento en las estrategias que ayudaron a mantener el cambio. La duración de la intervención fue de cuatro sesiones en las que se abordaron los siguientes temas: costos y beneficios del consumo, establecimiento de una meta de consumo, identificación de situaciones de riesgo y elaboración de planes de acción, análisis del impacto del consumo en las metas de vida y revisión del progreso de los adolescentes en cuanto a la meta elegida.

Previamente ya en un estudio en México Ayala et al. (1997) se habían enfocado a evaluar el impacto de una intervención breve para bebedores excesivos de alcohol. Reportaron que el 8.78% de las 177 personas con problemas de abuso consumieron alcohol en exceso (más de 10 copas estándar por ocasión de consumo) durante la línea base y que, se reportó un consumo moderado reducido en los seguimientos a los 6 y 12 meses como efecto de la intervención. Específicamente, durante el pre-tratamiento el promedio de tragos consumidos fue de 9,2, mientras que para la fase de tratamiento se redujo a 4,4 copas. Durante el seguimiento a los seis y 12 meses, fue de 5,8 y 6,5 respectivamente. Además, se reportó una reducción de problemas asociados al consumo y un incremento en la confianza situacional para controlar episodios de consumo excesivo. La intervención se proporcionó a través de cuatro sesiones individuales en las que que se abordaron componentes relacionados con la motivación para realizar un cambio en la conducta de cosnumo, el establecimiento de metas, la evaluación de situaciones de alto riesgo y el enfrentamiento de los problemas derivados del consumo de alcohol.

Del mismo modo, en la aplicación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores (Lira et al., 2012), se encontraron cambios significativos en el patrón de consumo entre la línea base, intervención y el seguimiento, así como un incremento en el nivel de autoeficacia para controlar el consumo en situaciones de riesgo. La intervención breve para fumadores en este estudio no sólo tuvo efectos en personas que fumaban que padecían una dependencia baja, sino también en aquellas con dependencia grave a la nicotina; ya que se presentó una disminución en el patrón de consumo de las personas con dependencia elevada y se incrementó el número de días de suspensión del consumo. El programa de intervención breve estuvo constituido por una sesión de admisión, una de evaluación y cuatro sesiones de intervención.

Consejo, intervención y tratamiento breve

Como ya se comentó previamente, una de las variables para determinar el nivel de atención más adecuado, es el tipo de consumo de sustancias psicoactivas. Como se puede apreciar en la figura 4, la prevención universal es indicada para las personas que no han presentado consumo y para aquellas que han comenzado a experimentar con el uso de sustancias.

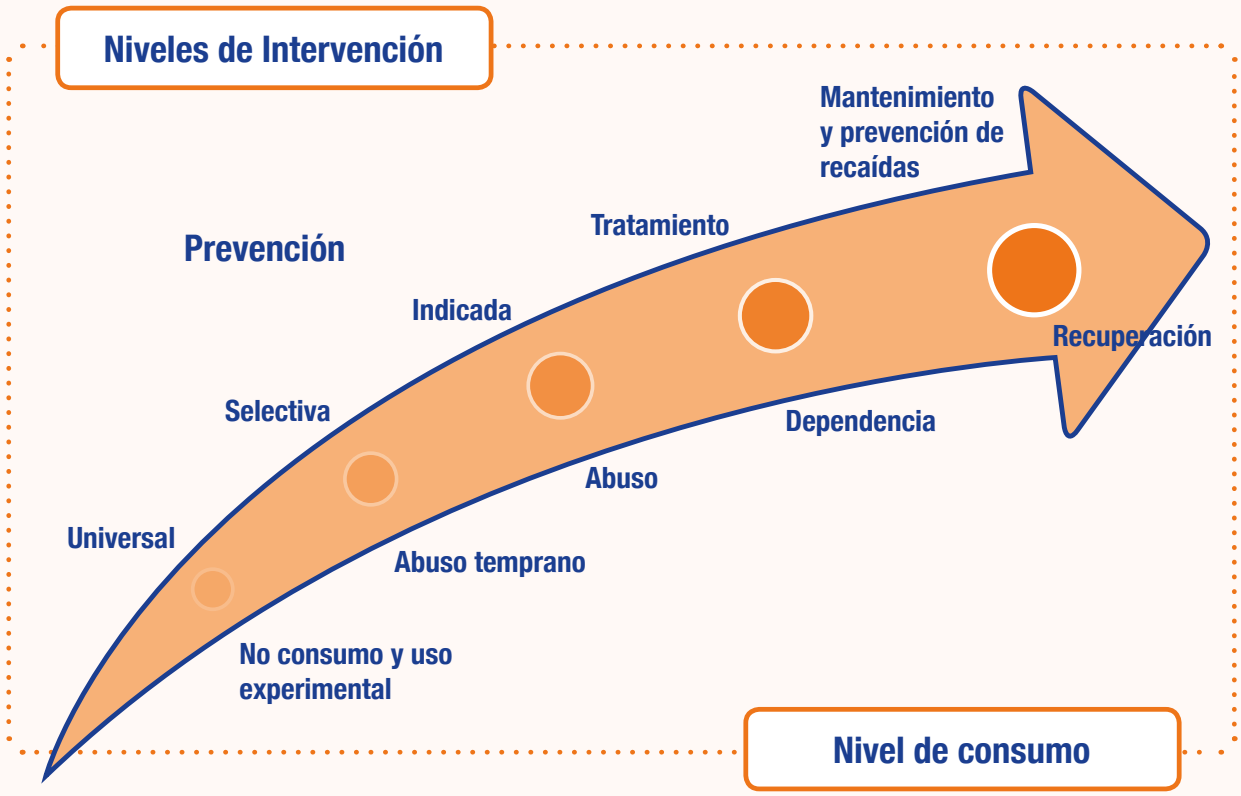


Figura 4. Niveles de atención en adicciones de acuerdo al nivel de consumo (Morales, Gordillo, & Chávez, 2013)

La prevención selectiva y la indicada se recomiendan para aquellas personas que ya presentan algún tipo de abuso con las sustancias que les está generando alguna consecuencia en el ámbito individual, familiar o social. En el caso del tratamiento, es adecuado para las personas que ya presentan un trastorno de dependencia, mientras que el mantenimiento y la prevención de recaídas son estrategias necesarias para aquellas que ya concluyeron una intervención y que se encuentran en la fase de recuperación y establecimiento de una vida satisfactoria sin consumo o con consumo reducido.

Particularmente, una de las estrategias que puede ser empleada en cualquier nivel de prevención (universal, selectiva e indicada) es el *consejo breve*, el cual se conceptualiza como una intervención sistemática de una sola sesión en la que se implementan técnicas que favorecen el cambio conductual. Las técnicas consisten en brindar información sobre los efectos del consumo de sustancias a corto y largo plazo, analizar los factores de riesgo y protección, dotar a las personas con estrategias derivadas de los procedimientos cognitivo-conductuales para modificar la conducta de consumo, así como aplicar estrategias para incrementar la disposición al cambio (Martínez, et al., 2008a; Martínez, et al., 2010, Morales, Martínez-Martínez, Carrascoza, Chaparro, & Martínez-Ruíz, 2013; Miller & Rollnick, 2002; Salazar, Pérez, Ávila, & Vacío, 2012).

De manera particular, el consejo breve tiene como principal componente la entrevista motivacional (EM), la cual es útil para que las personas identifiquen sus problemáticas y resuelvan la ambivalencia respecto al cambio de su consumo. Como parte de las estrategias de la EM, se realiza una escucha activa, se brinda retroalimentación a la persona sobre su consumo y se le apoya en el establecimiento de metas claras y realistas (Martínez et al., 2008a).

El consejo breve de una sola sesión puede ser útil para la detección temprana de personas que presentan consumo de sustancias (Martínez, Salazar, & Legaspi 2007), motivar a las personas a iniciar un programa de tratamiento más intensivo, evitar deserciones durante la intervención, y como apoyo en grupos de poblaciones donde se carece de recursos, servicios y profesionales especializados (Miller, 1999; Salazar et al., 2012).

Se ha empleado con población general, adolescentes escolares y jóvenes universitarios, en los cuales se ha demostrado su efectividad para disminuir el consumo de sustancias (Martínez et al., 2008a; Martínez et al., 2010; Quiroga, Medina-Mora, & Aparicio, 2007; Salazar et al., 2012). También puede aplicarse en situaciones que van desde la atención de emergencia in situ, hasta su implementación en instituciones de salud pública o privada (Carrascosa, 2007).

Particularmente, un ejemplo de consejo breve en México, dirigido a prevenir la ocurrencia del contacto inicial con las drogas o bien, ofrecer alternativas a las personas que ya se encuentran consumiendo, se denomina IDEAS (Martínez, Salazar, & Legaspi, 2007), el cual se agrupa en cinco pasos: I) indagar (identifica mediante cuestionarios el nivel de abuso o dependencia a las drogas); D) dialogar (informa a la persona sobre su nivel de consumo y las consecuencias que ha tenido y puede tener debidas al consumo); E) establecer metas (ayuda a la persona a establecer una meta de reducción o suspensión para evitar las consecuencias negativas a corto y a largo plazo); A) acompañar en el proceso de cambio (indaga el nivel de satisfacción de la persona con la asesoría de consejo breve); y S) seguimiento (detecta si ha habido cambios significativos en el consumo; si no han ocurrido se debe referir a la persona a otro tipo de tratamiento).

Martínez et al. (2008a) evaluaron el efecto del consejo breve IDEAS sobre el consumo de alcohol con adolescentes en dos grupos aleatorizados: experimental y lista de espera. Los resultados indicaron que el consejo breve fue efectivo para cambiar el patrón de consumo y reducir el uso de alcohol entre los adolescentes del grupo experimental, observando diferencias significativas contra el grupo control en la fase de seguimiento a los tres y seis meses.

A diferencia del consejo breve, las intervenciones breves son la estrategia principal de atención para las personas que inician un consumo problemático de drogas (Martínez, Medina-Mora, & Berenzon, 2010), tienen una mayor duración (generalmente no más de 10 sesiones), incluyen

una evaluación más amplia del patrón del consumo y de los factores asociados y existe un mayor acompañamiento por parte del profesional de la salud a través de los seguimientos (Rodríguez-Marto, 2002).

Por otra parte, el tratamiento breve, también ha demostrado su eficacia para la suspensión o reducción del consumo de sustancias. De acuerdo a la OMS (1998) el tratamiento se conceptualiza como el proceso que comienza cuando las personas que consumen sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.

El objetivo principal del tratamiento breve consiste en reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas en el ámbito de la salud física y psicológica de las personas. El tratamiento abarca servicios como la desintoxicación, la terapia de sustitución y mantenimiento y/o terapias de tipo psicosocial (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2003).

Particularmente, el tratamiento breve es una estrategia que ha resultado efectiva para tratar los trastornos de dependencia y lograr cambios importantes en el comportamiento, motivando a las personas a tomar decisiones y adoptar cambios para dejar de usar drogas y mantenerse en el tratamiento (OMS, 2004). De acuerdo con el NIDA (2016), los tratamientos breves son útiles y pertinentes, porque son compatibles con otros tratamientos que la persona puede recibir, como el médico, lo que los hace eficaces para tratar adicciones, tanto en ambientes ambulatorios como residenciales.

Al igual que el consejo y la intervención, el tratamiento breve incorpora la teoría y los procedimientos del enfoque cognitivo conductual y de la entrevista motivacional para facilitar la adherencia y la participación activa durante el tratamiento. A diferencia del consejo y de la intervención, el tratamiento breve tiene una mayor duración debido a que se imparten una serie de componentes que tienen el propósito de dotar a las personas con las habilidades, cuya carencia constituye un riesgo para el consumo o cuyo deterioro a ocurrido a consecuencia del consumo de sustancias.

Como ejemplo de la efectividad de los tratamientos breves, Barragán, González, Medina-Mora, & Ayala (2005), encontraron que los procedimientos fueron efectivos con personas dependientes de sustancias psicoactivas, mostrando un decremento en el consumo durante y al año después de terminado el tratamiento. De manera específica se encontró un promedio de consumo, en la línea base anual retrospectiva, de 10,5, mientras que durante el tratamiento decreció hasta 0,6 y durante

el seguimiento a 0,59 tragos estándar como efecto del tratamiento breve. Además, se mostró un incremento en el nivel de satisfacción de vida cotidiana y en el nivel de autoeficacia, así como una disminución de la cantidad de eventos precipitadores al consumo después del tratamiento y en seguimiento. El rango de duración del tratamiento fluctuó entre las 15 y 24 sesiones de acuerdo a los requerimientos de cada persona, en las que se impartieron 13 componentes: admisión, evaluación, análisis funcional, muestra de no consumo, metas de vida cotidiana, comunicación, solución de problemas, rehusarse al consumo, búsqueda marital, búsqueda de empleo, actividades sociales y recreativas, prevención de recaídas, pos-evaluación y seguimientos.

En un segundo estudio que tuvo el objetivo de evaluar un tratamiento breve basado en procedimientos cognitivo-conductuales con personas con dependencia a la cocaína (Oropeza, Medina-Mora, & Sánchez-Sosa, 2007), se encontró que antes de iniciar el tratamiento, los personas consumieron, en promedio, 2,24 gramos de cocaína a la semana y que, durante el tratamiento, las personas redujeron su consumo a 0,44 gramos y que durante el seguimiento se redujo a un promedio de 0,08 gramos. El 47,36% de las personas participantes continuaron consumiendo cocaína durante el seguimiento y el 52,44% alcanzaron la abstinencia total a los seis meses de seguimiento. El tratamiento breve que se impartió, estuvo integrado por 10 sesiones en las que se abordaron los siguientes componentes: balance decisional y establecimiento de metas, manejo del consumo de cocaína, identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína, identificación y manejo del deseo de consumo de cocaína, habilidades asertivas de rechazo, decisiones aparentemente irrelevantes, solución de problemas y reestablecimiento de metas y planes de acción.

Atención Primaria en Adicciones en México.

En México existen unidades que otorgan servicios de prevención y atención primaria de las adicciones a la comunidad en general a través de acciones de sensibilización, orientación, aplicación de tamizajes, intervención y tratamiento breve, derivación oportuna y prevención de recaídas (UNEME – CAPA, de la Secretaría de Salud; figura 5). Los servicios se centran principalmente en la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad y consumidores experimentales, con el objetivo de incidir en sus decisiones y en las de sus familias en forma oportuna y evitar el desarrollo de trastornos por abuso o dependencia (Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones, 2008).

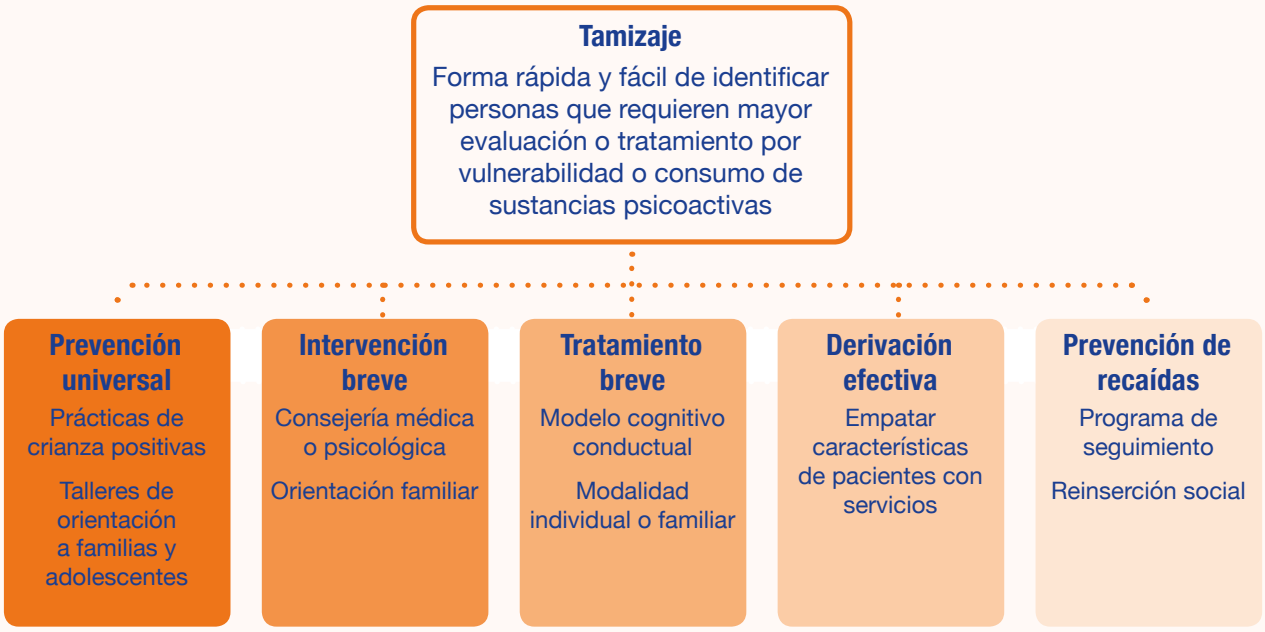


Figura 5. Estrategias centrales del modelo UNEME-CAPA (Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones, 2008)

Las unidades de atención primaria son operadas por las Secretarías de Salud Estatales, bajo la coordinación de la Secretaria de Salud Federal a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), y se encuentran ubicados en los municipios prioritarios de las 32 entidades federativas (Alvear & Martín del Campo; 2012). De acuerdo al Directorio Nacional (CONADIC, 2016), actualmente se encuentran en operación 340 centros a nivel nacional.

En las unidades de atención primaria se realizan actividades intramuros en las cuales se brinda orientación e información a padres de familia, talleres para disminuir conductas antisociales en los hijos, pláticas y talleres para fortalecer las habilidades de rechazo ante la oferta de alcohol y otras drogas y atención a los adolescentes que presentan indicadores de riesgo. Así mismo, se realizan actividades extramuros, las cuales se realizan en las comunidades buscando favorecer conductas saludables a través de la identificación de líderes comunitarios, la conformación, capacitación e intervención en grupos de acción comunitaria así como la detección temprana e intervención oportuna del consumo de sustancias psicoactivas.

Las unidades de atención primaria llevan a cabo acciones de consejo, intervención y tratamiento breve con base en los procedimientos cognitivo-conductuales: a) intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas; b) intervención breve para bebedores problema; c) tratamiento breve para consumidores de cocaína; d) programa de

satisfactores cotidianos; e) intervención breve motivacional para fumadores; f) prevención de recaídas; y g) intervención breve para usuarios de marihuana. También utilizan un procedimiento de atención a familiares, mismo que ofrece apoyo a las personas relacionadas con aquellas que consumen y que también enfrentan problemas derivadas de dicho uso de alcohol y drogas. Las modalidades de intervención son individuales y grupales, dependiendo de las necesidades de la población (Alvear & Martín del Campo; 2012).

6 Implementación de una intervención breve: Toma de decisiones basadas en evidencia

La implementación de una intervención generalmente implica una secuencia de decisiones que los profesionales de la salud deben tomar antes, durante y después de su aplicación. Frecuentemente se ven en la necesidad de adaptar una intervención a partir de las características individuales de las personas atendidas, por ejemplo, la modificación de aspectos tales como el orden y los componentes de las sesiones, las estrategias a implementar y la duración de la intervención. Son decisiones profesionales que se espera impacten favorablemente en la meta de tratamiento de las personas que consumen sustancias. Modificar estos elementos a través del tiempo, es un proceso natural y crucial por muchas razones, entre otras para obtener mayor efectividad en los tratamientos en la medida en la que se alcanza la abstinencia o reducción del consumo y reducir costos por ejemplo, cuando un tratamiento intensivo no es necesario.

Tradicionalmente, los profesionales de la salud, con la finalidad de adherirse adecuadamente a los procedimientos basados en evidencia, han centrado la implementación de las intervenciones en la aplicación de procedimientos tal y como se describen en los manuales y protocolos publicados. Sin embargo, a lo largo de la diseminación y adopción de las intervenciones en su práctica cotidiana, ha surgido la necesidad de adaptar los procedimientos establecidos en manuales y protocolos a las diversas características de las personas que consumen sustancias y que son atendidas con estos procedimientos. Es por ello que actualmente se considera a las intervenciones como *adaptables*.

Las intervenciones adaptables son procedimientos en los cuales el tipo o la dosis de la intervención ofrecida a las personas es individualizada a la medida, basándose en las características de las personas o en la presentación clínica; y a través del tiempo son ajustadas repetidamente en respuesta a su avance (Bierman, et al., 2006; Marlowe et al., 2008; McKay, 2005).

La decisión de cuándo, cómo y por qué ajustar una intervención debe ser una decisión basada en parámetros claros, tales como la severidad del problema, los resultados de una evaluación y el avance del cambio de conducta durante la implementación. El elemento más importante para considerar la adaptación de una intervención es una evaluación periódica donde se verifica si el tratamiento inicialmente seleccionado está logrando el cambio en la conducta de consumo de las

personas y de no ser así, se realizan ajustes en el procedimiento que pueden ocurrir varias veces durante el proceso de intervención (Weisz, et al., 2004).

La implementación de una intervención que se adapte a las necesidades de las personas, implica cuatro elementos centrales: 1) secuencia de decisiones críticas, 2) opciones de intervención o niveles de intervención y sus variaciones, 3) variables críticas de adaptación y 4) secuencia de reglas de decisión (McKay, 2009).

La secuencia de decisiones críticas implica establecer el orden en el que se administrarán las opciones de intervención, definiendo que procedimientos se van a administrar primero y si la intervención inicial no es exitosa, qué procedimientos se van a administrar en segundo lugar. Estas decisiones implican qué mantenimiento (seguimiento) de la intervención debe ofrecerse y qué y cómo monitorear el tipo de señales de recaída (McKay, 2009). El conjunto de opciones de procedimientos posibles incluyen diferentes tipos de intervención, diferentes modalidades de administración, diferentes combinaciones de procedimientos, diferentes acciones para promover el compromiso, la adherencia a la intervención y diferentes duraciones de las intervenciones. Las variables de adaptación que se utilizan para determinar cuándo debe modificarse una intervención incluyen información que es útil para detectar signos tempranos de que la intervención no está siendo suficientemente efectiva. La secuencia de las reglas de decisión vincula las características individuales con el avance de las metas de tratamiento de las personas y las opciones específicas de intervención. El objetivo de las reglas de decisión debe ser guiar a los profesionales en la decisión y elección de procedimientos de intervención para cada etapa de la intervención basada en la disponibilidad de la información relacionada con las características y avances en las metas de las personas (Collins, et al. 2004; Lavori & Dawson 2000, 2004; Lavori, Dawson & Rush, 2000).

En el siguiente apartado, se presenta el algoritmo de decisión para la implementación de una Intervención Breve considerando niveles, características de las personas y variables críticas para su adaptación, a través de un plan de tratamiento que asegure el logro de sus metas y permita el monitoreo y seguimiento de las mismas.

Paso 1. Identificación del nivel de intervención.

Se sugiere la identificación del nivel de intervención a través de instrumentos de tamizaje, como el ASSIST (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test; OMS, 2010) que indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que las personas reportan haber consumido. La puntuación obtenida permite clasificar el riesgo de las personas según su nivel para cada sustancia en *bajo*, *moderado* o *alto*, y en cada caso se determina la intervención más adecuada.

- **Consejo Breve.** Nivel de intervención dirigido a personas que se encuentran en riesgo de consumir, o que presentan un consumo experimental o de muy baja frecuencia, sin consecuencias negativas asociadas a éste.
- **Intervención breve.** Nivel de intervención dirigido a personas que presentan un consumo problemático de la sustancia, con una frecuencia de consumo regular y problemas asociados al mismo. Presentan indicadores de dependencia leve a la sustancia.
- **Tratamiento breve.** Nivel de intervención dirigido a personas con un consumo de sustancias con múltiples problemas asociados y repercusiones en distintas áreas de vida. Pueden presentar algunos indicadores de abstinencia como tolerancia o síndrome de abstinencia.

Paso 2. Elección de la conducta meta de consumo.

Una vez que se tiene identificado el nivel de intervención, el siguiente paso consiste en elegir una meta de la intervención con respecto al consumo, que puede ser reducción o suspensión del consumo. En este caso de deben considerar tres factores principales: 1) el patrón de consumo con respecto a una línea base, es decir, la frecuencia, cantidad y duración de consumo, permitirán establecer la viabilidad de una meta de reducción o de suspensión; 2) el nivel de dependencia, si éste es moderado o severo, una meta de reducción será poco viable, pues la persona se encuentra en un nivel de consumo difícil de controlar y moderar después de haber iniciado la administración de la sustancia; y finalmente, 3) la autoeficacia, es decir, qué tan seguro se siente la persona de lograr la meta que se plantea. Estos tres factores son de suma importancia, pues si no se consideran adecuadamente para el establecimiento de la meta, ésta podría resultar poco viable y difícil de alcanzar para la persona, por lo tanto es necesario que la meta sea realista y alcanzable dadas las características de la persona.

Paso 3. Definición de la conducta meta de consumo.

El establecimiento de una meta adecuada para una intervención implica que se encuentra claramente definida en términos de la cantidad, duración, frecuencia, topografía, etc. Es decir, es necesario especificar de manera detallada lo que se va a considerar como el logro de la meta. Así, *por ejemplo*, si se establece una meta de reducción se debe definir como en los términos anteriormente mencionados: *consumo de alcohol no mayor de tres copas por ocasión, máximo un día a la semana*. En otro caso, si se establece la meta de suspensión, igualmente la definición en fundamental, por *ejemplo periodo de ocho semanas sin consumo de cocaína*.

Al definir operacionalmente la meta, es posible también identificar con facilidad los indicadores que permitirán el monitoreo y medición del avance, por ejemplo, aplicación de antidoping semanalmente, autoregistros llenados por las personas, diariamente, o reporte de otras personas

significativas para la persona que está siendo atendida. Es importante que estos indicadores y su periodicidad se establezcan al mismo tiempo que se establece y define la meta de consumo.

Paso 4. Elección de las conductas meta adicionales.

Aunado al establecimiento de la meta con respecto a la conducta de consumo, es necesario establecer metas para conducta alternativa, que refuerce el logro de la reducción o suspensión y que le permita a la personas adquirir un estilo de vida saludable. Las metas adicionales, se deben plantear en términos de aquellas conductas que le ayuden a las personas a mantenerse en reducción o suspensión y que amplíen su repertorio conductual de manera tal que cuente con alternativas que compitan con el consumo de sustancias y otras conductas que lo pueden poner en riesgo y que les permitan acceder a una vida satisfactoria.

Generalmente, las metas adicionales se identifican como algún déficit en las habilidades en las personas, por ejemplo, habilidades de comunicación, de manejo de emociones como la tristeza o la ansiedad, o administración del tiempo libre. La importancia de considerar metas adicionales radica en su relación con el consumo de sustancias o en la promoción de una vida saludable que compita con el consumo, pues en la mayoría de los casos, las dificultades para mostrar conductas eficientes, o la asociación del consumo con ciertos eventos o estados de ánimo, llevan a las personas a la administración de la sustancia.

Paso 5. Definición de las conductas meta adicionales.

Al igual que la conducta de consumo, las conductas meta adicionales se deben definir con claridad para poder monitorear su avance. Su definición implica cantidad, frecuencia, duración y topografía, y con ello, la identificación de indicadores claros de medición. Por ejemplo, se puede establecer una meta de *mejorar la comunicación con la pareja* y definirla como *Entablar una conversación agradable de al menos diez minutos una vez al día*. Los indicadores de seguimiento pueden ser muy variados, siendo los más usuales, autoregistros diarios y el reporte de otro significativo.

Paso 6. Dosis de intervención.

Una vez que se han definido claramente las metas de la intervención, lo siguiente es establecer la dosis mínima de intervención necesaria para alcanzar esa meta. Esto implica, definir la periodicidad de las citas, por ejemplo, una vez por semana, o dos veces a la semana, o quincenalmente, el número de sesiones aproximadas que tomará la implementación de la intervención y los componentes mínimos en orden jerárquico que se van a implementar, por ejemplo, análisis funcional, planes de acción y control de enojo.

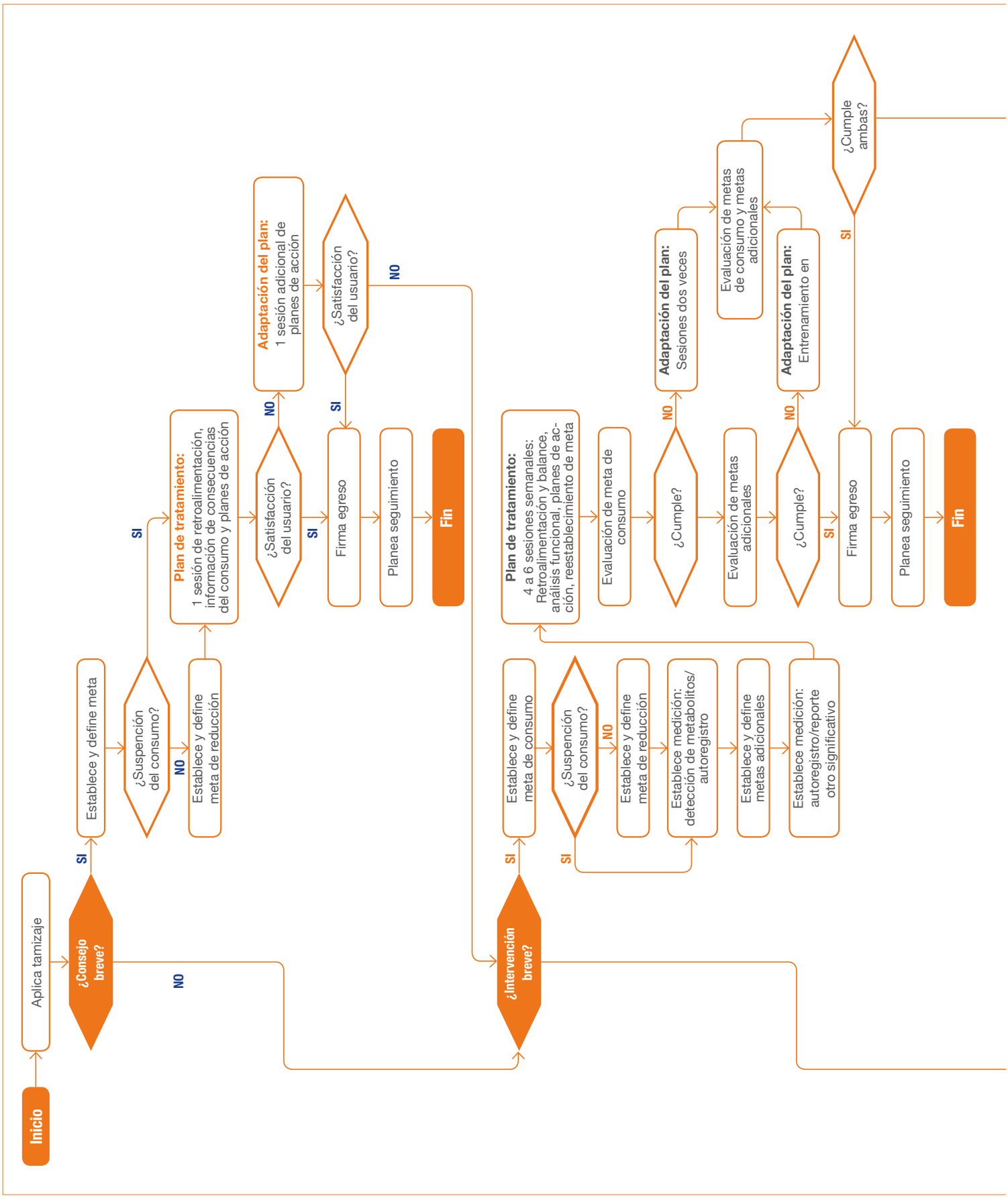
Paso 7. Evaluación de la conducta meta.

Dado que las metas se encuentran definidas y existen indicadores claros de medición de las mismas, es necesario evaluar periódicamente si las personas está alcanzando las metas planteadas, con la finalidad de poder tomar decisiones sobre ajustes en el plan de tratamiento, que van desde cambios en los procedimientos de intervención, adecuaciones en la dosis de intervención, o incluso, la referencia a otro tipo de atención.

Paso 8. Ajuste del plan de tratamiento.

Finalmente, si al evaluar el avance de las metas de las personas, se determina que no se están alcanzando, es necesario realizar ajustes al plan de tratamiento, que aseguren su logro. Dichos ajustes se realizan en función de las necesidades de las personas y pueden plantearse cuantas veces sea necesario, tratando de agotar los procedimientos de intervención o si es que no se identifican elementos para referir a otro tipo de atención.

A continuación se presenta el algoritmo de decisión para la implementación de una intervención breve, retomando las consideraciones anteriormente mencionadas.


Inicio
Aplica tamizaje
¿Consejo breve?
SI
NO
Establece y define meta
¿Suspención del consumo?
SI
NO
Establece y define meta de reducción
Plan de tratamiento: 1 sesión de retroalimentación, información de consecuencias del consumo y planes de acción
¿Satisfacción del usuario?
NO
SI
Adaptación del plan: 1 sesión adicional de planes de acción
¿Satisfacción del usuario?
SI
NO
Firma egreso
Planea seguimiento
Fin
¿Intervención breve?
SI
Establece y define meta de consumo
¿Suspención del consumo?
SI
NO
Establece y define meta de reducción
Establece medición: detección de metabolitos/ autoregistro
Establece y define metas adicionales
Establece medición: autoregistro/reporte otro significativo
Plan de tratamiento: 4 a 6 sesiones semanales: Retroalimentación y balance, análisis funcional, planes de acción, reestablecimiento de meta
Evaluación de meta de consumo
¿Cumple?
NO
Adaptación del plan: Sesiones dos veces
Evaluación de metas adicionales
¿Cumple?
NO
Adaptación del plan: Entrenamiento en
Evaluación de metas de consumo y metas adicionales
¿Cumple ambas?
SI
SI
Firma egreso
Planea seguimiento
Fin

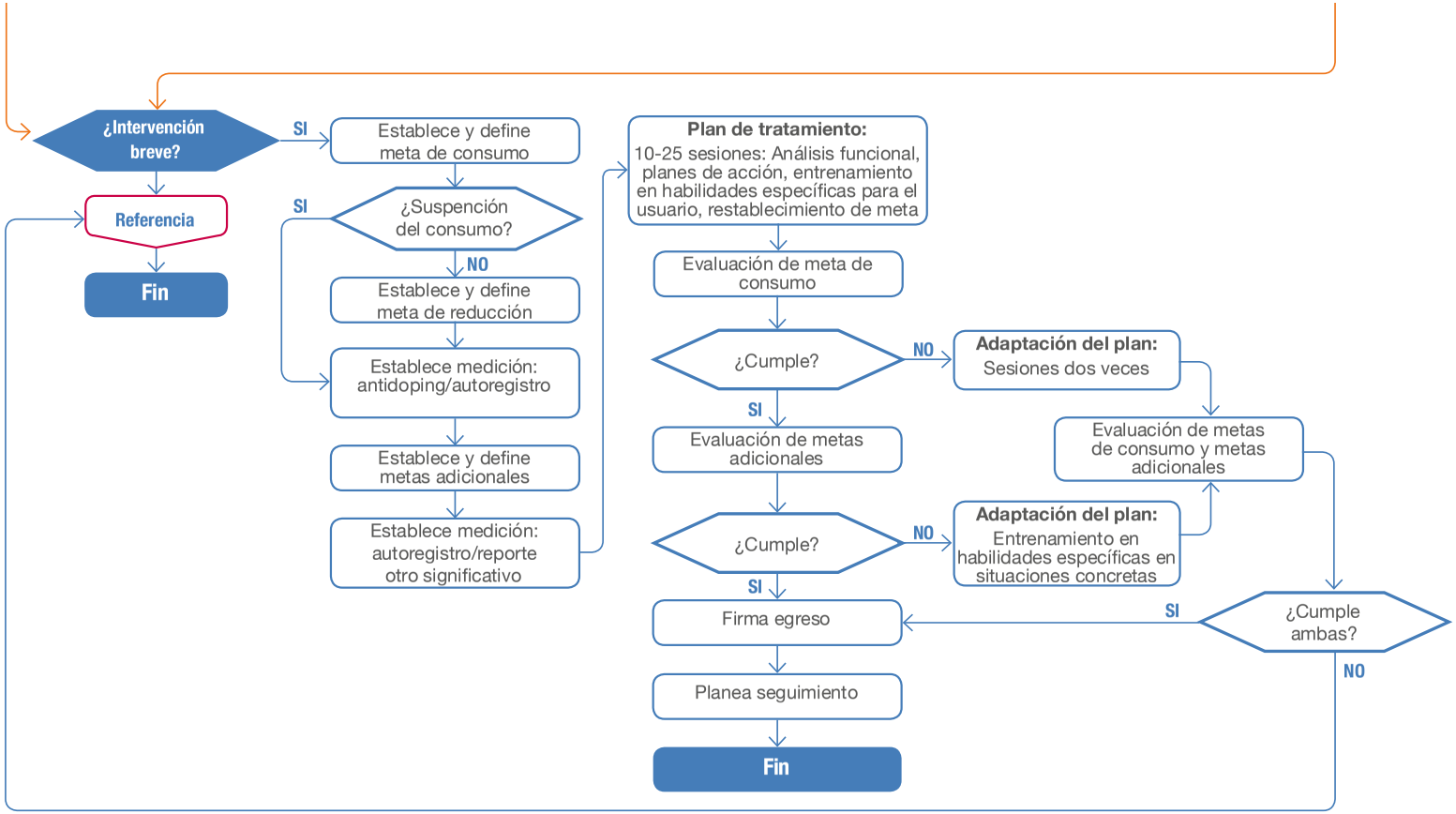


Figura 6. Algoritmo de implementación de una intervención en adicciones.

7 Consideraciones en cada etapa de la intervención

Detección de casos.

La detección de personas que presentan problemas por el consumo de sustancias psicoactivas se realiza mediante procedimientos de identificación de casos. A través de la exploración y el tamizaje del consumo de sustancias, es posible detectar oportunamente a las personas que se encuentran en riesgo de desarrollar una adicción y de experimentar problemas relacionados con el consumo en sus diversas áreas de vida.

Esta primera actividad de la intervención implica la identificación de indicadores clave, ya sea a través de instrumentos específicos o de una entrevista, tales como la sustancia de consumo, el patrón del mismo y los problemas asociados a éste. El resultado de un procedimiento de detección es la clasificación de los casos dentro de un continuo de posibilidades de intervención que varía en niveles de intensidad y corresponden a la severidad del problema de consumo de las personas identificadas. A continuación se describen los niveles de intervención de acuerdo con las características del consumo de las personas (Skinner, 1990; Ver Tabla 1), mismos que también habían sido descritos con anterioridad.

Tabla 1.

Niveles de intervención asociados a las características de la persona.

Nivel de intervención	Características de la persona	Nivel de consumo
Prevención	Personas que se encuentran en abstinencia de la sustancia.	Sin consumo
Consejo breve	El consumo de sustancias se da de forma ocasional, aislada o episódica, sin regularidad de habitualidad, sin tolerancia y dependencia y no produce consecuencias médicas, sociales o familiares.	Consumo experimental
Intervención breve	Patrón de consumo que daña, o amenaza dañar, la salud física, mental, y/o el bienestar social de un individuo. Se trata de un consumo frecuente u ocasional, pero con consecuencias derivadas de él.	Consumo leve-moderado
Tratamiento breve	Las personas presentan un patrón de consumo compulsivo, en el que emplea gran parte del tiempo en consumir la sustancia, recuperarse de sus efectos o conseguirla, además de experimentar síntomas de intoxicación o abstinencia mientras lleva a cabo sus actividades cotidianas. Las personas continúan utilizando las drogas a pesar de los efectos adversos que ejercen en su organismo.	Consumo severo-sustancial

Entre los objetivos de la detección de casos, se incluye la identificación de personas y sus problemáticas asociadas, el incremento de su percepción de riesgo, la detección de necesidades de una evaluación más profunda y el incremento del interés y su motivación para adherirse a una intervención (Connors, 1995).

Evaluación.

La detección de casos como primera actividad, permite determinar la existencia del problema por uso de sustancias, mientras que la evaluación, ayuda caracterizarlo. Una vez identificadas a las personas con problemas en el uso de sustancias, el siguiente paso es realizar una evaluación más exhaustiva.

La evaluación incluye la caracterización de la naturaleza, el alcance y la severidad del potencial trastorno por uso de sustancias, así como la generación del plan de tratamiento correspondiente (Institute of Medicine, 1990; Sobell, Toneatto & Sobell, 1994). Esta etapa de la intervención es fundamental para determinar qué tipo de tratamiento es apropiado para cada persona. Con respecto a la conducta de consumo de las personas, la evaluación debe incluir la recolección de información sobre la historia y patrón de consumo, consecuencias relacionadas con el consumo, situaciones de consumo, características clínicas que sugieran dependencia, ingesta de medicamentos, uso de otras drogas, antecedentes familiares e historia de síntomas físicos.

La mayoría de los resultados de la investigación sobre la eficacia de los tratamientos para trastornos por el uso de sustancias, se centra en el grado en que las intervenciones reducen el consumo de la sustancia como resultado principal. Sin embargo, una visión más completa de las metas a ser consideradas en la evaluación de tratamiento, se extiende más allá de la cantidad y frecuencia del uso de la sustancia. De acuerdo con el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA, 2010) es necesario considerar en la evaluación y por tanto como metas complementarias de la intervención, aspectos tales como: conducta delictiva, autoeficacia, daños relacionados con las drogas, severidad del problema, habilidades de afrontamiento, ansiedad o craving, días en vivienda estable, días trabajados o empleados en la escuela, días de tratamiento, síndrome de abstinencia, funcionamiento del individuo, salud, comorbilidad psiquiátrica, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, etapa de cambio, niveles de estrés y expectativas asociadas al uso de la sustancia.

A partir de la evaluación del patrón de consumo y las dimensiones anteriormente mencionadas, es posible obtener una línea base que permita planear una intervención adaptada a las necesidades de cada persona en particular.

Referencia oportuna y trabajo multidisciplinario.

El consumo de sustancias con frecuencia se presenta junto con otros trastornos mentales. En estos casos, la atención puede volverse más compleja pues es necesario considerar y atender ambos padecimientos. En ese sentido, las personas que consumen sustancias psicoactivas, en las que se detecta comorbilidad psiquiátrica deben ser evaluadas para implementar líneas de acción específicas.

Esta evaluación adicional que implica el contacto y derivación de las personas con otros profesionales de la salud, cuando los recursos de la institución no permitan la atención del problema de las personas, por ejemplo un médico psiquiatra o incluso su envío a otra institución como un establecimiento residencial o de desintoxicación, se llama referencia (NOM 028, 2009). La referencia de una persona a otros profesionales de la salud o servicios debe realizarse de manera inmediata, con la finalidad de atender oportunamente sus necesidades.

Para realizar una referencia oportuna es necesario que los profesionales de la salud cuenten con una red de apoyo y vinculación interdisciplinaria que les permita canalizar a las personas que requieren otro tipo de atención, por lo que es indispensable que se cuente con un directorio y los contactos de opciones de referencia confiables y profesionales, asegurando la atención y tomando en cuenta las necesidades de las personas, el tipo de sustancia utilizada, edad, género, patrones de consumo, síndrome de dependencia de las sustancias psicoactivas y problemas asociados al consumo (NOM 028, 2009).

Aunado a la comorbilidad psiquiátrica, que suele ser el principal motivo de referencia, es necesario considerar otras variables que tienen impacto en la adaptación de la intervención breve, como la perspectiva de género, la edad de las personas, el lenguaje y origen étnico del mismo, la discapacidad y el funcionamiento cognitivo, entre otras.

Con respecto al género, el tratamiento debe enfocarse no sólo en las diferencias biológicas sino también en los factores diferenciales sociales y ambientales, ya que éstos pueden influir en la motivación para consumir, las razones para buscar atención, el ambiente donde es tratada la persona, y las consecuencias de no recibir tratamiento (NIDA, 2010). Muchas circunstancias de la vida afectan predominantemente a las mujeres, lo cual requiere un enfoque de tratamiento especializado. Por ejemplo, el trauma físico y sexual seguido del trastorno de estrés postraumático es más común en las mujeres consumidoras que en los hombres que asisten tratamiento. Otros factores específicos de las mujeres que deben ser contemplados en la intervención incluyen cuestiones relacionadas con el embarazo y el cuidado de niños, la independencia financiera y las dificultades que se pueden presentar para asistir a tratamiento, como la falta de tiempo y dinero, o la coerción por parte de la pareja.

La edad también es un factor importante a considerar. Los adolescentes con problemas de consumo tienen necesidades especiales que surgen de la falta de completa madurez neurocognitiva y psicosocial propias de esa etapa de desarrollo. Las áreas del cerebro más estrechamente vinculadas con los aspectos del comportamiento, como la toma de decisiones, el juicio, la planificación y el autocontrol, atraviesan un periodo de desarrollo rápido durante la adolescencia. El consumo de drogas en adolescentes también suele asociarse a otros problemas de salud mental concurrentes.

Entre ellos se incluye el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno negativista desafiante y problemas de conducta, así como trastornos depresivos y de ansiedad. Los adolescentes son particularmente sensibles a las señales sociales y las amistades ejercen gran influencia durante esta etapa. Por lo tanto, los tratamientos más eficaces son aquellos que facilitan la participación activa de los padres y cuidadores, incorporan otros sistemas en los que participan los adolescentes (como la escuela y los deportes) y reconocen la importancia de relaciones con pares que los lleven a conductas saludables y prosociales (NIDA, 2010).

En el otro extremo se encuentran los adultos mayores, cuya proporción va en aumento a nivel mundial. Aunque todavía no se han diseñado programas de tratamiento sobre drogas exclusivamente para adultos mayores, las investigaciones existentes indican que los programas de tratamiento de la adicción pueden ser tan eficaces para adultos mayores como lo son para adultos más jóvenes. No obstante, los problemas de abuso de sustancias en la vejez suelen pasar desapercibidos y, por lo tanto, no ser tratados (NIDA, 2010).

Otros factores como una posible discapacidad, dificultades cognitivas o incluso que las personas hablen otra lengua distinta a la del profesional de la salud, deben considerarse en la planeación de la intervención, de manera tal que las estrategias y procedimientos se adapten para que estos factores no dificulten la implementación y los resultados de la intervención.

Finalmente, considerando las posibles variables que se pueden conjugar en el caso de las personas, es necesario que los profesionales de la salud, cuenten con un directorio de instituciones y servicios para la referencia o canalización de las personas en situaciones de urgencia, tratamiento, rehabilitación, y la atención de necesidades especiales, avalado por las instancias reguladoras en materia de salud (NOM 028, 2009), de manera tal que se logre la atención oportuna, integral, individualizada y efectiva de las personas que consumen sustancias psicoactivas..

Componentes fundamentales.

1. Sensibilización y motivación.

El Modelo Transteórico de cambio, propuesto por Prochaska y DiClemente (1982), explica el cambio de la conducta de un individuo, a partir de la motivación que tiene para realizarlo, entendiendo por motivación como el estado presente de una persona o una etapa de preparación para el cambio. La motivación al cambio tiene que ver con una serie de etapas por las que las personas atraviesan cuando se realizan comportamientos problemáticos, como el consumo de sustancias. De acuerdo con estos autores, en cualquier proceso de cambio la persona transita por el proceso varias veces antes de alcanzar un cambio estable. Una intervención debe utilizar diferentes tácticas con las

personas, dependiendo del momento del proceso de cambio en el que se encuentren. Los problemas que se derivan de que las personas se resistan, surgen cuando los profesionales utilizan estrategias confrontacionales, principalmente.

Prochaska y DiClemente (1982), proponen seis etapas en la rueda de cambio: Precontemplación, Contemplación, Determinación, Acción, Mantenimiento y Recaída. La Precontemplación es la etapa que representa el punto de entrada del proceso de cambio. Este estado es caracterizado porque la persona aún no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. Una persona que se sitúa en la etapa de precontemplación necesita información y retroalimentación, a fin que pueda aumentar su conciencia del problema y la posibilidad de cambiar.

La siguiente etapa en el proceso de cambio es la Contemplación. Una vez que aparece un reconocimiento del problema, la persona entra en un periodo caracterizado por la ambivalencia, es decir, la persona contempladora considera y rechaza el cambio a la vez. La experiencia de la persona contempladora queda descrita como un tipo de oscilación entre las razones para cambiar y las razones para continuar comportándose de la misma manera. Una persona en etapa de contemplación, experimenta razones de preocupación o de falta de preocupación, motivaciones para cambiar o para seguir sin cambiar, es decir, identifica ganancias o reforzadores en ambas opciones. De acuerdo con los autores, la tarea del profesional de la salud en esta etapa consiste en que la balanza se decante a favor del cambio.

Una vez que el individuo se ha inclinado a realizar un cambio, aparece la etapa de Determinación. De vez en cuando la balanza se decanta a favor, y durante un periodo de tiempo los comentarios de la persona reflejan un buen grado de motivación al cambio, las verbalizaciones de las personas reflejan la identificación de reforzadores o ganancias de la conducta alternativa al consumo. La tarea del profesional cuando una persona está en la etapa de determinación no es la de motivarle sino de aconsejarle el recurso más adecuado, accesible, apropiado y efectivo para lograr su meta.

La Acción, es la siguiente etapa en la rueda de cambio. Es la etapa que con más frecuencia las personas consideran la etapa de inicio de la intervención. La persona se implica en acciones y conductas que le llevarán a un cambio. El objetivo durante esta etapa es el de producir un cambio en el problema que se desea resolver.

Una vez que el individuo se encuentra haciendo cambios en su conducta, llega a la etapa de Mantenimiento. Durante la etapa de mantenimiento, el reto consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior y tratar de prevenir la recaída. Mantener un cambio puede requerir un grupo diferente de habilidades y estrategias de las que fueron necesarias para conseguir el cambio inicial.

Finalmente, existe una sexta etapa que los autores consideran parte del proceso de cambio y un estado natural del mismo. Si la recaída se produce, la tarea del individuo consiste en empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda antes de permanecer inmóvil en dicha etapa. La tarea del profesional es ayudar a la persona a evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar el cambio inicialmente planteado, renovar la determinación, y poner de nuevo a punto los esfuerzos realizados para alcanzar las etapas de acción y de mantenimiento.

En el proceso de implementación de una Intervención Breve, una tarea fundamental del profesional de la salud es incrementar y mantener la probabilidad de que las personas sigan una serie de pasos hacia el cambio recomendado, es decir, que se mantengan motivados al cambio. En la Tabla 2 se presentan las actividades que los profesionales de la salud deben realizar dependiendo de la etapa de cambio de la persona, con la finalidad de aumentar su motivación (CONADIC, 2012).

Tabla 2.
Actividades del profesional de la salud en función de la etapa de cambio de la persona.

Etapa de la persona	Características de la persona
Precontemplación	Aumento de la percepción de los riesgos y problemas de la conducta actual. Brindar información de las causas y consecuencias del consumo, así como de retroalimentación para incrementar el reconocimiento de su problema y la posibilidad de cambiar.
Contemplación	Identificar y señalar las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumentar la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.
Determinación	Guiar a las personas a determinar el mejor curso de acción que a seguir para conseguir el cambio, identificando estrategias que sean aceptables, accesibles, apropiadas y efectivas para cambiar.
Acción	Guiar a las personas a llevar a cabo acciones hacia el cambio, ayudar a plantear las opciones de solución a éstas, así como las estrategias de reducción o suspensión del consumo.
Mantenimiento	Guiar a las personas a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir una recaída. Ayudar a evitar la desmotivación, a continuar realizando conductas dirigidas al cambio, renovar la determinación, reasumir la acción y mantener los esfuerzos.
Recaída	Guiar a las personas a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.

Además de considerar estas tareas, es importante que durante todo el proceso de implementación de la intervención, el profesional de la salud emita conductas de interacción orientadas a fortalecer la motivación de las personas, tales como el uso de preguntas abiertas, preguntas cerradas y una actitud facilitadora, resumir información, sondear el terreno y negociar prioridades, expresar comprensión, reflexionar y legitimar, apoyar, establecer una alianza con ellas y respetarlas (CONADIC, 2012). Es importante mostrar siempre una actitud empática para entender lo que la persona quiere decir a través de tratar de escuchar reflexivamente. El estilo de la interacción es de gran importancia para obtener información válida y generar el nivel de motivación suficiente para lograr el cambio en las personas (Miller & Rollnick, 2002).

2. Análisis funcional de la conducta de consumo.

Recuerde que el análisis funcional es una forma estructurada de organizar los antecedentes y consecuencias de un problema conductual, en este caso, consumo de sustancias. Esta estrategia permite a las personas y a los profesionales de la salud evaluar las determinantes individuales de la conducta de consumo (Barragán, et al., 2006; West, 2005), analizar la relación funcional entre los estímulos disparadores de la conducta de consumo, la descripción operacional de ésta y las consecuencias asociadas a su mantenimiento. El análisis funcional de la conducta de consumo se realiza a partir de la identificación de los elementos de la triple contingencia: antecedentes o estímulos discriminativos, la conducta asociada a esos estímulos discriminativos y las consecuencias o reforzadores que mantienen la conducta (DeLeon, Bullock & Catania, 2013).

Identificación de precipitadores del consumo. El contexto que precipita la conducta de consumo se divide en dos grandes áreas de análisis: precipitadores externos y internos. Con la finalidad de identificar exhaustivamente todos los estímulos que funcionalmente se han asociado con la conducta de consumo de las personas, es necesario que, en cuanto a precipitadores externos, el profesional de la salud indague aspectos del contexto en el que se presenta el consumo, tales como personas, lugares, días, horas y actividades que anteceden la administración de la sustancia. Con respecto a los precipitadores internos, el profesional de la salud deberá obtener información relacionada con pensamientos, emociones y sensaciones físicas que suceden antes del consumo.

El aspecto central de la identificación de los precipitadores externos e internos de la conducta de consumo es la posibilidad de reconocer con claridad en qué contexto se está dando el consumo y por tanto, poder explicarlo a través de mecanismos de condicionamiento respondiente que implican la asociación de estímulos específicos con la conducta, generando que dichos estímulos se establezcan como discriminativos para la emisión de la conducta, es decir, condiciones ante las cuales es muy probable que la conducta ocurra.

Es sumamente importante explicar estos mecanismos a las personas atendidas, de manera tal que sean capaces de identificar los precipitadores de su consumo y por tanto entender qué lo provoca y a partir de ello, generar procedimientos efectivos de cambio. La comprensión por parte del profesional de la salud y de la persona atendida, de la relación funcional entre los estímulos contextuales y la conducta de consumo de sustancias es fundamental para planear las estrategias necesarias a incluir dentro de una intervención.

Identificación de la conducta de consumo. El segundo término en el análisis funcional es la definición operacional de la conducta de consumo de las personas. Una adecuada descripción de la conducta, debe incluir la identificación clara de la sustancia, la unidad de medida, la cantidad de consumo por ocasión, la duración del episodio de consumo y la frecuencia de administración de la sustancia.

En este momento del análisis, es necesario que los profesionales de la salud expliquen a las personas las implicaciones de este patrón de consumo, enfatizando la progresión de la conducta en los niveles de uso, abuso y dependencia, así como los indicadores de tolerancia, síndrome de abstinencia y descontrol de la ingesta, en caso de identificarse en los indicadores de la persona

Identificación de las consecuencias del consumo. Finalmente, el tercer elemento del análisis funcional es la identificación de las consecuencias que explican el mantenimiento de la conducta de consumo (reforzadores) y aquellas que pudieran promover la reducción o suspensión (castigos). Para realizar el análisis de a relación funcional del consumo con las consecuencias asociadas, es necesario identificar en primer lugar, consecuencias inmediatas del consumo, tales como las ganancias asociadas al contexto que pudieran incluir momentos agradables con personas, en lugares y situaciones, así como pensamientos, emociones y sensaciones físicas placenteras derivadas de la administración de la sustancia. En segundo lugar, es importante identificar consecuencias negativas asociadas al consumo en las diversas áreas de vida de las personas: interpersonal, física, emocional, legal, laboral/escolar, económica y otras.

La identificación de los reforzadores asociados al consumo, es fundamental para entender qué es lo que lo mantiene y a partir de ello, establecer conducta alternativa al consumo que les permita a las personas alcanzar este tipo de ganancias con comportamiento alternativo al consumo. Por otro lado, la identificación de consecuencias negativas derivadas del consumo, permite que las personas consideren un cambio en su conducta, debido a los efectos negativos que ha experimentado a partir del consumo.

Al igual que en el caso de los precipitadores del consumo, es necesario que los profesionales de la salud expliquen a las personas, la relación funcional de la conducta con las consecuencias que

se le presentan, es decir, que identifiquen que esas consecuencias son contingentes al consumo y que explican su mantenimiento.

3. Programación de conductas alternativas al consumo.

Una vez que los profesionales de la salud han realizado el análisis funcional de la conducta de consumo, la siguiente estrategia central consiste en programar el establecimiento de conductas alternativas al consumo con la finalidad de ampliar el repertorio conductual de las personas y por tanto aumentar la probabilidad de obtener reforzamiento con actividades alternativas que deriven en la reducción o suspensión del consumo. La planeación de conducta alternativa tiene la misma lógica que implica el análisis funcional de la conducta de consumo, es decir, identificar los antecedentes que la promueven, describir la conducta específica y anticipar las consecuencias derivadas de ésta.

Identificación de conductas alternativas al consumo. A partir del análisis funcional realizado sobre la conducta de consumo, es posible programar conducta alternativa a éste. Un aspecto inicial consiste en identificar qué contexto puede promover la ocurrencia de conducta alternativa, es decir, al igual que se hizo con la conducta de consumo, es necesario determinar los estímulos externos, como personas, lugares, días, horas y actividades, así como estímulos internos, que incluyen pensamientos, emociones y sensaciones físicas, que pudieran aumentar la probabilidad de realizar conducta alternativa.

De esta manera, la guía de los profesionales de la salud es fundamental para que las personas sean capaces de planear y programar el contexto (control de estímulos) de tal manera que favorezca la reducción o suspensión del consumo al planear el contacto con personas, lugares y actividades que no estén relacionadas con la administración de la sustancia y que los lleven a realizar otro tipo de comportamiento orientado al alcance de reforzadores valiosos para las personas.

Al igual que sucede con la conducta de consumo, mientras más se realicen conductas alternativas en contextos específicos, los estímulos del contexto funcionarán como elementos discriminativos que precipitarán la ejecución de conductas alternativas y por tanto disminuirá la oportunidad de las personas de involucrarse en conducta de consumo.

Programación de conductas alternativas al consumo. Un aspecto central de la programación de conducta alternativa al consumo es la especificidad con la que se define operacionalmente, es decir, cuando se establece un plan de acción es necesario determinar qué tipo de conducta se va a realizar, cuál es su topografía, duración, frecuencia, etc. De manera tal que las personas tengan claridad de cómo va a realizar la conducta planeada.

En ese sentido, es importante que las personas cuenten con varias alternativas en lugar de una sola conducta, con la finalidad de aumentar la probabilidad de éxito. Para ello, es necesario identificar los obstáculos o dificultades que se pueden presentar en el plan de acción, de manera tal que las personas tengan preparadas respuestas que le permitan adaptarse a las circunstancias que se le presenten dentro de lo planeado o incluso sea capaz de generar alternativas completamente distintas a la planeación original. Esto con el objetivo de asegurar que las conductas alternativas le generen a las personas reforzadores que las mantengan en suspensión del consumo.

Anticipación a las consecuencias de conductas alternativas al consumo. Como último paso en la planeación de conducta alternativa al consumo, es importante guiar a las personas para anticipar las consecuencias que se podrían presentar con la conducta planeada. Aunque es probable que, sobre todo al inicio se presenten dificultades para las personas que están intentando realizar un cambio, es importante resaltar que más allá de estas dificultades, la emisión de conducta alternativa derivará en satisfactores que se relacionan con un estilo de vida más saludable y libre del consumo de sustancias. Así, las conductas alternativas se asociarán con reforzadores que promoverán su mantenimiento y que las personas estarían alcanzando sin la necesidad de consumir. Es por ello que la identificación en primer lugar de los reforzadores asociados al consumo debe estar claramente establecida para que la planeación de otro tipo de conductas permita el alcance de reforzadores similares y se logre también la restitución del valor de aquellos que lo han perdido por las consecuencias negativas del consumo.

4. Modelamiento, ensayo conductual y retroalimentación de la ejecución.

En algunos casos, la conducta alternativa al consumo requiere que las personas muestren una serie de habilidades que pudieran no estar en su repertorio conductual o presentarse con déficit. Por ello, es necesario que los profesionales de la salud identifiquen las habilidades requeridas y se aseguren que las personas tengan la posibilidad de ejecutarlas adecuadamente.

La manera de garantizar con mayor probabilidad que las personas implementen la conducta alternativa programada es la práctica positiva de las habilidades requeridas para realizarlo. Ello implica que los profesionales de la salud deben explicarle a las personas con claridad en qué consiste la habilidad y resaltar la relevancia de que la aplique, enfatizando las consecuencias positivas que podría alcanzar. Una vez que los profesionales explican la habilidad, es necesario que la modelen a las personas, esto es, que la ejecuten mientras las personas los observan. Posteriormente, las personas deben ejecutar la habilidad a través de un ensayo conductual, en el que, en una situación simulada, muestran lo que harían, mientras los profesionales los observan. Finalmente, los profesionales de la salud deben retroalimentar a las personas, señalando aquellas conductas eficientes relacionadas con la habilidad que se está adquiriendo y aquellos aspectos que deben mejorar para tener una

ejecución que le permita lograr la habilidad en cuestión y con ella, llevar a cabo los planes de acción establecidos para la reducción o suspensión del consumo.

5. Entrenamiento en habilidades

Las habilidades se refieren al conjunto de pensamientos, conductas y actitudes que tienen la finalidad de promover el óptimo desarrollo de los individuos. En el caso del consumo de sustancias, las habilidades son estrategias indispensables que les permitirán a las personas enfrentar de una manera saludable aquellas situaciones de riesgo asociadas con el consumo de sustancias, así como solucionar o aminorar el impacto de diferentes problemáticas de la vida cotidiana. Las habilidades pueden estar influenciadas por las características innatas de cada individuo, sin embargo se pueden adquirir a través de un proceso de aprendizaje continuo que implica la orientación, el modelamiento, el ensayo conductual y la retroalimentación por parte del profesional. A continuación se describen las principales habilidades que han resultado efectivas para el tratamiento del consumo de sustancias (Barragán, Flores, Hernández, Ramírez, Ramírez, & Pérez, 2014).

a. Habilidades para establecer metas de vida.

La insatisfacción en las diferentes áreas de la vida cotidiana, es uno de los aspectos que se ve más afectado por el consumo de sustancias. Establecer metas de vida y llevarlas a la práctica, es una tarea fundamental que resulta gratificante para las personas y les permite experimentar las consecuencias positivas de sus conductas eficientes. Por ello, el objetivo de dicho componente de intervención consiste en guiar a las personas a establecer metas en las diferentes áreas de la vida cotidiana con base a sus necesidades y prioridades. Las estrategias para apoyar a las personas en el establecimiento de sus metas consisten en: realizar un análisis de las ventajas y desventajas de establecer metas de vida, elegir metas a corto, mediano y largo plazo en las áreas más afectadas por el consumo de sustancias (salud física, familia, economía, educación, empleo, pareja, etc.), establecer metas de forma clara, en sentido positivo y empleando conductas que puedan ser medibles y realizar un plan de acción que contemple de manera específica los pasos que hay que realizar para la obtención de la meta. Es importante que el profesional apoye a las personas a operacionalizar cada una de sus metas y priorizar su implementación de acuerdo a sus necesidades.

b. Habilidades de rechazo

Dentro de las habilidades más efectivas para evitar recaídas y que combina tanto estrategias conductuales como cognitivas, se refiere a las habilidades para rehusarse o rechazar el consumo, las cuales pueden emplearse tanto en situaciones de presión social como en situaciones de pensamiento de alto riesgo. El objetivo de brindar este tipo de habilidades consiste en que la persona aprenda a enfrentar situaciones de riesgo de consumo externas e internas de manera eficiente, es decir, sin

presentar consumo de sustancias. Específicamente, las estrategias que el profesional enseña a las personas para enfrentar situaciones externas son: *negarse asertivamente a la presión social*, *sugerir alternativas al consumo como medios de convivencia social*, *cambiar el tema de las conversaciones con las personas que presionan a otros a consumir transformando el ambiente de convivencia*, *ofrecer justificación sociales válidas para no consumir*, *interrumpir la interacción con el grupo de personas que presionan socialmente el consumo* y si es necesario, *confrontar a las personas que presionan con la finalidad de frenar definitivamente la presión social*. En el caso de las situaciones internas relacionadas con pensamientos precipitadores, se utiliza la restructuración cognitiva, la cual es adecuada para modificar los pensamientos negativos que anteceden al consumo, por pensamientos positivos alternos que eviten el consumo. Una tercera estrategia que resulta útil para este tipo de habilidades, consiste en guiar a las personas a establecer una red social de apoyo, con la finalidad de identificar a aquellas que pueden apoyar en el cambio de la conducta de consumo.

c. Habilidades de comunicación

Las habilidades de comunicación son indispensables para que las personas establezcan interacciones sociales positivas con otras no consumidoras. Además, facilita el cumplimiento de las metas de vida, mejora las relaciones interpersonales y se pueden enfrentar de mejor manera los conflictos. El propósito de entrenar a las personas en este tipo de habilidades consiste en mejorar la comunicación entre ellas y las que las rodean a fin de lograr mayor satisfacción en sus relaciones. El profesional de la salud enseñará conductas específicas de comunicación relacionadas con: *iniciar conversaciones*, *escuchar a otras personas*, *ofrecer entendimiento o empatía*, *asumir o compartir responsabilidad*, *ofrecer ayuda*, *dar y recibir reconocimiento*, *compartir sentimientos*, *hacer y recibir críticas*, *solicitar apoyo* y *expresar desacuerdo*.

d. Habilidades de solución de problemas

Las personas que consumen sustancias psicoactivas pueden mostrar déficits para afrontar diferentes situaciones problemáticas que se presentan tanto a nivel individual, familiar o social, siendo la evitación la forma más empleada. Las habilidades para solucionar problemas fomentan el adecuado manejo de las situaciones de riesgo y favorecen la suspensión del consumo. El entrenamiento de este tipo de habilidades tiene un fuerte énfasis psicoeducacional, por ello, el profesional de la salud enseña a la persona a aplicar una serie de estrategias relacionadas con la definición del problema, la generación de alternativas, el análisis de las ventajas y desventajas de cada opción, la elección de la solución y la evaluación de la misma.

e. Habilidades sociales y recreativas

Este tipo de habilidades tiene la finalidad de establecer o mejorar las interacciones interpersonales con otros individuos y desarrollar conductas que permitan tener una convivencia saludable. En el entrenamiento en habilidades sociales, las personas aprenden a ser más efectivos al expresar sus emociones de manera asertiva. Además, contribuye a que puedan desarrollar la capacidad de establecer actividades recreativas saludables y libres de drogas. En este caso, la labor del profesional de la salud consistirá en apoyar a las personas a analizar sus grupos de interacción y establecer un plan de acción para realizar actividades a través de las cuales se pueda competir con el consumo y obtener el mayor nivel de satisfacción posible.

f. Habilidades emocionales

Las emociones desempeñan un papel fundamental en la vida de cualquier persona, ya que son necesarias para la supervivencia y cumplen con una función específica en la adaptación a ciertas situaciones y contextos. No obstante, cuando la intensidad de la emoción es desmedida o desproporcionada, es necesario tener el control para evitar alguna consecuencia que ponga en peligro a la propia persona, como a terceras personas. Particularmente, uno de los factores asociados con las recaídas en el consumo de sustancias, son las emociones desagradables, por lo cual, es necesario que las personas adquiera estrategias que les permitan enfrentar de manera eficiente la ocurrencia de emociones como la tristeza, el enojo, los celos y la ansiedad. Entre las principales técnicas que los profesionales de la salud enseñan, destacan las siguientes: *tiempo fuera, distracción y cambio del pensamiento, auto-instrucciones positivas, realización de actividades agradables, búsqueda de lo positivo y técnicas de respiración y relajación*.

g. Habilidades de consejo marital

Como ya se comentó previamente, las relaciones interpersonales son una de las áreas más afectadas a consecuencia del consumo de sustancias. En el caso del componente sobre consejo marital, el objetivo central consiste en entrenar a los cónyuges a incrementar su satisfacción marital a través de habilidades para mejorar su comunicación, intercambiarse gratificantes recíprocos y establecer acuerdos por medio de la solución de problemas. Por ello, las estrategias que se emplean se relacionan con el control del enojo (*tiempo fuera, distracción del pensamiento y autoinstrucciones positivas*), conductas de comunicación verbal y no verbal (*contacto visual, tono de voz adecuado, proximidad, contacto físico positivo, entre otras*), habilidades de comunicación (*saber escuchar, iniciar conversaciones, expresar entendimiento, ofrecer ayuda, hacer y recibir críticas*, etc.).

h. Habilidades para la búsqueda y mantenimiento del empleo

El empleo es uno de los satisfactores de la vida cotidiana, pues es una fuente de reforzamiento, se adquiere reconocimiento social, se establecen interacciones sociales, se mejora la situación económica y en el caso del consumo de sustancias, se favorece la suspensión del consumo. El objetivo de dotar de a las personas en este tipo de habilidades consiste en conseguir o mantener un empleo satisfactorio libre de precipitadores al consumo. Para ello, los profesionales de la salud pueden apoyar a las personas a: *definir las metas profesionales, realizar un análisis de los trabajos anteriores, llenar correctamente una solicitud de empleo, elaborar un curriculum vitae, identificar fuentes probables de empleo o a involucrarse en el auto-empleo efectivo*.

i. Entrenamiento a otras personas significativas para aquellas que consumen sustancias

El entrenamiento a otras personas significativas para aquellas que consumen sustancias (familiares o amigos no consumidores) es de vital importancia en la rehabilitación del consumo de sustancias, ya que cuando los familiares o amigos aceptan participar en un tratamiento, existe un mayor nivel de motivación por parte de las personas para cambiar su conducta, se presentan menores niveles de consumo y períodos de suspensión más amplios, la duración del tratamiento tiende a ser menor, e incluso se convierte en un indicador del éxito de la intervención. El objetivo de dicho componente consiste en brindar entrenamiento a familiares o amigos no consumidores que están dispuestos a apoyar a la persona en su tratamiento y favorecer el logro y mantenimiento de su suspensión/reducción a través de un ambiente de entendimiento, colaboración y apoyo. Específicamente, el profesional de la salud entrena al otro significativo en estrategias de comunicación, solución de problemas, control de las emociones y estrategias de advertencia temprana para la prevención de recaídas en el consumidor.

6. Egreso de las personas de una Intervención Breve

Existen cuatro posibilidades de egreso de las personas, de una intervención breve (NOM 028, 2009): **1)** alta, por haber alcanzado las metas de la intervención, **2)** referencia, cuando las personas son canalizadas a otro servicio debido a que la intervención administrada no está logrando los resultados deseados o las personas tiene otras necesidades de atención, **3)** a solicitud de las personas, o en el caso de menores de edad, a solicitud del familiar autorizado, representante legal o tutor y con el consentimiento de la persona, **4)** baja, por abandono del servicio.

En cualquiera de los casos, es necesario valorar y reportar el estado de las personas que está egresando, en términos de las metas de la intervención, los avances logrados, la satisfacción con el servicio, el reporte del otro significativo sobre el cambio en las personas y la planeación del seguimiento para el monitoreo de la reducción o suspensión del consumo. Precisamente,

la importancia y mecanismos de seguimiento para el mantenimiento de la meta de reducción o suspensión del consumo se discuten en el siguiente apartado.

La presente guía ha recomendado los componentes principales para homologar un procedimiento cognitivo conductual para el consejo, intervención o tratamiento breve en el campo de las adicciones. La homologación de procedimientos que constituyen la dosis mínima de la intervención breve pretende reducir las barreras al tratamiento que pueden ocurrir durante el proceso de diseminación de los hallazgos empírica y científicamente válidos para la atención oportuna y efectiva del consumo de drogas. Adicionalmente, la homologación de procedimientos de atención constituye un **precurrente** de la prevención de recaídas, pero sobre todo, para el mantenimiento del cambio alcanzado durante los procedimientos de intervención breve y con ello el establecimiento de una vida placentera para las personas, a partir de la suspensión o reducción del consumo de sustancias.

8 Seguimiento para el Mantenimiento de la Suspensión o Reducción del consumo de sustancias psicoactivas

El seguimiento de las intervenciones breves es fundamental para promover el mantenimiento de la meta de las personas, ya sea la suspensión del consumo o la reducción, sobre todo en el campo del consumo de sustancias, en donde se presenta una tasa de recaída entre el 40 al 60% (NIDA, 2016). De acuerdo con Marlatt y George (1984), una recaída es definida como una falla en el intento de una persona por alcanzar una conducta meta, pudiendo regresar o no a los niveles de consumo previos al tratamiento.

Uno de los principales modelos para explicar la conducta de recaídas, es el propuesto por Marlatt y Gordon (1985), en el cual se hace referencia a la existencia de diversas situaciones de riesgo que ocurren antes de la recaída y que pueden provocar el consumo de sustancias. De acuerdo con la orientación cognitivo conductual del proceso de la recaída (Marlatt, 1993), el individuo tiende a afrontar la situación de riesgo de manera ineficiente, lo que provoca un consumo inicial de la sustancia y un efecto de violación de la abstinencia, que produce culpa, pérdida de control y una percepción de poca autoeficacia, lo cual incrementa la probabilidad de una recaída (ver Figura 7).

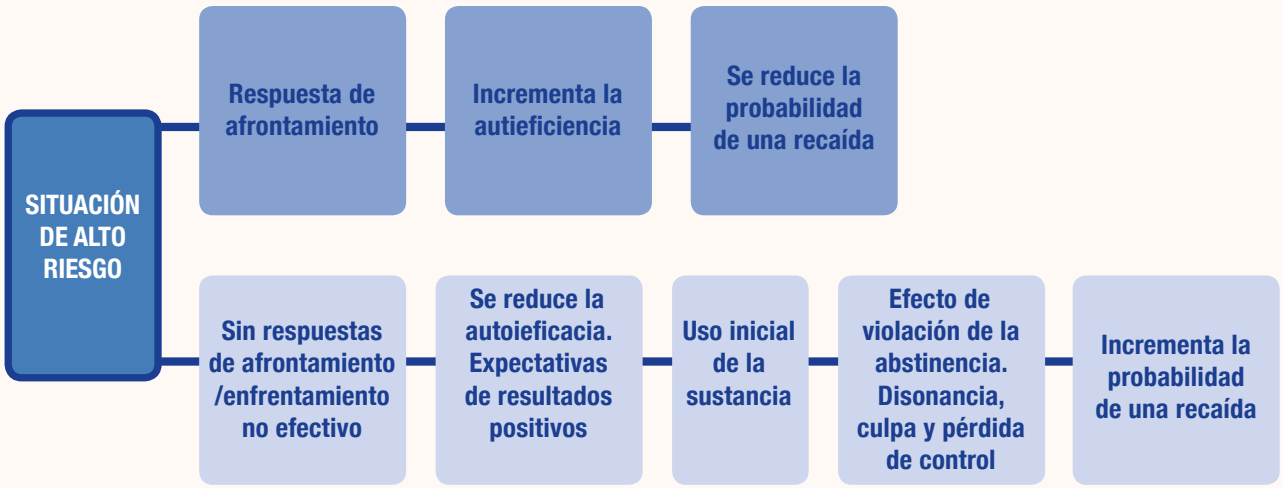


Figura 7. Modelo cognitivo conductual del proceso de la recaída (Marlatt, 1993).

Una de las principales contribuciones del Modelo de Marlatt y Gordon (1985), consiste en el desarrollo de una Taxonomía de Disparadores de Recaída (TDR), en la cual se definen las principales situaciones de riesgo asociadas al consumo. Como se observa en la Figura 8, la primera categoría hace referencia a los Determinantes intrapersonales-ambientales, en la cual se identifican episodios de recaída asociados factores intrapersonales (dentro del individuo), y/o reacciones hacia eventos ambientales no personales como estados emocionales negativos, estados físicos/fisiológicos negativos, incremento de estados emocionales positivos, prueba de control personal y tentación o urgencia de consumir sustancias (Marlatt, 1996).

En la segunda categoría denominada Determinantes interpersonales, se abordan situaciones de riesgo asociadas a factores interpersonales con la presencia o influencia de otras personas como parte de un evento precipitante como problemas interpersonal, presión social y aumento de experiencias sociales placenteras (Marlatt, 1996).

Categoría I. Determinantes Intrapersonales Ambientales

1. Estados emocionales negativos. Ejemplos de ellos son la frustración, enojo, miedo, ansiedad, depresión, soledad, etc.
2. Estados físicos/fisiológicos negativos. Reacciones físicas o fisiológicas desagradables o dolorosas asociadas al uso de la sustancia u otros estados físicos negativos como dolor o enfermedad que no se encuentran asociados con el consumo.
3. Incremento de estados emocionales positivos. Uso de la sustancia para incrementar sentimientos de placer, alegría, celebración, etc. o experimentar los efectos estimulantes de la droga.
4. Prueba de control personal. Uso de la sustancia para probarse a sí mismo que puede tener un uso moderado, probar los efectos de un tratamiento o el compromiso con la abstinencia.
5. Tentación o urgencia de consumo. Uso de la sustancia como respuesta a tentaciones o deseo intenso. La tentación puede surgir en presencia de señales asociadas al consumo (por ejemplo, ver un paquete de cigarros) o en ausencia de señales, cuando la necesidad o tentación de uso viene “de repente”.

Categoría II. Determinantes Interpersonales

1. Problemas interpersonales. Experimentar sentimientos desagradables. Pueden ser desencadenados por conflictos con otras personas como discusiones, peleas, celos, discordias, disputas, etc.
2. Presión social. Respuesta a la presión directa o indirecta que ejerce otra persona o grupo en el individuo para consumir.
3. Aumento de experiencias sociales placenteras. Uso de la sustancia en una situación interpersonal, para incrementar sentimientos de placer, celebración y/o excitación sexual.

Figura 8. Taxonomía de Disparadores de la recaída (Marlatt & Gordon, 1996).

En un análisis de las situaciones relacionadas con la recaídas en consumidores de alcohol, tabaco, heroína, jugadores compulsivos e individuos en dieta (Rangé & Marlatt, 2008), se encontró a las emociones negativas como el principal disparador (35%), seguido de la presión social (20%), conflictos interpersonales (16%) y tentación o urgencia de consumo (11%). Las situaciones con menor frecuencia fueron emociones positivas y estados físicos negativos (3%) y prueba de control personal (9%).

De acuerdo con una revisión citada en García, Oropeza, y Vázquez (2009), en promedio dos tercios de las recaídas tienen lugar en los tres primeros meses después de tratamiento, mientras que los índices de recaídas en un período de seis meses a un año posterior a la intervención, exceden el 45%, lo que indica que los seguimientos son un factor fundamental tanto para promover la continuidad del cambio en la conducta de las personas, como para la prevención de recaídas.

De manera específica, un seguimiento se define como el proceso de contacto con la persona a intervalos designados, sistemáticos y estructurados posteriores al tratamiento (Rollnick & Miller, 2013). Entre las principales razones para realizar un seguimiento organizado se encuentra apoyar a las personas para mantener la conducta meta adquirida como parte de su tratamiento inicial, ya sea la suspensión o la reducción. Además, Miller (1989) plantea otras ventajas como medir la eficacia e impacto de las intervenciones, reforzar el proceso de tratamiento identificando situaciones de riesgo que pueden anteceder a una posible recaída, obtener información relativa al cambio en el patrón del consumo y los problemas asociados, y que la persona perciba las sesiones de seguimiento como un indicador de interés y cuidado continuo.

Aunque en las intervenciones breves se establecen períodos de seguimientos con actividades estructuradas que generalmente se realizan al mes, tres y seis meses y al año de haber concluido el tratamiento, es necesario que los profesionales de la salud tomen en consideración que las personas difieren en sus respuestas a las intervenciones, por lo que es indispensable brindar el tipo o la dosis de seguimiento más adecuada para el mantenimiento de la conducta meta.

Por lo tanto, continuación se presenta el protocolo de seguimiento y mantenimiento del cambio y por tanto de la prevención de recaídas.

Objetivo

El objetivo de este segmento de la guía consiste en describir un protocolo de seguimiento orientado a mantener la suspensión o reducción del consumo de sustancias psicoactivas de las personas que egresan de un consejo, intervención o tratamiento breve. En particular, es necesario: a) utilizar una estrategia de evaluación para medir la autoeficacia de las personas, los factores de riesgo, y las habilidades para el mantenimiento de la suspensión o reducción del consumo en personas egresadas de un consejo, intervención o tratamiento breve; b) sistematizar la aplicación de estrategias de seguimiento a personas egresadas de un consejo, intervención o tratamiento breve; y c) diseminar la aplicación exitosa de estrategias de seguimiento a corto, mediano y largo plazo para mantener la suspensión o reducción de la conducta de personas egresadas de un consejo, intervención o tratamiento breve.

Alcance

Profesionales de la salud especialistas en la implementación del Consejo, Intervención y Tratamiento Breve en Adicciones, que laboren en Centros de Prevención y Atención primaria a las Adicciones públicos y privados.

Detección de casos

Objetivo

Presentar el *Protocolo de Seguimiento para el Mantenimiento de la Suspensión o Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas* a personas que han egresado de un Consejo, Intervención o Tratamiento Breve en Centros de Prevención y Atención a las Adicciones.

Duración

30 minutos

Material

Folleto de invitación al protocolo (Anexo 1)

Procedimiento

Primero. Los profesionales de la salud invitarán a las personas que hayan egresado de un consejo, intervención o tratamiento breve, a participar en el *Protocolo de Seguimiento para el Mantenimiento de la Suspensión o Reducción del Consumo de Sustancias*. Dichas personas deberán tener un período mínimo de una semana de haber cumplido con su meta de consumo establecida en el

consejo, intervención o tratamiento breve. La invitación podrá ser de forma personal, vía telefónica o a través de un recurso tecnológico.

Segundo. Con el apoyo del Folleto de invitación al protocolo, los profesionales de la salud mencionarán la importancia de continuar adquiriendo habilidades en beneficio del mantenimiento de su meta de consumo, ya sea la suspensión o la reducción.

Tercero. Así mismo, explicarán que el abandonar o reducir el consumo de sustancias es un proceso que requiere de un trabajo y esfuerzo constante por parte de las personas y de aquellas significativas que lo rodean. Por ello, es necesaria la participación en un protocolo que permita identificar los períodos de seguimiento de acuerdo a las características de cada caso, las habilidades que se requieren reforzar para enfrentar de manera exitosa las situaciones de riesgo de la vida cotidiana, así como las estrategias de prevención de recaídas en cada situación, todo ello de acuerdo a las necesidades particulares de las personas atendidas.

Cuarto. Además, los profesionales mencionarán a las personas que el Protocolo de Seguimiento no se contrapone a las sesiones de seguimiento del programa de consejo, intervención o tratamiento breve en el que participó previamente. Por el contrario, el Protocolo será de gran utilidad para identificar si dichas sesiones de seguimiento son suficientes para controlar su consumo o bien, si se requieren estrategias adicionales para el mantenimiento de la conducta meta.

Evaluación

Objetivo

Identificar si las personas cumplen los criterios de inclusión al *Protocolo de Seguimiento para el Mantenimiento de la Suspensión o Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas*, así como evaluar el nivel de autoeficacia, los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias, las habilidades adquiridas durante el tratamiento y el número de recaídas.

Criterios de inclusión

Personas que hayan egresado por alta por mejoría de un consejo, intervención o tratamiento breve que se imparten en Centros de Atención Primaria de las Adicciones (Figura 9, y que tengan un mínimo de una semana de haber cumplido con su meta de consumo.

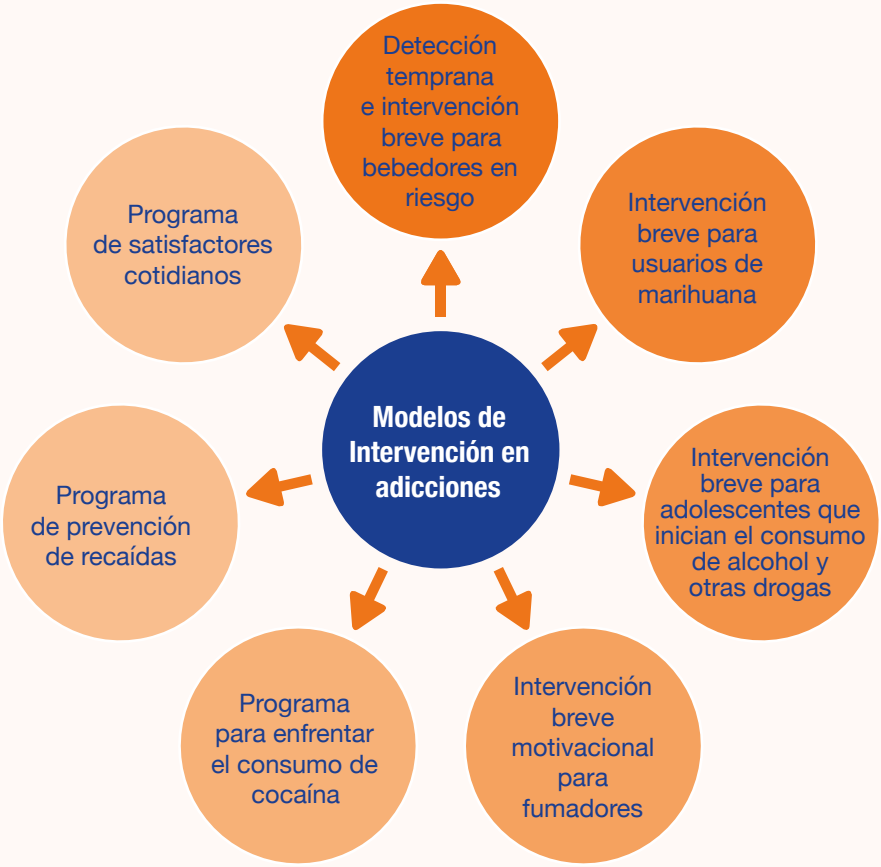


Figura 9. Modelos de Intervención o Tratamiento Breve impartidos en Centros para la Atención Primaria de las Adicciones

Duración

90 minutos

Material

Cédula de Evaluación para el Protocolo de Seguimiento para el Mantenimiento de la Suspensión o Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Anexo 2)

Formato de calificación de la Cédula de Evaluación para el Protocolo de Seguimiento para el Mantenimiento de la Suspensión o Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Anexo 3).

Procedimiento

La sesión de evaluación se realizará de acuerdo a las siguientes fases:

Fase 1. Revisión del expediente clínico de la persona

Antes de realizar la sesión con las personas, los profesionales deberán localizar y revisar el expediente de las personas con la finalidad de obtener información relacionada con el curso del consejo, intervención o tratamiento breve en el que participaron.

Específicamente deberá analizar el patrón de consumo de sustancias, incluyendo el promedio de consumo en un día habitual, la cantidad máxima consumida y el porcentaje de días de abstinencia; las consecuencias en lo individual, familiar y social, el nivel de consumo identificado a través de la aplicación de instrumentos, el nivel de motivación antes y después del tratamiento, así como el número de recaídas durante el tratamiento, entendiendo a una recaída como una falla en el intento de una persona por alcanzar una conducta meta (Marlatt & George, 1984).

Esta última variable es importante debido a que además de formar parte de los criterios de inclusión al Protocolo de Seguimiento, aporta información sobre la adherencia de la persona y la efectividad del consejo/intervención/tratamiento breve y será uno de los indicadores para determinar si los períodos de seguimiento establecidos en el consejo/intervención/tratamiento breve en el que participó, son suficientes para el mantenimiento de su meta o bien, si requiere disminuir la temporalidad entre dichos períodos.

Fase 2. Aplicación, calificación e interpretación de instrumentos de evaluación

Cédula de Evaluación para el Protocolo de Seguimiento para el Mantenimiento de la Suspensión o Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Anexo 2).Tiene el objetivo de apoyar a los profesionales de la salud en la identificación de los criterios de inclusión al Protocolo, y en la evaluación de una serie de variables relacionadas con el patrón de consumo, recaídas, períodos de abstinencia, factores de riesgo y habilidades adquiridas durante el consejo/intervención/tratamiento breve. Consta de 106 reactivos agrupados en siete secciones.

La primera sección dispone de los **datos de identificación de la persona**. Recaba información como nombre, edad, datos de contacto, escolaridad, ocupación e información de las personas significativas.

La segunda parte contempla los **criterios de inclusión y consumo de sustancias**. Se divide en dos apartados. El primero de ellos recaba información contenida en el expediente clínico de las personas que se generó durante su ingreso al consejo/intervención/tratamiento breve (Fase 1) y el segundo se obtiene a través del reporte de las personas en el que se indaga la meta de consumo establecida, el tiempo de mantenimiento de la meta, el número de recaídas, entre otros). Es importante mencionar que la información obtenida tanto a través del expediente clínico como del reporte de la persona, deberá ser consistente, de lo contrario, será labor de los profesionales de la salud aclarar la información con las personas a fin de tener certeza de los datos.

En la tercera parte se revisa el **estado de salud, consecuencias y satisfacción en general**. Se indaga información general sobre la salud física actual de las personas, los problemas con el consumo de sustancias y la satisfacción con la calidad de vida.

En la cuarta parte se encuentran los **materiales y aplicación de estrategias**. Se obtiene información sobre la revisión de los materiales que se analizaron como parte del consejo/intervención/tratamiento breve que recibieron las personas, así como de la aplicación de las estrategias adquiridas.

En la quinta parte se encuentra el **Cuestionario Breve de Confianza Situacional** (CBCS; Annis, 1982). Evalúa el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol ante ocho categorías situacionales (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando el control sobre la droga, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros). Tiene una adaptación a población mexicana por Echeverría y Ayala en 1997. Dicho instrumento se fundamenta en la teoría de auto-eficacia de Bandura, en la cual se define auto-eficacia como la percepción que el individuo tiene de su habilidad para afrontar en forma efectiva situaciones de alto riesgo que se desprenden de la taxonomía de disparadores de recaída (Marlatt, 1996). La calificación del CBCS consiste en obtener el porcentaje directo otorgado por la persona ante cada situación o bien, obtener un porcentaje general promedio.

En la sexta parte se muestra el **Cuestionario de Factores de Riesgo asociados al Consumo de Sustancias** (CFARI): Evalúa el nivel de los factores de riesgo, que presentan las personas, asociados al consumo de sustancias a través de una escala likert con cinco opciones de respuesta. Consta de 38 reactivos divididos en ocho áreas: comunidad, familia, estado de ánimo, autoconcepto, consumo en la familia y/o amigos, conducta antisocial, metas de vida y supervisión parental (sólo en caso de adolescentes menores a los 18 años). Dicho cuestionario se fundamenta en los principales factores de riesgo reportados en la literatura en adicciones, definidos como las variables de tipo individual, familiar o social que están presentes en el contexto en el que se desarrollan las personas y que pueden incrementar las posibilidades de que se desarrolle una conducta adictiva (NIDA, 2016). La calificación del CFARI se obtiene a través de una fórmula que expresa el porcentaje por área, o bien el porcentaje global de todo el cuestionario (puntaje obtenido multiplicado por 100 entre el puntaje máximo).

En la séptima parte se muestra el **Cuestionario de Habilidades para el Manejo de Situaciones de Riesgo de Consumo de Sustancias** (CHASRI): Se encuentra conformado por 11 habilidades que la persona pudo haber adquirido como parte del consejo/intervención o tratamiento breve en el que participó. La escala va del 0 al 100%, en donde 0 significa que la persona no aplica la habilidad y 100% que la aplica frecuentemente. Adicionalmente el profesional de la salud tienen la posibilidad de indagar los motivos en el caso de las habilidades que la persona reporta aplicar en

un porcentaje menor al 80%, esto con la finalidad de verificar si la razón es porque no se le entrenó en la habilidad o porque no se le ha presentado alguna situación de riesgo para aplicarla.

Tanto el CBCS, el CFARI y el CHASRI, son cuestionarios que fueron diseñados para ser auto aplicables. No obstante con la finalidad de optimizar tiempos y promover una mayor compresión de los instrumentos, se sugiere que el profesional sea directamente quien lea las instrucciones y los reactivos, mencione ejemplos a la persona en caso ser necesario, y anote las respuestas en los espacios correspondientes.

Formato de calificación e interpretación de la Cédula de Evaluación para el Protocolo de Seguimiento para el Mantenimiento de la Suspensión o Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas: Consiste en un formato que tiene el objetivo de vaciar las puntuaciones obtenidas en el CBCS, el CFARI y el CHASRI, obtener un puntaje total y por áreas de evaluación, contar con un parámetro de interpretación, así como graficar los resultados (Anexo 3).

Respecto al CBCS, únicamente se vacían los porcentajes reportados por la persona en cada una de las categorías, y se obtiene un porcentaje promedio para conocer el nivel de autoeficacia de la persona para resistir la necesidad o tentación de consumir sustancias. Para fines del presente protocolo, un porcentaje superior al 80% indica que la persona presenta un nivel alto de autoeficacia, lo cual se esperaría encontrar en la mayoría de los casos, ya que se trata de persona que concluyeron un consejo/intervención/tratamiento breve con una duración promedio de uno a tres meses y que tienen al menos una semana cumpliendo su meta de consumo (suspensión o reducción). Por el contrario, las personas que presentan un porcentaje menor al 80%, indica un nivel bajo de autoeficacia.

En cuanto al CFARI, se vacía en la tabla el puntaje obtenido en cada uno de los reactivos. Cabe señalar que hay secciones en las que los puntajes están invertidos (4,3,2,1,0, ó 0,1,2,3,4) por lo que se sugiere al profesional tener precaución de vaciar las puntuaciones tal y como se indican en el cuestionario. Posteriormente, se obtiene el total del puntaje por área y se aplica la fórmula para obtener un porcentaje (puntuación total multiplicada por 100, entre la puntuación máxima). La misma fórmula deberá ser aplicada para el caso de obtener el porcentaje global del nivel de factores de riesgo. Para fines del presente protocolo, un porcentaje superior al 50% indica que la persona presenta un nivel alto de factores de riesgo asociados al consumo de sustancias, mientras que un porcentaje menor al 50% indica que el nivel de riesgo es bajo.

Finalmente, con relación al CHASRI, se sigue el mismo procedimiento que con los cuestionarios anteriores. Se obtiene un promedio del porcentaje obtenido en las 11 habilidades. Adicionalmente se puede obtener información cualitativa sobre los motivos que reporten las personas en cada reactivo.

Para fines del presente protocolo, un porcentaje superior al 80% indica que la persona presenta un nivel de habilidad alto, mientras que un porcentaje inferior, indica que aun cuando la persona finalizó un consejo/intervención/tratamiento breve en el que adquirió diversas estrategias para enfrentarse al consumo de una manera efectiva, presenta un déficit en la compresión y/o aplicación de dichas habilidades.

Plan de seguimiento

Objetivo

Determinar el nivel de intervención de seguimiento más adecuado para la persona con base a los resultados de la *Cédula de Evaluación para el Protocolo de Seguimiento para el Mantenimiento de la Suspensión o Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.*

Duración

60 minutos. El profesional de la salud realizará la planeación del seguimiento sin presencia de la persona.

Material

Formato de calificación e interpretación de la Cédula de Evaluación para el Protocolo de Seguimiento para el Mantenimiento de la Suspensión o Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas

Procedimiento

1. Algoritmo para determinar el nivel de intervención de seguimiento (Figura 10).

De manera inicial, el profesional de la salud deberá verificar si las personas egresaron por alta por mejoría de un consejo/intervención/tratamiento breve para el consumo de sustancias, lo cual como ya se comentó previamente se deberá rectificar en el expediente clínico. Además, se deberá verificar que la persona tiene al menos una semana cumpliendo su meta de consumo (suspensión o reducción). En el caso de la abstinencia, se podrá identificar a través de registros o de la aplicación de una prueba de detección de metabolitos en orina o sangre.

En caso de que las personas no cumplan con los criterios de inclusión al Protocolo de Seguimiento, los profesionales deberán referirlas a una modalidad de intervención o tratamiento breve con un nivel de intensidad mayor a la que se le brindó de manera inicial.

En el caso de que las personas cumplan con los criterios de inclusión al Protocolo, el profesional deberá verificar el nivel de intervención de seguimiento de acuerdo a lo establecido en el algoritmo de toma de decisiones.

- **1.1 Orientación para el mantenimiento de la suspensión/reducción:**
  Se proporcionará cuando la persona presente un nivel de autoeficacia mayor al 80%, un nivel de factores de riesgo menor al 50%, un nivel de habilidad para manejar situaciones de riesgo mayor al 80% y un máximo de una recaída durante el tratamiento. La periodicidad de las sesiones de seguimiento se realizarán de acuerdo a la intervención breve en la que las personas participaron de manera inicial, en la generalmente se establecen sesiones al mes, tres, seis meses y un año de haber concluido el tratamiento. En cuanto al perfil de las personas que se beneficiaran de dicha orientación serán aquellas que durante el consejo/intervención/ tratamiento breve, hayan adquirido las estrategias y habilidades necesarias para enfrentar de manera exitosa las situaciones de riesgo para el consumo de sustancias y que además, cuenten con un nivel alto de confianza para enfrentar dicha situaciones. Así mismo, serán personas que reportan un nivel bajo de factores de riesgo de tipo individual, familiar y social y que por lo tanto, presentan una menor probabilidad de consumir. Finalmente, son personas que durante el tratamiento presentaron un porcentaje bajo de recaídas, lo cual es un indicador de la capacidad, adherencia y motivación para modificar la conducta de consumo a lo largo del consejo/intervención/tratamiento.

- **1.2 Orientación para el mantenimiento de la reducción/ suspensión + reducción de la temporalidad de los seguimientos:**
  Se proporcionará a personas que no hayan cumplido con la condición mencionada anteriormente. Es decir, personas que probablemente presentan un nivel alto de autoeficacia, pero que no cuentan con las suficientes habilidades para enfrentar adecuadamente las situaciones de riesgo o bien, personas que están expuestos a un alto índice de factores de riesgo, lo cual indica la necesidad de reducir la periodicidad de seguimientos con la finalidad de brindar a las personas la oportunidad de aplicar las estrategias adquiridas durante el tratamiento, de evaluarlas para valorar si resultaron efectivas y de recibir la retroalimentación por parte de los profesionales de la salud. Dichos periodos de seguimiento se sugieren de manera quincenal (3 ocasiones), mensual, bimestral y trimestral (2 ocasiones).

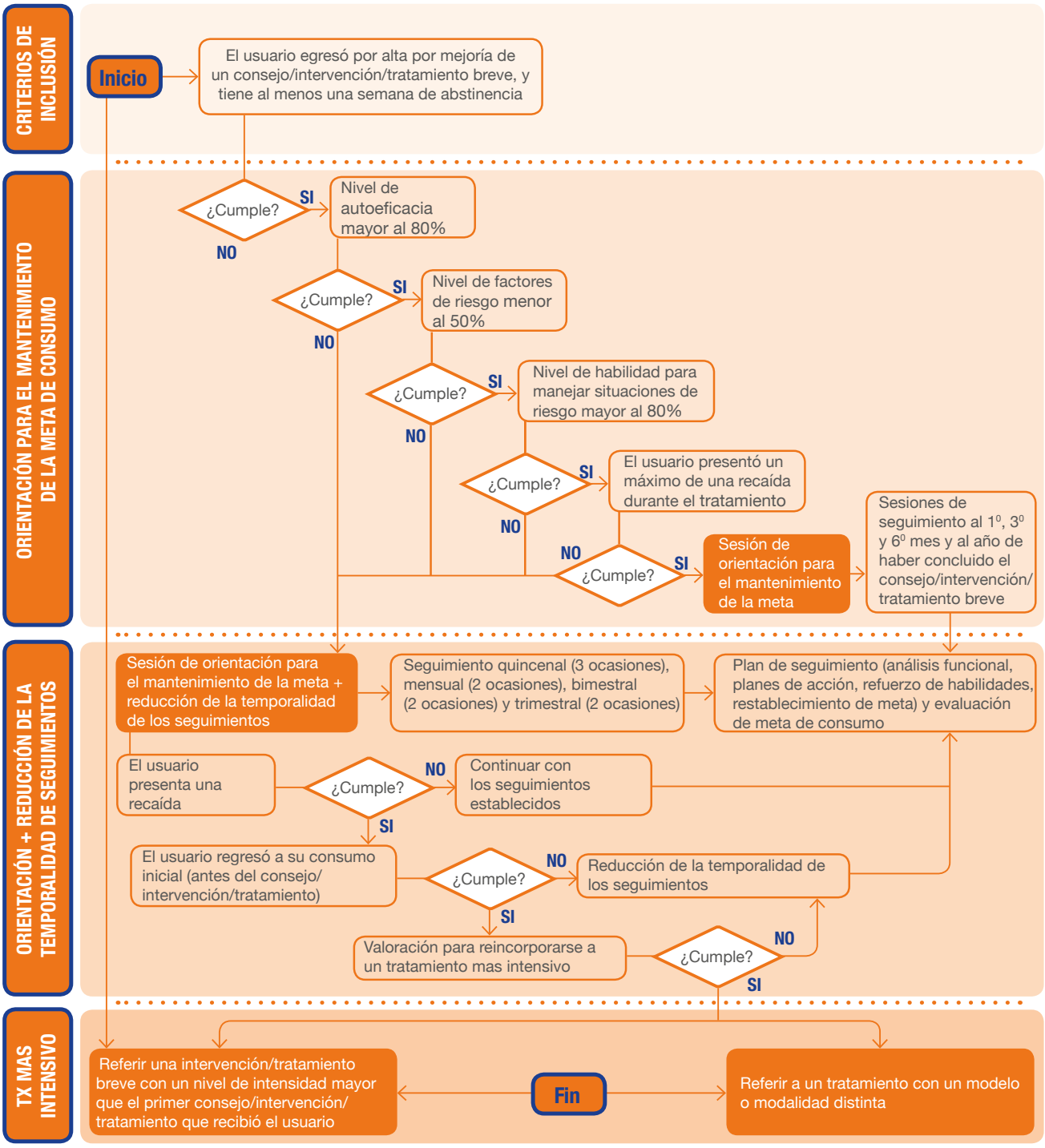


Figura 10. Algoritmo para identificar el nivel de intervención de seguimiento.

- **1.3 Orientación para el mantenimiento de la reducción/suspensión + reducción de la temporalidad de los seguimientos + tratamiento más intensivo**
  En el caso de que la persona presentará una recaída en la que regresó a su nivel de consumo reportado antes del consejo/intervención/tratamiento, los profesionales de la salud deberán valorar si además de realizar el plan de tratamiento necesario, existe la necesidad de que las personas se reincorporen a una intervención/tratamiento con un mayor nivel de intensidad, ya sea en una modalidad breve, con sesiones semanales o bien, un tratamiento residencial con un modelo profesional, mixto o de ayuda mutua, que involucre el internamiento de la persona durante las 24 horas continuas durante un período determinado. Para tomar dicha decisión, los profesionales de la salud deberán tomar en cuenta: **a)** el patrón de consumo de las personas antes de ingresar a tratamiento; **b)** tratamientos previos; **c)** las características de la recaída; **d)** las estrategias que intentaron las personas para prevenir la recaída; **e)** el contexto de las personas; **f)** la autoeficacia de las personas a partir de la recaída; **g)** el nivel de apoyo social; y **h)** la voluntariedad para ingresar a un tratamiento residencial (si aplica el caso), entre otros.

En cualquiera de las dos modalidades, los profesionales deberán asegurarse que se realice una valoración física de las personas para determinar la necesidad de incorporarse a un tratamiento farmacológico para reducir los signos y síntomas de la intoxicación y abstinencia, manejar el craving, eliminar el efecto de la droga, brindar tratamiento a padecimientos asociados al consumo, entre otros.

Aun cuando en el algoritmo se establecen las reglas de decisión sobre el nivel de intervención de seguimiento más adecuado para las personas, los profesionales deberá tomar en cuenta lo siguiente: **a)** el nivel de dependencia al consumo de sustancias y **b)** la disposición las personas.

En cuanto al nivel de dependencia, es importante señalar, como lo indica la literatura, que la adicción provoca modificaciones en la estructura y el funcionamiento del cerebro, lo que se traduce en una mayor frecuencia de problemas asociados al consumo en el ámbito de la salud física, familiar, laboral y social. Por ello, personas que presentan un nivel de dependencia a una o más sustancias psicoactivas requieren una mayor dosis de tratamiento y por lo tanto, un seguimiento más puntual que implique períodos con una temporalidad más corta. De acuerdo con el NIDA (2016), la mayoría de las personas con dependencia necesitan por lo menos tres meses de tratamiento para reducir o dejar de consumir sustancias, y entre más se extienda el tratamiento, las personas pueden obtener mejores resultados siempre y cuando exista un modelo de tratamiento efectivo. En este sentido, los profesionales pueden determinar que debido al nivel y patrón de consumo y a los problemas asociados que presentaron las personas antes de ingresar al tratamiento, es necesario realizar una orientación para el mantenimiento de la meta, más la reducción de los períodos de seguimiento.

En cuanto a la disposición las personas es fundamental indicar que, aun cuando los profesionales detecten la importancia de realizar sesiones de seguimiento con las personas de forma quincenal, mensual, bimestral y trimestral, y se le haya orientado sobre la importancia de continuar trabajando para el mantenimiento de su meta (suspensión o reducción), si las personas no tiene la motivación o disponibilidad suficiente, no se podrá llevar a cabo la intervención. Aunque lo más recomendable es realizar las sesiones de seguimiento de forma presencial, se puede solicitar autorización a la persona para realizarlas vía telefónica.

Componentes de seguimiento

Objetivo

Proporcionar y reforzar las habilidades de la persona para el mantenimiento de su meta de consumo a corto, mediano y largo plazo.

Duración

Sesiones de 60 minutos

Material

Entrevista de seguimiento quincenal y mensual (Anexo 4), Entrevista de seguimiento bimestral y trimestral (Anexo 5), y Formato de proyecto de vida (Anexo 6).

Procedimiento

De acuerdo al nivel de intervención identificado en el plan de tratamiento, se aplicarán las siguientes estrategias.

a. Orientación para el mantenimiento de la suspensión/reducción

Los profesionales de la salud brindarán retroalimentación a las personas sobre los resultados derivados de la aplicación de la Cedula de Evaluación, realizando lo siguiente:

- **Primero.** Identificando las áreas de cada cuestionario que presentaron una mayor y menor puntuación.
- **Segundo.** Revisando los reactivos y respuestas del Cuestionario de Habilidades para el Manejo de Situaciones de Riesgo de Consumo de Sustancias (CHASRI), enfatizando en las estrategias que las personas puede implementar de acuerdo a cada situación de riesgo.
- **Tercero.** Comentado la importancia que tiene el autocontrol para la prevención de recaídas.

- **Cuarto.** Mencionando que las recaídas es parte del proceso de cambio de cualquier conducta y que lo importante es la forma en que enfrentamos la situación para evitar regresar al patrón del consumo inicial.
- **Quinto**. Destacando la importancia que tiene el apoyo social de la familia o amigos, en la recuperación.
- **Sexto.** Enfatizando la importancia de asistir a las sesiones de seguimiento establecidas en su consejo/intervención/tratamiento previo y además, brindar la opción de asistir a otro tipo de intervenciones que pueden reforzar los cambios logrados, por ejemplo, los grupos de autoayuda.
- **Séptimo.** Aclarando que aunque existen períodos de seguimiento establecidos, puede solicitar apoyo en el momento que lo necesite.

Finalmente, los profesionales de la salud mencionarán la importancia de desarrollar un proyecto de vida que permita identificar las actividades que las personas pueden realizar a corto, mediano y largo plazo en el ámbito del consumo de sustancias, área familiar, social y recreativa, afectiva y emocional, laboral y/o educativa y legal. Dicho actividad será realizada en la sesión con la orientación de los profesionales y el apoyo del formato de proyecto de vida (Anexo 6). Cabe mencionar que los profesionales deberán instigar a las personas a identificar metas claras, realistas y cuantificables, estableciendo un plan de acción para cada una de ellas.

b. Períodos de seguimiento quincenal, mensual, bimestral y trimestral.

Al igual que en el apartado anterior, los profesionales de la salud brindarán retroalimentación a las personas sobre las áreas de oportunidad identificadas en la evaluación, específicamente en relación a su autoeficacia, factores de riesgo y habilidades para enfrentar las situaciones de riesgo para la prevención de recaídas. Los profesionales mencionarán a las personas que las intervenciones tienen un mayor impacto cuando el tiempo de duración de tratamiento es mayor a los de 6 meses, debido a que el consumo sustancias puede llegar a ocasionar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar, razón por la que se requiere de un tratamiento más intensivo que apoye a las personas a restablecer sus funciones y a tener una mayor capacidad para enfrentar las situaciones de riesgo de la vida diaria.

En este sentido, los profesionales deberán realizar un plan de seguimiento en el que realizará un análisis funcional de la conducta de consumo o alternativa e identificará las habilidades que son indispensables trabajar/reforzar con las personas con base en las áreas que presentaron una mayor oportunidad (metas de vida, rechazo del consumo, solución de problemas, sociales y recreativas, control emocional, consejo marital, búsqueda y mantenimiento de empleo). Además

deberá jerarquizarlas de acuerdo a las prioridades y necesidades de las personas. Así mismo, será fundamental el empleo de los modelamientos, ensayos conductuales y retroalimentación con la finalidad de que las personas no sólo tenga el conocimiento sobre una habilidad en particular, si no que cuente con la preparación suficiente para trasladar dicha habilidad a la práctica.

De manera trasversal a las sesiones, los profesionales de la salud deberá realizar las siguientes actividades: 1) revisión del autoregistro; 2) aplicación de pruebas de detección de metabolitos; 3) aplicación de la entrevista motivacional; 4) análisis funcional de la conducta de consumo y conducta alternativa; elaboración y evaluación de planes de acción; 5) utilización de material didáctico (folletos, lecturas, videos, etc.) que forma parte de los manuales de intervención o tratamiento breve mencionados en la Figura 9; 6) evaluación continua del plan de seguimiento para identificar posibles ajustes que requieran realizarse para obtener mejores resultados; 7) identificar aquellas variables que determinan cuándo debe modificarse una intervención (por ejemplo: signos tempranos de que no se está respondiendo a la intervención, adherencia, efectos secundarios, o información del contexto de la persona; y 8) valoración para su inclusión a una intervención farmacológica.

Adicionalmente, los profesionales podrá apoyarse de los formatos de entrevista para realizar el seguimiento (Anexos 4 y 5), mismos que indagan información sobre datos generales de las personas, estado de salud y satisfacción general, consumo de sustancias y recaídas, materiales y aplicación de estrategias y establecimiento de metas.

Recomendaciones finales

Para la adecuada ejecución de los procedimientos establecidos en el presente protocolo, se recomienda lo siguiente:

Primero. Apegarse a las normatividad oficial en materia de Prevención y Tratamiento de las Adicciones: NOM-028-SSA2-2209, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, Guía de Referencia y Contrareferencia de Usuarios a los Servicios Especializados en Adicciones, Código de Ética del Psicólogo y Derechos de los Pacientes.

Segundo. Solicitar la supervisión de los casos atendidos con la finalidad de recibir retroalimentación sobre la ejecución de la intervención/tratamiento por parte de los profesionales de la salud.

Tercero. Apoyarse de la vinculación intra e interinstitucional para promover un tratamiento integral de la persona.

9 Referencias

Alvear, C., & Martín del Campo R. (2012). El modelo de atención de los Centros "Nueva Vida" y su relación con los servicios de salud del primer nivel de atención. En Secretaría de Salud. *Actualidades en adicciones. Prevención y Tratamiento de las Adicciones en los Servicios de Salud (pp 49 – 66). México: Secretaría de Salud.*

Annis, H., M. (1982). Situational confidence questionnaire. *Addiction Research Foundation.* Toronto.

Ayala, H., E., Echeverría, L., Sobell, M., & Sobell, L. (1997). Autocontrol dirigido: intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 113-127.

Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C., (2000) Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction 95(5), 677-686.*

Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J., y Martínez, M. J. (2006). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas: Manual Del Terapeuta* (Tomos I y II). México: Comisión Nacional contra las Adicciones.

Barragán, L., Flores, M., Ramírez, C., Ramírez, N., Medina Mora, M.E., & Reidl, L. (2009). Programa de Satisfactores Cotidianos para dependientes de alcohol y otras drogas. *Anuario de Investigación en Adicciones. 10, (1).*

Barragán, L., Flores, A., Hernández, L., Ramírez, C., Ramírez, N., & Pérez, N. (2014) Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. Secretaria de Salud

Barragán, L., González V., Medina–Mora, M. E., & Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognitivo–conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. Salud Mental, 28(1), 61–71.

Bickel, W., Odum, A. & Madden, G. (1999). Impulsivity and cigarette smoking: delay discounting in current, never, and ex-smokers. *Psychopharmacology, 146*(4), 447–454

Bierman, K. L., Nix, R. L., Maples, J. J., & Murphy, S. A. (2006). Examining Clinical Judgment in an Adaptive Intervention Design: The Fast Track Program. *Journal of Consulting And Clinical Psychology, 74* (3), 468-481.

Breckler, S. J. (2006). Embracing the many applications of psychology. *Monitor on Psychology, 37*(4).

Carrascoza, C. (2007). *Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de las adicciones: fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. México: UNAM.

Carroll, K.M., Nich, C., & Rounsaville, B.J. (1998). Use of observer and therapist ratings to monitor delivery of coping skills treatment for cocaine abusers: Utility of therapist session checklists. *Psychotherapy Research, 8,* 307-320.

Collins, L., Murphy, S., & Bierman, K. A (2004). A conceptual framework for adaptive preventive interventions. *Prevention Science, 5* (3), 185-196.

CONADIC (2016). *Directorio Nacional de Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME – CAPA).* Recuperado de **http://www.conadic.salud.gob.mx/.**

Connors, D. R. (1995). *Managing at the speed of change: How resilient* managers succeed and prosper where others fail. New York: Villard Books.

D' Aunno, T. (2006). The Role of Organization and Management in a Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *31*, 21-33.

DeLeon, I. G., Bullock, C. E., & Catania, A. C. (2013). Arranging reinforcement contingencies in applied settings: Fundamentals and implications of recent basic and applied research. In G. J. Madden, W. V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley, K. A. Lattal, G. J. Madden, . K. A. Lattal. *APA Handbook of Behavior Analysis*, Vol. 2: Translating principles into practice. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Drummond, D. (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addictions, 85*(3), 357-366.

Echeverría, L., & Ayala, H. (1977). *Cuestionario de confianza situacional: Traducción y Adaptación.* México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Emmelkamp, P., & Vedel, E. (2012). *Evidence-Based Treatment for Alcohol and Drugs Abuse*. Routledge: New York.

Fields, D., & Roman, P. (2010). Total Quality Management and Performance in Substance Abuse Treatment Centers. *Health Services Research, 45* (6), 1630-1650.

Fields, D., Roman, P.M., & Terry, C. B. (2011). Management Systems, Patient Quality Improvement, Resource Availability, and Substance Abuse Treatment Quality. *Health Services Research, 47* (3), 1068-1090.

García., L., R., Oropeza R., & Vázquez, F. (2009). Confiabilidad de la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA). *Psicología Iberoamericana, 17* (2) 41-48.

Goldstein, R., & Volkow, N. (2002). Drug Addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence in the involvement of the frontal cortex. *The American Journal of Psychiatry, 159* (10), 1642-1652.

Heather, N., y Kaner, E. (2001). Intervenciones breves: una oportunidad para reducir el consume excesivo de alcohol entre los jóvenes. *Adicciones, 13* (4), 463 – 474.

Institute of Medicine (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC: National Academy Press.

Kimberly, J., & McLellan, A. (2006). The business of addiction treatment: A research agenda. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *31*(3), 213-219.

Lavori P., & Dawson R. (2000). Design for testing clinical strategies: biased-coin adaptive within-subject randomization. *Journal of the Royal Statistical Society*, *163*, 29–38.

Lavori P., & Dawson R. (2004). Dynamic treatment regimes: practical design considerations. *Clinical Trials*, *1*, 9–20.

Lavori, P., Dawson, R., Rush, A. (2000). Flexible treatment strategies in chronic disease: clinical and research implications. *Biological Psychiatry, 48, 605–614.*

Lira, J., González, F., Carrazcosa, C., Ayala, H. E., & Cruz, S. E. (2012). Evaluación de un programa de Intervención breve motivacional para fumadores: Resultados de un estudio piloto. *Salud Mental,* 32, 35-41.

Marlatt, G. A. (1985). Cognitive factors in the relapse process. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention* (pp. 128-200). New York: Guilford Press.

Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En Gossop, M., Casas, M., *Recaída y prevención de recaídas.* Barcelona: Neurociencias.

Marlatt, G. A. (1996). Taxonomía de situaciones de alto riesgo para la recaída de alcohol. Evolución y desarrollo de un modelo cognitivo-conductual. *Adicción,* 91.

Marlatt, G. A., & George, W. (1984). Prevención de recaídas: Introducción y visión general del modelo. *Journal of Addiction*, 79.

Marlatt, G., A., & Gordon, J. (1985). *Prevención de recaídas: Estrategias de mantenimiento en el tratamiento de la adicción.* Nueva York: Guilford.

Marlowe, D., Festinger, D., Arabia, P., Dugosh, K., Benasutti, K., Croft, J., & McKay, J. (2008). Adaptive interventions in drug court: A pilot experiment. *Criminal Justice Review, 33* (3), 343-360.

Martínez, N. A., Medina–Mora, M. E., Berenzon, S. (2010). La búsqueda de moderación en el consumo de alcohol. Adaptación de los conocimientos a la práctica. *Salud Mental*, *33*(2), 161-167.

Martínez, K., Pedroza, F., Salazar, M., & Vacío, M. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones, ensayo breve para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes*. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, *36* (3), 35-53.

Martínez, K., Pedroza, F., Vacío, M., Jiménez, L., & Salazar, M. (2008a). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 34* (2), 247 – 264.

Martínez, K., Salazar, M., & Legaspi, E. (2007). *Consejo para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Guía para el orientador. México: CONADIC.*

Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz., G, Ayala, H. (2008b). Resultados preliminares del Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental, 31* (2), 119-127.

Mejía, D., Green L., Myerson J., Morales-Chainé, S., & Nieto, J. (2006). Delay and probability discounting by drug-dependent cocaine and marijuana users. *Psychopharmacology, 233* (14), 2705–2714.

McKay, J. R. (2005). Is there a case for extended interventions for alcohol and drug use disorders?. *Addiction, 100* (11), 1594-1610.

McKay, J. R. (2009). *Treating substance use disorders with adaptive continuing care.* Washington, DC, US: American Psychological Association.

Miller, W.R. (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment.* Rockville: SAMHSA's.

Miller, W.R. (1989). Follow-up assessment. En Hester, R., K., & Miller, W.R. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches.* New York: The Gilford Press.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.

Morales, S., Gordillo, T., & Chávez, M. (2013). *Guía para el tratamiento e integración social en materia de adicciones. Adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas. México, Distrito Federal: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.*

Morales, S., Martínez, K., Carrascoza, C., Chaparro, A., & Martínez, M. (2013). Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones. *Health and Adicctions,13* (2), 109-116.

Mrazek P. J., & Haggerty R. J. (1994). R*educing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.* Washington: National Academy Press.

National Institute on Drug Abuse, NIDA (2016). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción: Tratamiento y recuperación.* Recuperado de **https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/tratamiento-y-recuperacion.**

National Institute on Drug Abuse, NIDA (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones.* Recuperado de: **https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/principios-de-tratamientos-eficaces**

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, - tratamiento y control de las adicciones (2009). Recuperado de **http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf.**

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Recuperado de:* **https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf**

Organización Mundial de la Salud, OMS (1998). *30º informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. Serie de Informes Técnicos de la OMS, núm. 873.*

Organización Mundial de la Salud, OMS (2004). Recuperado de **http://www.who.int/topics/es/** .

Organización Mundial de la Salud, OMS (2010). Recuperado de **http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44320/1/9789241599382_eng.pdf**

Organización Panamericana de la Salud (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción.* Recuperado de **http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americas_spanish.pdf**

Oropeza, R., Medina-Mora, M., E. & Sánchez-Sosa, J., J. (2007). Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana de Psicología, 24 (2), diciembre, 219-231.*

Prochaska, J., & Di Clemente, C. (1982). Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and Practice*, *19*, 276-288.

Quiroga, H., Medina-Mora, M.E. & Aparicio C. (2007). Desarrollo de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. *Revista Latinoamericana de Psicología, 39 (3), 563-577.*

Rangé, B., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de trastornos de abuso de alcohol y drogas. Revista Bras Psiquiatría, 30 (2), 88-95.

Rodríguez-Martos A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones*, *14* (1), 337-351.

Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud mental*, *34*(4), 351-365.

Rollnick, S., & Miller, W. (2013). *Motivational Interviewing, Helping People Change.* New York: The Guilford Press.

Salazar, M. L., Pérez, J. L., Ávila, O. P., & Vacío, M., A. (2012). Consejo breve a universitarios que consumen alcohol en exceso: resultados iniciales. *Psicología y Salud*, 22 (2), 247-256.

Schuurmans, J., Comijs, H., Emmelkamp, P. M., Gundy, C. M., Weijnen, I., Van Den Hout, M., & Van Dyck, R. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of cognitive–behavioral therapy and sertraline versus a waitlist control group for anxiety disorders in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(3), 255-263.

Secretaria de Salud (2016). *Programa Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones.* Recuperado de **http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/sisttrat.pdf**

Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones (2008). *Modelo de Atención UNEME–CAPA Centros de Atención Primaria en Adicciones "Nueva Vida". México: Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones.*

Siegel, S. (1983).Classical conditioning, drug tolerance, and drug dependence. In Y. Israel, F. B. Glaser, H. Kalant, R. E. Popham, W. Schmidt, & R. G. Smart (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems* (Vol. 7). New York: Plenum.

Siegel, S. (1989). Pharmacological conditioning and drug effects. En A. Gaudie& M. Emmett-Oglesby (eds.). *Psychoactive drugs: tolerance and sensitization*. Clifton N.J.: Humana Press, págs. 115-180.

Siegel, S. & Ramos, B. (2002). Applying laboratory research: drug anticipation and the treatment of drug addiction. *ExpClinPsychopharmacol,10* (3): 83-162.

Skinner, H. (1990). Spectrum of drinkers and intervention opportunities. *Canadian Medical Association Journal, 143*, 1054-1059.

Sobell, L., Toneatto, T., & Sobell, M. (1994). Behavioral assessment and treatment planning for alchol, tobacco, and other drug problems: Current status with an emphasis on clinical applications. *Behavior Therapy, 25*, 533-580.

Solomon, R. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist, 35*(8), 691-712.

Solomon, R. L., & Corbit, J. D. (1973). An opponent-process theory of motivation: II. Cigarette addiction. *Journal of Abnormal Psychology, 81*, 158-171.

Solomon, R. L., & Corbit, J. D. (1974). An opponent-process theory of motivation: I. Temporal dynamics of affect. *Psychological Review, 81*(2), 119-145.

Volkow, N., Fowler, J., Wang, G., & Swanson, J. (2004). Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications. *Molecular Psychiatry, 9*, 557–569

Weisz J., Chu B., & Polo, A. (2004) Treatment dissemination and evidence-based practice: strengthening intervention through clinician-researcher collaboration. *Clinical Psychogical Scientific Practice, 11*,300–307.

West, R. (2005). *Theory of addiction*. Addiction Press: Oxford.

10 Anexos

ANEXO 1
(página de enfrente)

Sabemos que el dejar de consumir sustancias es un proceso que requiere de un esfuerzo constante, una participación activa y el apoyo de aquellas personas que son significativas en tu vida, por ello...

...una vez concluido tu tratamiento y que hayas logrado tu meta sin consumo...

¡te invitamos a participar con nosotros!

Objetivo:

Establecer los períodos de seguimiento más apropiados de acuerdo a tu caso y reforzar las habilidades que adquiriste durante tu tratamiento.

Beneficios:

- ★ Identificar situaciones de riesgo
- ★ Fortalecer habilidades que me permitan continuar con mi meta de consumo
- ★ Adquirir habilidades de enfrentamiento ante situaciones de riesgo
- ★ Incrementar la satisfacción en diferentes áreas de mi vida
- ★ Cumplir metas a corto y largo plazo
- ★ Incrementar mi confianza para mantenerme en abstinencia
- ★ Ejercer y mantener la motivación al cambio del consumo

¡¡¡Date la oportunidad de continuar trabajando para mejorar tus habilidades!!!

Recuerda que el esfuerzo y la disciplina son la única forma para lograr tus metas...

Te esperamos en el Centro para la Prevención y Atención de las Adicciones _____ ubicado en _____

Facultad de Psicología UNAM
Universidad Nacional Autónoma de México
SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA
BRASIL GOVERNO FEDERAL
OAS CICAD

ANEXO 2

Nombre del personal de salud:_____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre de la persona: _____

1.2. Número de expediente: _____

1.3. Edad:

1.4. Sexo: 1 Mujer 2 Hombre

1.5. Dirección: _____

1.6. Teléfono (s) de contacto: _____

1.7. Correo electrónico: _____

1.8. Escolaridad: _____

1.9. Ocupación: _____

1.10. Estado civil: _____

1.11. Personas con las que vive: _____

1.12. Nombre, parentesco y teléfono de contacto de la (s) persona (s) significativa (s) para Usted: _____

2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

2.1. INFORMACIÓN OBTENIDA A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLINICO DE LA PERSONA

2.1.1. ¿Cuál fue el tipo de consejo/intervención/tratamiento breve en el que participó?

2.1.2. Duración: _____

2.1.3. Fecha de inicio: _____

2.1.4. Fecha de término: _____

2.1.5. Razones por las que concluyó el C/I/T?: _____

2.1.6. Número de sesiones: _____

2.1.7. Sustancia (s) de consumo: _____

2.1.8. Sustancia de impacto: _____

2.1.9. Frecuencia de consumo: _____

2.1.10. Tiempo de consumo: _____

2.1.11. Promedio de consumo en un día habitual: _____

2.1.12. Cantidad máxima de consumo en día habitual: _____

2.1.13. Nivel de consumo: 1 Uso 2 Abuso 3 Dependencia

2.1.14. Consecuencias asociadas al consumo: _____

2.1.15. Situaciones de riesgo asociadas al consumo: _____

2.1.16. Etapa de motivación al cambio antes y después del C/I/T: _____

2.1.17. Tiempo de abstinencia antes del C/I/T: _____

2.1.18. Tiempo de abstinencia durante el C/I/T: _____

2.1.19. Número de recaídas antes del C/I/T: _____

2.1.20. Número de recaídas durante el C/I/T: _____

2.2. INFORMACIÓN OBTENIDA A TRAVÉS DEL REPORTE DE LA PERSONA QUE CONSUME

2.2.1. ¿Cuál fue la sustancia principal por la que ingresó a C/I/T? _____

2.2.2. ¿Hace cuánto tiempo concluyó el C/I/T? _____

2.2.3. ¿Cuál fue la meta de consumo que estableció? 1 Suspensión 2 Reducción.
Especifique: _____

2.2.4. ¿Cuánto tiempo lleva cumpliendo su meta de consumo? _____

2.2.5. ¿Ha tenido alguna recaída? 1 Si 2 No
En caso afirmativo: ¿En cuántas ocasiones consumió? _____

2.2.6. ¿Cuánto consumió la última vez? _____

2.2.7. ¿En qué situación se encontraba? _____

2.2.8. En caso de haber tenido una recaída, ¿Le gustaría establecer una nueva meta respecto a su consumo? 1 Si 2 No ¿Por qué?/¿Cuál? _____

2.2.9. Resultado prueba de detección de metabolitos: _____

2.2.10. Metas logradas en el C/I/T _____

3. ESTADO DE SALUD, CONSECUENCIAS Y SATISFACCIÓN GENERAL

3.1. ¿Cómo considera su estado de salud actual? 1 Bueno 2 Regular 3 Malo

3.2. ¿Ha presentado algún problema de salud reciente? 1 Si 2 No ¿Cuál? _____

3.3. ¿Continúa teniendo problemas por el consumo de alcohol o drogas? 1 Si 2 No
En caso afirmativo describa por qué: _____

3.4. ¿Qué tan satisfecho está con su calidad de vida en este momento?
1 Muy satisfecho 2 Satisfecho 3 Inseguro 4 Insatisfecho 5 Muy insatisfecho

4. MATERIALES Y APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS

4.1. ¿Ha revisado los materiales que se le entregaron durante el C/I/T?: 1 Si 2 No

En caso afirmativo, ¿Cuándo fue la última vez que los revisó? _____

En caso negativo describa ¿por qué?_____

4.2. ¿Ha realizado su auto registro de la conducta de consumo? 1 Si 2 No
En caso negativo ¿por qué? _____

4.3. ¿Ha aplicado las estrategias que revisó durante el tratamiento? 1 Si 2 No
¿Por qué/¿Cuáles? _____

5. CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL (Annis, 1982)

INSTRUCCIONES: A continuación le mencionaré 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su consumo. Imagínese que EN ESTE MOMENTO se encuentra en cada una de estas situaciones e indique en una escala del 0 al 100% qué tan seguro se siente de poder resistir la necesidad o tentación de consumir, en donde 0% es "INSEGURO" y 100% "TOTALMENTE SEGURO" de poder resistirse.

5.1. EMOCIONES DESAGRADABLES (por ejemplo: si estuviera deprimido en general, si las cosas me estuvieran saliendo mal). Me siento...

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%
Inseguro Seguro

5.2. MALESTAR FÍSICO (por ejemplo: si no pudiera dormir, si me sintiera nervioso y tenso). Me siento...

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%
Inseguro Seguro

5.3. EMOCIONES DESAGRADABLES (por ejemplo: si me sintiera muy contento, si quisiera celebrar, si todo fuera por buen camino). Me siento…

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%
Inseguro Seguro

5.4. PROBANDO CONTROL SOBRE LA DROGA (por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el consumo de droga, si me sintiera seguro de poder consumir sólo un poco de droga). Me siento…

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%
Inseguro Seguro

5.5. NECESIDAD FÍSICA (por ejemplo: si tuviera urgencia de consumir la droga, si pensara que me haría sentir muy bien y que la necesito mucho). Me siento…

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%
Inseguro Seguro

5.6. CONFLICTO CON OTROS (por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo, si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo). Me siento...

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%
Inseguro Seguro

5.7. PRESIÓN SOCIAL (por ejemplo: si alguien me presionara a beber, si alguien me invitara a su casa y me ofreciera la droga). Me siento...

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%
Inseguro Seguro

5.8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS (por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un amigo (a) y quisiera sentirme mejor. Me siento…

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%
Inseguro Seguro

Promedio del porcentaje del nivel de autoeficacia de la persona: _____

6. CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS. (CFARI)

INSTRUCCIONES: A continuación le mencionaré una serie de afirmaciones relacionadas con el lugar donde vive, la relación con su familia, su estado de ánimo, la percepción que tiene de sí mismo, algunas conductas que pudo haber realizado o no a lo largo de su vida y las metas que tiene en la vida. Le voy a pedir que sea lo más sincero posible y me indique si está de acuerdo o no, con cada una de las frases.

REACTIVO	Completamente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
Con relación al lugar donde vive…	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
1. Hay asaltos o robos en su colonia					
2. Cerca de su casa se venden drogas					
3. Se siento inseguro (a) en las calles de su colonia					
4. En su colonia las pandillas roban o agreden a las personas					
5. Hay discusiones o peleas entre sus vecinos/as					
Con relación a su familia…	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6. Se apoyan los unos a los otros					
7. Los miembros de su familia tienen una buena relación					
8. Se respetan las opiniones de los demás					
9. Cada persona puede expresar lo que piensa y siente					
10. A cada miembro se le dedica tiempo y atención					
Con relación a su estado de ánimo…	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
11. Se siente triste o deprimido con frecuencia					
12. Se siente ansioso (a) con frecuencia					
13. ¿Alguna vez ha faltado al trabajo o la escuela por sentirse triste o deprimido					
14. ¿Se ha preguntado si existe algo que todavía valga la pena?					
15. ¿Alguna vez ha pensado o intentado quitarse la vida?					

Con relación a la opinión que tiene de sí mismo…	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
16. ¿Siente que tiene buenas cualidades?					
17. ¿Se siente bien consigo mismo/a?					
18. ¿Es capaz de hacer las cosas tan bien como casi toda la gente?					
19. ¿Tiene una actitud positiva hacia sí mismo/a?					
20. En general está satisfecho/a consigo mismo/a?					
Con relación al consumo de sustancias por parte de su familia y/o amigos….	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
21. ¿Alguno de sus familiares ha tenido problemas por el consumo de alcohol y/o drogas?					
22. ¿Alguno de sus amigos ha tenido problemas por el consumo de alcohol y/o drogas?					
23. ¿Su pareja consume alcohol y/o drogas?					
Con relación a algunas conductas que pudo haber realizado o no…	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
24. ¿Ha tomado dinero o cosas con valor de $500 pesos o más que no le pertenecen?					
25. ¿Ha golpeado o dañado algo (objeto o propiedad) que no le pertenece?					
26. ¿Ha atacado a alguien, usando algún objeto como: arma, cuchillo, palo, navaja, etc.?					
27. ¿Ha vendido drogas?					
28. ¿Ha participado en una pelea o riña?					
Con relación a las metas que tiene en la vida, Usted piensa que en un futuro…	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
29. Puede terminar una carrera profesional o conseguir un buen empleo					
30. Puede tener una vida feliz					
31. Va a seguir esforzándose para superarse					
32. Puede tener el dinero suficiente para vivir tranquilo					
33. Puede alcanzar las metas que se ha propuesto					
SÓLO PARA ADOLESCENTES. Tus papás o quienes los sustituyen…	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
34. Están al tanto de quiénes son tus amistades					
35. Te establecen una hora de llegada					
36. Te felicitan cuando haces bien una tarea o trabajo					
37. Te permiten salir sólo con amigos/as que ellos conocen					
38. Se involucran en las actividades que a ti te interesan					

Promedio del porcentaje del nivel de factores de riesgo asociados al consumo: _____

7. CUESTIONARIO DE HABILIDADES PARA EL MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS (CHASRI)

INSTRUCCIONES PARA LA PERSONA QUE CONSUME: A continuación le mencionaré algunas habilidades que pudo haber adquirido como parte del consejo, intervención o tratamiento breve en el que participó. Le voy a pedir que me indiqué en una escala del 0 al 100%, qué tanto aplica la habilidad en la actualidad para enfrentar alguna situación de riesgo al consumo, en donde 0% es "No aplicó la habilidad" y 100% "La aplicó frecuentemente"

INSTRUCCIONES PARA EL PERSONAL DE SALUD: En el caso de las habilidades en las que la persona responda que aplica la habilidad en un porcentaje menor al 80%, pregunté los motivos de su respuesta.

7.1. Habilidades para establecer metas a corto, mediano y largo plazo (por ejemplo: identificar metas en diferentes áreas de la vida, realizar planes de acción, trabajar para alcanzarlas, evaluar las metas, etc.)

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%

No aplicó la habilidad — La aplicó frecuentemente

Motivos: _____

7.2. Habilidades para rechazar el consumo ante la presión social de familiares, amigos o compañeros (por ejemplo: decir "no gracias", "estoy en tratamiento", "ya no consumo", etc.)

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%

No aplicó la habilidad — La aplicó frecuentemente

Motivos: _____

7.3. Habilidades para cambiar pensamientos negativos por pensamientos positivos que evitan el consumo (por ejemplo: cambiar el pensamiento de "sólo voy a consumir un poco" por "si empiezo a consumir, seguramente mi cuerpo me va a pedir más y no voy a poder parar", "soy un drogadicto que ha echado a perder su vida" por "he tenido problemas por consumir drogas, pero el estar en un tratamiento me va a ayudar a dejar de consumir y a sentirme satisfecho conmigo mismo").

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%

No aplicó la habilidad — La aplicó frecuentemente

Motivos: _____

7.4. Habilidades para comunicarme mejor con las personas que me rodean (por ejemplo: iniciar conversaciones, escuchar a otras personas, ofrecer ayuda, compartir mis sentimientos, expresar mis desacuerdos de una forma respetuosa y asertiva, etc.)

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%

No aplicó la habilidad — La aplicó frecuentemente

Motivos: _____

7.5. Habilidades para solucionar problemas de la vida diaria (por ejemplo: analizar el problema, pensar en diferentes alternativas, valorar cuáles son las ventajas y desventajas de cada alternativa, poner en práctica la mejor opción, etc.)

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%

No aplicó la habilidad — La aplicó frecuentemente

Motivos: _____

7.6. Habilidades para realizar actividades recreativas saludables (por ejemplo: buscar una actividad libre de drogas que me permita sentirme satisfecho y llevarla a la práctica: practicar un deporte, reunirme con amigos que no consumen, aprender un oficio, etc.).

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%

No aplicó la habilidad — La aplicó frecuentemente

Motivos: _____

7.7. Habilidades para manejar el enojo (por ejemplo: decirme cosas para tranquilizarme, darme un tiempo fuera, distraerme, cambiar mis pensamientos, etc.)

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%

No aplicó la habilidad — La aplicó frecuentemente

Motivos: _____

7.8. Habilidades para manejar la tristeza (por ejemplo: cambiar pensamientos, buscar lo positivo de la situación, pedir apoyo a una persona de confianza, realizar una actividad que me guste)

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%

No aplicó la habilidad — La aplicó frecuentemente

Motivos: _____

7.9. Habilidades para manejar la ansiedad (por ejemplo: espirar y relajarme, decirme cosas para tranquilizarme, cambiar pensamientos, etc.)

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%

No aplicó la habilidad — La aplicó frecuentemente

Motivos: _____

7.10. Habilidades para llevarme mejor con mi pareja (por ejemplo: mejorar la comunicación, establecer acuerdos con mi pareja, controlar mi enojo, etc.)

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%

No aplicó la habilidad — La aplicó frecuentemente

Motivos: _____

7.11. Habilidades para encontrar o mantener un empleo (por ejemplo: analizar mis trabajos anteriores, aprender a llenar una solicitud de empleo, aprender a realizar un curriculum vitae, etc.)

0 % ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 100%

No aplicó la habilidad — La aplicó frecuentemente

Motivos: _____

Promedio del porcentaje de habilidades para el manejo de situaciones de riesgo: _____

ANEXO 3

Formato de Calificación e Interpretación de la Cédula de Evaluación del Seguimiento para el Mantenimiento de la Suspensión o Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas

1. Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS; Annis, 1982)

A. Tabla de puntajes por área y total

Área	Porcentaje otorgado por la persona que consume
Emociones desagradables	
Malestar físico	
Emociones agradables	
Probando el control sobre la droga	
Necesidad física	
Conflicto con otros	
Presión social	
Momentos agradables con otros	
PROMEDIO	_____%

B. Tabla de interpretación para el Protocolo de Seguimiento

Porcentaje	Interpretación
Menor al 80%	Personas que presentan un nivel bajo de autoeficacia para resistir la necesidad o tentación de consumir sustancias
Mayor al 80%	Personas que presentan un nivel alto de autoeficacia para resistir la necesidad o tentación de consumir sustancias

C. Gráfica

2. Cuestionario de Factores de Riesgo asociados al Consumo de Sustancias (CFARI)

A. Tabla de puntajes por área

Comunidad		Familia		Estado de ánimo		Autocon-cepto		Consumo familia/		Conducta antisocial		Metas de vida		Supervisión parental	
Reactivo	Puntaje	Reactivo	Puntaje	Reactivo	Puntaje	Reactivo	Puntaje	Reactivo	Puntaje	Reactivo	Puntaje	Reactivo	Puntaje	Reactivo	Puntaje
1	4	6		11		16		21		24		29		34	
2	4	7		12		17		22		25		30		35	
3	4	8		13		18		23		26		31		36	
4	4	9		14		19				27		32		37	
5	4	10		15		20				28		33		38	
Total:_____ 20		Total:_____		Total:_____		Total:_____		Total:_____		Total:_____		Total:_____		Total:_____	
PM: 20		PM: 20		PM: 20		PM: 20		PM: 12		PM: 20		PM:20		PM: 20	
Tx100/PM: ____%		Tx100/PM: ____%		Tx100/PM: ____%		Tx100/PM: ____%		Tx100/PM: ____%		Tx100/PM: ____%		Tx100/PM: ____%		Tx100/PM: ____%	

PM – Puntaje máximo, T - Total

B. Tabla de puntajes totales

Área	Porcentaje
Comunidad	
Familia	
Estado de ánimo	
Autoconcepto	
Consumo de familia/amigos	
Conducta antisocial	
Metas de vida	
TOTAL	
PROMEDIO (total/7)	_____%
SOLO EN CASO DE ADOLESCENTES:	
Supervisión parental	
TOTAL	
PROMEDIO (total/8)	_____%

C. Tabla de interpretación para el Protocolo de Seguimiento

Porcentaje	Interpretación
Menor al 50%	Personas que presentan un nivel bajo de factores de riesgo asociados al consumo de sustancias
Mayor al 50%	Personas que presentan un nivel alto de factores de riesgo asociados al consumo de sustancias

D. Gráfica

3. Cuestionario de Habilidades para el Manejo de Situaciones de Riesgo de Consumo de Sustancias (CHASRI)

A. Tabla de puntajes por área y total

Área	Porcentaje otorgado por la persona
1. Habilidades de metas de vida cotidiana	
2. Habilidades de rechazo	
3. Habilidades de reestructuración cognitiva	
4. Habilidades de comunicación	
5. Habilidades de solución de problemas	
6. Habilidades sociales y recreativas	
7. Habilidades para el control del enojo	
8. Habilidades para el control de la tristeza	
9. Habilidades para el control de la ansiedad	
10. Habilidades de consejo marital	
11. Habilidades de búsqueda y mantenimiento del empleo	
PROMEDIO	_____%

ANEXO 4

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO QUINCENAL Y MENSUAL

Nombre de la persona: _____ No. de expediente: _____

Edad: _____ Fecha: _____ Número de seguimiento: _____

A. ESTADO DE SALUD Y SATISFACCIÓN GENERAL

1. ¿Cómo consideras tu estado de salud actual? (1) Bueno (2) Regular (3) Malo
2. ¿Has presentado algún problema de salud reciente? (1) Si (2) No
   En caso afirmativo describa cuál: _____
3. ¿Continúas teniendo problemas por la manera en que consumes alcohol o drogas?
   (1) Si (2) No En caso afirmativo describa por qué: _____
4. ¿Qué tan satisfecho está con su calidad de vida en este momento?
   (1) Muy satisfecho (2) Satisfecho (3) Inseguro (4) Insatisfecho (5) Muy insatisfecho

B. MATERIALES Y APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS

5. ¿Has revisado los materiales que se te han proporcionado como parte del consejo/intervención/ tratamiento breve?
   (1) Si (2) No En caso negativo describa ¿por qué?: _____
6. ¿Has realizado tus auto registros de la conducta de consumo?
   (1) Si (2) No En caso negativo ¿por qué? _____
7. Has realizado los planes de acción que se han trabajado durante las sesiones?
   (1) Si (2) No En caso negativo ¿por qué? _____
8. Has aplicado las estrategias que se han revisado durante las sesiones?
   (1) Si (2) No ¿por qué/¿cuáles? _____

C. ESTABLECIMIENTO DE METAS Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

9. Actualmente ¿cuál es tu meta respecto al consumo de sustancias? _____
   _____
10. ¿Has cumplido tu meta? (1) Si (2) No ¿Por qué? _____
11. ¿Continúas teniendo problemas por la manera en que consumes alcohol o drogas?
    (1) Si (2) No En caso afirmativo describa por qué: _____

12. ¿Has tenido alguna recaída? (1) Si (2) No

En caso afirmativo: ¿En cuántas ocasiones consumiste?_____

¿Cuánto consumiste la última vez?_____

¿En qué situación te encontrabas?_____

¿Tuviste alguna experiencia positiva por consumir?_____

¿Tuviste alguna experiencia negativa por consumir?_____

13. En caso de haber tenido una recaída, ¿te gustaría establecer una nueva meta respecto a tu consumo?

(1) Si (2) No ¿Por qué?/¿Cuál?_____

14. ¿Cuál será el desarrollo de tu plan de acción para cumplir tu meta de consumo?

_____

_____

_____

_____

_____

Fecha para el siguiente seguimiento: _____

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre y firma del profesional de la salud:_____

ANEXO 5

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO BIMESTRAL Y TRIMESTRAL

Nombre de la persona: _____ No. de expediente: _____

Edad: _____ Fecha: _____ Número de seguimiento: _____

A. DATOS GENERALES

1. Medio de aplicación de la entrevista:
   (1) Presencial (2) Vía telefónica (3) Otro: ¿Cuál? _____
2. Estado civil: (1) Soltero (2) Casado (3) Viudo (4) Divorciado (5) Unión Libre
3. Ocupación: _____

B. ESTADO DE SALUD Y SATISFACCIÓN EN GENERAL

4. ¿Cómo consideras tu estado de salud actual? (1) Bueno (2) Regular (3) Malo
5. ¿Has presentado algún problema de salud reciente? (1) Si (2) No
   En caso afirmativo describa cuál:
6. ¿Continúa teniendo problemas por la manera en que consumes alcohol o drogas?
   (1) Si (2) No (3) ¿Cuáles?
7. ¿Qué tan satisfecho está con su calidad de vida en este momento?
   (1) Muy satisfecho (2) Satisfecho (3) Inseguro (4) Insatisfecho (5) Muy insatisfecho
8. Marque la alternativa que mejor describe su manera de consumir:

Alternativa	Alcohol	Tabaco	Drogas
(1) Ya no es un problema			
(2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no he tenido ninguna experiencia o consecuencia negativa)			
(3) Es un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero considero que ninguna de ellas fue seria)			
(4) Es un problema grave (he tenido algunas experiencias negativas, una de las cuales, considero que fue seria)			
(5) Es un problema muy grave (he tenido algunas experiencias con consecuencias negativas, de las cuales considero que por lo menos dos fueron serias)			

C. PATRÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS Y ESTABLECIMIENTO DE METAS

SUSTANCIAS	CONSUMO (1) Sí (2) No	FECHA DE ÚLTIMO CONSUMO	FRECUENCIA DE CONSUMO (1) Menos de una vez al mes (2) Una vez al mes (3) Una vez a la semana (4) Dos a tres veces a la semana (5) Diariamente	CANTIDAD CONSUMIDA CON MAYOR FRECUENCIA
Alcohol				
Tabaco				
Marihuana				
Cocaína				
Medicamentos sin control médico				
Opiáceos (heroína, metadona, opio, morfina, demerol)				
Inhalables				
Alucinógenos (LSD, polvo de ángel, mezcalina, psilocibina)				
Otras				

9. En caso de haber presentado recaídas, ¿En cuántas ocasiones consumiste? _____

10. ¿Cuánto consumiste la última vez?_____

11. ¿En qué situación te encontrabas?_____

12. ¿Tuviste alguna experiencia positiva por consumir?_____

13. ¿Tuviste alguna experiencia negativa por consumir?_____

14. En caso de haber tenido una recaída, ¿le gustaría establecer una nueva meta respecto a su consumo?
    (1) Si (2) No (3) ¿Por qué? _____

15. En caso afirmativo, especifique la meta _____

D. CONSECUENCIAS POR EL CONSUMO

Área	Consecuencias
16. Física	
17. Cognitiva	
18. Afectiva	
19. Familiar	
20. Interpersonal	
21. Legal	
22. Económica	
23. Escolar	
24. Laboral	
25. Sexual	
26. Otra	

E. APLICACIÓN DE MATERIALES Y ESTRATEGIAS

27. ¿Has revisado los materiales que se te han proporcionado como parte de tu tratamiento?

(1) Si (2) No En caso negativo describa ¿por qué?_____

28. ¿Has realizado tus auto registros de la conducta de consumo o alternativa?

(1) Si (2) No En caso negativo describa ¿por qué?:_____

29. ¿Has realizado los planes de acción que se han trabajado durante las sesiones?

(1) Si (2) No En caso negativo describa ¿por qué?:_____

30. ¿Has aplicado las estrategias que se han revisado durante las sesiones?

(1) Si (2) No En caso negativo describa ¿por qué?: _____

31. ¿Ha utilizado alguna de las habilidades que aprendió durante su terapia?

Habilidades de metas de vida cotidiana	(1) Si	(2) No
Habilidades de rechazo	(1) Si	(2) No
Habilidades de reestructuración cognitiva	(1) Si	(2) No
Habilidades de comunicación	(1) Si	(2) No
Habilidades de solución de problemas	(1) Si	(2) No
Habilidades sociales y recreativas	(1) Si	(2) No
Habilidades para el control del enojo	(1) Si	(2) No
Habilidades para el control de la tristeza	(1) Si	(2) No
Habilidades para el control de la ansiedad	(1) Si	(2) No
Habilidades de consejo marital	(1) Si	(2) No
Habilidades de búsqueda y mantenimiento del empleo	(1) Si	(2) No

Otra:_____

Fecha para el siguiente seguimiento: _____

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre y firma del profesional de la salud: _____

ANEXO 6

PROYECTO DE VIDA

Nombre de la persona que consume sustancias: _____

Fecha: _____

Área	Meta de vida			Plan de acción
	Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
1. Consumo de sustancias				
2. Familiar				
3. Social y recreativa				
4. Afectiva y emocional				
5. Laboral y/o educativa				
6. Personal (salud, hábitos, manejo del dinero, etc,)				
7. Legal				

Nombre y firma del profesional de la salud: _____

ISBN 978-0-8270-6700-4

Transferencia de las **Intervenciones Breves** para la **Prevención** de **Recaídas** en **Adicciones**

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)
Organizción de los Estados Americanos
1889 F St., N.W.
Washington,
DC, 20006 USA
Tel.: 1+202.370.5069