

MANUAL DE TRATAMIENTO PARA CONSUMIDORES DE INHALABLES

Dirección de Tratamiento y Rehabilitación

Vigente a 2016

DIRECTORIO

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Presidente Vitalicio del Patronato Nacional

Sra. Kena Moreno

Fundadora de CIJ y Vicepresidenta Vitalicia

Dr. Roberto Tapia Conyer

Presidente del Patronato Nacional

Lic. Carmen Fernández Cáceres

Directora General

Dr. Ricardo Sánchez Huesca

Director General Adjunto de Normatividad

Dr. José Angel Prado García

Director General Adjunto de Operación y
Patronatos

Dra. Laura Margarita León León

Directora de Tratamiento y Rehabilitación

CONTENIDOS	
Introducción	4
Marco de referencia	5
Consideraciones par la aplicación de la intervención	13
Indicaciones para el desarrollo de la intervención	14
Componentes del tratamiento:	
1. Control de estímulos	16
<ul style="list-style-type: none">  S.1: Factores externos e internos asociados al consumo.  S.2: Los activadores del consumo.  S.3: El consumo y los activadores.  S.4: Evitar el consumo (Planes de acción). 	
2. Análisis Funcional	29
<ul style="list-style-type: none">  S.5: Riesgos y Consecuencias.  S.6: Análisis Funcional de la conducta de consumo.  S.7: Actividades alternativas al consumo 	
3. Restructuración Cognitiva	41
<ul style="list-style-type: none">  S.8: Creencias del consumo.  S.9: Desarrollar creencias de control. 	
4. Habilidades de rechazo al consumo	47
<ul style="list-style-type: none">  S.10: Habilidades de rechazo. 	
5. Metas de vida	52
<ul style="list-style-type: none">  S.11. Metas de vida.  S.12: Metas de vida: Como lograrlo 	
Referencias	60
Anexo	62

INTRODUCCIÓN

Los inhalables son sustancias de abuso con características muy particulares, por ejemplo, se agrupan por la forma en que se consumen y no por sus efectos o estructura química; su posesión es legal y se encuentran en productos de fácil acceso. Son sustancias poco estudiadas y por años se ha considerado como una droga de uso entre poblaciones vulnerables, aunque no es exclusivo de este tipo de poblaciones ni de países marginados. Es cierto que esta práctica es frecuente entre los niños y jóvenes que viven en situación de calle y otras poblaciones especiales, en países como el nuestro. Sin embargo, también se ha observado entre personas de todos los estratos socioeconómicos (Cruz, 2011).

Clasificadas como drogas ilegales, las sustancias con efectos psicoactivos que se pueden inhalar son la tercera droga de preferencia en la población joven de México (ENA, 2011); es también, la segunda droga de inicio más reportada en los pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Además se encuentra entre las tres primeras sustancias a la que los pacientes le atribuyen mayores daños a la salud, en el bienestar personal y familiar o en el desempeño laboral, escolar o social (Velázquez, Gutiérrez, 2015).

Debido a que los adolescentes y jóvenes son población prioritaria para CIJ, se desarrolló esta propuesta de tratamiento específica para el abordaje de pacientes que consumen inhalables.

Construida a partir de técnicas y procedimientos derivados del modelo cognitivo conductual, la propuesta busca ser una intervención flexible, que permita a los/las terapeutas llevar a cabo los ajustes que consideren necesarios atendiendo a las necesidades particulares de su población.

El esquema de tratamiento está estructurado sobre la base de cinco componentes o estrategias generales de intervención, cada una de las ellas con un propósito específico. El componente de Control de Estímulos tiene el objetivo de apoyar a los/las pacientes para que inicien el abandono del consumo de inhalables; el componente de Análisis Funcional tiene el objetivo de que los/las pacientes encuentren la relación entre su consumo y los beneficios por los cuales lo llevan a cabo; la Restructuración Cognitiva busca identificar las creencias asociadas al consumo para trabajar sobre ellas desarrollando creencias de control para reducir la probabilidad del consumo; el componente de Habilidades de Rechazo al Consumo busca desarrollar en los pacientes estrategias de afrontamiento efectivo y, finalmente el quinto componente: Metas de vida, tiene el propósito de que los/las pacientes consoliden los cambios logrados hasta el momento, realizando una programación de actividades alternativas al consumo.

En conjunto, los componentes integran un total de 12 sesiones de tratamiento, las cuales se pueden extender dependiendo de la densidad del grupo y la dinámica del mismo.

MARCO DE REFERENCIA

Los enfoques de la terapia de la conducta fueron desarrollados en la década de los años 50 cuando los principios de la conducta derivados de la experimentación en laboratorios, fueron aplicados a la modificación de la conducta desadaptativa en personas. Para 1970, los principios cognitivos fueron reconocidos como un importante dominio de los padecimientos psicológicos. Como resultado, las técnicas cognitivas fueron desarrolladas y eventualmente integradas a los enfoques conductuales para formar los Tratamientos Cognitivo-Conductuales (Hazlett-Stevens y Craske, 2002).

Modelo Conductual

Los orígenes del modelo conductual se encuentran en los estudios del fisiólogo ruso Ivan Pavlov con animales. Estos experimentos le permitieron descubrir muchos principios del aprendizaje, principios de la relación entre estímulos y respuestas, que más tarde fueron útiles para modificar el comportamiento humano.

En general, el aprendizaje dentro de la teoría conductual se define como un cambio relativamente permanente en el comportamiento que refleja una adquisición de conocimientos o habilidades a través de la experiencia.

Los principios fundamentales a los que se adhieren las teorías conductuales se pueden resumir de la siguiente manera:

1. La conducta está regida por leyes y sujeta a las variables ambientales.
2. La conducta es un fenómeno observable e identificable.
3. Las conductas desadaptativas son adquiridas a través del aprendizaje y pueden ser modificadas por los principios del aprendizaje.
4. Las metas conductuales han de ser específicas e individualizadas.

Dentro del modelo conductual existen varios procesos de aprendizaje que pueden explicar la adquisición de conductas desadaptativas, presentamos aquí los mecanismos básicos: Condicionamiento Clásico y el Condicionamiento Operante.

Condicionamiento Clásico

El **Condicionamiento Clásico** es una forma de aprendizaje por asociación en el que las respuestas automáticas o involuntarias que tienen las personas ante determinados estímulos ambientales, pueden ser provocadas de manera intencionada por medio de la asociación.

En sus experimentos Pavlov (1929) observó que ciertos estímulos producían naturalmente determinadas respuestas en sus perros. La comida, por ejemplo, producía la respuesta de salivación sin necesidad de un aprendizaje previo. Llamó al alimento **estímulo incondicionado (EI)** y a la salivación **respuesta incondicionada (RI)**.

El experimento clásico consistió en presentar un **estímulo neutro o incondicionado (EI)** (que no producía salivación), por ejemplo, el sonido de un diapasón, unos segundos antes que el **EI** (alimento). Luego de varias repeticiones, el estímulo anteriormente neutro se tornó capaz de producir por sí solo la respuesta de salivación, transformándose en un **estímulo condicionado (EC)**. La salivación obtenida mediante el **EC** recibió el nombre de **respuesta condicionada (RC)**. A

diferencia de la RI, la RC es el resultado de un proceso de aprendizaje (condicionamiento) (Chertok, 2006).

El condicionamiento clásico describe, de esta forma, el aprendizaje por asociación entre 2 estímulos: se condiciona a las personas a responder de la misma manera ante estímulos que antes no provocaban tales respuestas.

Este tipo de condicionamiento ocurre en comportamientos tan complejos como las reacciones emocionales y la avidez a la droga (Di-Chiara, 2005). El paradigma del condicionamiento clásico señala que la repetición del consumo de una droga se va asocia a una serie de contextos (estímulos condicionados): lugares (bares, plazas, casas, calles), personas (amigos consumidores, distribuidores), momentos del día o días de la semana (después del trabajo, fines de semana), estados emocionales (tristeza, ansiedad) entre otros. Con el tiempo, la exposición a estas señales es suficiente para provocar antojos muy intensos o impulsos que a menudo son seguidas por el consumo de la droga (Littel y Franken, 2012).

Condicionamiento Operante

El condicionamiento operante es el proceso a través del cual se fortalece una conducta que es seguida de un resultado favorable o agradable (refuerzo), con lo cual aumentan las probabilidades de que ese comportamiento vuelva a ocurrir.

Este tipo de proceso, se refiere a que los comportamientos son realizados con una finalidad o propósito; por ejemplo, cuando las personas activan el aire acondicionado para refrescar la habitación o beben agua para mitigar la sed, su conducta está dirigida a promover un cambio en el ambiente (estado de las cosas). A este tipo de conductas que operan sobre el entorno se les conoce como **conductas operantes**. Los cambios que estas conductas producen en su ambiente se llaman **consecuencias o resultados**, que conforman el **principio básico** del condicionamiento operante, el cual establece que **la realización de una conducta depende siempre de sus resultados**. En otras palabras, la conducta está controlada por sus consecuencias inmediatas.

Las consecuencias en realidad alteran la probabilidad futura de que ocurra el comportamiento. Sí la consecuencia de la conducta es reforzada mediante la obtención de un resultado positivo o agradable, entonces la probabilidad de que se vuelva a ejecutar la conducta es alta; sí el resultado de la conducta es negativa o poco agradable la probabilidad de ocurrencia de la conducta disminuye.

Cualquier evento estimular que incremente la probabilidad de una conducta se denomina estímulo reforzante o reforzador. Una droga funciona como reforzador si es capaz de incrementar o mantener la probabilidad de ocurrencia de la conducta.

Bajo este paradigma se sugiere que las personas consumen drogas como consecuencia de los efectos, ya sea que funcionen como reforzadores positivos de la conducta al producir sensaciones de placer, bienestar, excitación, mejor rendimiento, entre otros, o como reforzadores negativos evitando sensaciones desagradables como la tensión, cansancio e incluso el síndrome de abstinencia producido por el consumo mismo de las sustancias (West, 2006; Martín del Moral, 2009).

La distinción básica entre los procedimientos del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante o instrumental, se debe a las consecuencias de la respuesta condicionada. En el

Condicionamiento Clásico la secuencia de fenómenos es independiente de la conducta del sujeto. En contraste, en el Condicionamiento Operante, las recompensas y castigos son una consecuencia de que el aprendiz responda o no (Domjan, 2006).

Teoría del Aprendizaje Social

La Teoría sobre el Aprendizaje Social propuesta por Albert Bandura (1976) explica la conducta en términos de una iteración recíproca y continua entre lo que hace (conducta) y piensa (las cogniciones) una persona y el ambiente en el que se desenvuelve, de tal forma que lo que hace una persona está determinado tanto por factores externos, como por factores internos.

Bajo este paradigma el comportamiento obedece a una causalidad múltiple (determinismo recíproco), en la que, además de los factores externos y personales, **se incluyen los elementos cognoscitivos**, se enfatiza la importancia del aprendizaje vicario (basado en la observación de las conductas de otras personas y que hace posible anticipar las consecuencias que derivan del propio comportamiento) y la capacidad de los individuos de modificar su entorno.

Según el punto de vista de la teoría del aprendizaje social, las personas no están impulsadas por fuerzas internas ni en manos de los estímulos del medio (Bandura, 1987), sino bajo la influencia tanto de sus conductas, como de sus cogniciones (pensamientos) y de los factores externos (ambiente) que le rodean; todos estos factores actúan como determinantes que están entrelazados.

Modelo Cognitivo

La terapia cognitiva se basa en el *modelo cognitivo*, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas (Beck, 1995). Bajo esta perspectiva, las conductas (lo que hagan), sentimientos (afectos) y sensaciones físicas que experimentan las personas, estarán condicionadas por las interpretaciones que tengan de las situaciones. Dicho de otra manera, lo que piensa la gente acerca de los eventos que ocurren en la vida, afecta su manera de comportarse y su experiencia emocional.

La forma en que la gente piensa y reacciona ante los eventos esta mediada por la manera en que estructuran las experiencias del ambiente que les rodea. Según este modelo, las personas organizan su mundo en esquemas, que representan el conjunto de experiencias previas que actúan como moldes que dirigen la atención e influyen en la interpretación de los acontecimientos.

Los esquemas son *patrones cognitivos (formas de procesamiento de la información)* relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad (Gómez-Escalonilla, 2003). Son estructuras para la detección, codificación y evaluación de los estímulos que inciden en el individuo, permitiéndole categorizar e interpretar sus experiencias (Padesky, 1994).

Las estructuras cognitivas están organizados jerárquicamente en varios niveles sucesivos de acceso a la conciencia: *Pensamientos Automáticos, Creencias Intermedias y Creencias Centrales*.

Pensamientos Automáticos

Son un flujo de actividad constante (ideas, pensamientos, imágenes, recuerdos) que se desarrolla sin que las personas sean totalmente conscientes de ellos y que se activan ante determinados estímulos

externos e internos. Debido a la velocidad con la que se desarrolla esta actividad y a la emergencia automática de la misma, Beck les denominó "Pensamientos Automáticos"

Los Pensamientos Automáticos no surgen de una deliberación o un razonamiento sino que parecen brotar de manera automática y suelen ser veloces y breves y se considera que constituyen el nivel más superficial de la conciencia (Beck, 1995; Gómez-Escalonilla et al., 2003).

Están caracterizados por:

- Ser **automáticos**, es decir, se presentan sin que las personas lo pretendan.
- Ser **breves o telegráficos**, el mensaje se presenta resumido, en ocasiones en una o dos palabras: ¡qué cosas!, ¿por qué a mí?
- Parecer **evidentes y naturales**, por lo que son aceptados como ciertos sin ser sometidos a ningún análisis.
- Van acompañados de una gran carga emocional que les concede mayor fuerza y sensación de credibilidad.
- Son **específicos** para cada situación.

Creencias Intermedias

Son afirmaciones que están a un nivel más profundo. Se presentan en forma de valoraciones, suposiciones y reglas (Beck, 1995; Gómez-Escalonilla, et al., 2003).

Valoraciones o evaluaciones: "Es horrible", "es tremendo", "es imposible", "puedo", "no puedo", "soy capaz de...", "no soy capaz de..."

Suposiciones: son las construcciones que se hacen en relación a ciertas situaciones, p. e. Sí... entonces... "Sí me porto bien con todos, entonces no me abandonarán" o "Sí me porto mal con todos, entonces me abandonarán".

Reglas: son normas o deberes que se auto-imponen las personas (debo de..., tengo que...) o lo que exigen a los demás (el/ella debe de..., el/ella tiene que...) con su consiguiente condenación si no los cumplen.

Creencias Centrales o Nucleares

Están en el nivel más profundo de la conciencia. Constituyen los valores y principios fundamentales, las afirmaciones más globales y rotundas que las personas tienen de sí mismas, del mundo y de los demás (Beck, 1995; Gómez-Escalonilla et al., 2003). Estas creencias son globales, rígidas y se generalizan en exceso (Beck, 1995).

Las personas desarrollan diferentes tipos de Creencias Nucleares:

- *Acerca de sí mismas:* "soy débil", "soy incompetente", "los demás no me respetan", "soy inferior", "no soy normal", "me rechazarán".
- *Acerca de los demás:* "la gente no es de fiar", "todo el mundo es malo".
- *Acerca del mundo:* "este mundo es una vergüenza", "el mundo es un caos".

Las **estructuras cognitivas** (Pensamientos Automáticos, Creencias Intermedias y Creencias nucleares) permiten que las personas identifiquen los estímulos rápidamente, categoricen los eventos, seleccionen la clase de información que atenderán, cómo la estructuraran, qué importancia le atribuirán y qué sucederá como consecuencia (Pinedo, González, García, González y Herrera, 2005).

Según el modelo cognitivo las estructuras cognitivas (Pensamientos Automáticos, Creencias Intermedias y Creencias nucleares) son un elemento que contribuyen al mantenimiento de la dependencia a las drogas (Beck, Wright, Newman y Liese ,1999).

Las creencias adictivas deben ser consideradas como un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape. Pueden dividirse en varios grupos: las que guardan relación con la idea de que uno necesita la sustancia si tiene que mantener el equilibrio psicológico y emocional; la expectativa de que la sustancia mejorará el funcionamiento social e intelectual; la creencia de que la droga energizará al individuo y le dará más fuerza y poder; la expectativa de que la droga calmará el dolor; el supuesto de que la droga aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión y la depresión; y la convicción de que a menos que se consuma para neutralizar la angustia ésta continuará indefinidamente, y con toda probabilidad, empeorará (Beck et al. 1999).

Existen creencias básicas relacionadas con el consumo de drogas denominadas creencias básicas adictivas. Un ejemplo de ellas son: "todo el mundo consume", "esto es lo mío", "si no consumo no seré feliz", etc., que están a la base del deseo de consumo, de modo que en la medida en que la persona que se identifica con estas creencias básicas se expone a estímulos condicionados con el consumo de drogas, el deseo aparecerá intensamente (Martínez y Verdejo, 2011).

La principal meta de la Terapia Cognitiva es comprender y modificar las interpretaciones erróneas que presentan las personas relacionados con el consumo de drogas.

Terapia Cognitivo-Conductual

La denominación de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos y conductuales (Stallard, 2007). Es un modelo de intervención en el que se fusionan principios y procedimientos derivados del Condicionamiento Clásico, Condicionamiento Operante, Teoría del Aprendizaje Social y Teoría Cognitiva (Caroll y Rounsaville, 2006; Caroll et al., 2005).

Desde la perspectiva del modelo Cognitivo-Conductual, los problemas psicológicos que presentan las personas son entendidos en términos de mecanismos de aprendizaje y procesamiento de la información (Hazlett-Stevens y Craske, 2002), por lo que la TCC se concentra en la relación existente entre, las cogniciones (procesos del pensamiento), las emociones (lo que sentimos), las conductas (lo que hacemos) y sus consecuencias (lo que obtenemos) y la situación/contexto en el que se presentan (ambiente), para solucionar los problemas y mejorar la calidad de vida de las personas.

Para comprender las relaciones entre los elementos que integran las reacciones y percepciones que tienen las personas ante los eventos de la vida, el modelo promueve que el paciente:

- Registre sus cogniciones (pensamientos automáticos).
- Ejecute experimentos personales, para validar o desechar algunas creencias y,

- Examine la naturaleza de las creencias que dan lugar a sus trastornos emocionales y conductuales.

En la TCC, la parte “cognitiva” consiste en examinar los pensamientos automáticos, irracionales y desadaptativos, que se presentan antes, durante y después, en una situación en particular, en tanto que la parte “conductual” consiste en examinar qué conductas ocurren antes, durante y después de la situación (Wenzel, Brown y Karlin, 2011).

Características esenciales de la TCC

La práctica de la TCC está basada en varios principios que guían la intervención (Stallard, 2007), a saber:

- 1) *Se sustenta en una determinada teoría.* La TCC se basa en modelos empíricamente comprobables que determinan la base y el fundamento lógico de las intervenciones.
- 2) *Se basa en un modelo de colaboración.* Las personas desempeñan un papel activo en lo referente a reconocer sus metas, establecer sus objetivos, experimentar, practicar y supervisar su propio rendimiento. El papel del terapeuta es ser un guía en la comprensión de sus problemas y las formas alternativas de solucionarlas.
- 3) *Tiene un plazo limitado.* Es una terapia breve y con un plazo limitado, el cual no suele prolongarse más allá de 16 a 20 sesiones.
- 4) *Es objetiva y estructurada.* Constituye un modelo estructurado y objetivo que guía y orienta a las personas a lo largo del proceso de evaluación, formulación del problema, intervención terapéutica, seguimiento y valoración.
- 5) *Se centra en el aquí y ahora.* Los tratamientos cognitivo-conductuales se concentran en el presente, abordando los problemas y dificultades actuales.
- 6) *La TCC se basa en un proceso de autodescubrimiento y experimentación convenientemente guiados.* Se trata de un proceso activo que fomenta el hábito de cuestionar la validez de los pensamientos y creencias.
- 7) *La TCC es un modelo basado en la adquisición de nuevas habilidades.* Se trata de un enfoque centrado en la adquisición de habilidades con el objeto de aprender otras formas alternativas de pensar y actuar.

En síntesis la TCC es un modelo de intervención que se interesa por comprender la forma de interpretar los hechos y las experiencias así como por identificar, entender y modificar las distorsiones que son la base de los trastornos emocionales y conductuales que presentan las personas (Dobson et al., 2010).

Los factores sociales en el consumo de Inhalables.

El consumo de inhalables obedece a múltiples factores (psicológicos, biológicos y sociales) que pueden aumentar o disminuir el riesgo de que una persona abuse o desarrolle dependencia a la sustancia; de ente ellos, los factores sociales que están presentes en los ambientes en los que se desarrollan las personas pueden facilitar el inicio o mantenimiento de un proceso adictivo. En este sentido es importante conocer el contexto social que rodea a los consumidores de inhalables.

Los inhalables son consumidos principalmente por niños, adolescentes y jóvenes; aunque también hay adultos consumidores y más recientemente las mujeres reportan un incremento importante en el consumo. Es también la segunda droga de preferencia entre los adolescentes escolarizados de la Ciudad de México. Además el 40.7% de los hombres y el 35.8% de las mujeres consideran que es fácil o muy fácil conseguirla (Villatoro, Cruz, Ortiz, y Medina-Mora, 2011; Villatoto et al. 2011).

En nuestro país el consumo de inhalables se comenzó a documentarse desde la década de 1960, ya en la década de 1970 se identificó principalmente a jóvenes, menores infractores y menores que trabajan en la calle como consumidores de inhalables (Medina-Mora 1987). Para la década de 1980 era ya considerado un problema de Salud pública debido al tipo de población que consumía, regularmente grupos marginados o con desventajas económicas, y por sus efectos y consecuencias (Medina-Mora y Castro; 1984).

En la actualidad el consumo de estas sustancias se ha extendido entre personas de todos los estratos económicos (Cruz, S. 2011), principalmente entre jóvenes que viven con sus familias y asisten a la escuela (Villatoro, Cruz, Ortiz, y Medina-Mora, 2011; Villatoro et al. 2011).

Algunos de los factores sociales que han estado presentes mientras suceden estos cambios, se enlistan a continuación CENADIC (2012):

- Disponibilidad: Los productos están en casa, en la escuela, en el trabajo.
- Fácil acceso: pueden comprarse fácilmente, o incluso robarse sin grandes dificultades.
- Son legales: Se comercializan de manera legal. Aunque en nuestro país está prohibido el venderlos a menores de edad, es fácil que los jóvenes los adquieran.
- Son baratos: Comprar corrector líquido, "thinner", aerosoles, aguarrás, entre otros, no requiere de grandes cantidades de dinero. Los solventes, pegamentos y el thinner son los productos más usados entre la población general, estudiantes y poblaciones especiales.
- Se emplean en actividades sociales: lamentablemente en nuestro país, cada vez más jóvenes consumen inhalables para actividades de convivencia, por ejemplo, los llamados "perreos" o "reggaetón" (fiestas clandestinas).
- Se ocultan fácilmente: En la ropa, en las mochilas, en recipientes, son varios los lugares que sirven para esconderlos.
- Desconocimiento de los riesgos y daños: Tanto adultos, como jóvenes y niños, desconocen los diversos riesgos y daños que trae consigo el consumo de inhalables.
- Generalmente no los identifican como sustancias de abuso.

La situación familiar de los inhaladores, mayormente será de desintegración y/o desestructura donde puede existir el abandono de uno o ambos padres, o pudiendo manifestarse una ausencia de familia como es el caso de los niños y jóvenes en situación de calle que presentan esta característica.

De acuerdo a De la Garza y Vega (2004), se han encontrado algunas diferencias significativas entre familias marginadas y otras que no poseen éstas características, siendo las primeras en donde se encuentra un mayor número de casos de consumidores de sustancias Inhalables. Sin embargo el consumo de inhalables no es exclusivo de poblaciones con estos rasgos de precariedad.

Otros factores que pueden estar presentes en el consumo de estas sustancias es el grado de escolaridad (a nivel personal y familiar), ya que se ha encontrado la relación que a mayor grado de

analfabetismo es mayor el consumo; la temporalidad del empleo o carencia de este, puesto que el costo a algunas de estas sustancias no implicará un gran costo.

Éstas realidades de algunos consumidores será un elemento que influya en el consumo de los inhalables dado que debido a la composición de estas sustancias, los efectos euforizantes se manifiestan de manera rápida, provocando sentimientos de bienestar (De la Garza y Vega, 2003), provocando el olvido u omisión de algunas de las necesidades básicas del ser humano cómo lo es el hambre y el frío.

Sierra et al (2005) hacen referencia a esta situación cuando nos dicen:

"...el principal factor que explica y justifica su consumo es la precariedad de condiciones materiales, como el hambre y el frío. Por ello lo consumen principalmente grupos como los "pordioseros", los indigentes y los "ñeros" (habitantes de la calle)."

Es en la mayoría de los casos la relación de la precariedad con el consumo de los inhalables puede convertirse en parte de un imaginario y percibirse como situaciones que van acompañadas (situación de calle/pobreza - consumo de inhalables).

Sierra et al., (2005) mencionan que la opinión de los jóvenes acerca del consumo radica en los problemas familiares y las ganas o la necesidad de "escapar de la realidad". O que estas se "consumen para olvidarse de todo, cuando tienen muchos problemas en la casa o por amor o algo, la consumen para olvidarse de todos esos problemas".

Por lo que es importante para el tratamiento de consumidores de estas sustancias tener en cuenta estos factores que se han mencionado debido a que en ocasiones es una realidad que el consumo de inhalables será el medio que les esté brindando la única estabilidad posible.

A pesar de que el consumo de los Inhalables no tuvo un aumento significativo de acuerdo a la última Encuesta Nacional de Adicciones (2011) y tomando en cuenta los factores biopsicosociales en el consumo de drogas, es importante analizar y no dejar de lado todos los factores sociales que se presentan en los consumidores de estas sustancias.

CONSIDERACIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La población que consume inhalables presenta características similares y distintas a las de las personas que consumen otras drogas. Las personas consumidoras de inhalables pueden presentar múltiples problemas tales como el uso de varias drogas, una vida familiar caótica, bajo rendimiento escolar, baja auto-estima, trastornos de la personalidad, pobre control de impulsos y pobre funcionamiento cognitivo, además pueden presentar deficiencias neurológicas. Por ello el tratamiento puede presentar mayor complejidad y por tanto requerir de mayores recursos que los utilizados para ayudar a las personas que consumen otras drogas. (SAMHSA, 2003; Prevention Coalition, 2012).

Bajo este contexto y enfocándose el abordaje clínico de los inhalables, los pocos reportes en la literatura y gran parte de lo que está disponible advierte de los malos resultados obtenidos en comparación con el tratamiento de otras sustancias de abuso, por lo que se recomienda que el tratamiento debe estar enfocado específicamente en el consumo de inhalables (d'Abss y Mclean, 2008, Konghom, et al., 2010).

Además se aconseja prestar atención a las siguientes consideraciones para el desarrollo de la intervención (Jumper-Thurman, Plested y Beauvais, 1995; SAMHSA, 2003; d'Abss y Mclean, 2008, Prevention Coalition, 2012):

- Las personas que abusan de los inhalables tienden a tener periodos muy cortos de atención y complicaciones con el pensamiento complejo, por lo que las sesiones iniciales de terapia deberían ser cortas en tiempo.
- Los objetivos del tratamiento deben plantearse a corto y largo plazo atendiendo a las necesidades de los/las pacientes.
- En las fases iniciales del tratamiento, es necesario disminuir las complicaciones médicas relacionadas con el consumo y mejorar la capacidad del individuo para funcionar sin drogas.
- Las metas a largo plazo es ayudar a los pacientes a mantener un estilo de vida libre del consumo de drogas.
- Evaluar continuamente el plan de tratamiento de los/las pacientes para ajustarlos a sus necesidades.
- Trabajar en la adherencia terapéutica para que los/las pacientes permanezcan el tiempo necesario para su recuperación.
- La evaluación física, cognitiva y del funcionamiento neurológico es imprescindible.
- Evaluar el funcionamiento familiar.
- Involucrar a la familia en el tratamiento.
- Desarrollar un programa individualizado de rehabilitación.
- Incluir la terapia física y ocupacional.
- Conformar grupos específicos de consumidores de inhalables.
- El seguimiento de esta población es importante.

Stallard (2010) hace algunas recomendaciones respecto al trabajo con adolescentes en terapia cognitivo-conductual que deben considerarse para la aplicación de esta propuesta de tratamiento:

1. Fomentar la colaboración: el profesional tiene que transmitir la sensación de estar dispuesto a trabajar con el/la adolescente a superar su problema con el consumo de inhalables. "El profesional resulta ser un educador y un facilitador que ofrece un marco de trabajo dentro del cual los/las adolescentes pueden analizar, comprender e identificar nuevas formas de pensar y de actuar".
2. Fomentar la objetividad: "el profesional debe de mantener la objetividad y fomentar un modelo de empirismo colaborador en virtud del cual se aliente al joven a comprobar sus propios puntos de vista y encontrar una posible evidencia que los apoye o los contradiga".
3. Formular preguntas que ayuden a los/las adolescentes a analizar, revisar y cuestionar sus creencias. "A los/las adolescentes se les puede animar a expresar sus ideas ayudándose de unas preguntas predeterminadas y precedidas de una fórmula breve del tipo de: Probablemente hay muchas formas diferentes de abordar esta cuestión... ¿Cómo le harías tú?".
4. Implicar a personas significativas o importantes: es importante reconocer e incluir las influencias significativas para los/las adolescentes.

Finalmente la intervención con adolescentes y jóvenes que consumen inhalables, es una tarea que requiere del buen juicio clínico del terapeuta, sentido común, buen humor, paciencia, inteligencia y lo más importante de todo, comprensión (Jumper-Thurman, et al., 1995).

INDICACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

- La intervención está diseñada para que se aplique de manera grupal (ya sea en grupo abierto o cerrado), no obstante puede adaptarse para realizarse de manera individual.
- Los grupos pueden abrirse a partir de tres pacientes.
- Si bien los componentes que constituyen la intervención están diseñados para aplicarse en orden progresivo, por lo que se recomienda apegarse lo más posible a la secuencia propuesta, no obstante, el/la terapeuta puede realizar los ajustes a la intervención que considere pertinentes en función de las necesidades de los/as participantes y en pro del cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
- Los temas deben adaptarse a los/las pacientes y/o grupos, no de modo contrario.
- Los componentes pueden ser abordados en varias sesiones grupales, dependiendo del ritmo y dinámica del grupo.
- En algunos temas, se proporcionan conceptos básicos sobre las temáticas a abordar en las sesiones, si el/la terapeuta desea profundizar en ellas puede utilizar bibliografía completaría.
- El desarrollo de las sesiones comprende el abordaje de los siguientes aspectos:

a) *Enlace con la sesión anterior.* Tender un puente entre sesiones favorecerá que los/las pacientes tengan presente los temas, las reflexiones y conclusiones a las que se haya llegado en los ejercicios realizados.

b) *Revisión de metas y registro del consumo de inhalables.* Esta actividad es de suma importancia en el acompañamiento del proceso de tratamiento. Consiste en la exploración del cumplimiento de la meta establecida semana a semana por el/la paciente: se trata de identificar los factores que contribuyeron al cumplimiento de la meta o bien los factores que la dificultaron. En esta actividad se realiza también el registro del patrón de consumo de cada paciente en el formato "Gráfica de la abstinencia".

c) *Explorar el estado emocional de los/las pacientes.* Esta actividad permitirá dirigir los esfuerzos de el/la terapeuta a trabajar sobre los aspectos cotidianos que no están contemplados en los temas propuestos que pudieran presentar los/las pacientes en su proceso de tratamiento y a los cuales hay que darles prioridad,

d) *Desarrollo del tema.* De acuerdo con los objetivos de cada tema, el/la terapeuta debe realizar una pequeña introducción al tema y emplear una o más técnicas sugeridas en cada sesión. La aplicación de las técnicas tiene como finalidad favorecer que los/as participantes adquieran o refuercen habilidades específicas. Igualmente, el/la terapeuta debe promover la construcción de climas grupales tendientes a lograr interacciones basadas en el respeto, la equidad y la colectividad.

e) *Cierre del tema.* Es importante que el/la terapeuta destaque los aspectos de mayor importancia con respecto al trabajo realizado en la sesión.

- En todo momento se deberá fortalecer la motivación de los/las participantes para comprometerse con las actividades terapéuticas. Lo importante es lograr que éstos se sientan apoyados, acompañados durante el proceso y que perciban que el proyecto terapéutico puede satisfacer sus expectativas.
- Es importante que el/la terapeuta utilice un lenguaje sencillo y claro, así como ejemplos de la vida cotidiana, que permita a los/as adolescentes reflexionar sobre sus propias experiencias y propongan alternativas acordes a su realidad.
- Con respecto a la inclusión de la perspectiva de género en el desarrollo de los temas, se recomienda que el/la terapeuta favorezca el reconocimiento de las diferencias individuales de acuerdo al género, tratando de que lo aprendido lo incorporen a su vida cotidiana.

CONTROL DE ESTÍMULOS

El componente tiene la finalidad de apoyar a los/las pacientes para que inicien el proceso de abstinencia, promoviendo la reducción progresiva en alguna variable del patrón de consumo.

Objetivo: Preparar a los/las participantes para que sean capaces de identificar situaciones —internas y externas— que originan la conducta de consumo, así como proporcionarles herramientas para que una vez identificadas las situaciones, sean capaces de enfrentarlas sin llevar a cabo la conducta.

Sesión 1: Factores externos e internos asociados al consumo

Objetivo: Los/las pacientes comenzarán a identificar los factores internos y externos que están asociados al consumo de inhalables.

Actividad	Descripción	Tiempo
1. Bienvenida y Presentación	<ul style="list-style-type: none"> El objetivo de esta actividad es generar un clima de confianza. Guíese de la siguiente técnica de presentación o apóyese en alguna que considere resulte de mayor utilidad. <p>Técnica: Autopresentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cada paciente dice algunos datos, su nombre, lugar de procedencia y motivo de presencia en el grupo. Motive la participación de todos los/las asistentes iniciando la presentación usted. Preste atención al motivo que manifiestan los/las pacientes y de ser necesario deténgase a trabajar sobre este tema. 	10 minutos
2. Contexto del Consumo	<ul style="list-style-type: none"> La actividad está diseñada para explorar las condiciones en las que el problema de consumo se desarrolló, de tal manera que los/las participantes vayan identificando los factores internos y externos que están asociados al consumo de inhalables. Solicite al grupo que de manera individual reflexione sobre las preguntas que se presentan en el cuadro 1 y vallan anotando las respuestas a las mismas. Las preguntas guía las puede escribir en un pizarrón o imprimirlas y entregar una copia a cada uno de los/las participantes. Es importante que aclare que no se trata de un examen, por lo que no hay respuestas buenas o malas, se trata de tener un acercamiento a las condiciones en que se desarrolló su consumo. Transcurrido el tiempo, solicite a los/las participantes compartir sus reflexiones con el resto del grupo. Retroalimente a los/las participantes: profundice en las 	30-45 minutos

	<p>respuestas, pregunte: ¿cómo se sintieron con el ejercicio? ¿Qué aprendieron? trate de que todos participen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las respuestas vertidas en el ejercicio servirán para trabajar con ellas en futuras sesiones por lo que se les solicitará conservar el ejercicio. 	
3. Establecimiento de meta semanal.	<ul style="list-style-type: none"> El objetivo de este ejercicio es que los/las pacientes comiencen a realizar intentos por reducir o dejar el consumo. Se trata de que elijan entre dos opciones las cuales se presentan el cuadro 2. Entregue un cuadro a cada participante y verifique que elijan la opción que consideren posible. 	10 minutos
4. Cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> Explore si quedan dudas sobre los temas abordados. Indique el día y hora de la próxima reunión. 	10 minutos

Recursos y Materiales

- Cuadro 1. Preguntas Guía
- Cuadro 2. Establecimiento de Metas

Cuadro 1 Preguntas Guía

- *¿Cuándo fue la primera vez que consumiste inhalables? ¿En dónde fue? ¿Con quién estabas? ¿Qué fue lo que te gusto? ¿Hubo algo que no te gustara?*
- *¿Recuerdas el motivo por el que iniciaste el consumo? ¿Cuál fue?*
- *¿Qué situaciones en tu vida consideras que contribuyeron a la decisión de consumir? ¿Qué estaba pasando en tu vida antes de que iniciaras el consumo?*
- *¿Qué sentiste la primera vez que consumiste inhalables? ¿Con quién estabas?*
- *¿Consideras que el consumo de drogas te ha cambiado en algo?*
- *¿Qué es lo que te gusta de consumir inhalables?*
- *¿Qué personas (amigos, familiares, conocidos) crees que influyeron para que decidieras consumir?*
- *¿Actualmente cuál es la razón por la que continuas consumiendo inhalables?*
- *¿Has intentado dejar consumir? ¿Funcionó? ¿Qué fue lo que hiciste?*

Cuadro 2

Mi meta para esta semana es:

1. Dejar de Consumir ()

2. Reducir el consumo ()

¿Cuánto te gustaría reducir esta semana?

Cantidad: _____

Ocasiones: _____

Sesión 2: Los activadores del consumo

Objetivo: Identificar los estímulos que activan el consumo de inhalables.

Actividad	Descripción	Tiempo
1. Revisión de metas	<ul style="list-style-type: none"> • Revise el cumplimiento de la meta y regístrelo en la gráfica personal de consumo de inhalables de cada paciente. • Enlace la sesión anterior con el tema que abordaran. • Explore si hay algún tema de mayor relevancia para abordar en la sesión. 	10 minutos
2. Los activadores del consumo.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyado en la tabla 1 explique a los/las pacientes los tipos de activadores que se han identificado y su relación con la conducta del consumo de inhalables. (Consulte la información de ayuda) 	10 Minutos
3. Los disparadores internos.	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo del ejercicio es que los/las pacientes comiencen a identificar y reconocer ciertos disparadores como las emociones, los pensamientos y las sensaciones físicas que experimentan. Se sugiere considerar las respuestas de la sesión anterior para identificar este tipo de factores. • Para llegar al objetivo, presente a los integrantes del grupo una imagen como la que se muestra en la fig. 2. • A continuación solicite a los/las participantes que elaboren un esquema similar en el que registren en cada opción los disparadores que es su caso particular intervienen en su consumo de inhalables, según corresponda. <p>Trabaje junto con los/las participantes sobre los disparadores identificados, verificando en primer lugar que el factor descrito se corresponda con la categoría. Posteriormente realice un ejercicio de reflexión sobre los disparadores identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ¿Cuál crees que sea tu principal disparador interno de consumo en el área de las emociones? ❖ ¿Cuál crees que sea tu principal disparador interno de consumo en el área de los pensamientos? ❖ ¿Cuál crees que sea tu principal disparador interno de consumo en el área de sensaciones físicas? ❖ ¿Cuál tipo de disparador consideras que tiene mayor poder (influencia) de activación del consumo? ❖ ¿Te sientes capaz de dominar ese disparador? Si-No ¿Por qué? 	30 Minutos

<p>4. Los disparadores externos</p>	<p>La actividad busca estimular a los/las pacientes para que comiencen a relacionar e identificar que los lugares como la cuadra, la escuela, su cuarto, su colonia; las circunstancias ambientales, como los problemas familiares o escolares, la falta de opciones de esparcimiento y algunas personas, como los amigos que consumen, alguien que admiran y que consume, la persona que les vende entre otras, están involucrados en la conducta de consumo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divida el pizarrón en tres columnas, en una columna escriba "Lugares en donde se puede consumir", en otra "Situaciones en las que se puede consumir" y en la última "Personas relacionadas con el consumo", como se muestra en la tabla 2. • Solicite a los/las pacientes que registren los elementos que consideran intervienen en su consumo según corresponda. Se sugiere considerar las respuestas de la sesión anterior para identificar sus disparadores externos. <p>Trabaje junto con los/las participantes sobre los disparadores registrados, verificando en primer lugar que el factor identificado se corresponda con la categoría. Posteriormente realice un ejercicio de reflexión sobre los disparadores identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es tu lugar favorito de consumo? • ¿Cuál crees que sea la principal situación bajo la que consumes? • ¿Cuál crees que sea tu principal disparador interno de consumo en el área de sensaciones físicas? • ¿Cuáles son las principales personas relacionadas con tu consumo? • ¿Te sientes capaz de evitar ese... lugar; situación; persona? Si-No ¿Por qué? • 	<p>30 minutos</p>
<p>3. Establecimiento de meta semanal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo de este ejercicio es que los/las pacientes comiencen a realizar intentos por reducir o dejar el consumo. Se trata de que elijan entre dos opciones las cuales se presentan el cuadro 2. • Entregue un cuadro a cada participante y verifique que elijan la opción que consideren posible. 	<p>10 minutos</p>
<p>4. Cierre de la sesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realice un resumen de la sesión, recordando que aquellos disparadores que han identificado son situaciones que tendrán que comenzar a evitar. 	<p>10 minutos</p>

Recursos y Materiales

- Tabla 1. Tipos de activadores
- Cuadro "información de ayuda"
- Fig. 1.
- Tabla 2.
- Cuadro 2.

Tabla 1. TIPOS DE ACTIVADORES	
<i>Externos (Ambiente)</i>	<i>Internos (Persona)</i>
Personas (Amigos que consumen, el vendedor)	Pensamientos (sólo esta vez, no pasa nada)
Circunstancias (Problemas familiares o escolares, falta de opciones de esparcimiento)	Emociones (Ira, Enojo, Tristeza, Alegría)
Lugares (La cuadra, la escuela, las canchas)	Sensaciones (Estados Físicos) (Cansancio, Ansiedad, estrés)

Información de ayuda

Tipos de activadores

Una vez que el consumo de drogas forma parte de las actividades de las personas, existen diversas situaciones que se asocian al consumo y que con el tiempo pueden iniciar el consumo de la droga. A este tipo de situaciones se les llama disparadores/activadores.

Los disparadores son acontecimientos que están presentes o que ocurren inmediatamente antes de consumir, y son básicamente de dos tipos: externos (que están en el ambiente de la persona) e internos (suceden en el interior de la persona).

Los disparadores externos hacen referencia a eventos que suceden al exterior de las personas y que por la tanto escapan un poco de su control. En esta categoría entran las personas (aquellas que nos encontramos inesperadamente y nos invitan a consumir), las circunstancias (problemas familiares o escolares) y los lugares (la cuadra, la escuela, las canchas, el bar, etc.).

Los disparadores internos se refieren a eventos que suceden dentro de la persona y de los cuales se puede tener mayor conocimiento y control. Estos eventos pueden ser: pensamientos (por ejemplo, "Solo una vez más", "No pasa nada"), emociones (Por ejemplo, miedo, ansiedad, enojo), sensaciones físicas (dolores de cabeza, tensión, cansancio).

Fig. 1

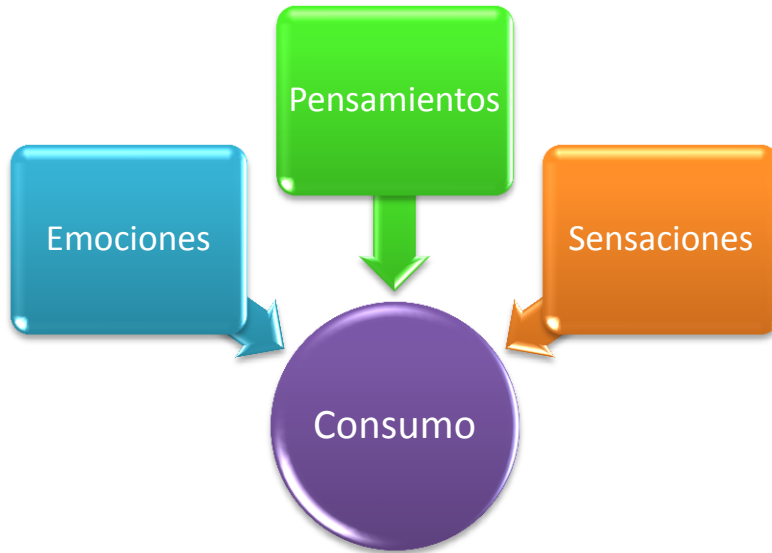


Tabla 2

Lugares donde puedo consumir	Situaciones en las que puedo consumir	Personas relacionadas con el consumo

Cuadro 2

Mi meta para esta semana es:

1. Dejar de Consumir ()

2. Reducir el consumo ()

¿Cuánto te gustaría reducir esta semana?

Cantidad: _____

Ocasiones: _____

Sesión 3: El consumo y los activadores

Objetivo: que los/las pacientes identifiquen la secuencia en la que se integran los pensamientos, las circunstancias y las emociones implicadas en su consumo.

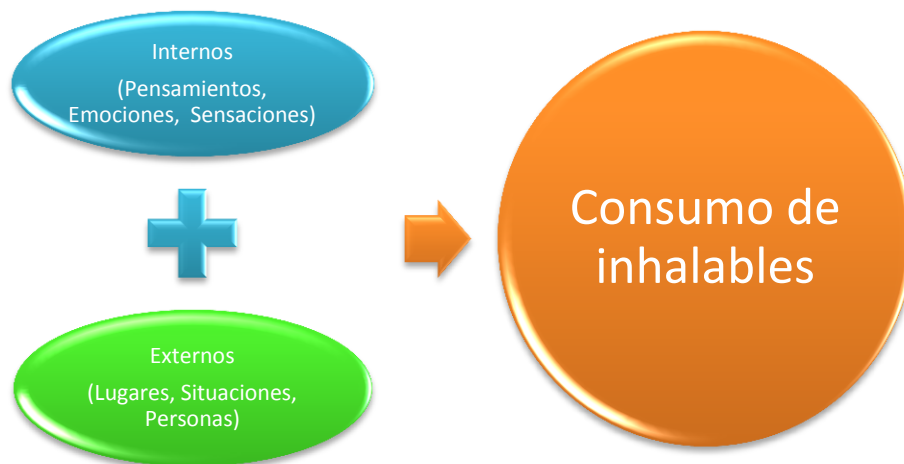
Actividad	Descripción	Tiempo
1. Revisión de metas	<ul style="list-style-type: none"> • Revise el cumplimiento de la meta y regístrelo en la gráfica personal de consumo de inhalables de cada paciente. • Enlace la sesión anterior con el tema que abordaran. • Explore si hay algún tema de mayor relevancia para abordar en la sesión. 	10 minutos
2. Antes del consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyado en la fig. 2 y en la información de ayuda, explique a los/las pacientes la conjunción de disparadores que se relacionan para llegar al consumo. 	10 minutos
3. La cadena de consumo	<p>Para reforzar y clarificar el tema, se muestra una secuencia de como se integran los disparadores en una cadena eventos que concluye en el consumo de inhalables (fig. 3).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explique que los “disparadores” se pueden presentar en conjunto para formar una secuencia (fig. 3) o bien, presentarse un solo evento que activa la secuencia (fig. 3.1), aunque lo más común es que se aparezcan conjuntamente. Estos eventos anteceden, es decir, están presentes antes de que se lleve a cabo el consumo, por lo que es importante que los tengan presentes, ya que serán las señales que podrán identificar en futuras ocasiones para evitar consumir. 	10 minutos
4. Ejercicio de reflexión	<p>El objetivo del ejercicio es que los/las pacientes logren identificar la secuencia de disparadores de su conducta de consumo y lo plasmen de manera gráfica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entregue una hoja en blanco y lápices a cada paciente. • Explique el objetivo del ejercicio. • Solicite a los/las pacientes que recuerden el episodio más reciente en el que hayan consumido, que traten de identificar los disparadores de ese episodio y que realicen el esquema de la cadena de consumo con sus propios disparadores. • Para facilitar el ejercicio tenga a la mano la figura de la cadena de consumo. • 	30 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • Trabaje junto con los/las participantes sobre las cadenas de disparadores realizadas: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ahora que has identificado los disparadores en esa situación ¿Te sientes capaz de evitar el consumo? Si- No ¿Por qué? ❖ ¿Qué tan a menudo sucede el consumo bajo las circunstancias descritas? • Solicite a los/las pacientes que conserven su cadena. 	
5. Establecimiento de meta semanal.	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo de este ejercicio es que los/las pacientes comiencen a realizar intentos por reducir o dejar el consumo. Se trata de que elijan entre dos opciones las cuales se presentan el cuadro 2. • Entregue un cuadro a cada participante y verifique que elijan la opción que consideren posible. 	10 minutos
6. Cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Realice un resumen de la sesión, recordando que aquellos disparadores que han identificado son situaciones que tendrán que comenzar a evitar. • Explore si quedan dudas sobre los temas abordados. • Indique el día y hora de la próxima reunión. 	10 minutos

Recursos y Materiales

- Figura 2.
- Figura 3.
- Figura 3.1
- Cuadro 2.
- Información de ayuda.

Figura 2
Antes del consumo



Información de ayuda

Los disparadores son acontecimientos, pensamientos y/o emociones que están presentes o que ocurren inmediatamente antes de consumir.

El consumo es el acto final de una serie de eventos en los que se encadenan los disparadores.

Ejemplo: Sí un amigo me invita a consumir cuando estoy aburrido (situación ambiental) y viene a mi mente que me la pasaré bien (Pensamiento), sentiré entusiasmo (emoción), y finalmente consumiré (conducta).

El objetivo es transmitir a los/las pacientes que el consumo no es un acto espontaneo o aislado, sino que es un acto en el que se mezclan distintas circunstancias, emociones y pensamientos.

Fig. 3 Cadena de consumo.



Fig. 3.1 Cadena de consumo.



Cuadro 2

Mi meta para esta semana es:

1. Dejar de Consumir ()

2. Reducir el consumo ()

¿Cuánto te gustaría reducir esta semana?

Cantidad: _____

Ocasiones: _____

Sesión 4: Evitar el consumo (Planes de Acción)

Las actividades tienen el objetivo de que los/las pacientes comiencen a elaborar estrategias para enfrentar el consumo a partir de sus experiencias.

Actividad	Descripción	Tiempo
1. Revisión de metas	<ul style="list-style-type: none">• Revise el cumplimiento de la meta y regístrelo en la gráfica personal de consumo de inhalables de cada paciente.• Enlace la sesión anterior con el tema que abordaran.• Explore si hay algún tema de mayor relevancia para abordar en la sesión.	10 minutos
2. Juego de roles	<p>Explique a los/las pacientes en que consiste la técnica de juego de roles.</p> <ul style="list-style-type: none">• La técnica consiste básicamente en representar una escena o situación en la que generalmente se da el consumo de inhalables.• El objetivo es que los/las pacientes observen como se desarrollan en una situación (simulada) en la que consumen regularmente, para prestar atención a las acciones que realizan y obtener información que ayude a modificar la conducta de consumo. <p>Metodología de la técnica</p> <ol style="list-style-type: none">1. Explicar la técnica que se va a emplear.2. Invitar a algunos miembros del grupo a participar en la representación.3. Solicitar a los/las participantes elegir la situación que se presentara y analizará.4. Dependiendo de la situación se asignaran los papeles.5. Dejar que se desarrolle la representación de la situación elegida.6. Cuando el coordinador considere que el caso ha sido expuesto lo suficiente, da por concluida la presentación.7. Los/las participantes expresarán sus impresiones sobre el desarrollo de la presentación y la situación misma. El/la coordinador/a puede guiar la participación preguntando: ¿Se pudo evitar el consumo? ¿Qué pudo haber hecho (nombre al participante) de manera diferente para no consumir? ¿Cómo lo tuvo que haber hecho? El objetivo es que los observadores comiencen a plantear acciones que se pudieron haber realizado para evitar el consumo.	10 minutos

	<p>8. El/la coordinador/a hace un resumen sobre la presentación los orienta hacia la siguiente actividad.</p> <p>9. Si el/la coordinador/a lo considera necesario puede llevar a cabo las representaciones que considere necesarias.</p>	
3. Desarrollo de planes de acción	<p>El objetivo de esta actividad es que los/las pacientes comiencen a desarrollar estrategias de afrontamiento que les sean de utilidad para evitar el consumo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicite a los/las pacientes que retomen la cadena de la sesión anterior, si no la conservaron que realicen una nueva cadena, y que elaboren una estrategia (plan de acción) como lo hicieron en el ejercicio grupal, que consideren les ayudaría en un futuro a enfrentar la misma situación sin llegar la consumo. • En el desarrollo de las estrategias los/las pacientes deberán especificar: ¿Qué harían? y ¿Cómo lo harían? Para ello se pueden apoyar en el cuadro 3 . • Al finalizar la actividad, revise que los planes consistan de pasos lógicos y aplicables a las situaciones. • Lleve a cabo un nuevo juego de roles con voluntarios para ensayar la estrategia elaborada. 	40 minutos
4. Establecimiento de meta semanal.	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo de este ejercicio es que los pacientes comiencen a realizar intentos por reducir o dejar el consumo. Se trata de que elijan entre dos opciones las cuales se presentan el cuadro 2. • Entregue un cuadro a cada participante y verifique que elijan la opción que consideren posible. 	10 minutos
5. Cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Realice un resumen de la sesión, recordando que las estrategias ensayadas son recursos que podrán poner en práctica ante las situaciones de consumo que se presenten en el transcurso de una semana a otra. • Explore si quedan dudas sobre los temas abordados. • Indique el día y hora de la próxima reunión. 	10 minutos

Recursos y Materiales

- Cuadro 3.
- Cuadro 2.

Cuadro 3. Estrategias de acción		
Situación de riesgo: Aburrimiento-Tiempo libre		
SITUACIÓN	¿Qué harías? ESTRATEGIA	¿Cómo lo harías? PASOS

Cuadro 2 Mi meta para esta semana es:	
1. Dejar de Consumir ()	
2. Reducir el consumo ()	
¿Cuánto te gustaría reducir esta semana?	
Cantidad:	_____
Ocasiones:	_____

ANÁLISIS FUNCIONAL

Este componente tiene el objetivo de que los/las pacientes encuentren la relación entre su consumo y los beneficios por los cuales lo llevan a cabo. Este proceso se lleva a cabo mediante la identificación y análisis de las consecuencias a corto y largo plazo del consumo de inhalables.

Sesión 5: Riesgos y consecuencias.

Objetivo: Los/las pacientes identificarán el inicio y el fin de los episodios de consumo, así como las consecuencias a corto y largo plazo de esta conducta.

Actividad	Descripción	Tiempo
1. Revisión de metas	<ul style="list-style-type: none"> • Revise el cumplimiento de la meta y regístrelo en la gráfica personal de consumo de inhalables de cada paciente. • Enlazar la sesión anterior. Revisar si aplicaron las estrategias (planes de acción y evaluar la funcionalidad de llevarlas a cabo). Si es necesario reforzar los planes de acción puede dedicarle una sesión más. • Explore si hay algún tema de mayor relevancia para abordar en la sesión. 	10 minutos
2. Riesgos y consecuencias del consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Realice una exposición general sobre los efectos y consecuencias del consumo de los inhalables. Puede apoyarse en la información de ayuda. 	15 Minutos
3. Durante y después del consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyado en la figura 4 y en la información de ayuda del cuadro 5 guíe a los/las pacientes para que cada uno identifique las consecuencias del consumo de inhalables en las fases que se mencionan en la figura, principalmente en lo que sucede "Durante" y "Después" del consumo. 	30 minutos
3. Establecimiento de meta semanal.	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo de este ejercicio es que los/las pacientes comiencen a realizar intentos por reducir o dejar el consumo. Se trata de que elijan entre dos opciones las cuales se presentan el cuadro 2. • Entregue un cuadro a cada participante y verifique que elijan la opción que consideren posible. 	10 Minutos
4. Cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Explore si quedan dudas sobre los temas abordados. • Indique el día y hora de la próxima reunión. 	10 Minutos

Recursos y materiales

- Información de ayuda: ¿Qué son los inhalables?
- Cuadro 2,4 y 5
- Figura 4

Información de ayuda para el/la terapeuta: ¿Qué son los Inhalables?

Los Inhalables son sustancias volátiles que al entrar en contacto con el ambiente producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos. El término "Inhalables" se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya característica principal es que rara vez, o nunca, son usadas por otra vía y que no pueden ser asociadas o clasificadas por sus propiedades farmacológicas o toxicológicas (Sharp, 1992; NIDA, 2011). Dentro de este grupo se encuentran sustancias muy distintas entre sí que sólo comparten la vía de administración y el hecho de ser utilizadas como drogas de abuso (Páez- Martínez, López-Rubalcaba, Cruz, 2003).

¿Cómo se utilizan los Inhalables?

Aspirando por la boca o por la nariz es la forma de consumo de los Inhalables. Esta forma de consumo se lleva a cabo de diversas maneras, tales como:

- a) Aspirando ("*sniffing*") o inhalando ("*snorting*") los vapores de los envases.
- b) Rociando los aerosoles directamente en la boca o en la nariz.
- c) Aspirando o inhalando los vapores de sustancias que han sido depositadas dentro de una bolsa de plástico o papel ("*Bagging*").
- d) Colocando en la boca un trapo que ha sido impregnado con un inhalante ("*huffing*").
- e) Inhalando de globos llenos de óxido nitroso.

¿Cuáles son sus efectos?

La mayoría de los Inhalables producen una euforia inicial rápida que se parece a la intoxicación con alcohol, con una excitación inicial, seguida por somnolencia, desinhibición, aturdimiento y agitación. Si se inhala una cantidad suficiente, casi todos los disolventes y gases producen anestesia (pérdida de sensibilidad) y pueden llegar a inducir un estado de inconsciencia. Los efectos relacionados con la intoxicación por Inhalables pueden incluir beligerancia, apatía, juicio deteriorado y desempeño inapropiado. La exposición en dosis altas puede causar confusión y delirio. Además puede causar mareos, somnolencia, dificultad para hablar, letargos, falta de reflejos, debilidad muscular general y estupor (Rosenberg & Sharp, 1992; NIDA, 2011).

Consecuencias Médicas

Las personas que abusan de los inhalables corren el riesgo de sufrir una serie de consecuencias médicas devastadoras, por ejemplo, el síndrome conocido como "muerte súbita por inhalación" que se asocia a la alta concentración de sustancias químicas que pueden provocar ritmos cardíacos rápidos e irregulares que pueden ocasionar insuficiencia cardíaca.

El abuso de Inhalables también puede causar la muerte por:

- Asfixia.-por inhalaciones repetidas, lo que hace que las altas concentraciones de los vapores inhalados reemplacen el oxígeno disponible en los pulmones.
- Sofocación.- al bloquear la entrada de aire a los pulmones cuando se inhalan los vapores de una bolsa de plástico colocada sobre la cabeza.
- Convulsiones.- causadas por descargas eléctricas anormales en el cerebro.
- Coma.- el cerebro se desconecta todas las funciones del cuerpo menos las más vitales.
- Atoramiento.- al inhalar el vómito producido después de usar Inhalables.
- Trauma mortal.- por accidentes causados por la intoxicación.

El abuso crónico de disolventes volátiles, tales como el tolueno o el naftaleno (el ingrediente volátil de las bolitas de naftalina usadas para eliminar las polillas), daña la capa protectora que rodea ciertas fibras nerviosas en el cerebro y en el sistema nervioso periférico.

Los efectos neurotóxicos del abuso prolongado de Inhalables incluyen síndromes neurológicos que reflejan daños a partes del cerebro que involucran el control cognitivo, motriz, visual y auditivo. Las anomalías cognitivas pueden ir de un leve deterioro a una demencia grave.

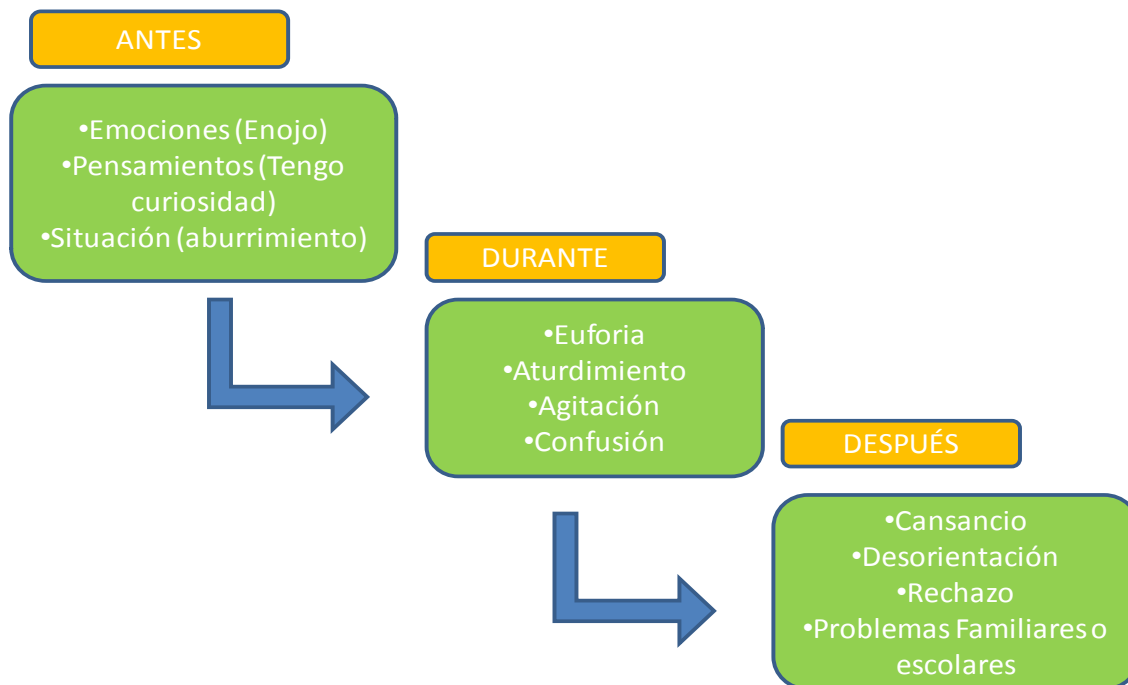
La exposición crónica puede producir daños significativos en el corazón, pulmones, el hígado y los riñones.

Cuadro 4

Peligros de las sustancias químicas que se encuentran en los Inhalables comúnmente abusados.

	Se encuentra en	Peligros
Nitrito amílico, nitrito butílico (“Poppers” o “reventadores” -“Video head cleaners” o “limpiadores de cabezal de video”)		Síndrome de muerte súbita, supresión de la función inmunológica, daño a los glóbulos rojos (lo que interfiere con el aporte de oxígeno a los tejido vitales)
Benceno	La gasolina.	Daño a la médula ósea, deterioro de la función inmunológica, aumento del riesgo de contraer leucemia, toxicidad del sistema reproductivo
Butano, propano	En el líquido de los encendedores, aerosoles de pinturas y fijadores de pelo.	Síndrome de muerte súbita causada por los efectos cardiacos, lesiones graves por quemaduras (debido a la combustibilidad).
Freón	Se utiliza como refrigerante y propulsor de aerosoles	Síndrome de muerte súbita por inhalación, lesiones en el hígado, obstrucción respiratoria y muerte (causado por el enfriamiento repentino o daño por frío a las vías respiratorias).
Cloruro de metileno	En diluyentes y removedores de pinturas, quitagrasas.	Reducción de la capacidad de la sangre para transportar oxígeno, cambios en el músculo cardiaco y en el pulso.
Óxido nitroso (gas hilarante), Hexano		Muerte por falta de oxígeno al cerebro, alteraciones en la percepción y coordinación motriz, pérdida de la sensación, espasmos en las extremidades, pérdida del conocimiento debido a los cambios en la presión sanguínea, disminución del funcionamiento del músculo cardiaco.
Tolueno	En la gasolina, líquidos correctores, diluyentes, removedores de pinturas.	Daño cerebral (pérdida de la masa del tejido cerebral, deterioro en la cognición, problemas con la marcha o el andar, pérdida de la coordinación y del equilibrio, espasmos en las extremidades, pérdida auditiva y de la visión), daño al hígado y a los riñones. En dosis bajas (sobre las 200 ppm) provoca fatiga, dolor de cabeza, parestesia y disminución de los reflejos. La exposición a niveles de 600 ppm provoca confusión y delirios. La exposición arriba de las 800 ppm provoca euforia (Rosenberg & Sharp, 1992)
Tricloruro de etileno	En los removedores de manchas y quitagrasas.	Síndrome de muerte súbita por inhalación, cirrosis hepática, complicaciones reproductivas, daño auditivo y de la visión.

Figura 4



Cuadro 5

Preguntas de ayuda

Antes	Durante	Después
¿Qué situación, pensamiento o sensación activo tu consumo?	¿Pensabas en algo? ¿Notaste alguna sensación en particular? ¿Qué sentías? ¿Cómo te sentías?	¿Qué sucedió cuando terminaron los efectos de la droga? ¿Qué pensaste? ¿Qué sentiste? ¿Sucedió algo que no esperabas?

Existen muchos precipitadores antecedentes, que pueden promover la conducta de consumo (emociones, pensamientos, sensaciones físicas), en el esquema 4 se muestran algunos ejemplos. A estos precipitadores del consumo se unen los factores que concurren durante y después del consumo; de los cuales algunos llegan a convertirse también en precipitadores de la conducta de búsqueda y consumo de la droga.

En la fase "durante" que es el acto del consumo en sí, se pueden experimentar diferentes sensaciones físicas y psicológicas relacionadas con las propiedades farmacológicas de la droga y las expectativas de quién la consume, como, euforia, aturdimiento, agitación, entre otros, que pueden estar relacionadas con la repetición y el mantenimiento del consumo.

La fase "después" incorpora las consecuencias del consumo, las cuales pueden manifestarse de diferentes maneras como cansancio, somnolencia, desorientación, rechazo, problemas familiares o escolares, bienestar, entre otros.

Cuadro 2

Mi meta para esta semana es:

3. Dejar de Consumir ()

4. Reducir el consumo ()

¿Cuánto te gustaría reducir esta semana?

Cantidad: _____

Ocasiones: _____

Sesión 6: Análisis Funcional de la Conducta de Consumo

Objetivo: Que los y las pacientes identifiquen los motivos que están involucrados en sus episodios de consumo de inhalables.

Actividad	Descripción	Tiempo
1. Revisión de metas	<ul style="list-style-type: none"> Revise el cumplimiento de la meta y regístrelo en la gráfica personal de consumo de inhalables de cada paciente. Enlace la sesión anterior con el tema que abordaran. Explore si hay algún tema de mayor relevancia para abordar en la sesión. 	10 minutos
2. Análisis Funcional	<ul style="list-style-type: none"> La dinámica del ejercicio consiste en que los/as pacientes describan un episodio de consumo (de preferencia el último que tuvieron) apoyándose en las preguntas del cuadro 6. Solicite a los/as pacientes que respondan a las preguntas y registren sus respuestas. 	25 Minutos
2.1 Análisis Funcional del episodio descrito	<ul style="list-style-type: none"> Tomando en cuenta el episodio descrito anteriormente los/as pacientes: <ol style="list-style-type: none"> Identificaran que el consumo supone consecuencias agradables y desagradables y, El beneficio (función del consumo) que obtienen del consumo de inhalables. Presente el cuadro 7 a los/as pacientes y de una breve explicación. Solicite un voluntario para trabajar sobre sus respuestas del ejercicio de la actividad 2. Con las respuestas que comparta el/la paciente y con la participación del grupo llene el cuadro atendiendo a la categoría señalada. <p><i>En la casilla 1 (situaciones), pondrán el evento que antecede al consumo, este puede ser interno o externo.</i></p> <p><i>En la casilla 2 (Activadores de la conducta), guiándose de las reacciones físicas y/o psicológicas, establecerán aquellos eventos que se pueden convertir o que ya son señales que activan la conducta de consumo.</i></p> <p><i>En la casilla 3 (conducta), establecerán la conducta que realizan bajo esas señales, es decir, el consumo de inhalables.</i></p> <p><i>En la casilla 4 (Consecuencias), se les pedirá que identifiquen las consecuencias de ese consumo.</i></p> Pida a los/las demás pacientes que lleven a cabo un ejercicio similar e identifiquen el beneficio que obtienen de consumir y lo anoten. Conserve le ejercicio. 	25 Minutos

3. Establecimiento de meta semanal.	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo de este ejercicio es que los/las pacientes comiencen a realizar intentos por reducir o dejar el consumo. Se trata de que elijan entre dos opciones las cuales se presentan el cuadro 2. • Entregue un cuadro a cada participante y verifique que elijan la opción que consideren posible. 	10 minutos
4. Cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Explore si quedan dudas sobre los temas abordados. • Indique el día y hora de la próxima reunión. 	10 minutos

Recursos y materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro 2, 6 y 7 • Hojas blancas • Bolígrafos

Cuadro 6. Ejemplo
Describe la última vez que consumiste

¿Dónde estabas/ en qué lugar te encontrabas?	<i>En mi casa</i>
¿Con quién estabas?	<i>Con mis familiares</i>
¿Qué estabas haciendo antes de consumir?	<i>La tarea</i>
¿En qué estabas pensando antes de consumir?	<i>Que ya no quería estudiar</i>
¿Qué estabas sintiendo físicamente antes de consumir?	<i>Tensión</i>
¿Cómo te sentías antes de consumir?	<i>Enojado</i>
¿Qué consumiste?	<i>Thinner</i>
¿Durante cuánto tiempo consumiste?	<i>10 minutos</i>
¿Qué sensaciones agradables tuviste mientras consumías?	<i>Relajamiento</i>
¿Qué pensamientos agradables tuviste mientras consumías?	<i>Quería olvidar todo</i>
¿Qué fue lo que te gustó de consumir?	<i>La sensación de que todo es ligero y el olvido</i>
¿Qué pasó después del consumo?	<i>Me sentí tranquilo</i>
¿Sucedió algo que no te gustara después del consumo?	<i>Que me dolió la cabeza</i>
¿Cuál crees que fue el motivo por el que consumiste en este episodio que describes?	
Me sentía enojado	

Cuadro 7. Consecuencias del consumo

1. SITUACIONES	2. ACTIVADORES DE LA CONDUCTA	3. CONDUCTA	4. CONSECUENCIAS	
			Agradables	Desagradables
Convivencia con mi familia.	Física: tensión Psicológica: no quiero estudiar. Emoción: Enojo	Consumir thinner.	Relajación Tranquilidad	Mal aliento. Dolor de cabeza.

Beneficio de mi consumo: Me relaja. Me tranquiliza.

Cuadro 2

Mi meta para esta semana es:

1. Dejar de Consumir ()

2. Reducir el consumo ()

¿Cuánto te gustaría reducir esta semana?

Cantidad: _____

Ocasiones: _____

Sesión 7: Actividades alternativas al consumo

Objetivo: Los/Las pacientes identificarán actividades alternativas al consumo de inhalables que con la misma función (beneficio) que obtienen a través del uso de los inhalables.

Actividad	Descripción	Tiempo
1. Revisión de metas	<ul style="list-style-type: none"> • Revise el cumplimiento de la meta y regístrelo en la gráfica personal de consumo de inhalables de cada paciente. • Enlace la sesión anterior con el tema que abordaran. • Explore si hay algún tema de mayor relevancia para abordar en la sesión. 	10 minutos
2. Actividades alternativas al consumo.	<ul style="list-style-type: none"> • Esta actividad tiene el propósito de ayudar a los/las pacientes a que identifiquen actividades alternativas (conductas) al consumo. Una conducta alternativa al consumo se puede definir como cualquier actividad que reporte beneficios similares a los obtenidos vía el consumo de la droga. • Presente el cuadro 8 a los/as pacientes, con el ejemplifique el hecho de que las consecuencias positivas del consumo (beneficio) pueden lograrse realizando actividades distintas al consumo. Lo que el cuadro ilustra, es básicamente que existen maneras alternativas de alcanzar el estado que brinda la droga sin tener que recurrir al consumo de la misma. • Solicite a los/as pacientes que realicen un listado de todas aquellas actividades que gustan de realizar y que son diferentes al consumo (Apóyese en la tabla 3). • Supervise que las actividades elegidas sean incompatibles con el consumo de inhalables y que conductas realizables, es decir, que según el contexto de los/as pacientes puedan convertirse en una actividad real que compita con el consumo. 	
3. Conductas alternativas.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicite a los/las pacientes que lleven a cabo un ejercicio similar al del cuadro 8 con alguna situación en la que regularmente consuman (puede ser la identificada en la sesión pasada). La intención es que visualicen todas las opciones con las que cuentan para conseguir sensaciones similares a las que sienten cuando consumen la sustancia. 	
4. Establecimiento de meta semanal.	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo de este ejercicio es que los/as pacientes comiencen a realizar intentos por reducir o dejar el consumo. Se trata de que elijan entre dos opciones las 	10 minutos

cuales se presentan el cuadro 2.

- Entregue un cuadro a cada participante y verifique que elijan la opción que consideren posible.
- Explore si quedan dudas sobre los temas abordados.
- Indique el día y hora de la próxima reunión.

5. Cierre de la sesión

10
minutos

Recursos y materiales

- Cuadro 2, 8 y 9
- Hojas blancas
- Bolígrafos

Cuadro 8 Consecuencias del consumo				
1. SITUACIONES	2. SEÑALES QUE GUÍAN LA CONDUCTA	3. CONDUCTA	4. CONSECUENCIAS	
			Agradables	Desagradables
Convivencia con mi familia.	Física: tensión Psicológica: no quiero estudiar. Emoción: Enojo	Consumir thinner.	Relajación Tranquilidad	Mal aliento. Dolor de cabeza.
Beneficio de mi consumo: Me relaja. Me tranquiliza.				
Cuadro. Conducta alternativa al consumo				
1. SITUACIONES	2. SEÑALES QUE GUÍAN LA CONDUCTA	3. CONDUCTA ALTERNATIVA	4. CONSECUENCIAS	
			Agradables	Desagradables
Convivencia con mi familia.	Física: tensión Psicológica: no quiero estudiar. Emoción: Enojo	Jugar frontón Jugar Futbol Ver TV	Relajación Tranquilidad	No hay consecuencias desagradables
Beneficio de la actividad (conducta) alternativa: Me relaja. Me tranquiliza.				

Tabla 3				
Lista de actividades alternativas al consumo				
Actividades	Dónde las puedo hacer	Tiene costo	Ventajas	Desventajas

Cuadro 9. Conducta alternativa al consumo				
1. SITUACIONES	2. SEÑALES QUE GUÍAN LA CONDUCTA	3. CONDUCTA ALTERNATIVA	4. CONSECUENCIAS	
			Agradables	Desagradables
Beneficio de la actividad (conducta) alternativa:				

Cuadro 2	
Mi meta para esta semana es:	
1. Dejar de Consumir ()	
2. Reducir el consumo ()	
¿Cuánto te gustaría reducir esta semana?	
Cantidad:	_____
Ocasiones:	_____

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Objetivo: Identificar las creencias adictivas y trabajar en el desarrollo de creencias de control.

Sesión 8: Creencias del consumo

Objetivo: Los/las pacientes identificarán las creencias asociadas al consumo.

Actividad	Descripción	Tiempo
1. Revisión de metas	<ul style="list-style-type: none"> • Revise el cumplimiento de la meta y regístrelo en la gráfica personal de consumo de inhalables de cada paciente. • Enlace la sesión anterior con el tema que abordaran. • Explore si hay algún tema de mayor relevancia para abordar en la sesión. 	10 minutos
2. Identificar las creencias	<ul style="list-style-type: none"> • Aplique el cuestionario "<i>Creencias acerca del Abuso de Sustancias</i>" a cada uno de los/as pacientes. Instrucciones para la aplicación: Los/as pacientes deberán leer cada una de las oraciones que contiene el cuestionario eligiendo la opción que se ajuste con su sistema de creencias: "Sí" para aquellas oraciones con las que estén de acuerdo, "No" para aquellas que no integren su sistema. Adicionalmente y sólo para las respuestas afirmativas, los/as pacientes deberán estimar el grado de veracidad de esa creencia sobre una escala de 1 a 10, donde uno significa que se cree poco en ella y 10 que está totalmente convencido de que es así. Esta primera valoración la registrarán en la columna A. • Verifique que se hayan contestado todos los reactivos del cuestionario sobre la columna correspondiente. 	20 Minutos
3. Trabajar las con las creencias	<ul style="list-style-type: none"> • Este proceso implica examinar las creencias marcadas en positivo mediante el planteamiento de preguntas que les permitan a los pacientes debatir esas creencias. • El cuestionario se trabajará pregunta por pregunta. Puede elegir el orden que considere pertinente. A los/as pacientes que respondan de manera afirmativa, se les guiará en el debate de esa creencia. <p>Para tal efecto puede apoyarse en las siguientes preguntas (Ver ejemplo del cuadro 10):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Qué evidencia tienen de que esto sea cierto?</i> • <i>¿Cómo sabes que esta creencia es verdad?</i> • <i>¿Dónde han aprendido eso?</i> • <i>¿Tienen mucha confianza en dicha creencia?</i> • <i>¿Cuál ha sido la utilidad de creer eso?</i> • <i>¿Por cuánto tiempo has creído eso?</i> 	Sin límite

	<ul style="list-style-type: none"> • Atendiendo al contexto del grupo, se adecuarán el tipo de preguntas que guían el debate para el cuestionamiento de las creencias. <p><i>Nota: Debido a la extensión del cuestionario, es probable que necesite dedicar más de una sesión al debate de las creencias. Recoja los cuestionarios y consérvelos ya que se utilizarán en sesiones posteriores.</i></p>	
4. Establecimiento de meta semanal.	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo de este ejercicio es que los/as pacientes comiencen a realizar intentos por reducir o dejar el consumo. Se trata de que elijan entre dos opciones las cuales se presentan el cuadro 2. • Entregue un cuadro a cada participante y verifique que elijan la opción que consideren posible. 	10 Minutos
5. Cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Explore si quedan dudas sobre los temas abordados. • Indique el día y hora de la próxima reunión. 	10 Minutos

Recursos y materiales

- Cuestionario de creencias
- Cuadro 2,10

Cuadro 10 (Ejemplo)

Para la primera pregunta del cuestionario se podría trabajar del siguiente modo:

- ¿Qué evidencia tienen de que la vida sin consumir drogas es aburrida?
- ¿Cómo sabes que la vida es aburrida sin tomar drogas?
- ¿Dónde aprendieron eso?
- ¿Por qué tienen tanta confianza en esa creencia?
- ¿Cuál ha sido la utilidad de creer que la vida sin consumir drogas es aburrida?
- ¿Por cuánto tiempo has creído eso?

Cuadro 2

Mi meta para esta semana es:

3. Dejar de Consumir ()

4. Reducir el consumo ()

¿Cuánto te gustaría reducir esta semana?

Cantidad: _____

Ocasiones: _____

Sesión 9: Desarrollar creencias de control

Objetivo: Desarrollar creencias de control para disminuir la probabilidad del consumo.

Actividad	Descripción	Tiempo
1. Revisión de metas	<ul style="list-style-type: none"> • Revise el cumplimiento de la meta y regístrelo en la gráfica personal de consumo de inhalables de cada paciente. • Enlace la sesión anterior con el tema que abordaran. • Explore si hay algún tema de mayor relevancia para abordar en la sesión. 	10 minutos
2. Desarrollo de creencias control.	<p>Las creencias control se definen como creencias que disminuyen la probabilidad de consumir drogas y se desarrollan a partir del debate de las creencias adictivas y de preguntas reflexivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resalte algunas de las creencias adictivas más arraigadas entre los/as pacientes (retómelas de los cuestionarios) y trabaje con ellas. • En sesión grupal, guíe el desarrollo de las creencias de control mediante el planteamiento de las siguientes preguntas de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué harías si no pudieras conseguir la droga? • ¿Cuáles son las desventajas de tomar drogas? • ¿De qué otra forma puedes ver esta situación? • ¿De qué otra forma podrías conseguir el mismo resultado? ¿Qué más? • ¿Qué hay de bueno en no consumir? <p>El desarrollo de creencias de control implica un proceso de autodescubrimiento, por lo que puede que el/la paciente no identifique claramente el cambio de esquema que está realizando, por ello se debe estar atento al discurso de los/as pacientes, para ayudarles a identificar las declaraciones positivas respecto de las creencias adictivas.</p> <p>Una vez que surjan en el discurso de los/as pacientes las declaraciones candidatas a ser creencias de control, señálelas. Por ejemplo, si un/a paciente cree que la vida sin consumir drogas es aburrida, una declaración que puede convertirse en creencia de control después de un proceso de debate, podría ser: "en realidad he hecho cosas divertidas cuando no consumo".</p>	Sin límite
2.1 Desarrollo de creencias control.	<ul style="list-style-type: none"> • Entregue a cada participante su cuestionario de "Creencias acerca del Abuso de Drogas". • Vuelva a aplicar la parte de estimación del grado de veracidad del cuestionario para verificar el efecto el 	30 minutos

	<p>debate (columna B).</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicite a los/as pacientes que para cada reactivo que calificaron positivo, desarrollen una creencia control. 	
3. Establecimiento de meta semanal.	<ul style="list-style-type: none"> El objetivo de este ejercicio es que los/as pacientes comiencen a realizar intentos por reducir o dejar el consumo. Se trata de que elijan entre dos opciones las cuales se presentan el cuadro 2. Entregue un cuadro a cada participante y verifique que elijan la opción que consideren posible. 	10 Minutos
4. Cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> Explore si quedan dudas sobre los temas abordados. Indique el día y hora de la próxima reunión. 	10 Minutos

Recursos y materiales

- Cuestionario de creencias
- Cuadro 2.

Cuadro 2	
Mi meta para esta semana es:	
1. Dejar de Consumir ()	
2. Reducir el consumo ()	
¿Cuánto te gustaría reducir esta semana?	
Cantidad:	_____
Ocasiones:	_____

Creencias acerca del Abuso de Sustancias		A	B	
Creo que...	Sí	No	1-10	1-10
1. La vida sin tomar drogas es aburrida.				
2. Tomar drogas es la única forma de que pueda incrementar mi creatividad y productividad.				
3. No puedo funcionar sin ellas.				
4. Es la única forma de afrontar el dolor en mi vida.				
5. No estoy preparado para dejar de tomar drogas.				
6. Los antojos (<i>craving</i>) y los impulsos hacen que tome drogas.				
7. La única forma de manejar mi ira es consumiendo drogas.				
8. Mi vida no mejorará, incluso aunque deje de tomar drogas.				
9. La vida sería deprimente si dejara las drogas.				
10. No merezco recuperarme de las drogas.				
11. No soy una persona suficientemente fuerte como para dejarlo.				
12. No podría ser social sin tomar drogas.				
13. El abuso de las drogas no resulta un problema para mí.				
14. Los antojos (<i>craving</i>) no desaparecerán a menos que consuma drogas.				
15. Mi abuso de sustancias lo provoca otra persona.				
17. No me puedo relajar sin drogas.				
18. Tener estos problemas con las drogas significa que básicamente soy una mala persona.				
19. No puedo controlar mi ansiedad sin tomar drogas.				
20. No puedo divertirme en esta vida a menos que tome drogas.				
Adaptado de la versión original desarrollada por Fred D. Wright (1993)				

HABILIDADES ASERTIVAS DE RECHAZO AL CONSUMO

El componente tiene el objetivo de que los/as pacientes desarrollen la capacidad de expresar sentimientos o deseos de una forma eficaz.

Sesión 10: Habilidades de rechazo

Objetivo: Los/las pacientes aprenderán técnicas para rechazar y/o resistir la presión para consumir.

Desarrollo de la sesión:

Actividad	Descripción	Tiempo
1. Revisión de metas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar el cumplimiento de la meta y el auto-registro del consumo de inhalables. 2. Enlazar la sesión anterior con el tema que abordaran. 3. Explorar si hay algún tema de mayor relevancia para abordar en la sesión. 	10 minutos
2. Comportamiento asertivo (Ensayo Conductual).	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a decir NO es parte de un proceso a través del cual adolescentes y jóvenes pueden resistirse a la presión negativa de los compañeros. Se considera parte de una habilidad social asertiva que puede aprenderse. • Solicite al grupo que piense en algunas situaciones en las que no le fue posible negarse al consumo. • Una vez identificadas las situaciones, el grupo deberá elegir una situación y realizar un ensayo conductual. • No es necesario que todo el grupo participe, basta con que al menos dos o tres pacientes deseen ayudar. • Se lleva a cabo el ensayo conductual de la situación. • Una vez concluida la representación, se abre la discusión en base a las opiniones de lo observado. • Una vez realizada la retroalimentación y discusión acerca de la situación representada, indique al grupo que revisarán algunas técnicas que les serán de utilidad para cuando tenga que rechazar una invitación de consumo. 	15 minutos
3 Comportamiento Asertivo	¿Qué es la asertividad? Ver cuadro de ayuda. Apoyándose en el cuadro 11 de manera breve y sencilla explicar que es la asertividad y para qué sirve.	5 minutos
4. Técnicas de rechazo	Exponer y poner en práctica las técnicas asertivas de rechazo al consumo, para ensayarlas en las situaciones que el grupo noto. Las técnicas que se describen son fórmulas que han demostrado ser efectivas para enfrentar situaciones de riesgo.	15 minutos

Actividad	Descripción	Tiempo
5. Ensayos Conductuales	<p>Lleve a cabo la puesta en práctica de las técnicas anteriormente expuestas.</p> <p>Para el desarrollo de los ensayo conductuales, explique los momentos básicos para una la respuesta asertiva:</p> <p>MOMENTO 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar activamente lo que se dice y demostrar a la otra persona que se le presta atención y se le entiende. • Centrarse en la otra persona. <p>MOMENTO 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diga lo que piensa u opina. • Centrarse en uno mismo <p>MOMENTO 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diga lo que desea que suceda. Búsqueda de acuerdo. <ul style="list-style-type: none"> • Realice los ensayos conductuales. Cada integrante del grupo deberá participar. • El objetivo es observar el desempeño de los/as pacientes y las habilidades que tienen para rechazar efectivamente una propuesta de consumo. Para el logro de este fin apóyese en las “Pautas de observación” para poder retroalimentar a los/as pacientes respecto al desarrollo de una respuesta más efectiva. <p>NOTA: Todos los integrantes del grupo deberán practicar las técnicas de rechazo al consumo. Si una sesión no es suficiente, se puede extender hasta dos sesiones más.</p>	Sin Límite de tiempo
6. Meta semanal de consumo.	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo de este breve ejercicio es que los/as pacientes comiencen a realizar intentos por reducir o dejar el consumo. Se trata de que elijan entre dos opciones las cuales se presentan el cuadro 2. • Registre la opción el historial de cada paciente. 	10 minutos
7. Cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Explore si quedan dudas sobre los temas abordados. • Indique el día y hora de la próxima reunión. 	5 minutos

Recursos y materiales

- Información de ayuda: ¿Qué es la asertividad?
- Cuadro 2,11 y 5
- Tabla 4. Pautas de observación
- Tabla 5. Técnicas asertivas.

Cuadro 11. ¿Qué es la asertividad?

- Es la capacidad de decir lo que sentimos y pensamos de una forma adecuada, sin sentirnos culpables y respetando a los demás y a nosotros mismos.
- Es un comportamiento verbal (lo que se dice) y no verbal (como se dice), que defiende nuestros derechos personales al mismo tiempo que se respetan los derechos de los demás.
- La asertividad se define como la capacidad de hacer valer la propia opinión o decisión de actuar, creer o pensar de cierto modo.
- El mensaje básico de la asertividad es: esto es lo que pienso, esto es lo que yo siento, esta es la forma en la que yo veo la situación.

Ser asertivo significa ser capaz de ejercer y/o defender los derechos personales: decir "no", expresar desacuerdos, dar una opinión contraria y/o expresar sentimiento negativos sin dejarse manipular y sin violar los derechos de los demás.

La asertividad es una habilidad que consiste en expresar en forma clara y directa lo que se está sintiendo en el momento oportuno, cautelando la forma de expresar, de modo que el otro entienda el mensaje, sin sentirse agredido o menospreciado.

Comportamientos NO Asertivos

Conducta pasiva

No se expresan los sentimientos y pensamientos, o se expresan de manera ineficaz, negativa e inadecuada (excusas, sin confianza, con temor...). Sólo tiene en cuenta los derechos de los demás.

La persona calla y no dice lo que siente y piensa.

Conducta agresiva

Se expresan sentimientos, ideas y pensamientos, pero sin respetar a los demás, emitiendo normalmente conductas agresivas directas (insultos, agresión física) o indirectas (comentarios o bromas sarcásticas, ridiculizaciones). Sólo tiene en cuenta sus propios derechos.

La persona dice lo que piensa de una forma "agresiva" que no resulta ser adecuada, ya que puede herir los sentimientos de la otra persona y no respetarla.

Estilos conductuales de respuestas

Pasiva	Asertiva	Agresiva
<p>Conducta no verbal Ojos que miran hacia abajo, voz baja, vacilaciones, postura hundida, se retuerce las manos, tono vacilante o de queja.</p>	<p>Conducta no verbal Contacto ocular, habla fluida, gestos firmes, postura erecta, mensaje en primera persona, manos sueltas, nivel de voz conversacional.</p>	<p>Conducta no verbal Mirada fija, voz alta, habla fluida/rápida, enfrentamiento, gestos de amenaza, postura intimidatoria, mensajes impersonales.</p>
<p>Conducta verbal "Quizás"; "Supongo"; "Me pregunto si podríamos"; "No te molestes", etc.</p>	<p>Conducta verbal "Pienso"; "Siento"; "Quiero"; "Hagamos"; "¿Qué te parece?" etc.</p>	<p>Conducta verbal "Harías mejor en"; "Haz"; "Ten cuidado"; "Si no lo haces..."; "No sabes" etc.</p>
<p>Efectos Conflictos interpersonales; Depresión; Desamparo; Tensión; Soledad; Se siente enfadado; Pierde oportunidades.</p>	<p>Efectos Resuelve los problemas, se siente a gusto con los demás, se siente satisfecho, relajado, se siente con control.</p>	<p>Efectos Culpa; Frustración; Imagen pobre de sí mismo; Tensión; Se siente enfadado; Se siente sin control; Hace daño a los demás.</p>

Fuentes:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riso. W. (2013) Guía Práctica. Para no dejarse manipular y ser asertivo. Phronesis SAS. 2. Caballo. V. (2008). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En: Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta. Siglo XXI, España. Quinta reimpresión. 3. Documento MINEDUC, elaborado por Valoras UC (2008). "Ensayando una comunicación asertiva". Centro Documentación www.valorasuc.cl
-----------------	--

Tabla 4. Pautas de Observación

	PASIVA	ASERTIVA	AGRESIVA
Contacto Visual	El paciente evita mirar a la otra persona a los ojos.	El paciente mantiene contacto visual con la otra persona.	El paciente mira fijamente, pasea su mirada de arriba hacia abajo.
Lenguaje Corporal	El paciente se aleja, gesticula nerviosamente, tiembla, juega con las manos.	El paciente está frente a la otra persona, en una postura de alerta, pero no amenazadora. Los gestos respaldan las afirmaciones.	El paciente atropella al otro, lo señala, agita su puño de manera amenazante.
Mensaje	Obsequioso, autodenigrante, se disculpa.	Señala el problema con claridad. Muestra su sentir al respecto, se focaliza en hechos. Puede usar el humor si es pertinente.	Pone apodos, etiqueta, culpabiliza, amenaza, usa el sarcasmo, sermonea.
Características de la voz	Muy suave, entrecortada, gimiendo.	Volumen apropiado, suena natural, varía para enfatizar.	Muy alto, grita.
Gestos faciales	Sonrisa nerviosa e inapropiada. Puede tener tics.	La expresión sigue al mensaje.	Excesivamente afectado, contraído, disgustado, expresión airada.

Fuente: Documento MINEDUC, elaborado por Valoras UC (2008). "Ensayando una comunicación asertiva". Centro Documentación www.valorasuc.cl

Tabla 5. Técnicas Asertivas

Técnica	Descripción
<p>Decir que no</p>	<p>Consiste sencillamente en decir "No" ante cualquier petición que no nos agrade, para que nadie nos manipule. La palabra "sencillamente" se refiere a que no hace falta darle muchas vueltas para decir ciertas cosas, ya que basta con un NO.</p> <p>¿Cómo hacerlo?</p> <p>El "no" debe ser directo y claro, son rodeos o excesivas explicaciones. Si la otra persona insiste en su petición, continuar diciendo una y otra vez que No empleando nuevas fórmulas: No, que va, Ni hablar, De eso nada, Que no.</p>
<p>El disco rayado.</p>	<p>Consiste en la repetición de las palabras que expresan nuestros deseos, pensamientos, etc., sin enojarnos ni levantar la voz y sin hacer caso de las presiones o intentos de desviación por parte de la otra persona.</p> <p>¿Cómo hacerlo?</p> <ul style="list-style-type: none"> · Repetir la frase que exprese nuestro deseo sobre un aspecto concreto, aunque no aporte demasiadas explicaciones. · Repetirla una y otra vez, siempre de forma serena, ante las intervenciones de la otra persona.
<p>Ofrecer alternativas</p>	<p>Consiste en proponer algo positivo, que guste a la gente. Aunque a veces el presentar una alternativa se parece mucho a "cambiar de tema", el ofrecer algo positivo que guste a la gente supone una cierta riqueza de ofertas y un cierto poder de arrastre.</p> <p>¿Cómo hacerlo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscar algo atractivo y proponerlo con entusiasmo. - Insistir sin decaer ante la posible reacción negativa de los demás. - Buscarse el apoyo de alguien dispuesto a seguir lo propuesto
<p>Para ti-Para mi</p>	<p>Es una técnica que se emplea cuando al manifestar nuestra negativa, podemos ser objeto de presiones, agresiones verbales o críticas injustas para intentar manipularnos. Cuando la empleamos conseguimos dos cosas: no enfadarnos cuando otros/as nos critican, y que no se salgan con la suya.</p> <p>¿Cómo hacerlo?</p> <p>Paso previo: EXPLICACIÓN + DECISIÓN. "No me apetece consumir, gracias" Ante cualquier insulto o crítica injusta que nos dirija el otro, por ejemplo: "eres un cobarde, no te atreves...". Primer paso: PARA TI + (Repetir lo que dijo la persona que critica): "Para ti seré un cobarde".</p>

Segundo paso: PARA MÍ + (Decir algo positivo de uno/a mismo/a): "Pero para mí soy una persona que sabe divertirse." Repetir el proceso el tiempo que sea necesario.

Banco de niebla

Es una técnica que se emplea cuando al manifestar nuestra negativa, podemos ser objeto de presiones, agresiones verbales o críticas injustas para intentar manipularnos. Consiste en reconocer la razón o posible razón que pueda tener la otra persona, pero expresando la decisión de no cambiar nuestra conducta. Es huir del riesgo, sin atacar demasiado al que te dice u ofrece algo. De algún modo, se trata de no entrar en discusión.

¿Cómo hacerlo?

- No entrar en discusión sobre las razones parciales, que incluso pueden ser aceptables.
- Dar la razón a la otra persona: reconocer cualquier verdad contenida en sus declaraciones cuando nos propone algo que no nos parece conveniente, pero sin aceptar lo que propone.
- Dar la razón y la posibilidad (sólo la posibilidad) de que las cosas pueden ser como se nos presentan. Utilizar expresiones, tales como: "Es posible que...", "Puede ser que...".
- Después de reflejar o parafrasear lo que acaba de decir la otra persona, podemos añadir a continuación una frase que exprese nuestro deseo de no consumir: "pero lo siento, no puedo hacer eso", "...pero no gracias", "...pero prefiero no tomarlo".

Fuente: La Asertividad. Técnicas para decir "no" al consumo de drogas. Angel Antonio Marcuello García. Consultado en Julio de 2015. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/autoayuda/asertividad/decir_no_a_las_drogas.shtml

METAS DE VIDA

El componente tiene la intención de promover posibilidades de cambio personal mediante la estructuración de metas de vida.

Sesión 11: Metas de vida

Objetivo: Los/las pacientes desarrollaran metas de vidas considerando sus intereses personales.

Desarrollo de la sesión:

Actividad	Descripción	Tiempo
1. Revisión de metas	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar el cumplimiento de la meta y el auto-registro del consumo de inhalables • Enlazar la sesión anterior con el tema que abordaran. • Explorar si hay algún tema de mayor relevancia para abordar en la sesión. 	10 minutos
2. Proyección de video	<ul style="list-style-type: none"> • Muestre el video: Atrévete a soñar. Disponible en el siguiente link: https://www.youtube.com/watch?v=oboqMo6L4MA 	10 minutos
2.1 Reflexión en grupo acerca de los temas abordados en el material audiovisual	<p>Propuesta de abordaje del material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo les gustaría que sea su futuro? ¿Han pensado en ello? • Zona de confort: ¿Ustedes tienen zonas de confort? ¿Cuáles son? ¿El consumo podría ser una zona de confort? • Zona de aprendizaje: ¿Cuáles son sus zonas de aprendizaje? ¿Qué es lo que te gusta hacer, escuchar, etc.? • Zona mágica o de sueños: ¿cuál es su mayor sueño? • ¿Por qué es importante tener sueños, metas? <p>Nota: el terapeuta deberá estar atento a los discursos de los pacientes, sobre todo si están relacionados con el consumo. De ser así, se trabajará con ello, tratando de que observar el impacto del consumo en el desarrollo de los temas. Si por el contrario, los discursos no están relacionados con el consumo, destacar esta circunstancia ya que podría ser un indicador de que la sustancia ha comenzado a perder importancia en el estilo de vida de los pacientes, motivarlos para que sigan contemplando otras opciones alternas al consumo.</p>	20 minutos

Actividad	Descripción	Tiempo
3. Exploración de intereses	<ul style="list-style-type: none"> • Entregue a cada paciente el cuadro de “Cuáles son tus Intereses”. • Los pacientes deberán escribir en el formato, tres intereses o más, atendiendo a la temática propuesta: tres cosas que quieres ser, tres cosas que quieres tener, tres cosas que quieres hacer, tres lugares que quieres visitar. • Invite a los pacientes a compartir sus respuestas, llevando a una conclusión relacionada con los intereses y motivaciones de cada uno. • Nota: al igual que en el ejercicio anterior, el terapeuta deberá estar atento a la relación de los intereses y el consumo de inhalables y realizar las intervenciones correspondientes. 	20 minutos
3.1 Metas de Vida	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes deberán reflexionar sobre cuáles de los intereses identificados pueden convertirse en una meta de vida. • <i>Definición de Meta: Una meta se define como algo que una persona quiere lograr, para lo cual hace todo lo posible. Una meta para que realmente sea tal requiere que la energía esté dirigida hacia ella.</i> • Pregunte: ¿Cuáles de los intereses pueden convertirse en una meta de vida para ustedes? • Solicite que en el cuadro de “Cuáles son tus Intereses”, encierren en un círculo aquellos interés que se convertirán en metas de vida”. • Conserve el ejercicio de cada paciente. 	20 minutos
4. Meta semanal de consumo.	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo de este breve ejercicio es que los pacientes comiencen a realizar intentos por reducir o dejar el consumo. Se trata de que elijan entre dos opciones las cuales se presentan el cuadro 2. • Registre la opción el historial de cada paciente. 	10 minutos
5. Cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Explore si quedan dudas sobre los temas abordados. • Indique el día y hora de la próxima reunión. 	5 minutos

Recursos y Materiales

- Cuestionario “Cuáles son tus intereses”
- Video Atrévete a soñar. Disponible en el siguiente link: <https://www.youtube.com/watch?v=oboqMo6L4MA>
- Proyector, computadora, bocinas.

Sesión 12: Metas de vida: como lograrlo.

Objetivo: Los/las pacientes desarrollaran metas de vidas considerando sus intereses personales.

Desarrollo de la sesión:

Actividad	Descripción	Tiempo
1. Revisión de metas	<ul style="list-style-type: none"> Revisar el cumplimiento de la meta y el auto-registro del consumo de inhalables Enlazar la sesión anterior con el tema que abordaran. Explorar si hay algún tema de mayor relevancia para abordar en la sesión. 	10 minutos
2. Jerarquizar Metas	<ul style="list-style-type: none"> Distribuya a los pacientes la hoja de trabajo "Metas de Vida" y "Metas más importantes". Solicite a los participantes que lean con calma las opciones que aparecen en la hoja de metas de vida y elijan aquellas que les llamen la atención. Además de las metas identificadas en la sesión anterior, pida a los pacientes agregar las metas de la sesión anterior (para facilitar este proceso puede entregarles el ejercicio realizado). Una vez elegidas las metas, en la hoja de trabajo "Metas más importantes" pida que elijan de entre ellas las tres más importantes en la columna ¿Qué quiero lograr? y una breve descripción en la segunda columna ¿Para qué lo quiero lograr? 	25 minutos
2.1. Plan de acción	<ul style="list-style-type: none"> Distribuya a los pacientes la hoja de trabajo "Metas de Vida" y "Metas más importantes". Solicite a los pacientes desarrollar un plan de acción para cada meta elegida. 	15 minutos
3. Reflexión final	<ul style="list-style-type: none"> Si sigo consumiendo ¿Qué pasaría con mis metas? 	20 minutos
4. Meta semanal de consumo.	<ul style="list-style-type: none"> El objetivo de este breve ejercicio es que los pacientes comiencen a realizar intentos por reducir o dejar el consumo. Se trata de que elijan entre dos opciones las cuales se presentan el cuadro 2. Registre la opción el historial de cada paciente. 	10 minutos
5. Cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> Explore si quedan dudas sobre los temas abordados. Indique el día y hora de la próxima reunión. 	5 minutos

Recursos y Materiales

- Cuadro 12. Metas de vida
- Cuadro 13. Metas más importantes
- Formato: Plan para mi meta 1,2 y 3.

CUÁLES SON TUS INTERESES

Escribe en cada segmento las tres cosas que más desees

Tres cosas que quieres ser:

- 1.
- 2.
- 3.

Tres cosas que quieres tener

- 1.
- 2.
- 3.

Tres cosas que quieres hacer

- 1.
- 2.
- 3.

Tres lugares que quieres visitar

- 1.
 - 2.
 - 3.
-

Metas de Vida

- Tener amigos
- Aprender un oficio
- Tener novio o novia
- Salud
- Valerme por mí mismo
- Trabajar o estudiar
- Tener dinero
- Aceptarme como soy
- Mejorar mi carácter
- Realizar cosas divertidas
- Tener tiempo para descansar
- Sentirme tranquilo
- Tratar mejor a las personas
- Hacer deporte
- Aprender más cosas
- Dejar de consumir
- Divertirme
- Otras: _____

Metas más importantes

¿Qué quiero lograr?	¿Para qué lo quiero lograr?
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Plan para mi meta 1

Meta: _____

A un mes: _____

¿Qué voy a hacer para lograrlo?	¿Cuál será el resultado?
---------------------------------	--------------------------

A los seis meses

¿Qué voy a hacer para lograrlo?	¿Cuál será el resultado?
---------------------------------	--------------------------

Plan para mi meta 2

Meta: _____

A un mes: _____

¿Qué voy a hacer para lograrlo?	¿Cuál será el resultado?
---------------------------------	--------------------------

A los seis meses

¿Qué voy a hacer para lograrlo?	¿Cuál será el resultado?
---------------------------------	--------------------------

Plan para mi meta 3

Meta: _____

A un mes: _____

¿Qué voy a hacer para lograrlo?	¿Cuál será el resultado?
---------------------------------	--------------------------

A los seis meses

¿Qué voy a hacer para lograrlo?	¿Cuál será el resultado?
---------------------------------	--------------------------

Referencias

- ✿ Bandura, A. (1987). Teoría del aprendizaje social. Espasa-Ediciones. Madrid.
- ✿ Beck, J. (2008). Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Gedisa. Argentina.
- ✿ Beck, J. (1995). Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Gedisa. Argentina.
- ✿ Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1999). Terapia cognitiva de las drogodependencias. Paidós. Barcelona.
- ✿ Carroll, K. & Onken, L. (2005). Behavioral therapies for Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1452-1460.
- ✿ Carroll, K. & Rounsaville, B. (2006). Behavioral therapies. En Miller, W. y Carroll, K (Eds). Rethinking substance abuse. The Guilford Press. New York.
- ✿ CENADIC (2012). Guía para la prevención del consumo de inhalables. Secretaría de Salud. México
- ✿ Chertok, A. (2006). Las causas de nuestra conducta. Centro de Terapia Conductual. Disponible en www.psicologiatotal.com
- ✿ Cruz, S. (2011). El abuso de inhalables: Problema creciente de salud pública. *Avance y Perspectiva. Revista digital del CINESTAV*. 3 (3). Disponible en: http://biblioteca.cinvestav.mx/indicadores/texto_completo/cinvestav/2011/201593_1.pdf
- ✿ De la Garza, F. y Vega A. (2003). La juventud y las drogas. Guía para jóvenes, padres y maestros". Trillas. México.
- ✿ Di-Chiara, G. (2005). Procesos bioconductuales subyacentes a las farmacodependencias. En: Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Organización Panamericana de la Salud (Ed).
- ✿ Domjam, M. (2006). Principios de aprendizaje y conducta. Cengage Learning. 6^{ta}. Ed. México.
- ✿ Dobson, K. y Dozois, D. (2010). Historical and Philosophical Bases of the Cognitive-Behavioral Therapies. En Dobson, K. (2010). Handbook of the Cognitive-Behavioral Therapies. The Guilford Press.
- ✿ Gómez-Escalonilla. A., Plans, B., Sánchez, D. y Sánchez-Guerra, M. (2003) Cuadernos de Terapia Cognitivo-Conductual. EOS. Madrid.
- ✿ Hazlett-Stevens, H. & Craske, M. (2002). Brief Cognitive-Behavioral Therapy: definition and scientific foundations. En F. Bond y W. Bryden (Eds). Handbook of Brief Cognitive Behavior Therapy. Wiley. Great Britain.
- ✿ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Villatoro Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx.
- ✿ Little, M. y Franken. HA. (2012). Electrophysiological correlates of associative learning in smokers: a higher-order conditioning experiment. *BMC Neuroscience*. 13 (8).
- ✿ Martínez, J. y Verdejo, A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*. 23 (1).
- ✿ Martín del Moral, M., Fernández, L. (2009). Fundamentos biopsicosociales de las drogodependencias. Prevención y Tratamiento. En Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación. Ed. Médica Panamericana. Madrid.

- ✿ Medina-Mora, M. E. (1987). Aspectos epidemiológicos del uso de sustancias inhalables en la República Mexicana. *Salud Mental*. 10 (4).
- ✿ Medina-Mora, M. E. y Castro, M. E. (1984) El uso de inhalables en México. *Salud Mental*. 7 (1).
- ✿ Padesky, C. (1994), Schema Change Processes in Cognitive Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1 (5), 267-278.
- ✿ Pavlov, I. (1929). Los reflejos condicionados. Morata. Madrid.
- ✿ Pinedo, H., González, E., García, J., González, C. y Herrera, M. (2005). Terapia Cognitivo Conductual. Tomo 1. Interdisciplinas Cognitivo Conductuales. México.
- ✿ Sierra, D., Pérez, M., Pérez, A. y Núñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*. 17 (4): 349-360.
- ✿ Stallard, P. (2007). Pensar Bien, Sentirse Bien. Desclée de Brouwer. España.
- ✿ Villatoro, J., Cruz, S., Ortiz, A., y Medina-Mora, M. (2011). Volatile Substance Misuse in Mexico: Correlates and Trends. *Substance Use and Misuse*. 46: 40-45.
- ✿ Villaroto, J., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, M., Olivia, N., Bretón, M., López, M., Bustos, M., Medina-Mora, M. E. y Blanco, C. (2011). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes 2009. *Salud Mental*. 34: 81-94.
- ✿ Wenzel, A., Brown, G., y Karlin, B. (2011). Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Veterans and Military Servicemembers: Therapist Manual. Department of Veterans Affairs. Washington.
- ✿ West, R. (2006). Theory of Addiction. Blackwell Publishing. UK.

Gráfica personal de consumo

Nombre:

7

6

5

4

3

2

1

0

Días/Sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Meta													
CUMPLI MI META	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()

Objetivo: Monitorear el patrón de consumo del paciente durante la intervención.

Indicaciones:

1. **Nombre:** Registrar el nombre del paciente.
2. **Días:** Registrar de 0 a 7 la frecuencia de consumo del paciente (por ejemplo, si en la semana hubo dos días de consumo, se registra la x en el 2).
3. **Sesiones:** Iniciar siempre en 1 considerando que son las sesiones a las que asiste el paciente.
4. **Meta:** Registrar la meta elegida por el paciente (Dejar de consumir o Reducir el consumo).
5. **Cumplí mi meta:** Registrar el resultado de la semana, considerando la elección realizada.

- ✿ Cada paciente deberá contar con su gráfica personalizada.
- ✿ Al inicio de cada sesión de tratamiento se entregará al paciente para su llenado.