



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

TALLER DE AUTOEFICACIA EN  
PACIENTES DEL CENTRO MUNICIPAL DE  
ATENCIÓN A LAS ADICCIONES EN  
NEZAHUALCÓYOTL

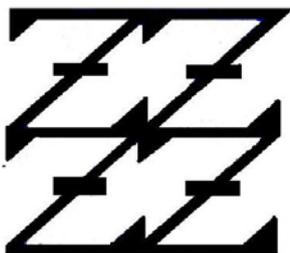
**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
PRESENTA:

**ALICIA IBET GODÍNEZ ORTEGA**

U.N.A.M  
FES  
ZARAGOZA

**TUTORA:** LIC. MARÍA FELICITAS DOMINGUEZ ABOYTE



LO HUMANO EJE DE  
NUESTRA SUPERACION

**COMITÉ:**

MTRO. EDGAR PEREZ ORTEGA  
LIC. RICARDO MEZA TREJO  
LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN  
LIC. ALEJANDRA LUNA GARCÍA

MÉXICO, D.F.

MARZO, 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a mis padres Adriana y Ramón por todo el apoyo, por haberme enseñado que no hay que darse por vencido, que si se desea algo hay que luchar por ello. Los amo.

A mi hermana Silvia por ser mi amiga incondicional, por escucharme, apoyarme cuando más lo he necesitado. Eres una gran mujer que me ha enseñado a ser cómplice. Te amo.

A mi hermano Adrián por ser un gran hombre, por el afecto, por las risas y la confianza que ha tenido conmigo, a pesar de nuestras diferencias, además por tener a esa hija tan maravillosa.

A Angye, te amo niña hermosa, espero que cuando crezcas y puedas entender esto, te sirva de inspiración.

A mi amiga Alma, por el apoyo demostrado en todo este proceso, por ser mi cómplice y por brindarme un regalo muy especial: su amistad.

A Coco, mi gran amiga a pesar de la distancia, por enseñarme que siempre es importante seguir nuestros sueños.

A Paty por el apoyo y el interés demostrado desde el inicio de este proyecto, además de ser una gran mujer a la que admiro y respeto, no sólo en el ámbito profesional sino en el personal.

A Isra por su gran amistad y apoyo, por escucharme cuando lo más lo he necesitado, por la confianza que ha tenido en mí para ser su confidente.

A mi tutora María Felicitas, gracias por la comprensión, el apoyo, el interés mostrado en este proyecto, y la gran calidez de su persona, gracias por ayudarme a salir adelante a pesar de los obstáculos.

A la profesora Alejandra Luna, por la preocupación, el apoyo brindado y la confianza, por el tiempo y esfuerzo dedicados a este trabajo.

Al maestro Edgar por todo lo que me enseñó en la realización de este trabajo, por el empeño demostrado y por la oportunidad que me brindó al leer mi trabajo.

La paradoja del amor es, ser uno mismo, sin dejar de ser dos. (Erich Fromm)

Compañero usted sabe que puede contar conmigo no hasta dos o hasta diez sino contar conmigo

Si alguna vez advierte que lo miro a los ojos y una veta de amor reconoce en los míos no alerte sus fusiles ni piense qué delirio, a pesar de la veta o tal vez porque existe usted puede contar, conmigo

Si otras veces me encuentra huraña sin motivo no piense qué flojera igual puede contar conmigo

Pero hagamos un trato yo quisiera contar con usted es tan lindo saber que usted existe, uno se siente vivo, y cuando digo esto quiero decir contar aunque sea hasta dos aunque sea hasta cinco, no ya para que acuda presuroso en mi auxilio sino para saber a ciencia cierta que usted sabe que puede contar conmigo.

Mario Benedetti.

**Mauricio, gracias por tu amor y apoyo incondicional, por ser mi cómplice, por vivir esta locura conmigo. Por no dejar que me diera por vencida y estar ahí para ayudarme a seguir. Hay tantas cosas que tengo que agradecerte.**

**Eres un gran hombre al que admiro y respeto, me has enseñado a esforzarme siempre, a dar lo mejor de mí. TE AMO.**

## INDICE

Resumen	6
Introducción	7
CAPITULO I. EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE DROGAS	9
1.1 Tabaco	9
1.2 Alcohol	10
1.3 Drogas	12
1.4 Panorama de la adicción a las drogas en el Estado de México	17
CAPITULO 2. ASPECTOS GENERALES DE LAS ADICCIONES	22
2.1 Antecedentes históricos del uso de drogas	22
2.2 Definición de droga	26
2.3 Tipos de drogas y sus efectos	27
2.3.1 Alcohol	29
2.3.2 Inhalantes	31
2.3.3 Barbitúricos e hipnóticos	32
2.3.4 Tranquilizantes menores	33
2.3.5 Opiáceos (analgésicos narcóticos)	33
2.3.6 Estimulantes del sistema nervioso central	34
2.3.6.1 Cocaína	34
2.3.6.2 Anfetaminas	36
2.3.7 Alucinógenos	37
2.3.8 Canabinos	38
2.3.9 Drogas de diseño	39
2.3.10 Otras drogas	40
2.3.10.1 Cafeína	40
2.3.10.2 Nicotina	41
2.4 Uso, abuso y dependencia a las drogas	42
2.5 Tipos de consumidores	44
2.5.1 De uso	47
2.5.2 De abuso	47
2.6 Factores de riesgo del consumo de drogas	48
2.6.1 Factores individuales	49
2.6.2 Factores microsociales (del entorno próximo)	50
2.6.3 Factores macrosociales (ambientales)	52
2.7 Factores de protección	53
2.8 Prevención	54
2.8.1 Definición de prevención	54
2.8.2 Tipos de prevención	55
2.8.3 Enfoques de prevención	59

CAPITULO 3 AUTOEFICACIA	62
3.1 Definición de Autoeficacia	64
3.2 Fuentes de la Autoeficacia	65
3.3 Tipos de expectativas	67
3.4 Medición de la Autoeficacia	72
CAPITULO 4 ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL	77
4.1 Características generales de un programa de enfoque cognitivo-conductual	77
4.2 Autoestima	82
4.3 Asertividad	89
4.3.1 Pasividad o no-asertividad	89
4.3.2 Agresividad	90
4.3.3 Asertividad	91
4.4 Identificación Precipitadores y Situaciones de Riesgo	97
4.5 Manejo de Craving	100
4.5.1 Tipos de craving	101
4.5.2 Técnicas para afrontar los craving	102
4.5.2.1 Técnicas de distracción	102
4.5.2.2 Tarjetas flash	103
4.5.2.3 Técnicas de Imaginación	104
4.5.2.4 Discusión de Ideal irracionales	106
4.5.2.5 Detención de Pensamiento	107
4.5.2.6 Control y Programación de Actividades	108
4.5.2.7 Entrenamiento en Relajación	109
4.5.2.8 Desensibilización sistemática	110
4.5.2.9 Autoinstrucciones y Autoafirmaciones	110
4.6 Solución de Problemas	112
Método	121
Resultados	138
Conclusiones	147
Referencias	156
Anexos	
Cuestionario Autoconfianza en el Consumo de Drogas	166
Taller de Autoeficacia	171

## Resumen

El consumo de drogas se ha duplicado en los últimos años, igualmente la demanda de tratamientos efectivos que ayuden a las personas adictas a su rehabilitación. En este sentido, las creencias de eficacia personal forman parte de los mecanismos de mediación de la conducta del individuo, donde se considera que se puede producir los efectos deseados por medio de sus acciones. Por lo tanto, para un confiable cambio conductual, es importante que las personas atribuyan y perciban los resultados de una ejecución a la competencia personal. Por lo anterior, se deriva el objetivo de la presente investigación: Desarrollar y aplicar un Taller con enfoque cognitivo-conductual, que permita fomentar la Autoeficacia, mediante la identificación de situaciones de riesgo de consumo y el aprendizaje de habilidades para afrontar exitosamente dichas situaciones. Se utilizó una muestra de 20 pacientes internos del Centro Municipal de Atención a las Adicciones de Nezahualcóyotl, con edades de los 15 a los 25 años, no se consideró nivel escolar ni socioeconómico. Se empleó un diseño de investigación pre-experimental, de un grupo test y post-test, para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoeficacia en los pacientes, después de su asistencia al Taller de Autoeficacia y Adicciones. Se aplicó el Cuestionario de Autoconfianza en el consumo de Drogas (De León & Pérez, 2001). Los resultados demostraron que hubo un aumento estadísticamente significativo en el nivel de autoeficacia, en los sujetos participantes y se comprobó la hipótesis planteada.

## **INTRODUCCION**

El ser humano seguido por su curiosidad y necesidad de conocer su entorno, ha experimentado el consumo de drogas desde la antigüedad, sin embargo, la forma de concebir dicho consumo se ha modificado con las condiciones histórico-culturales, en el que influyen factores micro y macro sociales.

Como se presenta en el Capítulo uno, es importante considerar el contexto social en el que se desarrolla el problema de adicción a las drogas. Tal es el caso de México, que en la actualidad sufre los estragos no sólo de la adicción, por una parte importante de su población, sino el conjunto de repercusiones que esto implica como problema de salud y social. Así como la modificación en las tendencias de consumo en la población mexicana.

En el capítulo 2, se abordan los antecedentes históricos del consumo de drogas, la definición de droga, su clasificación y sus efectos; la diferencia entre uso, abuso y dependencia a las drogas, así como los tipos de consumidores. También, es necesario conocer los factores de riesgo y protección, que puedan evitar o tratar la adicción a las drogas, para que la prevención sea adecuada.

En el capítulo 3, se desarrolla la Teoría de la Autoeficacia, en la que se basa esta investigación, así como la definición de Autoeficacia y sus fuentes, los tipos de expectativas que existen y como se puede medir la Autoeficacia.

En el Capítulo 4 se verán las características generales de un programa de enfoque cognitivo-conductual, así como las diferentes temáticas desarrolladas para el Taller: autoestima, asertividad, identificación de precipitadores y situaciones de riesgo, manejo de craving y las diferentes técnicas para enfrentarlo, por último el tema de solución de problemas.

Posteriormente, expondrá la metodología empleada en la presente investigación y una breve descripción del taller de Autoeficacia, el análisis de datos, al igual que los resultados obtenidos de la aplicación del taller.

Por último, se incluye un Anexo en el que se puede revisar el Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas aplicado en esta investigación y el desarrollo del taller de Autoeficacia en el que participaron los pacientes del Centro Municipal de Atención a las Adicciones.

# CAPITULO 1

## 1. EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

El consumo de sustancias psicoactivas constituye un problema de salud en el país, debido a que la magnitud, forma y complejidad con que se presenta, expone a la población en general al deterioro en su calidad de vida.

En la actualidad existen variaciones en las tendencias de consumo de drogas como por ejemplo, el aumento de las mujeres que consumen drogas, la disminución en la edad de inicio, un incremento en el policonsumo. Las drogas ilegales de mayor consumo son la marihuana y la cocaína observándose una tendencia creciente en el consumo de crack y de metanfetaminas.

Enseguida se describen algunos datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (2008), posteriormente se dará un panorama más específico de la situación del municipio de Nezahualcóyotl, con datos obtenidos del Centro de Integración Juvenil Nezahualcóyotl y del Centro Municipal de Atención a las adicciones, donde se realizó esta investigación.

### 1.1 Tabaco

Según los datos reportados en la ENA, (2008) en el ámbito nacional entre la población general de 12 a 65 años, la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez fue de 17.1 años. En la población adolescente, fue de 13.7 años y en la adulta, de 17.4 años. Las edades promedio de consumo de tabaco por primera vez en la población de adolescentes y adultos en el ámbito rural fueron muy similares a las de la población nacional. Con estas definiciones, en el ámbito nacional entre la población de 12 a 65 años se encontró que 18.5% corresponde a fumadores activos, lo cual representa cerca de 14 millones de mexicanos fumadores; 17.1% corresponde a ex fumadores y 64.4% no había fumado. El consumo de tabaco en los hombres fue de 27.8% y de 9.9% en las

mujeres. Cuando se compara por grupo de edad, 8.8% de los adolescentes y 20.6% de los adultos respondieron haber fumado durante el último año.

Con respecto a los fumadores activos (uso en el último año), se reportó que el 23.5% de la población (cerca de 2 millones 65 mil personas), 35.4% son hombres y 12.4% son mujeres. El 16.2% de los fumadores activos consumía más de 15 cigarrillos diarios considerado como consumo severo (ENA, 2008).

## **1.2 ALCOHOL**

Los datos de la encuesta, confirman lo que se había observado en encuestas previas, la población mexicana no bebe diario o casi diario: 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29.

Según la ENA, (2008), el patrón de consumo típico es de grandes cantidades por ocasión de consumo. En total, casi 27 millones de mexicanos (26 828 893) entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Casi 4 millones (3 986 461) beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios).

El consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Entre ellas, sin embargo, esta manera de beber está aumentando, especialmente entre las adolescentes. La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años). Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el

de 18 a 29 años. Los niveles descienden después conforme aumenta la edad. Los resultados indican que la población adolescente está copiando los patrones de consumo de la población adulta (ENA, 2008).

La proporción de la población que presenta abuso/dependencia al alcohol es muy elevada. Poco más de cuatro millones de mexicanos (4 168 063) cumple con los criterios para este trastorno; de éstos, tres y medio millones (3 497 946) son hombres y poco más de medio millón (670 117) son mujeres. Esta forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas como se menciona a continuación.

En una proporción muy importante (41.3%) se encontraron personas que fueron detenidas bajo los efectos del alcohol. Las dificultades más frecuentes ocurren con la familia (10.8%), a continuación aparecen las peleas (6%). Los problemas con la policía son menos frecuentes (3.7%). Los problemas laborales no son muy comunes (3.7%) y en una proporción aun menor los problemas derivaron en la pérdida del empleo o en la posibilidad de perderlo (1.4%). Los problemas con la familia son más frecuentes en los hombres, especialmente entre los mayores de edad (3.8 hombres por cada mujer). Entre los adolescentes, estas diferencias son menos marcadas (1.3 hombres por cada mujer). Más mujeres adolescentes (7.8%) que mujeres adultas (3.9%) informaron haber tenido problemas con la familia.

Como era de esperarse, la población que calificó para el trastorno abuso/dependencia tiene más problemas que aquella que no presenta este problema.

Cuando se considera la población con abuso o dependencia del alcohol, la distribución se mueve más hacia el centro y sur del país. De la región norte, permanecen Tamaulipas y Baja California Sur; del centro del país, Aguascalientes, Durango, Nayarit, Michoacán, San Luis Potosí, Zacatecas, Morelos, Puebla, Querétaro, Hidalgo, y se suma Guerrero. De la zona sur, permanecen Quintana Roo y Campeche. Para los hombres, se suma Oaxaca.

Para las mujeres adolescentes se suman Veracruz y Distrito Federal, y para las mujeres adultas, adultas, Tabasco y nuevamente Distrito Federal (ENA, 2008).

Existen variaciones nacionales interesantes que señalan la importancia de orientar los servicios para las diferentes poblaciones de acuerdo con sus necesidades.

### 1.3 DROGAS

Los resultados de la ENA, (2008) consistentes con los estudios que se hacen en poblaciones especiales, indican que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en este periodo. Las drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6 a 5.2%; el consumo de drogas médicas con potencial adictivo, usadas fuera de prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002 (figura 1).

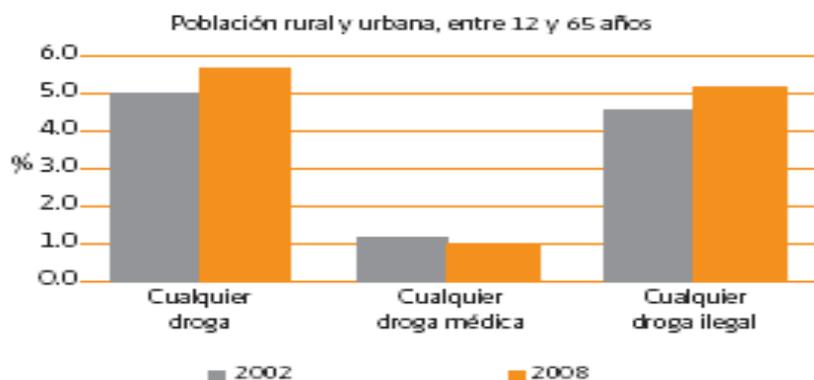


FIGURA 1 ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES TENDENCIAS 2002-2008 MEXICO ENA 2008

Por grupos de población, se observa que, si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres solamente se incrementó de 8 a 8.8% (ENA, 2008).

La marihuana es la droga de preferencia en la población. Su incidencia acumulada alcanza 4.2%, seguida en orden por la cocaína con 2.4% (una cuarta parte de los usuarios de cocaína consumen crack). En tercer lugar, se sitúan los inhalables (0.7%), seguidos muy de cerca por las metanfetaminas (0.5%), los alucinógenos (0.4%) y la heroína (0.1%). Sin tomar en cuenta las drogas médicas, hombres y mujeres tienen el mismo orden de preferencia. Hay 1.8 hombres que usan marihuana por cada uno que usa cocaína; en el caso de las mujeres, la razón es de 2 a 1 (figura 2).

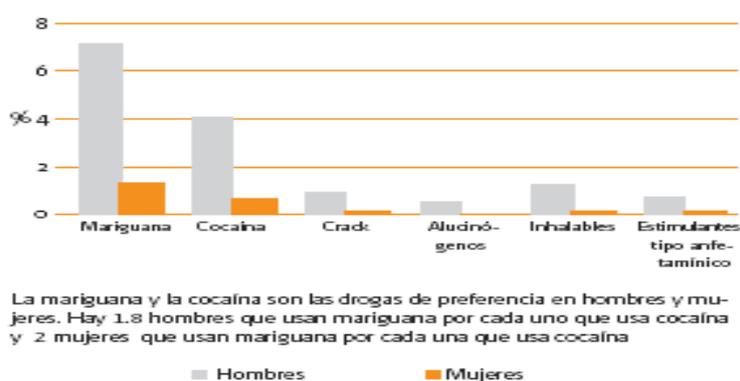


FIGURA 2 PREFERENCIA POR TIPO DE DROGA POBLACION ENTRE 12 Y 65 AÑOS MEXICO ENA 2008

En relación con las drogas médicas, los hombres presentan un mayor consumo que las mujeres. Ambos grupos prefieren los tranquilizantes y a continuación, las anfetaminas (ENA, 2008).

Como señala la ENA, (2008) entre las mujeres, el consumo de cocaína, crack y metanfetaminas es mayor entre las más jóvenes (de 12 a 25 años) y los datos también señalan la menor historia de consumo en este grupo, especialmente de las sustancias de más reciente introducción al país.

Como se menciona en la ENA, (2008) el uso de drogas es mayor en las generaciones más jóvenes, en comparación con lo que ocurría en las cohortes previas. Solamente 3.6% de las personas que nacieron entre 1942 y 1956 informó haber usado drogas. El índice aumenta a 5.7% en la generación nacida entre 1957 y 1971; en aquella nacida entre 1972 y 1983 aumenta a 7.7% y disminuye a 4.9% en aquéllos nacidos entre 1984 y 1996 (ENA, 2008).

Una vez iniciado el uso, los jóvenes de hoy progresan hacia formas de uso más problemáticas y hacia la dependencia con más frecuencia que las generaciones anteriores. Se trata, por tanto, de un fenómeno que afecta principalmente a los grupos más jóvenes. Entre las mujeres, el uso de drogas es un fenómeno con menos historia.

Los datos de la encuesta indican que los adolescentes de entre 12 y 17 años tienen más probabilidad de usar drogas cuando están expuestos a la oportunidad de hacerlo que quienes ya han alcanzado la mayoría de edad. Además, presentan 69 veces más probabilidad de usar marihuana cuando se la ofrecen regalada, que sus compañeros que no han estado expuestos. La probabilidad aumenta sólo 21 veces para quienes tienen entre 18 y 34 años y 19 veces entre quienes tienen 35 años o más.

Los adolescentes también progresan en mayor proporción hacia la dependencia. Dado el abuso, 35.8% de los adolescentes, 24.6% de los adultos jóvenes (de 18 a 25 años) y 14.5% de quienes tienen más de 25 años progresan a la dependencia (ENA, 2008).

Los adolescentes tienen más probabilidad de usar drogas cuando han sido expuestos a la oportunidad y de progresar hacia la dependencia cuando han usado drogas. Es por esto que los esfuerzos preventivos deben de orientarse a reducir la probabilidad de que estén expuestos al uso de drogas.

El análisis muestra que las generaciones actuales presentan mayor accesibilidad a las drogas, mayor consumo que las generaciones anteriores, e índice de dependencia más alto. También se buscó averiguar si la progresión al uso, dada la oportunidad, y la subsiguiente progresión a la dependencia eran también mayores en los jóvenes de hoy (ENA, 2008).

La edad de inicio para el consumo de drogas es típicamente temprana: la mitad de los usuarios de marihuana (55.7%) se inicia antes de la mayoría de edad. La edad de inicio de la cocaína es más tardía: sólo 36.4% la había usado por primera vez antes de los 18 años; esto se observó para 50.8% de los usuarios de drogas. En total, 89.7% de los usuarios de drogas lo habría hecho antes de cumplir los 26 años (ENA, 2008).

Con base en la edad de inicio, se encontraron dos grupos de drogas: aquéllas con un inicio más temprano (anterior a los 18 años) y aquéllas con un inicio en la edad adulta. En el primer grupo encontramos los sedantes (50.9% de quienes informaron haber usado estos medicamentos fuera de prescripción médica lo hicieron por primera vez en la adolescencia), la marihuana (55.7%), los inhalables (63.3%), y las metanfetaminas (46.5%). En el segundo grupo encontramos los estimulantes usados fuera de prescripción cuyo uso inicia más frecuentemente entre los 18 y los 25 años (35.9%). A esta edad también se suele iniciar el uso de cocaína (48.5%), alucinógenos (53.1%), y heroína (45.7%). Cabe mencionar que alrededor de la misma proporción de las personas que notificaron sobre el uso de crack, habían iniciado antes de los 18 años (42.2%) y después de esta edad, entre los 18 y 25 años (41.9%).

Solamente 6.9% de los usuarios informó haberse iniciado en el uso de drogas entre los 26 y los 34 años, y 3.3% después de esta edad. Las drogas médicas usadas fuera de prescripción y la heroína mostraron índices de inicio relativamente más elevados que otras drogas.

El consumo de los tranquilizantes, la marihuana, los inhalables, y las metanfetaminas se inicia con más frecuencia en la adolescencia. En total, 89.8% de los usuarios habrá iniciado el consumo antes de cumplir los 26 años. Esto señala el grupo en que deben de concentrarse los esfuerzos preventivos.

La evidencia científica señala la conveniencia de incluir el abuso de tabaco y de alcohol dentro de los programas de prevención. Es por ello que, también se analizó la relación entre la edad de inicio de consumo de tabaco y de alcohol,

asimismo la probabilidad de usar otras drogas. Se pretendía determinar si un inicio temprano del uso de estas sustancias tenía una relación con el uso de otras drogas.

De esta manera, los resultados confirman que un inicio del consumo de tabaco y de alcohol anterior de los 18 años incrementa la probabilidad de usar otras drogas. Por ejemplo, 14.2% de las personas que empezó a fumar antes de los 18 años experimentó con marihuana, en comparación con sólo 5.4% de quienes fumaron por primera vez entre los 18 y 25 años. La proporción para cocaína fue de 7.6% versus 3.8%; esta misma tendencia se observa para todas las drogas. En conjunto, 17% de quienes fumaron antes de llegar a la mayoría de edad experimentó también con otras drogas; esto ocurrió solamente en 6.9% de quienes empezaron a fumar entre los 18 y 25 años, y en 1.4% de quienes fumaron después de los 26 años (ENA, 2008).

Reforzar las medidas que limitan el acceso a tabaco y alcohol para los menores de edad tiene un impacto importante en la reducción de la probabilidad de uso de otras drogas.

Los datos de la encuesta también permiten conocer algunas características de las personas que consumen drogas. Los resultados indican que es más probable que una persona se involucre en el consumo de las drogas si su papá o hermanos usan drogas; sin embargo, la probabilidad se incrementa si quien las usa es el mejor amigo.

El consumo en el entorno es el factor de riesgo más importante para el inicio en el consumo de drogas. Ante el aumento en la disponibilidad y el riesgo de usar drogas, cabe preguntarse quiénes son los que no están expuestos o, estando expuestos a la oportunidad de usar drogas, no las consumen. Dicho conocimiento permite orientar mejor los programas preventivos. La exposición a drogas es menor si se está en la escuela: a 12.2% de quienes tienen entre 12 y 25 años y son estudiantes le han ofrecido marihuana regalada; esto le ocurre a 19.1 de quienes ya están fuera de la escuela. Además, en quienes están

estudiando es menos probable que haya un progreso de la oportunidad al uso y de la experimentación al uso continuado (ENA, 2008).

La misma situación se observa en relación con la familia: a 85% de quienes viven en familia, incluida la uniparental, no le han ofrecido drogas regaladas, mientras que esto le ha ocurrido a 80% de quienes no viven en familia. Además, es menos probable la progresión hacia la experimentación y el uso regular cuando se está en familia.

Los programas de prevención deben incluir mecanismos para ampliar la cobertura educativa y retener a los jóvenes en el sistema, reforzar las familias y dar atención especial a los adolescentes y jóvenes que no viven con su familia. Los datos del estudio indican que quienes no fuman o no beben alcohol presentan una prevalencia muy baja de consumo de drogas (1 y 2.3% respectivamente). En contraste, quienes fuman o beben presentan tasas más altas de consumo de drogas, índice que se incrementa conforme disminuye la edad de inicio de tabaco y alcohol. Las prevalencias de uso de drogas entre quienes empezaron a fumar o a beber después de los 25 años fue de 1.5 y 1% respectivamente, esta prevalencia aumenta a 7.1 y 4.8% cuando el inicio ocurre entre los 18 y 25 años y es de 17 y 15.8% cuando el inicio ocurre antes de los 18 años.

Menos del 7% de quienes empiezan a fumar o a beber después de los 18 años usa drogas. Los programas que limitan la exposición al tabaco y al alcohol en menores de edad tienen un potencial importante para la prevención del inicio del consumo de drogas.

#### **1.4 PANORAMA DE LAS ADICCIONES EN EL ESTADO DE MÉXICO**

Según el Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas de Centros de Integración Juvenil del Estado de México, en el segundo semestre de 2008 se reportaron los siguientes datos:

- 1,110 usuarios de drogas ilícitas de primer ingreso a tratamiento en unidades de CIJ en el Estado de México
- Sexo: 88.0% hombres y 12.0% mujeres (7.3 hombres por cada mujer).
- Edad de ingreso a tratamiento: 23.7 años en promedio.
- Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas: 16.7 años en promedio.
- Principales drogas ilícitas de uso alguna vez en la vida: cannabis (70.8%), inhalables (55.1%), crack (47.7%) y cocaína en polvo (37.2%).
- Droga de mayor impacto en el último año: inhalables (23.9%), crack (21.6%), cannabis (18.3%) y alcohol (14.8%).
- Uso de drogas en los últimos 30 días: tabaco (68.0%), alcohol (56.0%), cannabis (28.7%), inhalables (23.9%) y crack (20.5%).

Asimismo se reportaron las tendencias del consumo alguna vez en la vida (del segundo semestre de 2004 al segundo semestre de 2008):

*Incremento del consumo de:*

- Inhalables de 43.2% a 55.1%
- Cannabis de 65.8% a 70.8%.
- Alucinógenos de 7.9% a 9.2%.

*Disminución del consumo de:*

- Benzodiazepinas de 17.4% a 12.2%
- Crack de 50.9% a 47.7%
- Cocaína en polvo de 39.1% a 37.2%

Con respecto al municipio de Nezahualcóyotl en el período de 2005 -2008 se observaron las siguientes tendencias según el CIJ, (2008):

- Las drogas ilícitas de mayor consumo “alguna vez en la vida” entre los pacientes de primer ingreso a tratamiento en el CIJ Nezahualcóyotl fueron: marihuana, cocaína base libre “crack”, cocaína en polvo e inhalantes.
- Asimismo la droga que tiene consumo por arriba de la media es el crack con 42% siendo la media 35.7%.
- En relación al consumo de alcohol y tabaco se registraron usos de 72% y 75% alguna vez en la vida, respectivamente.
- Mientras que la razón de consumo ,incluyendo alcohol y tabaco, en el 2008 fue de 7.9 hombres por mujer

La prevalencia del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en el municipio de Nezahualcóyotl se presenta a continuación:

•Tabaco	196	66%
•Alcohol	177	60%
•Marihuana	99	33%
•Inhalables	95	32%
•Cocaína	32	11%
•Crack	123	42%
•Tranquilizantes	3	1%

Los datos del consumo de drogas alguna vez en la vida en pacientes de primer ingreso a tratamiento CIJ Nezahualcóyotl son los siguientes:

Numero total de casos durante el primer semestre de 2008: 293

- Casos por sexo: Hombres 260 Mujeres 33
- Edad de ingreso a tratamiento: El rango de 15 a 19 años fue el de mayor ingreso
- Estado civil: 64% expresó estar soltero, 11% estar casado, 11% dice estar separado y 12% vivir en unión libre
- Escolaridad: 53% cursaba o había cursado algún grado de educación secundaria; 24%, al menos algún grado de bachillerato; 13% al menos un año de educación primaria y el 7% había cursado estudios superiores.
- Ocupación: 54% desempeñaba alguna actividad laboral, 31% estudiaba y 13% estaba desempleado.

Las zonas de alto riesgo y atención prioritaria en el municipio de Nezahualcóyotl son las siguientes:

BENITO JUAREZ I	METROPOLITANA 1RA SECC
BENITO JUAREZ II	METROPOLITANA 2DA SECC
EVOLUCION	METROPOLITANA 3RA SECC
AGUA AZUL	SAN LORENZO
AGUA AZUL (SECC. PIRULES)	TAMAULIPAS FLORES
MEXICO I	TAMAULIPAS PALMAS
MEXICO II	PAVON
PORFIRIO DIAZ	ESTADO DE MEXICO
MODELO	TAMAULIPAS (SECCION VIRGENCITAS)
AMPLIACION VICENTE VILADA	AMPLIACION RAUL ROMERO (FUENTES)
ATLACOMULCO	

Existen instancias indicativas de la respuesta social organizada, es decir instituciones y programas de atención a las adicciones en Nezahualcóyotl:

- Centro Municipal de Atención a las adicciones
- Alcoholicos Anónimos
- Albergue Drogadictos Anónimos “Un amigo mas”

Además de diversos espacios de intervención y colaboración: como el Sector educativo, sector salud, sector social y otros sectores.

Como se menciona, una de las instituciones en las que se da atención al problema de las adicciones es el Centro Municipal de Atención a las Adicciones (CMAA), el cual fue inaugurado en el 2006, como un centro especializado de atención a jóvenes, adolescentes y adultos con problemas de adicción a algún tipo de drogas, así como de atención a sus familias mediante programas y acciones encaminadas a la rehabilitación y a la prevención de ese grave problema de salud pública. El CMAA a través de su equipo multidisciplinario e interdisciplinario utiliza el “Modelo de Atención por Amor a Neza”, que consiste en otorgar atención médica y psicológica, aunado a la práctica del deporte, terapias grupales e individuales, talleres de artes y oficios, cine debate, actividades recreativas, taller de lectura.

El “Modelo de Atención por Amor a Neza”, tiene también como uno de sus principales objetivos que los pacientes atendidos que hayan culminado exitosamente su tratamiento, obtengan la garantía de un seguimiento de atención posterior, lo que incluso les permita eventualmente convertirse en Promotores de la Salud dentro de esta comunidad.

Para internamiento de pacientes, se trabaja las 24 horas los siete días de la semana. El CMAA no realiza cobro por la atención especializada, ni por el uso de sus instalaciones. Asimismo el Centro cuenta con servicio de electrocardiograma, que se realiza solo en caso de que el paciente lo amerite, el cual tiene un costo accesible.

Por lo tanto es importante reconocer el trabajo que se realiza en este centro, considerando que la zona en que esta ubicado es de las más problemáticas en referencia a las adicciones, por las condiciones sociales como la desintegración familiar, falta de empleos, mayores índices delictivos, así como la disponibilidad de las drogas para la población más vulnerable, los jóvenes.

## **CAPITULO 2**

### **2. ASPECTOS GENERALES DE LAS ADICCIONES**

En todos los tiempos el hombre motivado por la curiosidad, el deseo o la necesidad, ha buscado sustancias que le proporcionen estados placenteros, enajenación mística, olvido o eliminación del dolor, físico o moral. El uso cultural o religioso de las sustancias psicoactivas forma parte de las costumbres y hasta las últimas décadas no representaba un problema grave.

Se puede decir, que las razones para consumirlas han sido reorientadas por las necesidades, tensiones, patrones de vida social, conocimientos científicos y nivel tecnológico de las sociedades a través del tiempo.

Como señala Tapia (1994), hierbas, frutas, hojas y muchísimas otras sustancias naturales de origen vegetal fueron examinadas y usadas para su efectos farmacológicos desde lo tiempos más primitivos. Se tiene evidencia que la marihuana, una hierba ordinaria, era usada como medicina desde hace más de 3000 años. Aunque se conocía cierto mal uso y aún abuso de las drogas en aquel tiempo (la marihuana se empleaba para curar la gota, y el alcohol por placer), la búsqueda de drogas que pudieran ser medicinales infundía la idea de que una droga era buena porque calmaba el dolor físico. El conocimiento de las drogas cambió muy poco durante miles de años y el concepto de su uso se mantuvo.

#### **2.1 Antecedentes históricos del consumo de drogas**

En la antigua India se utilizaba la marihuana con fines religiosos, aunque después se consumiera con otros propósitos. En los Estados Unidos no tuvo un origen brillante. A diferencia del opio, de la morfina y de la cocaína, la marihuana no conoció el honor de las clases sociales ni de ser utilizada por la medicina durante el siglo XIX. Antes de la primera guerra mundial era fumada

casi exclusivamente por los inmigrantes mexicanos, y su consumo se extendió por toda la franja fronteriza. A medida que crecía la inmigración después de la guerra, aumentó el consumo de marihuana atrayendo también a la comunidad negra y a algunos consumidores blancos. En Nueva Orleans, los trabajadores negros del puerto y muchos músicos tomaban droga (Mothner y Weitz, 1986).

En lo que se refiere a la cocaína, como mencionan Mothner y Weitz (1986), cuando el explorador italiano Américo Vespucio llegó al Nuevo Mundo, pisándole los talones a Cristóbal Colón, descubrió que los nativos de Sudamérica obtenían una gran satisfacción al masticar hojas obtenidas de la planta *Erythoxylon coca*, que crecía en la cuenca alta del Amazonas y en las mesetas andinas.

Entre los Incas del Perú, sólo podían masticar coca los miembros de la corte y los allegados a ella. Además, esta práctica tenía una significación religiosa que llevó a los españoles a prohibirla rápidamente, sin embargo, la actitud de la iglesia cambió drásticamente cuando observaron que mejoraba el rendimiento de los trabajadores indios.

El principal alcaloide de la coca, la cocaína fue aislado en 1860, en la Universidad de Göttingen, Alemania, y fue rodeado de un entusiasmo que duraría hasta el fin de ese siglo. De potente acción anestésica local, la cocaína fue ensayada para la fiebre del heno, como antiinflamatorio y para el resfriado común. El propio Sigmund Freud estuvo interesado en la nueva droga por sus propiedades estimulantes, concibiéndola como un remedio para la depresión, la adicción a la morfina y el alcoholismo. Llegó a experimentarla en sí mismo. Una revisión de la literatura sobre la cocaína, describió que una pequeña dosis lo elevó a las alturas de una forma maravillosa (Mothner y Weitz, 1986).

La cocaína pronto llegó a formar parte de medicamentos y licores (al Papa León XIII se le administraba una mezcla de Ángel Mariani y de cocaína), así como de ungüentos, polvos, aerosoles, pastillas, supositorios y cigarrillos. John

Styh Pemberton, de Georgia, introdujo su vino francés de Coca (el tónico nervioso ideal) en 1885, y al año siguiente inventó el refresco Coca-cola, utilizando un jarabe hecho con cocaína y cafeína (Mothner y Weitz, 1986).

Pero la fama de la cocaína duró poco, ya que hacia 1890 los médicos reconocían que la cocaína no sólo no curaba la adicción morfínica sino que tenía un considerable potencial de abuso. Freud fracasó al utilizar la cocaína en el tratamiento de la adicción a narcóticos de un colega y el cirujano estadounidense William Stewart Halsted fue una de las primeras víctimas de la dependencia a la cocaína debido a su experimentación con ella (Mothner y Weitz, 1986).

La cocaína no volvió a ser una droga extendida en Norteamérica hasta la década de los setenta, cuando las restricciones del gobierno sobre las anfetaminas se hicieron más duras. La similitud de efectos explica que la dificultad de conseguir una promoviera el mayor consumo de la otra. Junto con el aumento de coca se produjo un cambio en las formas de llevarlo a cabo, si en la década de los setenta la forma mayoritaria de consumo era por aspiración (inhalación de polvo las fosas nasales; sniffar en argot), a medida que se acercaban los años ochenta aumentaba el consumo fumado de la forma más potente, llamada "free-base". En menor grado se utilizaba la forma inyectada.

Con respecto al uso del alcohol, el proceso de destilación fue inventado en el siglo IX, antes de esta época las únicas bebidas alcohólicas accesibles tenían 15% de alcohol o menos, como producto de fermentaciones naturales. Era muy difícil provocarse una intoxicación alcohólica aguda con una cerveza de 6% de alcohol o vino de 12% (Tapia, 1994).

Asimismo, la sociedad ha intentado minimizar las consecuencias del alcohol desde el año 1700 a. C., en que el Código Hammurabi intentó regular las casas de bebida en Babilonia. Los romanos, en el siglo I antes de nuestra era, ya intentaron reducir la producción de uva. Se eliminaron muchas viñas y se plantaron cereales con objeto de reducir la oferta de vino en el mercado. Tres siglos después, el historiador Ammianus Marcellinus describía las medidas más

extremas: los que se excedían con la bebida eran castigados y mostrados a la ciudad. Si la legislación ha sido poco efectiva, la religión en cambio ha reducido e incluso erradicado la bebida, cuando constituía un dogma de la religión dominante en la cultura (Mothner y Weitz, 1986).

Químicamente, el alcohol que se bebe (alcohol etílico o etanol) pertenece a la familia farmacológica de depresores del sistema nervioso, entre los que también figura el hidrato de cloral. Desde tiempos ancestrales se ha obtenido de la fermentación de savia, miel, frutas, granos o tubérculos. La fermentación da lugar a una bebida que contiene entre el 14% y el 16% de alcohol.

El exudado natural de amapola usado en el año 1500 A. C. daba baja concentración de opio, pero en 1805 la ciencia proporcionó una forma concentrada de analgésico: la morfina, junto con este conocimiento vino la jeringa subcutánea, en 1834, proporcionando ahora un derivado del opio más concentrado y un medio por el cual podía ser introducido directamente a la corriente sanguínea. Pero la tecnología siguió su marcha y dio un nuevo ganador de la analgesia: la heroína, en 1890. Esta nueva droga era incluso de mayor concentración y producía además una euforia desconocida en la morfina o los otros derivados del opio (Tapia, 1994).

Por otra parte, el primer disolvente sujeto a abuso, la gasolina, era inhalado durante la década de los cincuenta. Poco después se hizo popular la cola, los aerosoles tras la aparición de los sprays. Han sido utilizados casi todos los tipos de aerosoles (insecticidas, desinfectantes, lacas para la madera, abrillantadores). Las sustancias volátiles son utilizadas, mayormente por los jóvenes y por los más pobres, Su uso alcanzó una gran extensión durante la década anterior, y no parece descender en la actualidad. (Mothner y Weitz, 1986).

Estos son sólo algunos de los cambios científicos que han hecho posible el cambio de actitud hacia algunas de las drogas comunes. Por ejemplo, las anfetaminas y los barbitúricos, ambas drogas que alteran la mente, habían sido descubiertas y ya eran usadas cuando los antibióticos fueron inventados, pero

en aquel tiempo la sociedad estaba más preocupada por la curación de los males físicos que por las alteraciones psicológicas. Puede decirse, que estos dos tipos de drogas no eran mal usadas ni se abusaba de ellas en aquel tiempo, debido a la actitud que la sociedad había adoptado en relación a las drogas en general. Por otra parte, el advenimiento de píldora anticonceptiva en la década de los sesenta completó el cuadro de las drogas en EE.UU al ofrecer una solución al problema social de la sobrepoblación (Tapia, 1994).

Como fenómeno de masas irrumpió en las juventudes de los países más industrializados durante la década de 1960, y de ahí se extendió a los países que hasta entonces sólo conocían un uso tradicional y limitado, sin embargo su uso actual se caracteriza por el hedonismo y el escapismo, es decir, la búsqueda de la droga sin otra razón que el deseo de experimentar nuevas sensaciones, para escapar de la realidad o para poder vivir en ella (resistir a las tensiones de una existencia que no parece tener sentido).

## **2.2 DEFINICIÓN DE DROGA**

El vocablo droga ha sido ampliamente utilizado y sometido a cambios de acuerdo al contexto en el que se utilice, fue en la farmacología clásica que se empezó a utilizar para designar a los medicamentos tal y como se encuentran en la naturaleza. Desde otro ámbito se le designó así, a los productos obtenidos de la manipulación química, de aquí que se consideraba droga como sinónimo de fármaco. Actualmente se utiliza el término de sustancias psicoactivas para justificar que éstas cumplen diferentes características como se verá a continuación.

Como menciona Massun, (2001) el término droga designa a cualquier sustancia que, al ser introducida en el organismo vivo, produce alteraciones en su estructura y funcionamiento normales (cambios físicos y/o mentales).

Cabe aclarar, que si bien algunas drogas son utilizadas para tratar enfermedades, algunas carecen de esta propiedad e incluso fueron creadas para uso industrial, debido a esto el uso que se haga de ellas depende de cada persona.

Así la OMS define droga como toda sustancia o mezcla de sustancias, distintas a las necesarias para el mantenimiento de la vida, que al introducirse en un organismo vivo modifica alguna de sus funciones y a veces la propia estructura de los tejidos. (Velasco, 2003).

Por otra parte, droga se aplica a aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también, física y que ocasionan en muchos casos grave deterioro psicoorgánico y de conducta social (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 2003).

Puede verse, que las primeras definiciones consideraban como afecta una droga de manera individual, sin embargo posteriormente se tomo en cuenta como se ve afectado asimismo su núcleo social, familia, amigos y demás personas que le rodean, debido a los efectos que producen dichas sustancias.

### **2.3 TIPOS DE DROGAS Y SUS EFECTOS**

De acuerdo con Massun (2001), los tres grupos de drogas psicotrópicas son las siguientes:

1. Psicolépticos (depresores del sistema nervioso central). A este grupo pertenecen el alcohol, los sedantes (barbitúricos y tranquilizantes), los narcóticos (opio, morfina, heroína, codeína) y las sustancias volátiles o inhalables (aunque éstas son igualmente alucinógenas).
2. Psicoanalépticos (estimulantes del sistema nervioso central), grupo al que pertenecen las anfetaminas, la cocaína, el tabaco y la cafeína.
3. Psicodislépticos (perturbadores del sistema nervioso central), que incluyen a los alucinógenos (LSD, mescalina, psilocibina) y la cannabibis

(mariguana). Esta última es una droga ambivalente, a la vez estimulante y tranquilizante, pero puede también provocar distorsión sensorial y en casos raros, alucinaciones. Puesto que tienen otras características aparte de las del grupo principal se suele igualmente clasificar a la cannabis y a los inhalables como dos categorías independientes de drogas.

Asimismo, en 1975, la OMS estableció una clasificación que sigue siendo utilizada, la cual divide a estas sustancias en los siguientes grupos según Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2003):

Grupo 1 (Opiáceos): opio y derivados naturales, semisintéticos o sintéticos: morfina, heroína, metadona, etc.

Grupo 2 : (Psicodepresores): barbitúricos, benzodiacepinas y análogos.

Grupo 3: alcohol etílico.

Grupo 4: (Psicoestimulantes mayores): cocaína y derivados (crack), anfetaminas y derivados, katina o norpseudoefedrina, etc.

Grupo 5: alucinógenos (LSD, mescalina, psilocibina y otros).

Grupo 6: cannabis y sus derivados (marihuana y hachís)

Grupo 7: (Inhalantes): solventes volátiles como tolueno, acetona, gasolinas, éter, óxido nitroso, etc.

Grupo 8: (Psicoestimulantes menores): tabaco, infusiones con cafeína, colas, etc.

Grupo 9: Drogas de diseño

Otra clasificación, que ha sido controvertida últimamente es la que agrupa las drogas de acuerdo con su potencialidad farmacológica en drogas “duras” y “blandas”. Según las drogas blandas son las que normalmente no causan dependencia física y por lo tanto, el consumidor puede dejar de tomarlas sin tener que sufrir graves trastornos corporales. Las drogas duras se caracterizan por un síndrome de abstinencia extremadamente violento y un alto grado de tolerancia, como son los opiáceos, los barbitúricos y el alcohol, seguidos por la cocaína y las anfetaminas.

Otra clasificación igualmente de arbitraria que esta es la que divide a las sustancias en drogas legales e ilegales, debido a que algunas de ellas son permitidas por la sociedad, contando con respaldo legal debido a su producción, venta y su consumo. Entre las drogas legales están el alcohol, café y tabaco. En las ilegales están la marihuana, cocaína, etc.

A continuación se refieren los efectos más comunes de las drogas, sin dejar de lado que existen características personales que influyen en como se experimentan dichos efectos.

### **2.3.1 ALCOHOL**

Según Velasco (2003), es un ingrediente químico de algunas bebidas como el vino, la cerveza, el pulque, es una sustancia natural que se forma por la fermentación del azúcar producida por diversas levaduras. Aunque existen diferentes tipos de alcohol, peligrosos para la salud como el metílico o butílico, el que puede ingerirse en las bebidas alcohólicas es el etanol (alcohol etílico). Se trata de una sustancia incolora e inflamable, con efecto tóxico y con ciertas cualidades antisépticas debido a su acción germicida.

El alcohol deprime primero los centros nerviosos que controlan la conducta, al disminuir la influencia de estos centros en la conducta (encargados de inhibir los impulsos adaptan las respuestas a los estímulos del medio), la conducta se libera, escapando a los controles del juicio crítico y la racionalidad. Así el alcohol ejerce una acción depresora en el sistema nervioso de las personas y se muestran desinhibidos y excitados.

Los efectos del alcohol dependen de diversos factores Velasco (2003):

- La edad (beber alcohol mientras el organismo todavía se encuentre madurando, es especialmente nocivo)
- El peso (afecta de modo más severo a las personas con menor masa corporal)

- El sexo (por factores fisiológicos, la tolerancia femenina es, en general, menor que la masculina)
- La cantidad y rapidez de la ingesta (a más alcohol en menos tiempo, mayor intoxicación)
- La ingestión simultánea de comida (el estómago lleno, sobre todo de alimentos grasos, dificulta la intoxicación)
- La combinación con bebidas carbónicas (tónica, Coca-cola, etc) que aceleran la intoxicación

A largo plazo el alcohol tiene efectos principalmente en el cerebro, el hígado, el estómago (en general el aparato digestivo), los riñones y el corazón. Presentándose las siguientes complicaciones: cirrosis hepática, pancreatitis, esofagitis, cardiopatía alcohólica, trastornos de la piel, polineuritis, psicosis alcohólica, ambliopía, degeneración del cerebelo, etc.

Asimismo el alcohol provoca tolerancia y desarrolla la adicción o alcoholismo propiamente dicho. Sin embargo es un proceso que puede darse como menciona Velasco (2003), en tres etapas:

En la primera etapa, es difícil distinguir entre bebedor social excesivo y alcohólico social, esto dura de 5 a 10 años. Se pueden presentar las siguientes: promesas repetidas, incumplimiento generador de angustia y culpa; ingestión cada vez más frecuente para disminuir la tensión emocional; incremento de la tolerancia al alcohol y cambios iniciales de la personalidad como mayor irritabilidad, primeras lagunas mentales.

En la segunda etapa se establece con mayor claridad el círculo vicioso, bebida-angustia y culpa-aislamiento y desaliento-bebida otra vez. Existe una actitud de negación y ocultamiento del problema evidente del alcoholismo, ingestión del alcohol por las mañanas y a solas; signos visibles de efecto permanente de alcohol, incluso en el trabajo asimismo la bebida se convierte en una necesidad cotidiana presentándose el síndrome de abstinencia.

En la tercera etapa se da el ausentismo laboral, incumplimiento e ineficiencia, alcoholización permanente. Se vive para beber, casi no se ingieren alimentos, con ayuda médica parcial, ocasional e inefectiva (vitaminas y tranquilizantes; el individuo se va quedando sin amigos, él mismo los evita; existen cambios más notables en la personalidad y se presentan trastornos psicofísicos importantes como temblores, malnutrición, debilidad y alucinaciones.

Cabe mencionar, que no en todas las personas se pueden presentar variaciones en cada etapa o en todas, no obstante dichas etapas sirven de referencia para considerar el proceso adictivo del alcohol.

### **2.3.2 INHALANTES**

Estas sustancias también se conocen con los nombres genéricos de solventes, cementos o aerosoles. Estas drogas no pueden ser llamadas ilegales y se obtienen con facilidad incluso por los menores de edad.

Los inhalantes son vapores químicos respirables que producen efectos psicoactivos (que alteran la mente). La intoxicación por inhalantes es similar a la embriaguez producida por el alcohol, con síntomas tales como sensación de bienestar, habla confusa, visión borrosa, desorientación, torpeza mental, somnolencia, etc. Al igual que el alcohol se trata de sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central.

Los principales síntomas fisiológicos derivados del consumo según Velasco (2003), son: irritación de la conjuntiva de los ojos y de las vías respiratorias superiores, lagrimeo, tos, gastritis, inhibición del apetito y dolor de cabeza. Si la dosis inhalada es muy alta (varias aspiraciones profundas y sostenidas) puede provocar anestesia general con pérdida de la conciencia e incluso la muerte por paro cardíaco.

Los inhalantes causan tolerancia y con ello se magnifican los riesgos ya que el usuario aumenta la dosis a veces de manera excesiva. También conducen a la dependencia psicológica y a cierto grado de dependencia física. El consumidor

regular y persistente, sea o no un verdadero adicto, sufre cambios en su estado de ánimo y la conducta. Se muestra deprimido pierde el interés por su ambiente, su motivación decrece notablemente y, lo que es más grave, puede sufrir daño cerebral irreversible.

### **2.3.3 BARBITÚRICOS E HIPNÓTICOS**

Velasco, (2003) refiere que los barbitúricos o barbituratos, como también se le denomina, son los típicos depresores del sistema nervioso central: sedantes e hipnóticos (capaces de inducir y de mantener el sueño). Habitualmente se encuentran como drogas psicotrópicas de patente contenidas en tabletas, cápsulas, supositorios, preparados líquidos o ampulas para inyectarse (Seconal, Tuinal, Nembutal, Luminar, Amital).

Cuando se consumen dosis pequeñas por personas que aún no desarrollan tolerancia, producen relajación, calma y disminución de la ansiedad y la tensión. Si se emplean dosis grandes aparece el sueño precedido de una sensación de borrachera, como la que corresponde al alcohol, y se puede llegar a la anestesia general acompañada de respiración irregular, náusea, pulso débil y estado de coma.

El consumo crónico de barbitúricos causa adicción psicológica y física que se manifiesta por la pérdida progresiva de la capacidad de memorizar, gran irritabilidad que llega a la agresividad, trastornos severos de la motilidad y del sueño, fatiga y depresión que pueden llevar al suicidio. En virtud de la neuroadaptación que invariablemente se presenta en el usuario regular crónico, la supresión abrupta del consumo puede acompañarse de un grave síndrome de abstinencia caracterizado por ansiedad, insomnio, delirio, convulsiones y muerte (Velasco, 2003).

### **2.3.4 TRANQUILIZANTES MENORES**

Son productos medicinales ansiolíticos, es decir, que eliminan la ansiedad (angustia). En los años recientes estos tranquilizantes han sustituido a los barbitúricos en virtud de que son más seguros. Causan menos efectos secundarios y su acción sobre el centro respiratorio es mucho más débil, por lo que difícilmente pueden causar intoxicación grave. En manos de los médicos, sobre todo los psiquiatras, son psicotrópicos de gran utilidad en el tratamiento de diversos trastornos pero fuera de prescripción y bajo uso inmoderado pueden llevar a una seria dependencia psicológica y a una dependencia física no muy grave.

Los efectos en dosis moderadas son los mismos que los barbitúricos, sin embargo, el consumo de dosis altas durante un tiempo prolongado lleva a estados de incoordinación motriz y de mal funcionamiento intelectual. El síndrome de abstinencia es similar al de los barbitúricos. Sólo que de menor gravedad., salvo en ciertos casos de consumo de dosis altas durante períodos prolongados.

Entre los benzodiacépinicos, algunos de los nombres comerciales más conocidos son: Valium, Libriul, Ativán, Tranxene, Lexotán, Tafil, Victan, Rohypnol. Otros tranquilizantes menores no benzodiacépinicos son los que contienen meprobamato, también utilizados en medicina, aunque cada vez menos (Velasco 2003).

### **2.3.5 OPIÁCEOS (ANALGÉSICOS NARCÓTICOS)**

Los opiáceos, son las sustancias de mayor poder adictivo, se denominan así por derivarse del opio, planta que produce los bulbos de los que se extrae. El grupo se denomina también de los narcóticos o analgésicos narcóticos, e incluye otras sustancias no naturales que producen efectos semejantes, en particular analgesia (insensibilidad al dolor). Se trata de medicamentos utilizados en los casos de enfermedades graves y terminales, como el cáncer, par aliviar el dolor (Velasco 2003).

La morfina (oral o inyectada) es un derivado del opio que también se puede obtener sintéticamente; la codeína tiene efectos sedantes y es de gran utilidad en preparados contra la tos; la más usada es la heroína, con fines de intoxicación.

Como señala Velasco (2003) cuando la heroína se inyecta se produce casi inmediatamente una euforia acentuada, siendo éste su efecto principal, también se experimenta relajación y una sensación intensa de bienestar físico. Sin embargo puede producir, sobretodo en inexpertos y en los consumidores ocasionales, molestos efectos físicos como inquietud, náusea que puede provocar vómito, sequedad de la boca, fatiga y calor generalizado en todo el cuerpo. También hay otros efectos fisiológicos ligados directamente a la acción de la droga, como contracción de las pupilas, poliuria (deseos frecuentes de orinar), estreñimiento ocasionado por la disminución de los movimientos peristálticos de los intestinos y la disminución de la frecuencia respiratoria, que incluso puede llevar a la muerte por la parálisis del centro nervioso que controla la respiración.

A largo plazo la heroína produce complicaciones pulmonares, estreñimiento severo, irregularidades menstruales en la mujer y reducción de la producción de hormonas sexuales en ambos sexos. Existe siempre el riesgo de contraer enfermedades graves debido al descuido en el uso de agujas y jeringas, hepatitis y desde luego SIDA.

## **2.3.6 ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

### ***2.3.6.1 COCAÍNA***

Como señala Velasco (2003) la cocaína es una droga que se obtiene de las hojas de un arbusto que crece principalmente en América del Sur, cuyo nombre botánico es *Eritroxilon coca* (*Erithroxylum coca*). Es un polvo blanco que en ocasiones contiene partículas que parecen rocas minúsculas perceptibles a simple vista. Por lo común se consume muy impura, ya que

quienes la comercializan le agregan talco, azúcares, procaína, benzocaína o incluso otros estimulantes. Generalmente se consume aspirando el polvo por la nariz, pero también puede inyectarse, diluida en las venas.

El llamado crack no es más que una forma de cocaína cristalizada que se prepara con ciertas sustancias alcalinas para reducir su punto de fusión y así poder ser fumada, mezclarla con tabaco en cigarrillos preparados a mano, o bien en ciertas pipas especiales. Obviamente el crack tiene los mismos efectos que la cocaína propiamente dicha, sólo que se presentan más rápidamente y con mayor intensidad.

Según Velasco (2003) en su calidad de droga estimulante, la cocaína provoca en corto tiempo euforia, aumento del estado de alerta y la sensación de una mayor capacidad para el trabajo físico e intelectual con notable disminución de la fatiga. La tolerancia se presenta rápidamente en unos cuantos días. Esto hace que tanto en los animales de laboratorio como en el hombre se observe un aumento progresivo de las dosis autoadministradas de tal manera que en poco tiempo un usuario puede estar consumiendo diariamente de 5 a 10 g de cocaína para obtener los resultados que busca. Es cierto que este efecto puede revertirse, de tal suerte que más adelante el adicto puede mantener su estado de intoxicación con dosis relativamente bajas. Todo esto indica que habitualmente se desarrolla una dependencia psicológica importante.

En cambio aún existe cierto desacuerdo sobre el grado de dependencia física que provoca. La mayoría de los expertos admite que si se genera dicha dependencia, dado que cuando un consumidor crónico suspende el consumo de cocaína se presenta un cuadro que puede clasificarse de síndrome de abstinencia, caracterizado por depresión insidiosa y progresiva, letargia (desgano y somnolencia, apatía) e irritabilidad, situación está que en un momento dado puede tornarse dramática con riesgo de suicidio.

A largo plazo, el consumo regular de cocaína produce nuevos daños físicos o psicológicos. La inquietud física es la regla, lo mismo que la locuacidad e irritabilidad con grandes cambios del estado de ánimo y del humor, la pérdida de apetito (anorexia), insomnio, conductas estereotipadas y repetitivas (como tocar algunas partes del cuerpo y rechinar los dientes a punto de dañarlos). Este cuadro equivale a lo que en psiquiatría se denomina estado maníaco (o hipomaníaco, sino es muy severo), y amerita tratamiento, ya que es potencialmente peligroso para el paciente y para quienes lo rodean. Los consumidores crónicos se vuelven suspicaces y hasta pueden desarrollar ideas delirantes de persecución. De hecho puede ocurrir que el consumidor realice actos violentos inesperados e injustificables.

#### ***2.3.6.2 ANFETAMINAS***

Los efectos secundarios que producen, principalmente la anorexia y el retardo en el crecimiento, han hecho que en la actualidad se prefiera el metilfenidato (Ritalín), otro estimulante que suele usarse sin prescripción médica y que tiene cierto poder adictivo en los jóvenes pero no en los niños. Las anfetaminas y otras sustancias de acción parecida se encuentran en algunos medicamentos utilizados para bajar de peso (Preludin, Tenuate) conocidos con el nombre común de anoréxicos Velasco (2003).

El consumidor regular sufre sudación, dolores de cabeza (cefaleas) visión borrosa, mareos, taquicardia e hipertensión arterial. La inquietud, la ansiedad y el mal humor son la regla. Quienes usan dosis altas pueden desarrollar el cuadro que en psiquiatría se denomina psicosis anfetamínica, que cursa con alucinaciones, delirios y paranoia; al suspender el consumo este cuadro desaparece, pero puede sobrevenir entonces un síndrome de abstinencia semejante al descrito para la cocaína.

### **2.3.7 ALUCINÓGENOS**

La sustancia típica es la LSD (dietilamida del ácido lisérgico). Pero algunas respuestas son más o menos específicas para cada droga. Se pueden subclasificar en a) indoles (LSD, psilocibina y DMT); y b) feniletilaminas (mezcalina, PCP o polvo de ángel, DOM. STP. Y otras poco conocidas (Velasco, 2003).

Los alucinógenos son sustancias adictivas, ya que con frecuencia se observa la dependencia psicológica que obliga al usuario a repetir periódicamente su consumo. Sin embargo, no se presenta síndrome de abstinencia ni síntomas clínicos de supresión, por lo que no se puede hablar de dependencia física. En esto existe algún desacuerdo, ya que el otro elemento propio de la neuroadaptación se presenta con mucha claridad: la tolerancia. El usuario tiene que aumentar muy pronto las dosis para obtener los mismos resultados.

Como menciona Velasco (2003), se ha llamado a estas drogas con nombres como psicodélicos, palabra que se refiere a la capacidad de expandir la mente, pero es un término poco recomendado de utilizar por que los alucinógenos no producen dicho efecto. Se produce en realidad una distorsión que lleva a percibir un ambiente distinto a esta, que puede resultar agradable o no. Las alucinaciones y las ilusiones constituyen la respuesta común, por lo que algunos expertos llamaron a estas drogas psicoticomiméticas, ya que los efectos que producen son parecidos a los síntomas y signos del estado psicóticos.

A veces las distorsiones de la percepción llevan al sujeto a una situación particular en la que según su decir, oye los colores y ve los sonidos. Las ilusiones visuales consisten en la visión de objetos o de seres vivos no observables por los demás, a partir de figuras, colores o cosas que sí se encuentran presentes en su ambiente. Además, el juicio y el razonamiento pueden verse impedidos y son frecuentes la angustia y los estados depresivos.

### **2.3.8 CANABINOLES**

En estas sustancias, el principio químico activo que produce alteraciones en el organismo y en el psiquismo es el delta-9-tetrahidrocanabinol, que se encuentran en una planta originaria de la India, la *Cannabis sativa*. De ésta derivan la marihuana, el hachis (o hashish) y un aceite conocido como hash oil. La marihuana es la hoja de la planta desecada que se fuma en los cigarrillos preparados a mano, a veces mezclada con tabaco; el hachís se obtiene de ciertas partes de la planta (las más altas de los ejemplares maduros), y contiene mayor cantidad de resina, siendo más rica en cannabinoles. Las preparaciones sólidas de aceite concentrado son aún más potentes que las hojas y también pueden fumarse mezcladas con tabaco (Velasco, 2003).

En ocasiones se hace referencia a la marihuana como alucinógeno, es decir como una droga que causa alucinaciones, sin embargo, no es común que esto ocurra con las dosis usuales. Excepcionalmente, las alucinaciones pueden presentarse en algunos sujetos que la fuman por primera vez, pero la experiencia señala que ese fenómeno es frecuente sólo en los fumadores excesivos crónicos.

En las dosis en que habitualmente se fuma, la marihuana tiene efectos de relajación, desinhibición, euforia, tendencia a reír y hablar más de lo usual, trastornos de la coordinación muscular e inhibición de los reflejos. La combinación con alcohol es sumamente peligrosa si se conduce un vehículo, algo muy frecuente en los adolescentes.

Como señala Velasco (2003), la respuesta más común cuando se fuma de uno a dos cigarrillos, después de unos 10 minutos es que puede presentarse un período corto de angustia o nerviosismo, seguido de calma y relajación con euforia, la sensación de que el tiempo transcurre lentamente y de que las sensaciones sobretodo auditivas y visuales, se ensanchan, resultando más vividas e intensas. La memoria se bloquea, la atención disminuye y las

percepciones son distorsionadas, pero la sensación general es de bienestar. Desde luego los resultados pueden ser distintos considerando la compañía o el sitio, donde se consuma la droga.

Otros efectos son aumento de la sed, gusto por alimentos dulces, taquicardia, enrojecimiento de los ojos, como resultado de la intoxicación. A largo plazo, se pueden producir bronquitis, cáncer broncogénico (la marihuana contiene 50% más de hidrocarburos cancerígenos que el tabaco) y enfisema pulmonar. Disminuye el nivel de hormonas sexuales, así como el número de espermatozoides en la eyaculación.

Un asunto de gran importancia es la posibilidad de que el consumo crónico de marihuana y los cannabinoides en general, produzca lo que se conoce como síndrome amotivacional, caracterizado por pasividad, conformismo, apatía, aislamiento y pérdida de las ambiciones personales (Velasco, 2003).

### **2.3.9 DROGAS DE DISEÑO**

Las primeras drogas que se consumieron eran de origen natural o drogas vegetales, como el opio, la marihuana, las hojas de coca, etc., pero durante la primera mitad del siglo XX se difundió el uso de las drogas sintéticas clásicas, como la LSD, la metadona, la petidina, las anfetaminas y los depresores. Éstas pueden tener un uso médico, como sucede con las cuatro últimas, y son objeto de control internacional a partir de lo establecido en las diferentes convenciones de la ONU (Velasco, 2003).

Éstas son diseñadas en laboratorios químicos clandestinos que evaden las leyes relativas al control de drogas; algunas de estas sustancias son extremadamente potentes y han provocado numerosas muertes por sobredosis, asimismo pueden causar severos daños al funcionamiento cerebral.

Dos de los análogos de las anfetaminas (derivadas de las anfetaminas) que más se consumen son el éxtasis (en México tacha), y ice. Ambas pueden administrarse oralmente, inyectadas por vía intravenosa, incluso inhalarse sobre todo el ice.

Como se vio, la mayoría de los análogos de las anfetaminas aumentan el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la actividad locomotora, disminuyen la sed y el apetito, reducen la fatiga, provocan insomnio y algunas inducen alucinaciones; el éxtasis puede causar trismos (espasmos de los músculos de la masticación) y provocar una fuerte trabazón en la quijada. Los síntomas y los signos de la intoxicación aguda causada por la mayoría de los análogos de las anfetaminas incluyen: rubor, sudación, taquicardia que a veces provoca arritmias mortales, hipertensión (que en ocasiones produce hemorragias intracerebrales). En algunos casos se presentan convulsiones y una severa hipertermia (aumento de la temperatura corporal). Esta última es la causa de muerte más común por sobredosis de anfetaminas (Velasco, 2003).

## **2.3.10 OTRAS DROGAS**

### ***2.3.10.1 CAFEÍNA***

Químicamente, la cafeína pertenece al grupo de las xantinas (o derivados xantínicos), que son sustancias relacionadas con los alcaloides de ciertas plantas, conocidas en medicina por su acción sobre los sistemas cardiovascular y respiratorio. La teobromina y la teofilina, por ejemplo, se han usado como antiasmáticos y diuréticos. La cafeína se encuentra principalmente en el café, en el té, los refrescos de cola y el chocolate (cacao) (Velasco 2003).

Los efectos que produce son ligeros, sin embargo en grandes cantidades genera insomnio, irritabilidad y trastornos vasculares como taquicardia e hipertensión. Puede causar dependencia psicológica y física moderada.

Los síntomas que pueden aparecer al suspender el consumo de café por ejemplo pueden ser dolor de cabeza, tensión muscular, ansiedad y fatiga, a veces se puede experimentar sólo una sensación de incomodidad.

### ***2.3.10.2 NICOTINA***

La nicotina del tabaco, es sin duda el estimulante más usado. La planta original de donde se obtienen las hojas que se procesan es la nicotina tabacum, y su principal activo una droga psicoactiva capaz de crear adicción, es la nicotina. A corto plazo hipertensión arterial y taquicardia, hiperacidez gástrica, pérdida de apetito, aumento de la salivación y disminución de la agudeza olfatoria y degustadora (Velasco 2003).

Sin embargo lo más importante es lo que se refiere a los daños a largo plazo, incluyen el infarto miocardio, el deterioro de la circulación sanguínea en el cerebro y las extremidades, problemas infecciosos del sistema respiratorio con tos crónica, y el enfisema pulmonar. La úlcera gástrica y la posibilidad de cáncer de pulmón, la laringe, el esófago, la vejiga, los riñones y el páncreas, son riesgos que aumentan considerablemente en el fumador crónico.

Por otra parte, el tabaco afecta también a los no fumadores, que conviven con quienes si fuman en el trabajo o en el hogar. Quienes más los resienten son los alérgicos a los componentes del humo del tabaco, o bien quienes ya presentan problemas cardiovasculares o respiratorios y los niños, en especial los más pequeños.

Los análogos de las anfetaminas representan un grave problema de salud pública considerando que este tipo de drogas se elaboran clandestinamente por lo que no se puede asegurar la pureza de la droga, además de provocar severos daños neurológicos.

## **2.4 USO, ABUSO Y DEPENDENCIA A LAS DROGAS**

Existen diferencias importantes en los efectos de cada sustancia, de igual forma es necesario identificar las diferentes formas de uso que se hacen de éstas, con el fin de comprender la forma de consumo así como las consecuencias en los usuarios.

Cuando el patrón de uso de sustancias psicoactivas produce daños a la salud, física y/o mental, es nocivo, por tanto es necesario identificar las distintas situaciones por las que pueden pasar los consumidores de drogas.

Como señala Massun (2001), el uso indebido de drogas consiste en la autoadministración deliberada de sustancias tóxicas más allá de los límites generalmente aceptados de la terapéutica o en contra de la legislación vigente.

En lo que se refiere a la intoxicación, Del Río, Gomollón y Álvarez, (1994) plantean que es la condición que sucede a la administración de una sustancia psicoactiva y que produce perturbaciones a nivel de conciencia, cognitivo, perceptivo, afectivo o conductual, u otras funciones y reacciones psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y las reacciones aprendidas por ésta, y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto si hay daños en tejidos u otras complicaciones. Las complicaciones pueden incluir trauma, inhalación de vómito, delirio, coma y convulsiones, entre otras complicaciones médicas. La naturaleza de éstas depende de la clase farmacológica de la sustancia y de su vía de administración.

El abuso como menciona Velasco (2003), es referido como el uso persistente o esporádico de una droga, inconsistente con la práctica médica aceptable o no relacionada con ella. Es un patrón de adaptación al uso de la sustancia que produce perturbaciones o limitaciones clínicamente significativas, que se manifiestan por uno o más de los siguientes indicadores: no poder cumplir con las principales obligaciones en el hogar, la escuela o el trabajo; uso de sustancias en situaciones físicamente peligrosas; problemas legales

recurrentes relacionados con la sustancia; uso continuado de la sustancia, a pesar de padecer problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, exacerbados por los efectos de la sustancia.

Por otra parte, la dependencia de una sustancia, o síndrome de dependencia, es el término técnico que actualmente se emplea para el concepto de “adicción”. En el núcleo de este concepto está la noción de que se disminuye o incluso se pierde el control y la voluntad que tiene el usuario sobre el uso de la droga. El usuario ya no opta por consumirla simplemente por los beneficios aparentes; el uso se ha hecho habitual, y las ansias de volverla a usar significan que el usuario siente que el hábito ya no está bajo su control. Por consiguiente, la dependencia del usuario es la causa del uso ulterior, a pesar de las consecuencias adversas que pudieron haber impedido seguir utilizando las sustancias a otros que no son dependientes (Velasco, 2003).

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ellas (DSM-IV, 1996).

Otra de las causas para el establecimiento de este tipo de dependencia es que después de la ingesta de una de estas sustancias frecuentemente se presenta un malestar físico psicológico, el cual suele estar conformado por cuadros depresivos, de angustia y ansiedad elevadas, así como sensación de náuseas, vómitos, escalofríos, entre otros, esto último es lo que el consumidor busca evitar de cualquier forma, la presencia de estos síntomas se conoce como síndrome de abstinencia, el cual se ve determinado por el tiempo y tipo de sustancia consumida (Lorenzo et al. 2003).

Además, muchos sino es que todos los sujetos con abstinencia por sustancias presentan una necesidad irresistible (craving), de volver a tomar la sustancia para reducir los síntomas.

Otro concepto importante a definir es la tolerancia, un estado fisiológico caracterizado por la adaptación del organismo ante la figura y exposición constante de una sustancia psicoactiva. Propiamente se puede hablar de haber desarrollado tolerancia a una sustancia psicoactiva, después de un consumo periódico de dichas sustancias, todo empieza cuando el consumidor comienza a experimentar una baja en la sensación de intensidad de los efectos de la sustancia consumida, hecho que lo conlleva a ingerir dosis cada vez mayores, solo de esta manera podrá volver a experimentar los efectos tan deseados que vivió al inicio del consumo (Del Río, Gomollón y Álvarez, 1994).

## **2.5 TIPOS DE CONSUMIDORES**

En general, las razones para un primer ensayo de una droga no son las mismas que se argumentan para seguir consumiéndola o llegar a la dependencia de ella. Se distinguen varias categorías de consumidores y para cada una de ellas, una serie de motivaciones características Massun, (2001):

1. *Consumidores experimentales*: son los que prueban una o más veces una o varias drogas capaces de producir dependencia sin continuar usándola(s) después.

Las motivaciones principales pueden ser la curiosidad; la búsqueda de placer; la presión del grupo de pares; la atracción de hacer algo prohibido, nuevo o emocionante; afirmar su independencia.

De acuerdo con Massun, (2001) el momento típico de probar por primera vez las drogas prohibidas es durante la adolescencia, y las motivaciones para hacerlo se relacionan con las características de este período de desarrollo de la personalidad. En la mayoría de los casos una vez satisfecha la curiosidad, el adolescente pierde interés en la droga e incluso puede provocar un rechazo definitivo.

Sin embargo es necesario considerar, que si el adolescente esta pasando por situaciones difíciles durante este período de prueba va a ser más fácil que siga consumiendo la droga.

2. *Consumidores ocasionales o sociales*: Son los que consumen drogas de vez en cuando, de forma intermitente, sobretodo en reuniones sociales y fiestas. La gran mayoría de los que toman alcohol lo hacen de esta manera. Lo mismo se puede decir de la marihuana en los países en los cuales esta tolerado o socialmente aceptado. En estos casos el acto de pasar el cigarrillo tiene un valor simbólico de compartir que es tan importante, sino más que la droga misma. Los consumidores sociales siguen viviendo normalmente y también son capaces de disfrutar y departir sin ayuda de la droga, ya que ésta no ocupa un lugar primordial en sus vidas (Massun, 2001).

Las motivaciones principales pueden ser: relajarse, sentirse bien, experimentar placer; relacionarse con los demás (facilitar la comunicación, ser simpático, tener amigos); estimularse para preparar exámenes, estar en la moda (el fenómeno de imitación de comportamientos ajenos a la región que fueron introducidos por los medios de comunicación); violar las normas sociales explícitas o familiares.

Los consumidores ocasionales de drogas generalmente abandonan el uso al acercarse la madurez. El uso ocasional ilícito tiene, por lo tanto carácter de transitorio.

3. *Consumidores habituales*: son los que se acostumbraron a tomar una droga con cierta regularidad, pero que no han perdido completamente el control de sí mismos y pueden dejar de consumirla si así se lo proponen.

Sus principales motivaciones pueden ser: experimentar o intensificar sensaciones placenteras; necesidad de ser aceptados, pertenecer al grupo (la droga puede ser el pasaporte de integración al grupo); búsqueda de identidad, reconocimiento o afecto; distraerse de la soledad o el aburrimiento; olvidarse de los problemas; exprese independencia y a veces hostilidad con los adultos.

No es necesario ligar estas motivaciones a un cuadro patológico, todo adolescente puede presentar problemas en mayor o menor gravedad y no implicará forzosamente el uso indebido de drogas, ya que pueden resolverse por otros medios. El abuso de drogas empieza cuando el joven considera que no encuadra otra solución para enfrentar dichas dificultades.

Como se menciona anteriormente, para que el joven que consume una droga por primera vez lo repita y de ahí pueda pasar al consumo habitual o a la dependencia, existen varias razones como una baja capacidad de autocontrol y menor resistencia a las presiones de pares, así como problemas familiares; ambiente hostil en la escuela; falta de afecto y/o de comunicación en ambos medios, pobre autoestima, inseguridad personal; falta de actividades interesantes; información insuficiente o mal concebida acerca de las razones y las consecuencias del uso de drogas.

Entre los *consumidores compulsivos o farmacodependientes* se pueden considerar dos categorías:

a) *Funcionales*: son los que necesitan cierta dosis de una droga para poder “funcionar” adecuadamente en sociedad; es decir relacionarse con los demás, cumplir con sus quehaceres o su profesión (amas de casa que funcionan sólo con tranquilizantes; artistas, músicos de rock que necesitan cocaína para presentarse en el escenario). Algunas adicciones se disfrazan de prescripción médica de fármacos. Los médicos y las empresas farmacéuticas son, en estos casos, también responsables de la farmacodependencia.

b) *Disfuncionales*: son los que han dejado de funcionar adecuadamente en la sociedad, ya que su vida se reduce a conseguir y a consumir la droga, con la consiguiente pérdida de interés hacia todo lo que no se relacione con la sustancia. Todo lo que obstaculiza el encuentro con la droga será considerado un obstáculo insoportable.

Sin embargo, resulta difícil determinar en que momento un individuo pasa del patrón de consumo habitual a la adicción.

Por otra parte, conforme la cantidad y frecuencia del uso de sustancias, se desprende una clasificación que considera desde aquel individuo que sólo ha consumido en una ocasión alguna droga para probar sus efectos, hasta el que presenta problemas severos para controlar su consumo, es incapaz de funcionar sin la droga y requiere tratamiento especializado.

El CIJ (2003), señala que los usuarios de drogas se clasifican según la frecuencia de su consumo y el grado de dependencia psíquica y/o física en: experimental, social, funcional y disfuncional, las primeras dos categorías se consideran de uso y las segundas de abuso.

### ***2.5.1 DE USO***

*Usuarios experimentales:* no se consideran propiamente drogadictos pues el consumo es motivado por la curiosidad. En este grupo se encuentran aquellas personas que por primera vez utilizan la droga, por ser una experiencia novedosa; ésta conducta es vista comúnmente en la adolescencia.

*Usuarios sociales:* Son las personas que utilizan sustancias tóxicas específicamente en situaciones pasajeras, o sólo en situaciones sociales. O bien, las drogas se ingieren ocasionalmente para conciliar el sueño o para aliviar estados depresivos. Sin embargo, a partir de estas situaciones pasajeras de consumo puede establecerse una dependencia.

### ***2.5.2 DE ABUSO***

*Usuarios Funcionales:* Son aquellas personas que hacen uso de drogas para realizar sus actividades cotidianas, pero que aún siguen funcionando social y productivamente. Sin embargo, se ha establecido una dependencia tal que no pueden realizar sus actividades sin dejar de consumir la droga.

Usuarios Disfuncionales: Son aquellas personas que constantemente necesitan consumir la droga y que han dejado de funcionar social y productivamente; su vida gira en torno a las drogas y todas sus actividades están dedicadas a la obtención y consumo de las mismas, ya que, no pueden prescindir de ellas en ningún momento.

Es importante tener en cuenta que mientras a una persona no se le diagnostique una dependencia (tolerancia, síndrome de abstinencia y un deseo compulsivo por autoadministrarse una droga), no puede hablarse de farmacodependencia o adicción.

Por otro lado, considerando los tipos de sustancias que se consumen, los individuos pueden clasificarse como monousuarios, cuando usan un solo tipo de droga por ocasión (sólo marihuana, cocaína o éxtasis), o poliusuario, cuando son más de dos las sustancias que introducen en su organismo. Incluyendo las de uso legal como alcohol y el tabaco (alcohol y cocaína es uno de los ejemplos más frecuentes de la sociedad actual) (CIJ, 2003).

## **2.6 FACTORES DE RIESGO EN LA ADICCIÓN A LAS DROGAS**

Una de las más importantes preguntas que se ha hecho la investigación sobre drogas ha sido la de por qué algunos individuos llegan a consumirlas y otros no y por qué algunos acaban teniendo problemas derivados de este consumo mientras que otros lo abandonan sin mayores consecuencias. Las conclusiones a las que se ha llegado a partir de estas investigaciones sobre factores de riesgo y protección han sido tomadas desde entonces como referencia básica de los programas preventivos, que han tratado de enfocar sus objetivos a disminuir estas condiciones de vulnerabilidad o riesgo e incrementar aquellas que protegen al individuo de las consecuencias negativas del consumo.

De igual forma, cuando se trata de abordar el estudio de los factores psicológicos y sociales que intervienen en el consumo de drogas es difícil debido a su multidimensionalidad; por lo que a continuación se tratará de explicar atendiendo a que sean factores individuales, microsociales y macrosociales.

### ***2.6.1 FACTORES INDIVIDUALES***

En este grupo se incluyen aquellos que corresponden con factores evolutivos, dado que un período de especial riesgo en el consumo de drogas, como ya se ha señalado, se halla en la adolescencia. Otros factores individuales clásicos son la personalidad y las motivaciones (Lorenzo et al. 2003).

- a. Factores evolutivos (Lorenzo et al. 2003): durante el período de la adolescencia se producen grandes cambios, teniendo lugar lo que se denomina crisis madurativa biopsicológica. Esta crisis se caracteriza porque se busca la identidad personal (aceptación del físico y características psicosexuales), la independencia (emocional y económica) de los padres y la intimidad con los iguales. Además en esta etapa se da una fase de oposicionismo que implica reformular valores no cuestionados anteriormente, y en la que se puede dar un vacío y este vacío puede facilitar la conducta de probar. Asimismo se da lugar a un aumento de la influencia de los amigos y compañeros y si el consumo de drogas en ellos es frecuente se puede adoptar una solidaridad grupal. Por otra parte el adolescente tiende a pensar que tiene todo bajo control y que en él la droga no causará efectos negativos.
  
- b. Factores de personalidad (Lorenzo, et al. 2003): aunque no se puede hablar de una personalidad drogodependiente previa se puede decir que existen una serie de rasgos que señalan una inmadurez afectivo-emocional, es decir presenta unos rasgos que son propios del período adolescente a saber: dependencia afectiva, labilidad afectiva, baja autoestima, incapacidad de futurizar (no hay un proyecto de vida) ,

agresividad, egocentrismo, permanente temor al abandono, habilidades sociales deficientes (retraimiento social), escasa tolerancia a la frustración, dificultad en las relaciones sociales (fobias sociales) y a veces en la identificación de su rol sexual, etc.

Algunos autores han asociado estos rasgos de personalidad con posibles motivaciones directas del consumo: a) la timidez, la inseguridad y la dependencia afectiva se asocian a sentimientos de pasividad y el consumo se realiza para pasar el rato (consumo por sentimientos de aburrimiento); baja tolerancia a la frustración y los sentimientos de culpabilidad e inferioridad dan lugar a un consumo para huir (consumo evasivo); la tendencia a actuar impulsivamente, los sentimientos inconformistas y la búsqueda de sensaciones llevan a consumos para experimentar (consumo por desafío) (Lorenzo et al. 2003).

- c. Motivaciones individuales (Lorenzo et al. 2003): la OMS señala que en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas aparecen con frecuencia los siguientes motivos:
- Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de la droga
  - Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo, ser aceptado
  - Expresar independencia u hostilidad y rebeldía
  - Tener experiencias emocionantes o peligrosas
  - Adquirir un estado superior de conocimiento o capacidad creadora
  - Conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad
  - Escapar de algo, necesidad de evasión.

### ***2.6.2 FACTORES MICROSOCIALES (DEL ENTORNO PRÓXIMO)***

Las variables denominadas microsociales (la familia, el grupo de iguales y la escuela) cobran en la actualidad gran importancia en las conductas de consumo de droga, al haberse establecido empíricamente la relación que guardan entre sí sobretodo en la adolescencia. El conocimiento actual de la influencia de esas variables las ha convertido en puntos de partida fundamentales para la elaboración de estrategias preventivas.

A) La familia (Lorenzo et al. 2003): en el contexto familiar se pueden dar circunstancias que favorezcan el acercamiento del adolescente al consumo de drogas o por el contrario que las características del contexto lo protejan.

Entre las características familiares que proporcionan un riesgo de consumo de drogas en sus miembros jóvenes se tienen:

1. La desestructuración familiar: no sólo referente a la ruptura matrimonial sino a conflictos internos y ocultos en la pareja.
2. La carencia de disciplina y organización: falta de roles y jerarquías y límites en el funcionamiento familiar.
3. La estructura de comunicación inexistente o deficiente: los hijos recurren a buscar opiniones de otras personas dada la falta de comunicación con los padres.
4. Las actitudes de sobreprotección: estas actitudes dificultan el proceso madurativo y la capacidad de tomar decisiones de manera autónoma.
5. Los comportamientos agresivos a nivel físico y psicológico: este tipo de conducta puede llevar a los hijos a tener comportamientos autoagresivos.
6. Modelos paternos de consumo de drogas legales, incluso a veces ilegales: el consumo de drogas como el tabaco, alcohol, fármacos, etc., de los padres se puede aprender por los hijos mediante la identificación con ellos y con la actitud positiva que se tenga de las drogas.
7. El grupo de iguales o coetáneos: en la propia naturaleza humana subyace siempre el deseo de integrarse en un grupo afín, con objeto de obtener un intercambio social. En el desarrollo psicológico normal de cualquier adolescente se dan estos deseos. De forma que si los miembros del grupo al que se une la persona, en este caso el adolescente, consumen drogas, el nuevo integrante tiene un alto riesgo de adoptar la misma conducta (Lorenzo et al. 2003)

Además, es necesario considerar que el grupo tiene características que pueden llevar a sus miembros a la imitación, sugestión, simulación, es decir por temor al grupo se hace lo que los demás hacen. Asimismo, el

grupo proporciona apoyo y seguridad y el deseo de abandono del consumo si en algún momento se existiera, significaría perder la relación con el grupo y por lo tanto la protección.

8. Los educadores: en el contexto escolar pueden existir una serie de características que actúan desfavorablemente en el desarrollo psicológico del niño y del adolescente, favoreciendo de este modo que se produzca el consumo de drogas si éstas le son ofrecidas. Estas características son:

1. Actitudes poco comprensivas y autoritarias por parte de los profesores
2. Relación con los alumnos excesivamente fría y racional, mostrando una falta de interés por lo humano.
3. Despersonalización del alumno, hasta considerarlo un objeto que recibe enseñanza. Por tanto existe una falta de comunicación con el alumno que hace que este perciba al profesor como una persona en la que es imposible confiar.
4. Ausencia de recursos humanos y materiales para el aprendizaje que a veces conlleva a la imposibilidad de la adecuación de la enseñanza a las necesidades individuales del alumno dando lugar al fracaso escolar.
5. Rigidez de las estructuras escolares, lo que provoca el rechazo a la escuela y sus contenidos. Esta actitud se acrecienta si se suma a un contexto competitivo y el alumno vive su fracaso escolar como la primera experiencia de fracaso social.
6. Escasa preparación de los profesores, lo cuales están poco preparados para abordar la problemática de la drogodependencia en sus aulas.

### ***2.6.3 FACTORES MACROSOCIALES (AMBIENTALES)***

Son muchos los factores socioculturales que influyen en el consumo de drogas. Por una parte se tiene la disponibilidad y accesibilidad a la droga, lo que es una premisa básica para que se dé su consumo. En algunas culturas el acceso a ciertas drogas se encuentra facilitado, como en el caso del alcohol.

Por otra, se tiene que el desarrollo técnico de la sociedad occidental ha hecho que el ser humano adquiera una serie de capacidades que, por ejemplo, le sumergen en un mundo de ilusión de omnipotencia de poder (viajes, internet) de todo fácil y rápido de la no existencia del dolor ni el sufrimiento. Características que no concuerdan con aspectos de la realidad cercana: el paro laboral, al alto número de horas de trabajo, escaso tiempo libre, el aislamiento social, en definitiva una calidad de vida baja.

## **2.7 FACTORES DE PROTECCIÓN**

Son los factores interpersonales y de influencia social que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie el proceso adictivo.

Entre las características familiares que protegen del consumo se tienen (CIJ, 2003):

- a. La percepción afectiva filial adecuada: si los hijos sienten el cariño de los padres les será más fácil desahogar sus emociones y su contención será adecuada, además hay un vínculo de confianza valioso.
- b. La concordancia entre el ideal filial paterno y la conducta filial real: cuando las exigencias por parte de los padres a los hijos no son por encima de sus posibilidades, éstos confían más en sí y sus decisiones, además pueden hablar abiertamente con sus padres.
- c. La adecuada fijación de límites y control significa una ordenación flexible de jerarquías y una educación en la responsabilidad.
- d. La discusión de los problemas en comunidad: se requiere que la comunicación sea abierta entre los miembros de la familia y que se adopten acuerdos en consenso, interés en las actividades de los hijos, sin afán punitivo ni amenazante.
- e. La actitud democrática en la toma de decisiones: cada miembro de la familia deberá participar de acuerdo a la responsabilidad correspondiente.
- f. La capacidad de planear y compartir actividades: es necesario estimular la unión familiar e implicarse en el tiempo libre de los hijos.

Además, es necesario fomentar en los jóvenes la percepción del riesgo del consumo de drogas, disminuir la aceptación al consumo, no tener amigos usuarios, no tener antecedentes familiares de uso o dependencia a sustancias, asistir a la escuela y la importancia de la cercanía familiar.

## **2.8 PREVENCIÓN**

### ***2.8.1 DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN***

El término prevención ha sido utilizado desde hace tiempo y muy ampliamente en diversas disciplinas científicas. En psicología, el concepto de prevención se toma prestado por del campo de Salud Pública (en el que se han utilizado procedimientos como la educación, vacunación, higiene, dieta, etc., para prevenir y reducir la incidencia de las enfermedades) para aplicarlo a los problemas psicopatológicos.

Según los Centros de Integración Juvenil (2003) la prevención es anticiparse, actuar para evitar que algo ocurra; en el caso del consumo de drogas, la prevención no se limita a formular que no tenga lugar el consumo sino actuar aún en los casos en los que se haya iniciado. Por otra parte la prevención también implica una actuación enfocada a evitar que algunos riesgos o daños existentes y aun controlables, tomen dimensiones mayores y que se vuelvan incontrolables incluso cuando ya existiera algún consumo no problemático de alguna droga.

La norma Oficial Mexicana (en CIJ, 2003) define la prevención como el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias lo que implica que la prevención constituye una de las bases fundamentales e imprescindibles de la intervención científica para modificar o alterar el estado actual de la prevalencia del consumo de drogas en un contexto específico.

*Prevención:* Proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a mejorar la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas (Martín, 1995).

Los objetivos de la prevención son los siguientes:

- a) Evitar que se presente la conducta adictiva
- b) Retrasar el inicio del consumo experimental
- c) Disminuir el consumo regular, abuso y/o dependencia de drogas

### ***2.8.2 TIPOS DE PREVENCIÓN***

Caplan, (1964, en Macia, 1995) establece la ya tradicional distinción en tres niveles de prevención: *primaria* que interviene antes de que surja la enfermedad, para impedir que surja la enfermedad; *secundaria* que identifica la enfermedad y se orienta a detener su evolución desde los primeros estadios y *terciaria* que se dirige a evitar complicaciones y recaídas.

Asimismo, según Merino (1987), la prevención primaria intenta evitar la aparición del proceso o del problema. Para ello pretende atacar las causas o factores que producen o favorecen la inadaptación. Asimismo, intenta anticiparse a la formación de estructuras tanto en el individuo como en la comunidad-sociedad favorecedoras de la inadaptación.

Con la prevención secundaria, se intenta, ante todo, la detección precoz del problema de la inadaptación y del consumo de drogas, para ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades específicas de los individuos implicados: sujetos en dificultad escolar, con problemas familiares o de compañeros, perturbaciones psíquicas (depresión, stress...), fracasos profesionales, etc. (Vega, 1993).

Como Vega (1993), menciona la prevención terciaria pretende superar, detener o retardar la evolución de un trastorno, proceso o problema y de sus consecuencias. La educación terapéutica se traduciría en ese conjunto de

recursos pedagógicos puestos a disposición de los individuos con problemas de drogas, con el fin de promover un cambio positivo ante el consumo.

Asimismo Massun, (2001) señala que de forma arbitraria se consideran tratamiento y rehabilitación como prevención, en la medida en que reducen la propagación social del uso indebido de drogas. Sin embargo en un sentido más amplio, ya no se trata de prevenir sino de remediar un mal que no se pudo evitar.

Sin embargo, es importante mencionar que los términos de prevención primaria, secundaria y terciaria son tomados del vocabulario médico y no siempre convienen cuando se trata de la prevención de problemas relacionados con el uso de drogas, ya que estos son mucho más socioculturales que médicos.

Por lo que será necesario recurrir a la clasificación de Gordon, (1987) NIDA, (1995):

- *Prevención Universal:* Población en su conjunto (personas que no han usado drogas). Su objetivo es promover estilos de vida saludables y fortalecer factores protectores.
- *Prevención Selectiva:* Individuos, grupos y sectores que, por sus condiciones de vida, son más vulnerables a iniciar el uso de drogas. Su objetivo es reducir o neutralizar riesgos asociados.
- *Prevención Indicada:* Usuarios experimentales u ocasionales y sus familiares. Su objetivo es disminuir los daños asociados y reducir el consumo de forma paulatina hasta eliminarlo.

Santander (2007), indica que en la prevención universal las actividades que se desarrollan se diseñan para abarcar a todos los individuos de la población en general, sin considerar si algunos de ellos presentan mayor número de riesgos individuales que los lleven al inicio y/o abuso de drogas, es decir que se considera que la población comparte los mismos factores de riesgo relacionados con las drogas, pero el riesgo puede ser variable.

Así, el objetivo primordial de la intervención preventiva universal es posponer o evitar el abuso de drogas a partir de la presentación de información específica y actualizada, así como promover el desarrollo de habilidades necesarias en las personas que contrarresten el problema de las adicciones.

Se considera que los factores de riesgo y protección que se integran a los programas de prevención universal reflejan principalmente las influencias del medio más que las características individuales o de ciertos subgrupos (Santander, 2007).

Por lo tanto, este tipo de prevención no se enfoca a la solución de problemas personales relacionados con el problema de las adicciones y los resultados derivados de la intervención presentan limitantes en cuanto a su medición.

En lo que se refiere a la prevención selectiva como sugiere Santander, (2007) las estrategias de trabajo en este tipo de intervención se dirigen a subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en alto riesgo para el abuso de sustancias tóxicas; todos los grupos en riesgo pueden identificarse a partir de factores biológicos (predisposición genética), psicosociales (disfunción familiar, falta de compromiso escolar) o ambientales (comunidades desorganizadas, normas que toleran el consumo) que se conoce están asociados con el abuso de sustancias y particularmente los subgrupos de interés puede definirse por la edad, género, historia familiar, etc.

Con los programas basados en la prevención selectiva se pretende evitar el inicio del abuso de drogas, a partir del fortalecimiento de los factores de protección de los integrantes del subgrupo en alto riesgo (por ejemplo autoestima, empatía, solución de problemas, etc.) de manera que estos sean aplicados como herramientas contra los factores de riesgo.

Además, los programas desarrollados en el marco de la prevención selectiva generalmente se aplican en mayor tiempo y con mayor esfuerzo por parte de los participantes en comparación con las actividades desarrolladas en la

prevención universal. Se trata de favorecer acciones que se involucren en la vida cotidiana de los participantes, tratando de modificar su comportamiento al desarrollo de conductas específicas.

Por otra parte, los programas de prevención indicada dirigen sus actividades hacia aquellos individuos que han experimentado con drogas y que exhiben conductas problemáticas, asociadas con el abuso de sustancias, la atención a estos individuos requiere de la elaboración de programas de prevención especiales (Santander, 2007).

Los programas enfocados en la prevención indicada se destinan a las personas que usan o abusan de las drogas, sobretodo porque presentan factores de riesgo que aumentan la posibilidad de presentar problemas relacionados con el consumo de drogas, como accidentes, enfermedades, problemas interpersonales, legales y económicos.

En este tipo de intervenciones, es de gran importancia realizar una evaluación precisa sobre el riesgo personal en el que se encuentran los individuos, así como del nivel de conductas problemáticas relacionadas, en lugar de centrar la atención en la pertenencia de un individuo en cierto grupo de alto riesgo (Santander, 2007).

Para el desarrollo de este tipo de programas son necesarios períodos de tiempo más largos, mayor relación entre el aplicador y los participantes, así como gran esfuerzo por parte de estos en contraste con la prevención universal y selectiva.

Es importante precisar, que para la elaboración del taller se considero la prevención indicada, misma que se dirige a personas que abusan de las drogas o con dependencia a estas, sobretodo porque presentan problemas relacionados con el consumo de drogas, como accidentes, enfermedades, problemas interpersonales, legales y económicos. Además, el tiempo requerido para este tipo de prevención es mayor así como el esfuerzo requerido por parte de los participantes.

### ***2.8.3 ENFOQUES DE PREVENCIÓN***

A partir del momento en que se recurre a la psicología y a las ciencias sociales para comprender más íntegramente la naturaleza del problema del consumo indebido de drogas, los enfoques de prevención se matizan y se perfeccionan. La polémica en torno a la validez de uno u otro modelo, tiene que ver con que al menos los primeros son parciales.

1. *Enfoque ético-jurídico*: predomina en todos los países afectados hasta los años setenta, se sustenta la consideración de que el abuso de drogas ilegales es simplemente una conducta delictiva que la sociedad debe castigar con toda severidad para impedir que se extienda. La atención se centra en el individuo como principal responsable y en la droga como agente corruptor. La amenaza y el castigo son los principales instrumentos de prevención de este modelo, cuya finalidad es aislar a la persona adicta de otros ciudadanos y lograr que las drogas ilícitas queden fuera del alcance de la gente.

La aplicación de este modelo simplista no es tan fácil como puede parecer a primera vista. La amenaza y el castigo son efectivos siempre que se cumplan con suficiente regularidad. Esto implicaría vigilancia continua, que resulta prácticamente imposible tratándose de comportamientos que se desarrollan en la privacidad y que, además, ya no se limitan a algunos sectores marginales sino que se extienden a todas las capas de la sociedad (Massun, 2001).

2. *Enfoque médico-sanitario*: es menos represivo y en todo caso, más humano sin dejar de ser una visión limitada de la adicción a las drogas. Se sigue considerando el problema en términos esencialmente individuales y personales. El drogadicto ya no se concibe como un delincuente, sino más bien como víctima de una enfermedad a quien en vez de castigar hay que curar. Pero la patología reside siempre en el individuo. Como cualquier enfermedad contagiosa, la adicción puede pasar de una persona enferma a otra sana, por lo que es necesario aislar a la primera para evitar el contacto. De acuerdo con este modelo, el control social sigue siendo la única solución, sólo que su ejecución se transfiere de las autoridades de justicia a las de salud pública.

En el enfoque sanitario desaparece la preocupación por distinguir entre drogas lícitas e ilícitas, ya que se trata, ante todo, de proteger la salud pública. Las campañas de prevención características del modelo médico sanitario incluyen el tabaco y el alcohol en igual medida que las drogas prohibidas (Massun, 2001).

Además en la práctica este enfoque conduce a una política más propensa a sostener programas de información preventiva y de tratamiento que a castigar, pero sigue ignorando las verdaderas raíces del problema.

3. El *enfoque psicosocial* reconoce la infinita complejidad de cada ser humano y la influencia determinante de los factores psicológicos y del medio circundante, en la génesis de la adicción. El uso indebido de drogas se visualiza como un comportamiento humano que, igual a otras conductas, depende de múltiples factores interrelacionados y en el que no necesariamente influyen las medidas represivas o sanitarias. Es una respuesta a circunstancias del entorno familiar y social, en el que el individuo como tal desempeña, un papel limitado ya que en gran medida éstas no dependen de él.

Según Massun, (2001) los programas concebidos con este enfoque tratan de responder a las necesidades psicológicas y sociales de los individuos o grupos destinatarios, ayudándolos a integrarse mejor en su medio y relacionarse satisfactoriamente con los demás, de manera que no sientan la necesidad de recurrir a las drogas. El enfoque psicosocial promueve una estrategia positiva, que consiste sobretodo en desarrollar y proponer opciones constructivas al consumo indebido de drogas.

4. *Enfoque psicosociocultural*: viene a completar el cuadro de las posibles políticas de prevención introduciendo, con todo su peso, los factores socioeconómicos y el determinante cultural, hasta entonces descuidados por las estrategias de prevención de la adicción a las drogas.

Una verdadera política preventiva no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica dentro de la cual viven y se desenvuelven los consumidores

de drogas, ni dejar de considerar el aspecto propiamente cultural del uso de ciertas drogas por parte de ciertos grupos, particularmente en América Latina. Las desigualdades, la falta de oportunidades para grandes sectores de la población, la marginación y el desempleo, la organización del trabajo y la ideología dominante son concebidas como tantos factores causantes de la aparición masiva de la adicción en algunas sociedades. El entorno cultural determina a su vez, los tipos de drogas y las formas de consumo (Massun, 2001).

## **CAPITULO 3**

### **3. AUTOEFICACIA**

A continuación se presenta la teoría del Aprendizaje Social que combina elementos conductuales y cognoscitivos, en los cuales se basa el modelo de Autoeficacia, retomados en la presente investigación.

La teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1969; en Marlatt y Gordon, 1985) conduce al cambio de las conductas adictivas como un proceso, no como un evento discreto que puede ser analizado en términos de los elementos comunes compartidos por los diferentes tipos de comportamientos adictivos y que pueden ser modificados mediante nuevas situaciones de aprendizaje.

De esta forma, el consumo excesivo de drogas es un patrón de conducta modificable, donde el usuario participa activamente en el establecimiento de metas así como en el diseño de estrategias para modificar o cambiar su forma de consumo (Facultad de Psicología, 1999).

Además, esta perspectiva integra los aspectos fisiológicos y cognitivos para llevar al sujeto a la visualización de sus necesidades y expectativas de cambio hacia su consumo, incluyendo aquellos factores medio ambientales que influyen en este proceso.

La teoría del Aprendizaje Social es interaccionista ya que el individuo es considerado agente receptor de los patrones conductuales, por lo que en el proceso de intervención se promueve la participación activa del usuario. Retoma los principios del condicionamiento clásico y operante, e incorpora los procesos simbólicos, vicarios y de autorregulación (Abrahams & Niaura, 1987):

1,- Simbolización: Desarrollar modelos cognitivos internos que guían la toma de decisiones. Permite proyectar cursos de acción y generar pruebas alternativas.

2.- Premeditación: Anticipar las consecuencias de las acciones y establecer metas. La representación cognitiva de eventos futuros son pensados para tener un fuerte impacto en las acciones presentes. La simbolización y premeditación juegan un papel determinante en la elección de conductas en un determinado contexto ambiental.

3.- Aprendizaje Vicario: Adquirir un comportamiento a través de la observación de un modelo.

4.- Auto-regulación: Capacidad para regular la conducta a través de los niveles internos y las reacciones de autoevaluación. Entre los componentes que favorecen la autorregulación se encuentran la identificación de los antecedentes y las consecuencias de las situaciones de consumo moderado y excesivo, la utilización de estrategias de las situaciones de consumo de sustancias, además del empleo de las alternativas para modificar los estilos de vida. Este mecanismo está influido por las creencias, expectativas, habilidades, afrontamiento y percepción de autoeficacia.

5. Autorreflexión: Reflejar los pensamientos. El individuo se asume con el control de los factores cognitivos y de su comportamiento.

Esta teoría enfatiza la interacción entre los factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos; y es dicha interacción la que favorece el aprendizaje de determinadas conductas, de igual forma permite el reaprendizaje de conductas que limitan el desarrollo de una persona o que son poco adaptativas.

Desde esta teoría las personas no responden de manera automática a los estímulos del entorno, ni la mente es un sistema computacional, más bien se considera a la persona como un ser activo que responde a las influencias del ambiente, pero que también actúa de manera reflexiva y conscientemente sobre su medio.

### **3.1 DEFINICIÓN DE AUTOEFICACIA**

Para Bandura, de todos los mecanismos a través de los cuales se ejerce la agencia humana, ninguno es tan central como la autoeficacia, un concepto que introdujo por primera vez en su artículo *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change* (1977) y que ha guiado el trabajo desarrollado por el autor hasta el momento actual (Cerero, 1995).

La autoeficacia es la creencia que tiene un individuo de ser capaz de enfrentarse efectivamente con una situación particular o específica de riesgo (Bandura, 1977).

La autoeficacia incluye aspiraciones personales, expectativas de resultados, percepción de oportunidades de eficacia personal. En esta base teórica las opciones de conducta, los esfuerzos y la persistencia son regulados por las creencias de eficacia personal dando las bases para predecir la ocurrencia, generalidad y persistencia de la conducta. La autoeficacia es desarrollada y modificada por las experiencias personales, el aprendizaje vicario, las evaluaciones sociales realizadas por los otros significativos y por los cambios en los estados psicológicos (Bandura, 1997).

Como menciona Cerero, (1995) la autoeficacia es la percepción que la persona tiene de su capacidad para llevar a cabo determinados comportamientos y para lograr determinados niveles de ejecución, en ámbitos de actuación que son importantes en su vida. En situaciones en las que la persona debe enfrentarse a tareas que entrañan un cierto nivel de dificultad y que son importantes, estas percepciones de eficacia influyen en los patrones de pensamiento que la persona adopta, en las reacciones emocionales.

Entonces se puede decir, que los factores internos vistos en la forma de cognición, emoción y eventos biológicos, la conducta y el ambiente operan como una interacción determinante que influye en las diferentes actividades y circunstancias (Bandura, 1986; en Bandura, 1997).

Por otro lado la gente siempre ha querido tener un control sobre los eventos que afectan su vida. El manejo de estas situaciones es central en la vida de los humanos, muchas teorías han propuesto que el nivel de motivación de las personas, sus estados afectivos y sus acciones están basados en la creencia que se tiene acerca de lo que es objetivamente real. Las personas hacen contribuciones causales acerca de su funcionamiento psicosocial y sus mecanismos de mediación personal. Entre estos mecanismos, uno de los más importantes son las creencias de eficacia personal, donde las personas creen que pueden producir los efectos deseados a través de sus acciones (De León y Pérez, 2001).

Como señala Astudillo, (2005) Bandura diferencia la autoeficacia de conceptos relacionados como autoestima o autoconcepto, remarcando que la autoeficacia se refiere a la competencia percibida en situaciones específicas, mientras que estos otros se refieren a una autoimagen global a través de una amplia variedad de situaciones. Este énfasis en los juicios para tareas con situaciones específicas es consistente con los recientes movimientos teóricos en psicología, que enfatizan la importancia de los estados (interacción entre la persona y el ambiente inmediato) en contraste con el tradicional concepto global de rasgos (tendencias disposicionales a largo plazo) como determinantes de la conducta.

Por lo tanto las creencias de autoeficacia operan como un factor clave dentro del sistema generativo de competencia humana pues están relacionadas no sólo con el ejercicio del control sino con la autorregulación de los procesos cognitivos, la motivación, los estados afectivos y fisiológicos (Bandura, 1998).

### **3.2 FUENTES DE LA AUTOEFICACIA**

De acuerdo con Bandura (1977), la apreciación de autoeficacia esta basada en cuatro fuentes principales de información: las propias realizaciones de uno mismo en el pasado, la observación vicaria de las ejecuciones de otros, la influencia de persuasión externa e influencia social y los estados de activación

emocional. La información de cualquiera de estas fuentes es cognitivamente valorada por el individuo; las diferencias individuales en la manera en que la persona selectivamente atiende a cierta información o desarrolla sus inferencias, influirá en su nivel de expectativas de autoeficacia.

La forma más efectiva de creación de un fuerte sentido de autoeficacia es a través de la experiencia directa; es decir, la historia personal de éxito o fracaso en determinada actividad es la principal fuente de conocimiento de la propia eficacia. Mientras que los éxitos contribuyen a construir un sentimiento fuerte de autoconfianza, los fracasos van socavando dicho sentimiento.

Además, para que la persona adquiera una percepción sólida de su eficacia es necesario, que la experiencia de éxito haya sido el resultado de la perseverancia en el esfuerzo, más que una sucesión rápida de logros fácilmente conseguidos (Cerero, 1995).

El grado en el cual las personas modifican su eficacia percibida a través de la experiencia directa depende entre otros factores de las capacidades previamente adquiridas, la dificultad percibida de la tarea, la cantidad de esfuerzo invertido, la cantidad de ayuda externa, las circunstancias que rodean la experiencia, el patrón temporal de éxitos y fracasos y la forma en que estas experiencias son cognitivamente organizadas y reconstruidas en la memoria (Bandura, 1998).

La segunda fuente de información sobre la autoeficacia es proporcionada por los modelos sociales. Ver a personas similares a uno, obtener algún éxito debido a un esfuerzo sostenido motiva en quien observa la creencia de que también se posee la capacidad para realizar alguna actividad comparable con ésta. Sin embargo, si las personas que actúan como modelos fracasan el sentido de eficacia personal se verá disminuido.

Asimismo, mientras mayor es la similitud entre la persona y el modelo, más influencia tendrá éste en la creación de sentimientos de autoeficacia (Cerero, 1995).

La persuasión es la tercera forma de fortalecer la autoeficacia, sin embargo, el impacto de la persuasión verbal sobre las creencias de eficacia es tan fuerte como la confianza que las personas tienen en quienes tratan de persuadirlos, esta confianza es mediada por la credibilidad otorgada a quien desea convencer y lo experto de éste en las actividades o situaciones que se estén evaluando. La utilización de indicadores de capacidad objetivos y las evidencias de éxito pueden impulsar la influencia de los convencedores sobre las creencias de eficacia de las personas (Astudillo, 2005).

Finalmente el conocimiento que las personas tienen de su estado fisiológico es otra fuente de información sobre la capacidad personal para realizar determinadas tareas. La información procedente de esta fuente es seleccionada, valorada e integrada por la persona, por lo que el análisis del procesamiento cognitivo de la información ocupa también un papel central en la teoría cognitiva social (Cerero, 1995).

Las personas también confían parcialmente en sus estados físicos y emocionales para juzgar sus capacidades. Frecuentemente las reacciones tensas o estresantes son interpretadas como señales de ineficacia; en actividades que involucran control y fuerza se juzga la fatiga, las molestias y los dolores como signos de debilidad física; por otro lado el humor también juega un papel importante en la eficacia personal, el humor positivo mejora la autoeficacia percibida, el desánimo la disminuye. Así, otra forma de modificar las creencias de eficacia es reducir las reacciones de estrés, modificar las emociones negativas y corregir las malas interpretaciones sobre los estados físicos (Bandura, 1998).

### **3.3 TIPOS DE EXPECTATIVAS**

Según la teoría de la autoeficacia, las expectativas son procesos cognitivos involucrados en la iniciación y el mantenimiento de la conducta cambiante, considerando que el tipo de expectativas que las personas tengan sobre su futura ejecución determinará el tipo de metas que se establecen, la cantidad de

esfuerzo que se invierte en el logro de las mismas, el tiempo de perseverancia ante las dificultades y la resistencia al fracaso.

En concreto, los individuos que tienen un nivel alto de autoeficacia, es decir, que creen que son capaces de lograr un determinado nivel de rendimiento en una actividad específica, harán un mayor esfuerzo para lograr metas relacionadas con dicha conducta. La idea central de la teoría es que las personas con altas expectativas de autoeficacia terminaran por tener un mayor nivel de ejecución y mayor probabilidad de éxito que aquellas otras con bajas expectativas (Cerero, 1995).

Esta diferencia no se debe según Bandura, a las mayores probabilidades de éxito de las personas con alto grado de autoeficacia, sino más bien a los efectos negativos que tiene la autoeficacia baja: la autoconfianza no tiene porque asegurar el éxito, pero la falta de confianza en uno mismo seguramente provoca el fracaso (Bandura, 1977).

Desde el punto de vista afectivo, la autoeficacia influye en la cantidad de estrés y depresión que se experimenta en situaciones amenazadoras. La falta de confianza en uno mismo puede generar ansiedad, cuando la persona está implicada en la resolución de tareas que encierran un determinado grado de dificultad, lo cual a su vez influye en la ejecución.

De acuerdo con Cerero, (1995), muchas personas tratan de superar el estrés regulando sus emociones con actividades perjudiciales para la salud. Por ejemplo, pueden tratar de tranquilizarse fumando o consumiendo drogas. Muchas veces las personas se distraen de las situaciones estresantes recurriendo a conductas que pueden aliviar la incomodidad a corto plazo, pero a expensas de la salud a largo plazo.

Para entender el desarrollo y modificación de las conductas adictivas es importante considerar los procesos de sensaciones físicas y contingencias

ambientales, es por esto que las creencias del individuo, sus expectativas, atribuciones y su capacidad de toma de decisiones constituye la base cognitiva para que ocurra el cambio en la conducta (Marlatt y Gordon, 1985).

En relación a las expectativas Bandura, (1977) señala la convicción que tiene el organismo de poder ejecutar convenientemente la conducta requerida para producir consecuencias denominando a esta conducta expectativas de eficacia.

Las expectativas de eficacia reflejan la apreciación de dominio del individuo al tener suficientes habilidades para enfrentar una situación específica; entonces lo que una persona percibe de la eficacia de una conducta afecta en su decisión de usar o no dicha conducta en el afrontamiento de situaciones difíciles, en el esfuerzo que dedicará y cuanto tiempo persistirá en ella al presentarse obstáculos. Las personas con bajas expectativas de eficacia reducirán el esfuerzo o abandonarán rápidamente una tarea cuando se experimente un fracaso en los primeros intentos.

Las expectativas de resultado son la estimación de una persona de que una conducta dada llevará a ciertas consecuencias probables. Los individuos pueden creer que el transcurso de una acción particular producirá ciertos resultados, pero si se tienen serias dudas acerca de si pueden funcionar en tales actividades, la información no influye en su conducta (Bandura, 1977).

Asimismo, las expectativas de resultado se pueden dividir en dos categorías: la primera son las expectativas de acción-resultado, que reflejan el grado de en que los individuos creen que una acción conduce a un resultado particular, este resultado entonces se considera en términos del valor que le proporcionan el individuo (Benett y Murphy, 1997).

La segunda categoría la sugieren Conner y Norman (1999), la expectativa de situación resultado, la cual representa las creencias acerca de las consecuencias que ocurrirán sin la interferencia de la acción personal, por

ejemplo, la susceptibilidad de daño o una amenaza a la salud representan una expectativa de este tipo.

Por otra parte, Bandura (1986, en Colín y Garduño, 1996), postula una relación conductual cercana entre las expectativas de eficacia y las de resultados, estableciendo que los tipos de resultados que la gente anticipa dependen de sus juicios, que tan capaces serán de funcionar bien en ciertas situaciones, es decir, que los resultados esperados son altamente dependientes de los juicios de autoeficacia.

Con respecto a las adicciones, Marlatt (1985), señala que el individuo experimenta una sensación de control mientras se mantiene abstinentes (o se ajusta a otras reglas que gobiernan la conducta objetivo). La conducta ésta bajo control en la medida que no se produce durante ese período. Cuanto mayor es el período de abstinencia mayor es la percepción de autocontrol que tiene el individuo. Este control percibido continuará hasta que la persona se encuentre en una situación de alto riesgo. Una situación de alto riesgo es considerada como cualquier situación que represente una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída

Si el individuo puede realizar una respuesta de afrontamiento eficaz en la situación de alto riesgo, la probabilidad de recaída disminuye de forma significativa. Es probable que el individuo que afronte satisfactoriamente la situación experimente una sensación de dominio o una percepción de eficacia. El dominio de una situación problemática se asocia, con frecuencia, a la expectativa de ser capaz de afrontar con satisfacción el próximo acontecimiento desafiante.

La expectativa de ser capaz de afrontar sucesivas situaciones de alto riesgo a medida que aparecen, se asocia muy estrechamente con la noción de autoeficacia de Bandura (Bandura, 1977). La sensación de confianza en la propia capacidad de afrontar de forma eficaz una situación de alto riesgo, se relaciona con un aumento en la percepción de autoeficacia, es decir, con un sentimiento de ser capaz de manejar la situación. A medida que aumenta la

duración de la abstinencia (o período de uso controlado), y el individuo puede afrontar eficazmente cada vez más situaciones de alto riesgo, la percepción de la propia eficacia se incrementa de forma acumulativa. La probabilidad de recaída disminuye de acuerdo con ello.

Asimismo, según Marlatt (1987), si el individuo no afronta con éxito una situación de alto riesgo, es posible que no haya adquirido nunca las capacidades de afrontamiento necesarias, o que las respuestas apropiadas estén inhibidas por el miedo o la ansiedad. Quizá el individuo no reconozca la situación como peligrosa, y por tanto, no responda al riesgo inherente antes de que sea demasiado tarde. Los déficits de motivación también minan las estrategias de afrontamiento adquiridas.

Independientemente de la causa, a medida que disminuye la autoeficacia en las situaciones de alto riesgo, también disminuye la expectativa de afrontar favorablemente la siguiente situación problemática. Si esta situación se relaciona con una forma de afrontar el estrés involucrado, está puesto el escenario para una probable recaída. La probabilidad de recaída también aumenta si el sujeto espera que haya consecuencias positivas con relación al consumo de la sustancia. Frecuentemente, basado en experiencias anteriores, el individuo anticipa los efectos positivos inmediatos del consumo, mientras ignora las consecuencias negativas involucradas más a largo plazo. Por lo tanto, las expectativas de las consecuencias positivas son un determinante principal del abuso de sustancias (Marlatt, 1987).

De esta manera, después de un fracaso, el individuo probablemente sienta una disminución de su autoeficacia, que se asocia frecuentemente a una sensación de desamparo y una tendencia a rendirse pasivamente ante la situación. Para explicar esta reacción ante la trasgresión de un requisito categórico, Marlatt y Gordon (1985), han postulado un mecanismo denominado efecto de la violación de la abstinencia, que se presenta bajo las siguientes condiciones: antes del primer fallo, el consumidor se ha comprometido a un periodo de abstinencia (indefinido o limitado). La intensidad del efecto variará en función de diversos factores, incluyendo el grado de compromiso anterior o esfuerzo

realizado para mantener la abstinencia, la duración del periodo de abstinencia y el valor subjetivo o importancia de la conducta prohibida para el individuo.

### **3.4 MEDICIÓN DE LA AUTOEFICACIA**

Es importante mencionar algunas de las investigaciones relacionadas con la autoeficacia y el consumo de drogas, así como los instrumentos que han resultado más efectivos para su evaluación.

Astudillo, (2005) realizó un estudio transversal para observar la asociación entre la autoeficacia y la disposición al cambio para la realización de ejercicio físico, en una muestra de estudiantes universitarios

Se realizó una investigación, para la aplicación del constructo de autoeficacia de Bandura en la abstinencia del alcohol. Se realizó una escala con 20 reactivos de autoreporte. La eficacia de abstinencia fue evaluada mediante una escala tipo Lickert de confianza para la abstinencia del alcohol en 20 diferentes situaciones de alto riesgo. El Alcohol Abstinente (Scale Efficacy AASE), demostró ser un instrumento sólido con altos índices de confiabilidad y validez, evaluando el nivel de precipitación para la recaída, el afecto negativo, afecto social positivo, la urgencia o necesidad de consumo y los aspectos físicos (Di Clemente, Carbonari, Montgomery y Hughes; 1994 en De León y Pérez, 2001).

Por otro lado, el Drug Abuse Substance Test (DAST) fue desarrollado con el objetivo de dar información clínica y de evaluación de los tratamientos de consumo de drogas; es un cuestionario de 28 reactivos de autoreporte, la confiabilidad y validez fueron evaluadas con usuarios de alcohol y drogas y resultaron consistentes, encontrándose una consistencia interna satisfactoria en las escalas de discapacidad social, uso de drogas y psicopatología (SKinner, 1982 en De León y Pérez, 2001).

El objetivo de esta investigación fue evaluar la solidez de un modelo conceptual para explicar el consumo y la abstinencia en usuarios con dependencia del alcohol y otras drogas; identificar, en ambas condiciones, la asociación y la

configuración de las variables cognitivo-conductuales que lo integran, y detectar las que pudieran funcionar como predictoras de la abstinencia. Las variables que se incluyeron en el Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana fueron: consumo, precipitadores, autoeficacia, satisfacción cotidiana, comunicación, solución de problemas, rechazo del consumo, depresión y ansiedad. Estas variables se evaluaron en una muestra intencional no probabilística de 20 usuarios con dependencia de sustancias adictivas, antes y después de la intervención cognitivo-conductual que se orienta hacia la abstinencia en el consumo.

Los cambios en estas variables indican que al incluir en el repertorio conductual del usuario habilidades específicas de afrontamiento social y de autocontrol emocional, éste aprende a romper y debilitar la asociación contingente entre los estímulos condicionados y el consumo al utilizar en forma conveniente otras conductas alternativas y eficientes que mejoran su desempeño, le conducen hacia el incremento en satisfacción cotidiana al asociarse con la obtención de logros, avances y superación en diversas áreas de su funcionamiento cotidiano y le permiten disminuir la ansiedad y la depresión (Barragán, Flores, Medina-Mora & Ayala, 2007).

Colín y Garduño (1996), realizaron una investigación con el objetivo de saber si los pacientes que modifican su autoeficacia medida a través del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) desarrollado por Annis, (1982) se correlacionaban con cambios en el patrón de consumo y si el nivel de autoeficacia sirve o ayuda para predecir el éxito del tratamiento. Los participantes de esta investigación fueron pacientes que asistieron y terminaron su tratamiento en el Programa de Auto-control dirigido para bebedores problema, se utilizó como medida de autoeficacia el CCS, instrumento mide el grado de confianza para resistir el consumo excesivo de alcohol ante situaciones de riesgo que lo propicien, los resultados en general muestran que el CCS es un instrumento sensible para guiar y planear un tratamiento en México, además que los sujetos mostraron un incremento en la confianza en

las 8 escalas de riesgo que mide el CCS, esto se correlaciono negativamente con la frecuencia y/o cantidad consumida en el post-tratamiento.

Asimismo, se realizó la adaptación, validación y confiabilización del DTCQ, Drug Taking Confidence Questionnaire (Annis y Martín, 1985), con población mexicana. Resultando de dicha adaptación el Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas (CACD), utilizado para identificar el nivel de autoconfianza de no consumo de drogas en los usuarios (De León & Pérez, 2001).

El DTCQ es una medición anticipada de la autoeficacia, es decir, valora la creencia que tiene un individuo de ser capaz de enfrentarse a las situaciones críticas para la resistencia a usar drogas, además está basado en la clasificación de los factores de riesgo que llevan a la recaída identificados por Marlatt y Gordon (De León & Pérez, 2001).

Se encontró que el Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas (CACD), es eficaz en la evaluación de las conductas de autoeficacia relacionadas con los factores de riesgo de consumo de drogas. Este puede ser empleado dentro de ambientes terapéuticos cognoscitivo-conductuales y de investigación de manera confiable puesto que la información específica que arroja se refiere a datos consistentes y válidos relacionados directamente con la conducta adictiva de los sujetos evaluados.

El Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de drogas fue adaptado como una medida del concepto de autoeficacia de Bandura, en relación a la percepción de las personas sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo del consumo excesivo de drogas. La versión final del cuestionario quedó constituida por 60 reactivos, mismos que en su conjunto registraron un índice de consistencia interna de alfa de .99.

La totalidad de los reactivos que conforman el instrumento evalúan en forma global el nivel de autoeficacia para resistirse a consumir sustancias psicoactivas (De León & Pérez, 2001).

Con base en los resultados obtenidos en dicho proceso de adaptación, confiabilización y validación, De León y Pérez, (2001), consideran que la autoeficacia es definida como una variable cognoscitiva que involucra el juicio que se tiene de la habilidad de ejecutar ciertos patrones de comportamiento. Por lo tanto se pronosticó que los altos niveles de consumo al ingreso del tratamiento podrían estar relacionados con puntuaciones de autoeficacia bajas a través de las ocho categorías. Los clientes que gastaban un porcentaje de tiempo más alto consumiéndolas sólo reportaron mayores niveles de autoeficacia en su habilidad para resistirse a la necesidad de tomar drogas en las tres subescalas interpersonales, que los individuos que reportaron que la familia o amigos frecuentemente los presionaban para usarlas podrían tener una puntuación más baja en la subescala de Presión social de Consumo y que más años de consumo problemático podría estar relacionado con una autoeficacia más baja. Finalmente, se espero que los ocho niveles de la dependencia de alcohol y drogas estuvieran asociados con puntuaciones de la autoeficacia bajas en todas las subescalas, lo cual fue observado a lo largo de sus análisis.

La validez teórica observada por Annis y Martin, (1985) apoya los resultados encontrados dentro de esta investigación. Es por esto que el CACD es un cuestionario que ha sido estrictamente evaluado para confirmar que la teoría de Autoeficacia, las subescalas, los resultados de los autores originales son equiparables a los de este estudio. Encontrando que este cuestionario es eficaz en la evaluación de las conductas de autoeficacia relacionadas con los factores de riesgo de consumo de drogas (De León & Pérez, 2001).

Por lo tanto, se puede decir que la autoeficacia puede predecir intenciones y hábitos, en diferentes aspectos de la salud; así mismo, cuanto más fuertes son las creencias de eficacia de las personas con respecto al enfrentamiento de situaciones de riesgo, mayores serán las metas y el empeño que lleve a cabo en su realización, incluso ante las dificultades y adversidades.

Es por esto que se consideró importante planear un programa de intervención con enfoque cognitivo-conductual, que pueda organizar internamente las expectativas de los pacientes a fin de controlar su conducta adictiva reduciendo la incidencia de consumo en situaciones de riesgo aumentando los niveles de autoeficacia y disminuyendo el potencial de riesgo para la recaída, ya que al presentarse la pérdida de control en ciertas situaciones se presenta la posibilidad de recurrir nuevamente al consumo de drogas aún considerando que los pacientes quieren disminuir su consumo.

## **CAPITULO 4**

### **4. ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL**

El enfoque cognitivo conductual en la presente investigación dará la pauta para la intervención con los pacientes con problemas de adicción, utilizando los planteamientos de dicho enfoque como principal eje teórico.

Es necesario, mencionar a Joseph Cautela, quien durante la década de los 60's y 70's propuso un conjunto de procedimientos terapéuticos bajo el nombre de condicionamiento encubierto o control operante. Entre ellos la primera y más amplia forma fue la sensibilización encubierta con la cual se abordaron problemas de alcoholismo, tabaquismo y obesidad. Entre las demás técnicas propuestas por Cautela cabe destacar el reforzamiento encubierto, la extinción encubierta y el modelado encubierto. Todos estos procedimientos se basan en el denominado supuesto de la continuidad según el cual los procesos y principios que describen los fenómenos encubiertos (cognitivos), son continuos con aquellos que describen las conductas explícitas (Cruz, 2006).

Posteriormente Beck (1976), sugirió que la mayor parte de los desórdenes psicológicos están asociados a cogniciones incorrectas y/o un procesamiento cognitivo equívoco. Coherentemente con lo anterior propone para tales desórdenes la corrección de los pensamientos cognitivos irracionales y en el reemplazo de las ideas incorrectas y disfuncionales por otras más objetivas, adaptativas y funcionales. La terapia cognitiva de Beck selló su éxito en la historia de la psicología con el tratamiento de la depresión. Así el nuevo enfoque enriqueció sustancialmente a las estrategias de intervención derivadas de las teorías de condicionamiento que no habían logrado respuestas totalmente satisfactorias para el desorden anteriormente mencionado.

Hacia finales de la década de los 80's el desarrollo exitoso del tratamiento para el desorden por pánico establece el vínculo de las dos corrientes mencionadas en un sistema de trabajo más amplio presentándose así la otra etapa del desarrollo del enfoque cognitivo conductual, que continúa hasta la fecha (Cruz, 2006).

De este modo según Cruz, (2006) este enfoque se refiere a un sistema de trabajo terapéutico basado fundamentalmente en el rol que las cogniciones y los procesos cognitivos tienen en la generación de las emociones. Se sostiene que el cambio en los pensamientos irracionales y en los sistemas de procesamiento llevará a cambios emocionales y de comportamientos. En esta línea se ubican las líneas terapéuticas: identificación, discusión y puesta a prueba de pensamientos automáticos; identificación, análisis y cambio de pensamientos y supuestos básicos; modificación de esquemas disfuncionales de procesamiento. Todos estos procedimientos están orientados al proceso de reestructuración cognitiva, su fin consiste en rediseñar, remodelar, cambiar el sistema de pensamientos, de ideas, creencias que presenta el paciente a fin de transformarlas en más racionales, más objetivas y funcionales para su vida cotidiana o ante situaciones específicas.

Hoy, más allá de los avances en el terreno cognitivo, se acepta ampliamente que existen desórdenes psicológicos para cuyo tratamiento no se puede prescindir de las técnicas conductuales. Tal es el caso de los hábitos nerviosos (por ejemplo, tricotilomanía, tartamudez), desórdenes del control de impulsos, adicciones, depresiones graves o problemas de aprendizaje. Baste sólo para ilustrar en el tratamiento de la agorafobia la terapia de exposición con prevención de la respuesta, una técnica eminentemente de manejo de comportamiento, que constituye una de las opciones más efectivas (Cruz, 2006).

Por otra parte, como mencionan Souza y Machorro (2000), la terapia denominada cognitivo conductual se define como un enfoque de tratamiento que intenta modificar la conducta manifiesta, influyendo sobre los procesos del pensamiento del sujeto. Es un sistema psicoterapéutico que intenta reducir

reacciones emocionales excesivas e inadecuadas, al modificar los pensamientos distorsionados y creencias desadaptadas que subyacen a dichas reacciones.

Algunas de las técnicas incluidas en este marco son: el manejo de la ansiedad e inoculación del estrés, terapia de atribución, entrenamiento en la solución de problemas y autoinstrucciones así como la reestructuración cognitiva.

Como señalan Souza y Machorro (2000), la terapia cognitivo-conductual utilizada en el marco del tratamiento profesional de las adicciones con individuos consumidores y pacientes adictos es una aproximación terapéutica estructurada, orientada, por metas y enfocada a problemas inmediatos de aquellas personas que intentan controlar o eliminar su uso, se reconoce en la actualidad como la herramienta terapéutica más importante y útil comparativamente hablando en el manejo de pacientes abusadores y adictos y se basa esencialmente en:

1. Una estrecha colaboración funcional (relación terapeuta-paciente)
2. Un descubrimiento guiado
3. La comprobación de las creencias a través de la experiencia
4. La interpretación del consumo como un problema dual a resolver

Con respecto al tratamiento de las adicciones, una de las aportaciones más importantes al aplicar la terapia cognitiva ha sido la formulación de un modelo cognitivo específico para cada uno de los nuevos trastornos. Uno de los temas centrales en todas las aplicaciones es el marco general de la teoría cognitiva, que sostiene la existencia de un sesgo en el proceso de la información que ocasiona un comportamiento disfuncional, o una angustia excesiva o ambos. En segundo lugar, las creencias específicas incorporadas dentro de estructuras relativamente estables –esquemas- sin las que conducen hacia esas dificultades (Mahoney, 1997).

Este modelo señala que los desórdenes de abuso de sustancias reflejan pensamientos habituales, automáticos y negativos, así como creencias que deben identificarse y modificarse para cambiar tanto formas erróneas de pensar como conductas asociadas. El deseo de usar sustancias normalmente se activa en situaciones específicas, siempre se pueden predecir en situaciones de alto riesgo, tales como presenciar la parafernalia de consumo de las drogas, sentir aburrimiento, depresión o ansiedad (Beck, Newman y Liese, 1999).

Esta aproximación ayuda al paciente a analizar sus pensamientos negativos y reemplazarlos con creencias y acciones más positivas. Muchas estrategias de prevención de recaídas usan procesos cognoscitivos para identificar los eventos disparadores o los estados emocionales que reactivan el uso de sustancias y los reemplazan con respuestas más saludables como se verá posteriormente.

No obstante los orígenes relativamente independientes de ambas líneas de trabajo, en la actualidad la mayoría de los psicólogos dedicados a la práctica psicoterapéutica aceptan que la integración de ambos paradigmas conduce a la mayor eficiencia de ésta (Dahab, Minici y Rivadeneira, 2005).

Entre las críticas a los modelos cognitivo-conductuales, resulta importante la necesidad de medir habilidades específicas de afrontamiento que funcionan ante situaciones de vida cotidiana como alternativas para negarse al consumo. Los reportes indican déficits de estos usuarios en las siguientes habilidades de afrontamiento: sociales y de competencias interpersonales; asertividad y comunicación y entre éstas escuchar, iniciar conversaciones, recibir reconocimiento, hacer críticas, etc.; rehusarse al consumo y solución de problemas. La eficacia de las estrategias de afrontamiento varía según el objetivo: no consumir o mantenerse sin consumo (Barragán, Flores, Medina-Mora, Ayala, 2007).

A continuación desarrollan los temas que comprenden el Taller, considerando que las personas con altas expectativas de autoeficacia terminaran por tener un mayor nivel de ejecución y mayor probabilidad de éxito que aquellas otras con bajas expectativas en situaciones de riesgo de recaída. Asimismo que el paciente pueda reconocer sus cualidades personales y utilizarlas para alcanzar las metas fijadas para su tratamiento, asimismo conocer y manejar estrategias que le permitan enfrentarse a situaciones de riesgo que puedan presentarse posteriormente.

#### **4.1 AUTOESTIMA**

Las personas necesitan una firme confianza en su eficacia tanto en cantidad como en la sustancia para realizar los esfuerzos requeridos, entonces las percepciones de eficacia personal predicen las metas de las personas, en donde la autoestima afecta a estas metas y no a la ejecución (Mone, Baker y Jeffries, 1995, en Bandura 1997).

Para Coopersmith (1967, en Cruz, 2006) la autoestima se refiere a la evaluación que establece y mantiene el individuo en relación a sí mismo: expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y merecedor. En resumen, la autoestima es un juicio personal del merecimiento que se expresa en las actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros mediante informes verbales y otras conductas expresivas.

Además, Coopersmith (1981, en Verduzco, Lara-Cantú, Gary & Rubio, 1989) considera la conexión de tres principales antecedentes de la autoestima (aceptación parental, límites claramente establecidos y tratamiento respetuoso), se entiende en términos de mecanismos de aprendizaje. En este sentido, los niños aprenden que son merecedores porque sus progenitores les tratan con afecto. Desarrollan estándares más altos porque estos valores son sistemáticamente reforzados sobre otros. Y estos niños se tratan a sí mismos con respeto porque observan cómo actúan sus progenitores hacia las personas y ellos reproducen esas conductas. Opuestamente, si la autoestima puede aprenderse la carencia de la misma se aprende. La indiferencia de los padres, el exceso o carencia de límites y los modelos indiferentes o degradantes provocan diferentes tipos de autoconstructos y conductas. Igualmente, se aprende sobre la propia competencia (o incompetencia) a través de los diversos éxitos o fracasos que experimentamos en el tiempo.

Por otra parte, para Branden (1994), la autoestima es una necesidad que se debe aprender a satisfacer mediante el ejercicio de las facultades personales: la razón, la elección y la responsabilidad. Esto significa que se debe vivir racionalmente, lo que equivale a ejercitar las propias habilidades conscientes para evaluar situaciones con realismo y para responder (actuar) de un modo que sea coherente con los valores fundamentales. Asimismo, la necesidad de autoestima es tan fuerte que su falta es suficientemente grave como para motivar de formas negativas.

Por lo tanto, si a una persona se le eliminan o él mismo evita, las fuentes legítimas de autoestima, entonces busca alternativas, como el autoengaño o falta de autenticidad. Esto puede minar la eficiencia del proceso de pensamiento en un individuo, privándole de la fuerza plena y de los beneficios de su inteligencia.

Branden (1993), afirma que en general el ser humano pocas veces busca cambios radicales a su autoestima, prefiere el mantenimiento de conductas que reafirmen estilos de vida y con los resultados que cree merecedor.

La autoestima proviene de la autoevaluación que se basa en la competencia personal o en la posesión de los atributos que son culturalmente aprendidos, con valores positivos o negativos. Las personas derivan el precio de su satisfacción desde sus propios estándares de merito, los recursos de la autoevaluación influyen sobre su propia autoestima a través del desarrollo de potencialidades que traen consigo la autosatisfacción de evaluaciones personales (Bandura 1997).

La motivación estará dada por las capacidades de cada persona, una motivación adecuada desarrollará las habilidades necesarias para el discernimiento y manejo del ambiente, de igual forma la conducta ira encaminada hacia el mismo objetivo.

La autoestima habilita al individuo en su relación con los otros, pues basándose en ello el individuo se siente apto para la vida y sus requerimientos (CIJ, 1999).

De esta forma la autoestima puede generar limitaciones o potencializar sus capacidades y habilidades al interactuar con su medio ambiente. De aquí la importancia de fomentar en los pacientes una autoestima que según Méndez, (2004) les permita percibirse con eficacia personal, con un sentido de control, bienestar psicológico y reconocimiento del mérito personal; confiar en las capacidades y valores poseídos, lo que da elementos para enfrentar desafíos, aprovechar oportunidades y adaptarse a diferentes circunstancias, así como establecer percepciones reales en cuanto habilidades y logros; capacidad de conocerse íntegramente, plantearse metas y mantener el compromiso.

Por lo tanto, tener autoestima alta puede ayudar a los pacientes a plantearse metas con respecto a su tratamiento pero sobretodo a confiar en las capacidades propias para alcanzar dichas metas. Considerando que las personas se evalúan a sí mismas según su grado de pericia en la ejecución tareas, su grado de satisfacción con los patrones sociales, el grado en que otros lo aman y aceptan y el grado de poder que ejercen. Determinando la base que emplea cada persona para considerarse merecedor podría servir para determinar también la fuente de sus dificultades y como pauta de los esfuerzos terapéuticos.

Por otra parte Markus y Kunda (en Gil, 1997) consideran que la autoestima influye en la autorregulación de la conducta, siendo un factor importante en la toma de decisiones, en la elección de objetivos y en el establecimiento de planes de acción.

Gil, (1997) señala como la alta autoestima provoca efectos positivos en áreas como el aprendizaje, la creatividad, las relaciones interpersonales, la independencia del sujeto y la capacidad para enfrentamiento de situaciones difíciles.

Entonces, se puede decir que la autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí, uno es la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: la autoeficacia y el otro es la sensación de considerarse merecedor de la felicidad y el respeto a uno mismo (autodignidad). La autoeficacia implica

tener confianza en el funcionamiento de la mente, en la propia capacidad para pensar y entender, para aprender, para elegir y tomar decisiones, confianza en sí mismo para entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de intereses y necesidades particulares, el creer en sí mismo y tenerse confianza.

La experiencia de la autoeficacia genera el sentido de control sobre la propia vida, que se asocia con el bienestar psicológico, la sensación de estar en el centro vital de la propia existencia, a diferencia de ser un espectador pasivo o víctima de los acontecimientos. En una persona, habrá fluctuaciones inevitables en los niveles de autoestima, así como las hay en todos los estados psicológicos. Es necesario pensar en términos del nivel promedio de autoestima de una persona (Branden, 1993).

Según Coopersmith (1976, en Cruz, 2006) el desarrollo de una alta o adecuada autoestima tiene que ver con cuatro factores relevantes:

1. El respeto, aceptación y consideración que se recibe de las personas significativas en nuestra vida.
2. La historia personal de éxitos y la posición que se mantiene en el mundo. Los éxitos traen reconocimiento y, por lo tanto, están relacionados con la posición en la sociedad, lo que influyen en la autoestima.
3. Obtener autoestima únicamente en las áreas que personalmente son significativas; así las experiencias son interpretadas y modificadas de acuerdo con los valores y aspiraciones individuales.
4. Control y defensa, que son capacidades individuales para definir consecuencias e implicaciones negativas, de tal manera que disminuya su valor. En este sentido el individuo puede minimizar, distorsionar o suprimir las acciones degradantes provenientes de los que le rodean, igual que las fallas o fracasos de sí mismos.

Según Rivas, (1999) el desarrollo de la autoestima considera diferentes etapas que forman parte del concepto conocido como la “Escalera de la Autoestima”:



**Autoconocimiento:** Es saber quien soy, que necesidades y habilidades se tienen, los papeles en que se vive y a través de los cuales actúa y siente.

**Autoconcepto:** Es una serie de creencias acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta. Si alguien se cree tonto, actuará como tal, si se cree inteligente o apto para actuar como tal.

**Autoevaluación:** Esta refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas si lo son para el individuo, le satisfacen, son interesantes, enriquecedoras, le hacen sentir bien, le permiten crecer y aprender, considerarlas como malas si lo son para las personas, no le satisfacen, carecen de interés, le hacen y no le permiten crecer.

**Autoaceptación:** Es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser, de sentir, ya que sólo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello.

**Autorespeto:** Es atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente los sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse. Buscar y valorar todo aquello que lo haga sentirse orgulloso de sí mismo.

**Autoestima:** Es la síntesis de todos los pasos anteriores. Si una persona se conoce y está conciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrollar sus capacidades, y se acepta y respeta.

Como señala Branden (2001) para lograr una autoestima sana es importante llevar a cabo seis prácticas:

1. La práctica de vivir conscientemente: Es respetar la realidad sin evadirse no negarla, estar presente en lo que se hace. Ser consciente del mundo interno como el externo. Una persona consciente, reflexiona, analiza, pondera y juzga los acontecimientos, ve sus causas y sus consecuencias. Es decir, sabe tomar decisiones libremente y acepta las consecuencias de sus actos.

2. La práctica de aceptarse a sí mismo: No negar ni rechazar pensamientos, sentimientos y acciones propios, no se puede superar los sentimientos indeseables si no se acepta que se tienen. Cuando hay autoaceptación, no hay enfrentamientos con nosotros mismos, no me convierto en mi propio enemigo.

Hay que comprender el potencial individual. Aceptar no solamente los errores, sino también aceptar todas las potencialidades, y el hacerlo implicará mayores responsabilidades. Cuando se rechazan y sacrifican partes de sí mismos, sean cuales fueran las razones, el resultado es que se empobrece el sentido del yo

3. La práctica de asumir la responsabilidad de sí mismo: Hay que reconocer que cada uno es autor de: sus decisiones y sus acciones, de la realización de sus deseos; la elección de las compañías; de cómo se trata a los demás en la familia, el trabajo, amistades. Cómo se trata el propio cuerpo. De la obtención de su felicidad. No se vale decir: “yo sería feliz,.. yo estaría mejor..., yo cumpliría mis metas.... Etc, “si tu cambiaras, si tú no fueras, así, si tú no me hicieras enojar”.

4. La práctica de la autoafirmación: Es respetar deseos y necesidades, buscar la manera de expresarlos. Tratarse a sí mismo con dignidad en las relaciones con los demás. Ser auténticos y defender sus convicciones, valores y sentimientos. Es comunicarse asertivamente consigo mismos y con los que están alrededor.

5. La práctica de vivir con propósito. Significa asumir la responsabilidad de identificar las metas particulares y llevar a cabo las acciones que permitan alcanzarlas y mantenerse firmes hasta llegar a ellas. Al poseer buena autoestima se tiene el control de la propia vida y no el exterior que rodea a cada persona.

Las metas y propósitos son los que organizan y centran la energía, y le dan significado y estructura a la existencia: cuando no se tienen propósitos y metas, se está a merced de los propios impulsos o de las acciones incontrolables de los demás. Para vivir la vida con propósitos conscientes es necesario hacerse responsable de las propias metas, es decir, se necesita un plan de acción, y éste necesita de objetivos claros, disciplina, orden, constancia y coraje, para no desviarse del camino.

6. La práctica de la integridad personal: Tener principios de conducta a los que se mantengan fieles a sus acciones. Ser congruentes con lo que se piensa, se dice y a la forma de actuar. Respetar los compromisos personales y mantener las promesas. Cuando se responde a lo anterior, se produce en el interior de cada persona un resultado más importante que la aprobación de los demás. Es la aprobación de sí mismo y se siente una persona en quien se puede confiar y le agrada la clase de persona que he hecho de sí mismo. Esto es tener autoestima

Considerando que el individuo busca reafirmar su propia percepción es necesaria a través de la actividad preventiva (proyectos de orientación y capacitación).

## **4.2 ASERTIVIDAD**

La forma de relacionarse con los demás puede convertirse en una fuente considerable de estrés en la vida, además puede llevar al consumo de drogas para reducir dicho estrés. También, considerando que una gran mayoría de personas adictas a las drogas se ha visto envuelta en situaciones de presión social, resulta importante desarrollar respuestas que les funcionen ante la idea de rechazar un ofrecimiento de droga. De esta manera, la asertividad es un modo de actuar frente a situaciones de riesgo de consumo, aprendiendo a hacer valer los derechos y necesidades, a decir no y sentirse satisfecho con sus decisiones.

Las personas en su constante interacción social se enfrentan a situaciones que de una u otra manera pueden representar un problema, el cual demanda una respuesta para solucionarlo de parte del individuo, pudiendo ser ésta pasiva, agresiva o asertiva. Sin embargo, la capacidad de ser asertivo depende del contexto cultural en el que se desarrolle la persona, además de la educación, el estatus social, sexo, edad, etcétera.

### ***4.2.1 PASIVIDAD O NO-ASERTIVIDAD***

Es aquel estilo de comunicación propio de personas que evitan mostrar sus sentimientos o pensamientos por temor a ser rechazados o incomprendidos o a ofender a otras personas. Infravaloran sus propias opiniones y necesidades y dan un valor superior a las de los demás.

Aguilar (1987), señala que los individuos no asertivos presentan los siguientes problemas:

Tienen dificultad en rehusar una petición.

Dejan que otros abusen de ellos

No expresan sus sentimientos, opiniones y creencias

Sienten miedo al hablar en público

Se sienten víctimas

Sufren desmotivación, apatía y depresión

No se atreven a reclamar algo legítimo  
Padecen porque dan más de lo que reciben  
Hacen muchas cosas en que realidad no desean hacer  
Están muy pensionados o tienen miedo durante el intercambio social  
No se atreven a dejar una relación interpersonal nociva  
Condicionan su autoestima personal a la aceptación de otros, aun cuando vaya en perjuicio de sí mismos  
Dan más valor a las creencias y convicciones de otros que a los de sí mismos

De tal manera que se puede decir que las razones, que de manera aislada o en forma conjunta provocan la pasividad son: la falta de control emocional, el predominio del temor y la ansiedad, la falta de habilidades de interacción social y la ignorancia de los derechos que como persona se tienen.

#### ***4.2.2 AGRESIVIDAD***

Este estilo de comunicación se sitúa en un plano opuesto a la pasividad, caracterizándose por la sobrevaloración de las opiniones y sentimientos personales, obviando o incluso despreciando los de los demás.

La meta usual del agresivo es la del dominio y la ganancia, forzando a la otra persona a que siempre pierda. Esta ventaja es impuesta con humillación, degradación y desprecio hacia el otro, de manera que lo debilite y pierda la posibilidad de expresarse y defenderse (Flores y Diaz-Loving, 2002).

El individuo agresivo según Aguilar (1987), generalmente manifiesta las siguientes conductas:

Se muestra rígido e inflexible  
Abusa de otros  
Es insensible a las necesidades de los demás  
Expresa sus sentimientos de manera hiriente  
Actúa a la defensiva  
Se enoja con facilidad

Emite críticas constantes  
Siempre quiere tener la razón  
Necesita sentirse superior a los demás  
Necesita tener el control de los eventos  
No reconoce ni acepta sus propios errores  
No reconoce ni acepta los derechos de los demás  
Se siente constantemente amenazado  
Constantemente hace bromas para ridiculizar a los demás

Es decir que el individuo agresivo provoca que se rompa el diálogo, se bloquee la creatividad de los demás y el grupo sólo se atreve a actuar cuando el agresor está presente, se vuelve un círculo vicioso, ya que la violencia genera más violencia, provocando resentimientos que son difíciles de manejar en un futuro en las relaciones interpersonales.

#### ***4.2.3 ASERTIVIDAD***

Es aquel estilo de comunicación abierto a las opiniones ajenas, dándoles la misma importancia que a las propias. Parte del respeto hacia los demás y hacia uno mismo, aceptando que la postura de los demás no tiene por qué coincidir con la propia y evitando los conflictos sin por ello dejar de expresar lo que se quiere de forma directa, abierta y honesta.

Para Jakubowski y Lange (1978, en Flores y Diaz-Loving, 2002) la asertividad es la capacidad de hacer valer los derechos, expresando lo que se cree, siente y quiere en forma directa, honesta y de manera apropiada, respetando los derechos de la otra persona. La asertividad involucra la declaración de los derechos personales expresando pensamientos, sentimientos y creencias, que a su vez no viola los derechos de la otra persona.

Para Lazarus (1973) la asertividad es:

La habilidad para decir “no”

La habilidad para pedir favores y hacer demandas

La habilidad para expresar pensamientos positivos y negativos

La habilidad para iniciar, continuar y terminar conversaciones.

Desde la perspectiva del aprendizaje social de Bandura (1969), la conducta asertiva o no asertiva se aprende a través de la observación de los modelos significativos que las presentan. Jakubowski y Lange (1978, en Flores y Diaz-Loving, 2002) sostienen la incorporación de cuatro procedimientos básicos en el adiestramiento asertivo: enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad; ayudar a identificar ya aceptar los derechos personales y los derechos de los demás, reducir obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva y reducir ideas irracionales, ansiedades, culpas y desarrollar destrezas asertivas a través de la práctica activa de dichos métodos.

Para Aguilar (1987), el individuo asertivo:

Busca la realización del propio potencial sin explotar a otros o inhibir su desarrollo

Elige por propia voluntad

Tiene y demuestra plena aceptación de sus errores así como de sus aciertos

Asume, emplea y fortalece sus recursos y potencialidades personales

Posee una sensación de bienestar que abarca todos los ámbitos de su vida diaria

Es ambicioso pero comprensivo

Es autoafirmativo pero gentil y considerado

Está dispuesto a tomar el mando, pero también a cederlo a los requerimientos de la situación

Expresa su individualidad como un ser humano, único, no restringido por las expectativas sociales de lo que se debe ser o hacer, pero al mismo tiempo conserva vínculos armónicos en su entorno.

La conducta asertiva permite a los individuos decir las cosas sin ofender, a saber escuchar, a decidir lo que se quiere, decidir si es justo, a pedirlo con claridad, a asumir riesgos, a estar tranquilo y relajado, a expresar abiertamente sentimientos, opiniones y necesidades, a formular y recibir críticas justas, logrando con ello una comunicación adecuada y positiva, mejorando sus relaciones interpersonales (Flores y Diaz-Loving, 2002).

Los elementos más comunes en las definiciones de asertividad son el derecho de expresar sentimientos e ideas, el respeto a los derechos de uno mismo y hacia los demás, así como las consecuencias satisfactorias de la interacción. De esta manera el modelo conductual de Gambrill señala que el carácter situacional de las respuestas asertivas pueden verse afectadas por: 1) la confianza hacia las personas con quienes se interactúa 2) como se expresan los sentimientos positivos o negativos, 3) características relevantes de las personas tales como status, edad y sexo, 4) el status percibido (situación de igualdad o subordinación ante una autoridad, etc.) y 5) el número de personas presentes (Cruz, 2006).

Por lo tanto es necesario identificar los principales derechos asertivos como señala Jurado (1996):

#### Derecho No. I

Nadie puede manipular nuestras emociones o nuestro comportamiento si nosotros no lo permitimos. Es nuestro el derecho a juzgar en última instancia todo lo que somos y hacemos. Tenemos derecho a juzgar nuestro propio comportamiento, nuestros pensamientos y nuestras acciones y a tomar la responsabilidad de su inicio y consecuencias.

#### Derecho No. II

No dar excusas o razones para justificar nuestro comportamiento. Si somos nuestros propios jueces no tenemos porque explicar nuestro comportamiento a los demás, para que ellos decidan si es acertado o erróneo, correcto o

incorrecto, cualquiera que sea la etiqueta que pretendamos pegarle. Por supuesto los demás tienen derecho a decirnos que no les gusta lo que hacemos.

#### Derecho No. III

Derecho a juzgar si nos incumbe la responsabilidad de encontrar soluciones a los problemas de otras personas. Por más que podamos desear el bien para otros, de hecho no está en nuestras manos crear estabilidad mental, bienestar o felicidad para los demás. Si no reconocemos este derecho, los demás podrán manipularnos y obligarnos a hacer lo que ellos quieren, presentándonos sus propios problemas como si fueran nuestros.

#### Derecho No. IV

Derecho a cambiar de parecer. Para mantenernos en contacto con la realidad y en beneficio de nuestro bienestar y felicidad debemos aceptar la posibilidad de que cambiar de parecer, opinión o criterio puede ser algo saludable o normal.

#### Derecho No. V

Derecho a cometer errores y a ser responsables de ellos. Ninguno de nosotros es perfecto. Errar forma parte de la condición humana. Si no reconocemos que los errores son simplemente errores, estaremos en posición de ser manipulados por creer que los errores son algo malo que no se debe cometer.

#### Derecho No. VI

Derecho a decir no lo sé. Otro de nuestros derechos es la capacidad de formular juicios de lo que deseamos, sin la necesidad de saberlo todo antes de hacer algo. Tenemos derecho a decir no lo sé, para las preguntas que la gente pueda formularnos.

#### Derecho No. VII

Derecho a ser independiente de la buena voluntad de los demás antes de enfrentarnos con ellos. Sea lo que sea que se haga siempre habrá a alguien a quien no le guste y hasta es posible que ese alguien se sienta herido en sus sentimientos. No necesitamos que nuestro comportamiento agrade o suscite

admiración en las personas con las que nos relacionamos ni tenemos que angustiarnos ante la posibilidad de que alguien no nos quiera.

#### Derecho No. VIII

Se puede actuar en contra de la lógica. Se debe tener presente que ajustarse a la lógica no significa necesariamente que resolverá un problema.

#### Derecho No. IX

Tenemos derecho a decir no lo entiendo. La creencia equivocada que nos inculcan es debemos anticiparnos y mostrarnos sensibles a las necesidades ajenas si queremos vivir todos unidos y sin discordias.

#### Derecho No. X

Tenemos derecho a decir no me importa. Tenemos el derecho a decir no nos importa y no nos interesa ser perfectos según la definición de nadie.

En cuanto a su relación con otros modelos de Wolpe (1979) señala que el entrenamiento asertivo es aplicable al descondicionamiento de hábitos de respuesta de ansiedad desadaptativos que se presentan como respuestas ante la gente con la que el paciente interactúa. Es necesario agregar que un gran número de emociones, principalmente las agradables parecen implicar acontecimientos corporales que compiten con la respuesta de ansiedad.

El identificar fuentes de acceso a las drogas y proveedores de éstas, puede ayudar a manejarlos, enfrentarlos y rechazarlos exitosamente, creando habilidades de rechazo. Sin embargo, estas habilidades deben contar con respuestas asertivas, es decir, aquellas respuestas que implican que lo que se diga sea adecuado, claro y contundente, en un momento específico. El objetivo, es dotar de herramientas básicas al paciente, en cuanto a las habilidades de rechazo y a la Asertividad; esto con el fin de que, a corto y a largo plazo, desarrolle mejores estrategias para hacer frente al acceso a las drogas.

En Estados Unidos, un metaanálisis efectuado a partir de la revisión de 595 estudios de programas de prevención dirigidos a adolescentes, puso de manifiesto que las intervenciones más efectivas (en términos de su capacidad para modificar el consumo de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas) eran las que incluían actividades de entrenamiento en habilidades sociales generales y las basadas en el entrenamiento en habilidades para rechazar la oferta de drogas (Tobler y Stratton, 1997 en Suelves y Sánchez-Turet; Suelves, 1998).

En consonancia con estos hallazgos, muchos programas de prevención del abuso de sustancias incluyen entre sus componentes el entrenamiento en asertividad y otras habilidades sociales (National Institute on Drug Abuse, 1997; Suelves, 1997), ya que se ha argumentado que estas habilidades pueden contribuir a mejorar la resistencia de los adolescentes a la presión del grupo de iguales para consumir drogas (Botvin, 2000).

### **4.3 PRECIPITADORES Y SITUACIONES DE RIESGO**

El identificar fuentes de acceso a las drogas y proveedores de éstas, puede ayudar a manejarlos, enfrentarlos y rechazarlos exitosamente, creando habilidades de rechazo. Sin embargo, estas habilidades deben contar con respuestas asertivas, es decir, aquellas respuestas que implican que lo que se diga sea adecuado, claro y contundente, en un momento específico. El objetivo, es dotar de herramientas básicas al paciente, en cuanto a las habilidades de rechazo y a la Asertividad; con el fin de que, a corto y a largo plazo, desarrolle mejores estrategias para hacer frente al acceso a las drogas.

De igual forma, dentro de algunos programas de tratamiento para el consumo de sustancias se hace intervención sobre las situaciones que son consideradas como riesgosas en el consumo o la recaída. Marlatt y Gordon (1985) definen a una situación de riesgo como cualquier situación que amenaza el sentido de control del individuo (autoeficacia) e incrementa el potencial de riesgo para la recaída. La pérdida de control significa que tan breve como sea posible consumir cierta cantidad de la sustancia, mientras el organismo va demandando ingerir mayores cantidades (De León y Pérez, 2001).

Según De León y Pérez, (2001) muchas personas creen que no son capaces de enfrentar situaciones estresantes como el control de enojo, es entonces cuando estas personas consumen sustancias como soporte para afrontar las situaciones. Cuando las personas deciden eliminar sus viejos hábitos, las situaciones de riesgo pueden ser aún más estresantes, además del estrés con el que cuenta la situación por sí misma, este impacto frecuentemente produce un estado de agitación y conflicto. Este estado emocional es experimentado con sensaciones físicas aversivas, y el individuo puede atribuir estas sensaciones físicas a la necesidad de consumir. El factor más importante para decrementar el riesgo en el tipo situaciones es habilitar al individuo de respuestas de afrontamiento alternativas, si el individuo a aprendido nuevos caminos de afrontar su estrés y tiene la oportunidad de practicar estas

habilidades sin la ayuda de un soporte, su autoeficacia se fortalecerá y la probabilidad de recaída decrementará (Marlatt y Gordon, 1985).

Como menciona Oropeza, (2003) identificar los disparadores de abuso de drogas puede ser útil para orientar el tratamiento e identificar las situaciones de riesgo de recaída, cubriendo al menos los siguientes cinco dominios generales:

- Social. Con quién pasa la mayor parte del tiempo y con quién consume drogas; si se relaciona con sujetos que no están involucrados con el consumo de sustancias; si vive con alguien que abusa de las drogas; si ha cambiado su red social desde que el abuso de sustancias empezó (Annis, 1982).
- Ambiental. Cuál es su disparador ambiental particular para su abuso de drogas (ej. dinero, alcohol, momentos del día, amistades); cuál es el nivel de exposición diario a estos disparadores; si algunos de estos disparadores pueden evitarse fácilmente (Annis, 1982).
- Emocional. La investigación ha demostrado que las emociones comúnmente preceden al deseo o al consumo de sustancias (Kadden et al., 1992). Estas incluyen estados afectivos negativos (depresión, ansiedad, aburrimiento, enojo) o positivos (excitación, alegría). Muchos pacientes inicialmente tienen dificultades para ligar estados emocionales a su abuso de sustancias (o lo hacen pero sólo superficialmente), por lo que estos antecedentes son más difíciles de identificar al inicio del tratamiento.
- Cognoscitivo. Frecuentemente hay pensamientos o cogniciones que preceden al consumo de cocaína (necesito escapar, no puedo enfrentar esto a menos que consuma), y que normalmente dan una sensación de urgencia (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

- Físico. El deseo de salir de estados físicos desagradables (ej. síndrome de abstinencia) ha mostrado ser un disparador muy común del abuso de drogas. Estos consumidores frecuentemente reportan sensaciones físicas particulares como antecedentes del abuso de la sustancia (ej. punzadas en el estómago, fatiga, dificultad para concentrarse).

Así se identifican tres situaciones de alto riesgo principales que se asociaban con casi tres cuartas partes de todas las recaídas. A continuación se presenta una breve descripción de las tres categorías asociadas con las tasas de recaída más elevadas (Marlatt y George, 1984):

a) Estados emocionales negativos: situaciones en las que el individuo experimenta un estado emocional o de humor negativo, o un sentimiento como de frustración, ansiedad, ira, depresión, aburrimiento, etc., antes o al mismo tiempo que la ocurrencia del primer lapso.

b) Conflictos interpersonales: situaciones que incluyen un conflicto actual o relativamente reciente, asociado con cualquier relación interpersonal, como un matrimonio, una amistad, los miembros de la familia o relaciones de trabajo. En esta categoría, se producen con frecuencia enfrentamientos interpersonales.

c) Presión social: situaciones en las que el individuo responde a la influencia de otra persona o grupo de sujetos que ejercen presión social para que realice la conducta indeseada. La presión social tanto directa (contacto interpersonal directo con persuasión verbal) como indirecta (por ejemplo, en presencia de otras personas que están involucradas en la misma conducta, incluso cuando no se ejerce presión directa).

Las mismas tres situaciones de alto riesgo se hallan frecuentemente, asociadas a la recaída independientemente del problema particular implicado (problemas con la bebida, el tabaco, el juego, el uso de heroína o la ingesta excesiva de comida). Estos hallazgos pueden fundamentar las hipótesis relacionadas con la existencia de un mecanismo común constituyente del proceso de recaída dentro de las distintas conductas adictivas (Marlatt y George, 1984).

#### **4.4 MANEJO DEL CRAVING**

El manejo del craving es una situación determinante para la adherencia al tratamiento de las personas adictas puesto que es el factor más importante de abandono terapéutico. Los pensamientos, sentimientos y conductas que se presentan durante el periodo de abstinencia pueden lograr, por su intensidad y su naturaleza, que el paciente deje el tratamiento y reincida dado el poder que éste ejerce sobre la persona, incluso, después de varios años de abstinencia. Por lo tanto el craving significa un problema muy difícil para las personas que presentan abuso de sustancias. De igual manera no resta de importancia clínica.

Horvath (1988) distingue el fenómeno de los craving y los impulsos, describiendo los primeros como la sensación subjetiva de deseo por conseguir el estado psicológico inducido por las drogas. En cambio, los impulsos se describen como el determinante conductual de buscar y tomar drogas. Aunque son distinciones importantes a nivel teórico, en la práctica se han utilizado los términos craving e impulsos irrefrenables de manera intercambiable, de la misma forma que se hará en este trabajo.

El DSM IV, menciona que el craving se observa con frecuencia (quizá en todos) en los pacientes adictos, mismo que se describe como una necesidad irresistible de consumo (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Esa necesidad tiende a la realización de la misma, que se alcanza con la consumación por medio de un acto consumatorio. Los craving y los impulsos por el consumo tienden a ser automáticos y llegar a ser autónomos, es decir, pueden continuar incluso aunque la persona intente suprimirlos, no se suprimen con facilidad (Sánchez, 2002). Por lo anterior, se destaca la relevancia del tema, dado que su abordaje es de inminente importancia para el tratamiento del sujeto adicto, en donde se debe conocer las estrategias que le ayuden a comprender los factores que contribuyen al craving, a reenfocar sus experiencias y desarrollar formas más adecuadas para tratar estos problemas.

#### **4.4.1 TIPOS DE CRAVING**

El craving es un deseo (o necesidad psicológica) intenso e irrefrenable que conduce al individuo a abandonar la abstinencia. Beck, Wright, Newman, y Liese (1999) identifican cuatro tipos de craving, mismos que se enumeran a continuación:

1. Respuesta a los síntomas de la abstinencia: Cuando sucede la disminución del grado de satisfacción que encuentran en el uso de la droga, pero el incremento de sensación de malestar interno cuando deja de tomar la droga.
2. Respuesta a la falta de placer: Cuando sucede el aburrimiento o no tengan habilidades para encontrar formas prosociales de divertirse, por lo cual desea mejorar su estado de ánimo "automedicándose"
3. Respuesta "condicionada" a las señales asociadas con drogas: Cuando los pacientes asocian estímulos neutros (una esquina determinada de una calle, un número telefónico, un nombre, etc.) condicionados por una intensa recompensa obtenida de la utilización de drogas que inducen un craving automático.
4. Respuesta a los deseos hedónicos: Cuando el paciente combina una experiencia natural placentera con el uso de drogas (por ejemplo, cuando combina el sexo y drogas) que hace que se asocien, desarrollando un inicio de craving al realizar la actividad natural sin el uso de drogas por que el placer experimentado de estas experiencias no es comparable cuando se combina con la droga.

Es importante señalar que el manejo multidisciplinario profesional es vital para la efectividad del tratamiento. En función del manejo psicológico de las adicciones, es decir, excluyendo las estrategias farmacológicas usadas en psiquiatría, las técnicas cognitivo conductuales son las de elección dado que se ha comprobado que son superiores a los otros métodos psicoterapéuticos (González, s. a.).

La literatura existente confirma la efectividad de las intervenciones de corte cognitivo-conductual en el tratamiento de las drogas en general combinados con el tratamiento médico (Sánchez, Tomás, Molina, Del Olmo y Morales, 2002). Así mismo encontró que las menos eficaces son las psicoanalíticas, psicoterapia general y terapia familiar. Otro beneficio de las estrategias cognitivo-conductuales, es que con ellas el sujeto se siente mayormente comprometido con su abstinencia que con otras (Shine, 2003).

El terapeuta debe reconocer y comprender los cravings de su paciente, sus tipos, sus elementos esenciales y su naturaleza, así como empatizar con el mismo para poder determinar la mejor estrategia para este manejo. Para esto es relevante que el sujeto entienda como experimenta el craving, así como las señales o estímulos asociados con el mismo, de forma que se le pueda ayudar a desarrollar mejores estrategias para afrontarlo.

#### ***4.4.2 TÉCNICAS PARA AFRONTAR LOS CRAVING***

Ya identificado el craving, las emociones y pensamientos asociados (por medio de autorregistros, análisis funcional y la entrevista), se procede, según la elección del terapeuta y la naturaleza del craving, a la aplicación de un programa o estrategia cognitivo-conductual, además es necesario considerar que para poder desarrollar una estrategia que perdure en el manejo de los craving, el paciente deberá aprender a manejar sus creencias disfuncionales que tienden a facilitar el consumo de drogas. A continuación se describen algunas técnicas según (Beck et al., 1999):

##### ***4.4.2.1 TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN***

Como su nombre lo indica, son técnicas sencillas que tienen como objetivo distraer al sujeto ante pensamientos y sentimientos relacionados con el craving. Es decir, que “cambien su enfoque atencional de interno (por ejemplo pensamientos automáticos, recuerdos sensaciones físicas) a externo, para que disminuyan sus deseos.

A continuación se expondrán una serie de descripciones breves de las técnicas de distracción más utilizadas:

1. Pedir a los pacientes centrar la atención en los elementos del ambiente verbalizándolos, siendo lo más detallista posible, como los coches, las personas, los árboles y las tiendas. Cuanto más capaces sean de centrarse y dar detalles de los aspectos y acontecimientos externos, menos posibilidad habrá de que presten atención a sus craving internos.
2. Hablar sobre algún tema iniciando una conversación con amigos, familiares, con su responsable en el grupo de apoyo o con su terapeuta.
3. Los pacientes tratarán de evitar el ambiente propio de los estímulos que disparan el craving. Como, alejarse de un bar, esquina o lugar de consumo. Puede ir a visitar un amigo, a dar un paseo, etc.
4. Realizar actividades domésticas, ejercicio (por ejemplo, salir a correr, realizar determinado número de sentadillas, etc.)
5. Animar a los pacientes a recitar poemas que les gusten o a rezar. Para algunos es muy útil escribir un poema o una oración en un papel.
6. Sugerir a los pacientes jugar un videojuego, juego de mesa o rompecabezas. Estas actividades requieren que se tenga la atención centrada y pueden realizarlas incluso si están solos.

En general estas distracciones se pueden combinar y complementar según las particularidades del paciente y de su craving. Así mismo, es importante evaluar la necesidad de combinar una estrategia de distracción con un ejercicio de relajación para reducir la ansiedad en casos necesarios.

#### ***4.4.2.2 TARJETAS FLASH***

Cuando los cravings son fuertes, parece que los pacientes pierden la habilidad para razonar objetivamente. Esto tiene utilidad para ayudar a los pacientes en estos períodos críticos a que escriban tarjetas de afrontamiento. La utilidad de

estas frases de afrontamiento se puede aumentar haciendo que el paciente escriba estas frases en tarjetas flash (p. ej. Tarjetas de cartulina de 6x12 cm). Un ejemplo sería una tarjeta flash que incluyera la lista de ventajas de no tomar drogas y una lista de cosas que se pueden comprar con el dinero gastado en drogas.

Como ejemplo, éstas son algunas de las frases que un paciente escribió en sus tarjetas flash:

1. Te sientes más sano cuando no tomas drogas
2. Las cosas me van muy bien con mi mujer; ¡sigue así!
3. Tienes buen aspecto físico; ¡sigue así!
4. ¡Vete de aquí inmediatamente!

#### ***4.4.2.3 TÉCNICAS DE IMAGINACIÓN***

Son técnicas en las cuales el paciente modifica sus pensamientos utilizando la imaginación. Estas técnicas pueden combinarse efectivamente con otras técnicas para incrementar las probabilidades de éxito en otros aspectos del tratamiento. Por ejemplo, puede utilizarse la imaginación para que los pacientes visualicen el autocontrol y evitar el consumo de drogas. Es útil como método para cambiar las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos, o bien distrayéndolos de los craving y urgencias. También puede ser útil como método para cambiar las creencias y los pensamientos relacionados con las drogas. (Sánchez, 2002)

Beck et al. (1999), destacan cinco técnicas utilizadas: a) reenfoque con imaginación, b) sustitución por imagen negativa, c) sustitución por imagen positiva, d) repaso mediante imagen, y e) adquirir dominio mediante imaginación.

Esta técnica sirve como complemento de la técnica de detención de pensamiento. Cuando el paciente empieza a presentar pensamientos negativos referentes al craving y dice ¡Alto!, puede imaginar una señal de alto (como las que uno encontraría en la calle), un semáforo en rojo o cualquier imagen que para él represente la acción de ¡Alto!, de modo que acentúa la detención. Después puede optar por emplear una de las técnicas de distracción (como por ejemplo, centrar la atención en el ambiente o recitar un poema) de modo que pase el craving.

#### a) Sustitución por imagen negativa

Esta técnica se refiere a la imaginación de una imagen negativa acerca de las consecuencias negativas de consumir drogas cuando aparecen los pensamientos que conllevan al craving. De tal forma que las imágenes positivas acerca de la droga (por ejemplo, recordar la última vez que consumió) sea sustituida por una imagen acerca de las consecuencias negativas que tiene el último (p. e., el recuerdo de una hospitalización debida al consumo o los dolores físicos de la abstinencia) para evitar la conducta de uso.

#### b) Reemplazo por imágenes positivas

Se refiere a la sustitución de imágenes negativas referentes al consumo de drogas referentes a las creencias irracionales como las predicciones negativas (por ejemplo, creer que el uso de drogas ha arruinado su vida para siempre y terminará viviendo en la calle), misma que se puede sustituir por una tarjeta flash, que describa una situación positiva. Todo esto con el objetivo de disminuir las emociones negativas y consecuentemente, el craving.

#### c) Repaso mediante la imagen

En ésta, las imágenes se utilizan como medio de práctica o repaso de ciertas habilidades adquiridas (por ejemplo, habilidades sociales o resolución de problemas) o de la desensibilización ante situaciones o ambientes que pueden ser disparadores de craving (por ejemplo, una fiesta en donde le ofrezcan una bebida). Por ejemplo un paciente que se había abstenido a la cocaína, y el alcohol durante un año, planeó ir a un banquete forma donde se servía alcohol.

En el repaso mediante a la imaginación el terapeuta instó al paciente a imaginar que iba al banquete y que decía cuando se le ofrecía una bebida: No, gracias, tomaré agua.

#### d) Dominio mediante la imaginación

Esto implica la repetición y la gestación de una autoimagen poderosa y fuerte, para poder superar los cravings en su imaginación para poderla proyectarla hacia la realidad posteriormente. Puede utilizarse la metáfora para obtener poder ante el craving (por ejemplo, el paciente puede imaginar que él es un beisbolista y que el craving es la pelota que él batea y se va lejos).

#### ***4.4.2.4 DISCUSIÓN DE IDEAS IRRACIONALES***

Técnica basada en la terapia racional emotiva (Ellis y Driden, 1987) en donde se tratan de discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que llevan a los pacientes a perturbarse a sí mismos por su adicción. Es una estrategia cognoscitiva que debate las distorsiones cognoscitivas del paciente, mismas que se pueden resumir en: extrapolar (por ejemplo: o todo o nada, no debo sentir nada de craving por que si no significa que soy un perdedor), adivinar el pensamiento de otros (por ejemplo: como caí en las drogas, todos piensan que soy un tonto, ese señor que está ahí me está viendo por que sabe que yo usaba drogas), predicciones negativas (por ejemplo: nunca voy a cambiar, siempre voy a estar sintiéndome mal si no uso la droga, me voy a encontrar en la calle a todos mis amigos que usan droga y voy a recaer), exacerbar lo negativo (por ejemplo: todo me sale mal, no hay nada bueno en mi vida, ¡me siento horrible, si no uso la droga, me voy a morir!), negligencia y descalificación ante lo positivo (por ejemplo: si me felicitó, fue por puro compromiso, el ha de pensar que voy a volver a usar droga), minimización de lo positivo y amplificación de lo negativo (por ejemplo: que haya dejado la droga es bueno, pero lo que hice es imperdonable e inolvidable), sentimiento de estafa y perfeccionismo (por ejemplo: debí haber controlado mi último craving, y como no lo hice, he decepcionado a todos, soy un fraude).

Para combatir las ideas irracionales se debe confrontar y discutir las mismas, planteándose a si mismos cinco cuestiones: La primera pregunta es ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de mi pensamiento automático?. La segunda pregunta es ¿Hay otra formas de ver esta situación?. La tercera es: Si es verdad, ¿cuáles son las consecuencias reales?. La cuarta cuestión es ¿cuáles son los inconvenientes de que continúe insistiendo en estos pensamientos. La última pregunta es ¿qué acción constructiva puedo realizar para solucionar este problema? De esta manera el paciente comprende la irracionalidad de sus creencias y cómo ha aprendido a percibir las cosas de una manera inapropiada lo cual le ha generado emociones que no puede controlar. Por lo tanto, es necesario que adopte una nueva forma de pensamiento, el cual será eminentemente racional.

El pensamiento racional presenta un contraste acentuado respecto a su ilógico opuesto: Esta basado en la realidad, contribuye a alcanzar metas y propósitos, crea emociones que se pueden controlar; y ayuda a comportarse de la manera que facilita alcanzar aspiraciones y la propia supervivencia (Froggatt, 1993 en González, (s. f)).

#### ***4.4.2.5 DETENCIÓN DE PENSAMIENTO***

El método de detención de pensamiento (También llamada bloqueo o parada de pensamiento) consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados al craving. Es decir, se entrena el paciente para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable o improductivo. (Wolpe, 1993) Esto conduce a la reducción de la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas, por lo tanto las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir (Wolpe, 1969, en Sánchez, 2002)

Se procede a discutir con el paciente los pensamientos relacionados con el craving que son necesarios eliminar. Posterior a esto, el terapeuta le pide al paciente que cierre los ojos e inicie verbalizando con una secuencia de

pensamientos negativos asociados al craving como por ejemplo: Me siento horrible, me voy a morir si no uso droga, etc. Mientras el paciente procede, el terapeuta interrumpe diciendo ¡Alto! Después de esto el terapeuta hace ver al paciente cómo se detuvieron aquellos pensamientos (Wolpe, 1993), pidiéndole que repitan el ejercicio varias veces. Estos ejercicios se repiten con el propósito de que el paciente aprenda a detener estos pensamientos negativos gritando ¡Alto! por sí mismo cuando estos se presenten, mismo que el terapeuta deberá alentar y reforzar.

Puede ser que el paciente exprese que es difícil gritar ¡Alto! si los pensamientos se presentan en un lugar público como un restaurante, una sala de cine u otro lugar de alta concurrencia social, lo cual puede resultar embarazoso para el paciente. Para esto, se puede indicar al paciente que en los lugares que considere pertinentes no realice la verbalización ¡Alto!, pero que puede pensarlo de manera firme y decidida, de modo que el paciente esté consciente de la manera en la que detuvo el pensamiento. Al terminar la detención del pensamiento, existe la adición de sustitución posterior del pensamiento negativo por uno incompatible o distractorio. Por ejemplo, en vez de me voy a morir si no uso drogas, se sustituye por estoy bien o cualquier otro pensamiento positivo y útil para el sujeto.

#### ***4.4.2.6 CONTROL Y PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES***

Es una técnica que tiene como objetivo modificar los hábitos del paciente en función de sus actividades, mismas que por lo general giran respecto al uso de drogas. Así mismo, cuando los pacientes se están recuperando deben enfrentarse con mucho tiempo libre en sus manos. (Beck et al., 1999) Por lo cual, es importante que las actividades previas a la abstinencia relevantes al uso de droga sean sustituidas por nuevas actividades positivas para el paciente.

Se procede inicialmente elaborando un registro línea base de las conductas relacionadas con el consumo del paciente. Se buscará establecer las actividades que fueron o que son de disfrute para el paciente de modo que pueda programar sus actividades el mismo, lo cual establecerá fuentes de refuerzo no relacionadas con las drogas (Beck et al.).

#### ***4.4.2.7 ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN***

El Entrenamiento en relajación son procedimientos que están enfocados a hacer incompatible estado de relajación con la ansiedad o la ira, emociones que pueden propiciar los cravings, por medio del entrenamiento del paciente de modo que el mismo propicie un estado de relajación al enfrentar situaciones de ansiedad o ira para él. De manera típica un terapeuta entrena a un cliente para relajarse profundamente, para lo cual se encuentran disponibles muchos métodos para lograr la relajación. (Kazdin, 1996)

Wolpe (1993) afirma que el método de relajación que se emplea de manera rutinaria es esencialmente el de Jacobson (1983), pero la instrucción se completa en seis lecciones, en contraste con el entrenamiento prolongado que él utilizaba (generalmente 50 sesiones o más).

Primero, se le debe explicar al paciente acerca de la naturaleza de los ejercicios y su objetivo principal, que es una habilidad que se le va a enseñar y que requiere práctica, así como enfatizar el deseo del terapeuta de que el paciente lo practique en casa por lo menos 10 a 15 minutos. Posterior a esto, se realizan varios ejercicios en las sesiones de tensión y distensión de los músculos. Se puede iniciar relajando los brazos; se le pide al paciente que tome el bracerío de la silla o sillón para distinguir alguna diferencia (si es que existe) entre las sensaciones que se producen en su brazo y en su mano. Después, se sigue con la cabeza, ya que por lo general, los efectos más marcados de inhibición de la ansiedad se obtienen relajando esa parte del cuerpo. (Wolpe, 1993). De ahí se prosigue hacia abajo; en la segunda sesión, se le dice al paciente que se va a continuar con la relajación de los músculos de la

cabeza, dado que estos son los más importantes desde el punto de vista emocional. Es importante señalarle al paciente la manera en la que se está trabajando de manera que se retroalimente; en la tercera sesión, se trabaja con los músculos de la boca y de la lengua; En la cuarta sesión, se prosigue con los músculos de la región del ojo; En la quinta sesión, se sigue con los músculos del cuello y los hombros; En la sexta sesión, se trata con los músculos de la espalda, del abdomen y del tórax; En la séptima sesión, se puede iniciar con los pies y hacia arriba finalmente. Es importante evaluar la reducción de los niveles de ansiedad así como de los cravings por medio de instrumentos de medición pertinentes para determinar en qué medida los ejercicios de relajación están ayudando al paciente.

#### ***4.4.2.8 DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA***

Es una técnica que emplea la exposición real o imaginaria a los estímulos que producen el craving, por medio de acercamientos sistemáticos a estos, los cuales son reforzados puntualmente, de modo de que la respuesta pierda poder ante dicha situación dado que la repetida presentación del estímulo hace que éste pierda progresivamente su capacidad de evocar ansiedad. (Wolpe, 1993). Generalmente, se inicia un repaso mediante la imaginación del acercamiento al estímulo condicionado, y después de haberlo dominado, se prosigue la exposición al estímulo real.

#### ***4.4.2.9 AUTOINSTRUCCIONES Y AUTOAFIRMACIONES***

Se refiere a la verbalización de palabras que sugieren al paciente qué es lo que debe hacer o sentir realizadas por el mismo sujeto. El entrenamiento en autoinstrucción se ha utilizado como una técnica de modificación conductual, pues con ella se entrena a los individuos para que hagan sugerencias y comentarios específicos que guíen su propia conducta de modo parecido a ser instruidos por alguien más. (Kazdin, 1996) Por ejemplo: me siento bien, el craving va a pasar, no necesito drogas para ser feliz, ¡vas Bien!, recuerda que

con lo que te ahorras en droga, ahora puedes comprarte la ropa que te gusta. En este sentido, también se pueden utilizar las tarjetas flash, las cuales son frases de afrontamiento al craving escritas en tarjetas de cartulina de un tamaño tal que el individuo pueda cargar con ellas a donde vaya.

El craving es una experiencia idiosincrásica formada componentes cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. Por tanto identificando sus componentes, los pacientes pueden ser más objetivos acerca de su experiencia de craving, y así, disminuir su intensidad subjetiva.

#### **4.5 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Otra dificultad que presentan las personas adictas es la de dar solución a un problema, ya que generalmente no se lleva a cabo algún procedimiento que permita resolver eficazmente dicha situación o de lo contrario se evade el problema recurriendo al consumo de drogas. Por esto resulta importante entrenar al individuo con alguna técnica que le permita desarrollar habilidades para manejarse así mismo de una manera más independiente en las circunstancias cotidianas y en relación a su consumo.

El entrenar a los individuos en habilidades de solución de problemas, como intervención clínica, tiene sus raíces en el movimiento que durante las décadas de los años cincuenta y sesenta defendía la adopción de un enfoque de competencia social en psicopatología. El marco predominante en esa época era un modelo de enfermedad de la conducta anormal. Los teóricos que cuestionaban la utilidad y la validez de este enfoque empezaron a centrarse en el concepto de psicopatología como déficit en la propia capacidad para desarrollar un funcionamiento eficaz o competencia social. En otras palabras la conducta desadaptativa puede constituir el resultado de deficiencias en las habilidades y capacidades que contribuyen a la competencia social, incluyendo las habilidades y capacidades que contribuyen a la competencia social, incluyendo las habilidades de solución de problemas (D´Zurilla, 1986).

Como menciona Caballo, (1995) desde la publicación en 1971 de un artículo titulado Solución de problemas y Modificación de conducta, por D´Zurilla y Goldfried, la terapia de solución de problemas se ha aplicado, como una intervención de tratamiento, a una amplia variedad de trastornos clínicos y problemas subclínicos, incluyendo la depresión, el estrés, la ansiedad, la agorafobia, la obesidad, los problemas matrimoniales, el alcoholismo, el daño cerebral, el retraso mental, el fumar, la indecisión en escoger una carrera y el fracaso académico. El entrenamiento en solución de problemas se ha aplicado también a poblaciones psiquiátricas internas y a una variedad de trastornos infantiles y adolescentes.

Basándose en desarrollos empíricos y teóricos, D'Zurilla y Nezu (1989) revisaron posteriormente este modelo y presentaron el enfoque básico que se describirá a continuación.

La técnica de solución de problemas va encaminada a producir una conducta efectiva en términos de las respuestas que da una persona ante situaciones problemáticas en ambientes sociales, académicos, laborales y sobretodo en la conducta adictiva, donde una conducta efectiva se considere importante. D' Zurilla y Goldfried (1973), definen la conducta efectiva como una respuesta o patrón de respuestas, que alteran la situación de tal manera que esta deja de ser problemática y, al mismo tiempo produce un máximo de consecuencias positivas y un mínimo de negativas.

Por lo tanto se puede decir que la solución de problemas es una estrategia para resolver de manera efectiva situaciones de la vida en general. Goldfried y Davidson (1976), la definen como un proceso conductual, ya sea abierto o cognitivo que proporciona una variedad de respuestas, potencialmente efectivas ante una situación problema e incrementa la probabilidad de seleccionar la respuesta más efectiva de entre varias alternativas.

El objetivo de la técnica es identificar alternativas más eficaces, posteriormente se pondrán en marcha otras operaciones de autocontrol para estimular y mantener la realización de la alternativa seleccionada. Por lo tanto no se trata de enseñar respuestas o soluciones específicas a situaciones problemáticas específicas, sino mostrar una estrategia general o aproximación para la solución de problemas que se puede aplicar a cualquier problema soluble, ya sea personal o de interacción social y de esta manera fomentar la eficacia personal.

Nezu (1987, en Caballo, 1995), ha definido la solución de problemas sociales como el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de, bien del carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella.

Asimismo, los problemas, dentro de este enfoque se definen como situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones, debido a la presencia de distintos obstáculos. Estos obstáculos pueden incluir la ambigüedad, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas, la falta de recursos y/o la novedad (Caballo, 1995).

Un problema puede ser un acontecimiento único (p. ej., la pérdida de la cartera o del bolso), una serie de sucesos relacionados (p. ej., un jefe que hace peticiones poco razonables) o una situación crónica (p. ej., el desempleo continuo). Las demandas de la situación problemática pueden originarse en el ambiente (p. ej. Un requisito objetivo de la tarea) o dentro de la persona (p. ej., una meta, una necesidad o un compromiso personal (Caballo, 1995).

Considerando esta definición, un problema no es una característica ni del ambiente ni de la persona por sí solos, por el contrario un problema es un tipo particular de relación persona-ambiente que refleja un desequilibrio o una discrepancia percibidos entre las demandas y la disponibilidad de una respuesta adaptativa. Es probable que este desequilibrio cambie con el tiempo, dependiendo de los cambios en el ambiente, en la persona o en los dos.

Una solución, en este modelo, se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas (D'Zurilla, 1986).

Soluciones eficaces son aquellas respuestas de afrontamiento que no sólo logran estos objetivos, sino que al mismo tiempo maximizan otras consecuencias positivas (es decir, los beneficios) y minimizan otras consecuencias negativas (es decir, los costes) (D'Zurilla y Nezu, 1989).

Además, es importante señalar que la solución de problemas es el proceso de encontrar una solución eficaz a una situación problema. La puesta en práctica de la solución, supone la ejecución en la realidad de la solución escogida. Así, esta ejecución de la respuesta de afrontamiento constituye el resultado del proceso de solución de problemas. El término afrontamiento de solución de problemas, se refiere a la combinación de la solución de problemas y la ejecución del afrontamiento con respecto a un problema determinado. La puesta en práctica de una solución depende, no sólo de la capacidad para la solución de problemas, sino de otros factores, incluyendo las deficiencias en las habilidades de ejecución, las inhibiciones emocionales y los déficit en motivación (o reforzamiento)(Caballo, 1995).

Esto se vuelve relevante considerando que en la práctica clínica es especialmente importante disponer de distintas estrategias de tratamiento para el individuo que es competente en el descubrimiento de una solución eficaz, pero flojo en llevarla a la práctica.

La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas en vez de una sola capacidad. Según D´Zurilla y Nezu (1982), la solución de problemas eficaz requiere cinco procesos componentes interactuantes, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema. Estos procesos incluyen:

- 1) orientación hacia el problema
- 2) definición y formulación del problema
- 3) generación de alternativas
- 4) toma de decisiones y
- 5) puesta en práctica de la solución y verificación

**1. Orientación General:** Primero se debe identificar la situación externa que produce dicha dificultad, en vez de analizar sus reacciones personales o emociones. Es decir, se debe enunciar cual es problema a resolver, describiendo los hechos concretos y relevantes. También que se tiene la capacidad de resolver las situaciones problemáticas.

El componente de la orientación hacia el problema es diferente de los otros cuatro componentes en el sentido de que es un proceso motivacional, mientras que los otros componentes consisten en capacidades y habilidades específicas que permiten a una persona resolver el problema de forma eficaz (Caballo, 1995).

Esta orientación puede describirse como un conjunto de respuestas de orientación, que presentan las reacciones cognitivo, afectivo y conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática. Estas respuestas incluyen una serie de creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas generales sobre los problemas de la vida y sobre la propia capacidad general de solución de problemas.

Dependiendo de su naturaleza específica, estas variables cognitivas pueden producir un afecto positivo y una motivación para el afrontamiento, lo que probablemente facilitará la puesta en práctica de la solución, o por el contrario, pueden producir un afecto negativo y una motivación para la evitación, lo que posiblemente inhibirá desbaratará la puesta en práctica de la solución de problemas (Caballo, 1995).

**2. Definición y formulación del problema:** En esta fase se intenta hacer una definición del problema en términos claros. Se deberán considerar los elementos más relevantes describiendo en los términos más claros y concretos. Además es necesario formular los objetivos meta para la solución del problema, es decir, postular en términos claros que aspectos de la situación problemática cambiarán y cual es la naturaleza exacta de dichos cambios.

Como menciona Caballo, (1995) la valoración inicial del problema implica la respuesta inmediata de la persona ante un problema no definido, basándose principalmente en las experiencias con problemas similares. Después de definir y formular la naturaleza del problema de forma más clara y concreta, la persona puede entonces valorarlo de modo más preciso.

Básicamente, los individuos aprenden a formular una amplia variedad de las cinco clases de preguntas específicas siguientes: *quién* (p. ej. ¿quién está implicado en este problema?, ¿quién es el responsable de este problema?); *qué* ((p. ej., ¿qué estoy sintiendo sobre este problema?, ¿qué está sucediendo que hace que me sienta triste?, ¿qué estoy pensando en respuesta a este problema?, ¿qué sucederá si no soluciono este problema?); *donde* (p. ej., ¿dónde ocurre el problema?); *cuándo* (p. ej., cuándo empezó este problema?, ¿cuándo lo solucionaré, supuestamente el problema) y *por qué* (p. ej. ¿por qué ocurrió este problema?, ¿por qué me estoy sintiendo tan triste?) (Caballo, 1995).

Al realizar estas preguntas se alienta al individuo a que emplee un lenguaje concreto y sin ambigüedades, con el fin de minimizar la probabilidad de confusión y las distorsiones de la información, aquí son útiles distintas estrategias de reestructuración cognitiva.

Al definir y formular problemas, se enseña a las personas, además, a plantear objetivos específicos que les gustaría alcanzar. Estos objetivos se especifican en términos concretos, con el fin de minimizar, de nuevo la confusión. También se alienta, para que los objetivos que se establezcan sean realistas, que sean realmente alcanzables.

Según Caballo, (1995) el último paso aquí implica la identificación de obstáculos que existen en un problema determinado y que impiden que se alcancen los objetivos. Al identificar estos obstáculos, ayuda al individuo a tratar mejor problemas complejos y a comprender el verdadero problema.

**3. Generación de alternativas de solución:** Se intenta a través de un proceso creativo y/o de recuerdo, desarrollar posibles soluciones. Al principio sirve dar tantas ideas como sea posible, mediante una lluvia de ideas, sin pensar lo lógicas que sean. Mientras más alternativas genere el paciente es mayor la probabilidad de que llegue a la mejor solución.

Como menciona Caballo, (1995) al generar alternativas, es necesario utilizar tres principios: el de cantidad, el de aplazamiento del juicio y el de variedad. Según el principio de cantidad, cuantas más ideas alternativas se produzcan, más elevada será la probabilidad de que se generen opciones eficaces o de calidad. El segundo principio, el de aplazamiento de juicio, sugiere que la regla de cantidad puede aplicarse mejor si se elimina el juicio sobre la calidad o la eficacia de cualquier idea, hasta que se produzca una lista exhaustiva. El último principio, el de la variedad, alienta a los individuos a pensar en un amplio rango de soluciones posibles a través de una variedad de estrategias a tipos de enfoque, en vez centrarse sólo en una o dos ideas limitadas. Se debe continuar utilizando términos concretos y sin ambigüedades.

**4. Tomar una decisión:** Esta es la fase más difícil, ya que se trata de anticipar a las posibles ventajas y desventajas de cada solución posible, con base en esto se seleccionará la alternativa que parezca tener las mayores posibilidades de resolver satisfactoriamente el problema y minimice las consecuencias negativas. Se le pide al paciente que se haga a sí mismo la siguiente pregunta: ¿si tomara esta alternativa, cuáles serían las cosas que probablemente pasarían como resultado de mi decisión?

Este componente implica la identificación de un amplio rango de consecuencias potenciales que podrían ocurrir si una alternativa en particular se pone realmente en práctica. Esto conlleva generar una lista de resultados específicos anticipados de la solución, tanto los efectos a corto como a largo plazo, así como las consecuencias personales y sociales. Se definen como soluciones eficaces aquellas que se caracterizan por una cantidad máxima de consecuencias positivas y una cantidad mínima de consecuencias negativas (Caballo, 1995).

Las consecuencias personales a reflexionar implican los efectos sobre el propio bienestar emocional, la cantidad de tiempo y trabajo invertida, los efectos sobre el bienestar físico y los efectos sobre el bienestar de otros individuos así como sus relaciones interpersonales con el paciente.

Si se identifican distintas alternativas satisfactorias, se alienta al individuo a que se incluya una combinación de opciones de afrontamiento potencialmente eficaces para cada subobjetivo, como un medio de atacar el problema desde diferentes perspectivas. Además a menudo es útil un plan de contingencias, en donde se identifican un grupo de ideas para ser aplicadas contingentemente cuando fracasen en las anteriores (Caballo, 1995).

**5. Verificación:** Es importante evaluar que pasaría si llevo a cabo alguna de las posibles soluciones, poner en práctica y observar cuales fueron las diversas consecuencias de sus acciones y comparar el resultado con el resultado esperado. Determinar si fue adecuada la solución que pusieron en práctica o aplicar nuevamente el proceso.

Primero es necesario aplicar las opciones elegidas como soluciones, después es necesario vigilar cuidadosamente y hacer una valoración de los resultados reales de la solución. Posteriormente, se anima a las personas a llevar un seguimiento de las consecuencias de la vida real que tengan lugar como función de la solución aplicada.

Como señala Caballo, (1995) se enseña a los pacientes a que desarrollen medidas de autorregistro que sean relevantes para un problema determinado y que incluyan tanto evaluaciones conductuales del resultado de la solución (como la frecuencia de la respuesta, duración de la respuesta y resultado) como evaluaciones valorativas de las reacciones emocionales a estos resultados y el grado en que se corresponden con las consecuencias previamente anticipadas durante el proceso de toma de decisiones.

Si la comparación resulta satisfactoria se exhorta al paciente a realizar alguna clase de autorreforzamiento, autoverbalizaciones de felicitación, una recompensa o incluso un regalo. Por otra parte, si el resultado es negativo se incita al paciente para que aplique el plan de contingencias antes previsto o bien empiece nuevamente el ciclo del proceso de solución de problemas.

El entrenamiento en habilidades de solución de problemas se ha aplicado eficazmente con individuos que tienen problemas de adicción a las drogas (Caballo, 1995).

## **METODOLOGIA**

Existe una relación conductual cercana entre los resultados que la gente anticipa y los juicios sobre que tanto serán capaces de funcionar en ciertas situaciones, es decir que los resultados esperados son altamente dependientes de los juicios de autoeficacia. Por lo que se consideró importante planear un taller, que propiciara el aumento de la autoeficacia en todas las áreas de riesgo de consumo de drogas percibidas.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Por lo anterior se derivó la siguiente interrogante:

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoeficacia después de asistir al Taller de Autoeficacia que presentan los pacientes del Centro Municipal de Atención a las Adicciones?

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar las diferencias en el nivel de autoeficacia que presentaron los pacientes que participaron en el Taller de Autoeficacia en el Centro Municipal de Atención a las Adicciones.

### ***OBJETIVOS PARTICULARES***

- a) Desarrollar un Taller que permita fomentar las expectativas de autoeficacia, mediante la identificación de situaciones de riesgo de consumo y el aprendizaje de habilidades para afrontar exitosamente dichas situaciones.
- b) Realizar un análisis descriptivo de los factores que componen la Autoeficacia.

- c) Implementar el Taller de Autoeficacia y Adicciones a pacientes internos del Centro Municipal de Atención a las Adicciones Nezahualcóyotl.
- d) Identificar las diferencias estadísticamente significativas de la Autoeficacia en pacientes internos del Centro Municipal de Atención a las Adicciones Nezahualcóyotl después de su asistencia al Taller de Autoeficacia.

## **HIPOTESIS**

Habrá un aumento en el nivel de autoeficacia después de su participación en el Taller de Autoeficacia en los pacientes internos del Centro Municipal de Atención a las Adicciones.

## ***DEFINICIONES CONCEPTUALES***

**Variable 1:** Taller de Autoeficacia, el cual estuvo conformado por siete sesiones.

**Variable 2: Autoeficacia:** La autoeficacia es la creencia que tiene un individuo de ser capaz de enfrentarse efectivamente con una situación particular o específica de riesgo (Bandura, 1977).

## **DEFINICIONES OPERACIONALES**

**Variable 1:** Taller de Autoeficacia, el cual estuvo conformado por siete sesiones.

**Variable 2: Autoeficacia:** Se medirá con el puntaje del Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas (*De León & Pérez, 2001*).

## **MUESTRA**

La muestra estuvo integrada por un grupo de 23 pacientes de consulta interna del Centro Municipal de Atención a las Adicciones. De los cuales 21 fueron hombres y únicamente 2 mujeres, 11 con escolaridad a nivel preparatoria, 8 con nivel de secundaria y 4 de nivel primaria.

Con respecto al tipo de droga de consumo, 7 eran consumidores de inhalantes, 9 eran consumidores de crack, 5 de marihuana y 2 de alcohol. Todos presentaban un diagnóstico de dependencia, determinado por las evaluaciones psicológicas y médicas realizadas al ingresar al CMAA, para su internamiento

El tipo de muestreo fue no probabilístico, intencional, accidental y de sujetos tipo, dado que los sujetos debieron contar con características específicas y no se realizó una selección aleatoria de los participantes (Kerlinger & Lee, 2002).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- ➔ Que los sujetos ingresaran para su rehabilitación al Centro Municipal de Atención a las Adicciones
- ➔ Que no sufrieran algún tipo de enfermedad aguda o crónica que afectara las capacidades intelectuales o cognoscitivas de estas personas.
- ➔ Además no se considero el nivel de escolaridad, ni socioeconómico.

Criterios de exclusión

- ➔ Que los sujetos fueran de consulta externa
- ➔ Que tuvieran alguna enfermedad aguda o crónica que afectara las capacidades intelectuales o cognoscitivas de los pacientes (Depresión crónica, Esquizofrenia, etc.)

## **DISEÑO**

Se utilizó un diseño pre-experimental de un grupo test-postest, considerando que se utilizó un solo grupo y se hicieron dos mediciones antes y después, además el tipo de muestreo fue intencional (Kerlinger & Lee, 2002).

## **INSTRUMENTO**

Para la presente investigación se utilizó el Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas (CACD), para medir mediante 60 reactivos la percepción de resistirse al consumo de drogas ante 8 áreas de riesgo, obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.99 (De León & Pérez, 2001). Se derivó de la adaptación, validación y confiabilización del Drug Taking Confidence Questionnaire (Annis y Martín, 1988).

Una vez verificada la puntuación de cada reactivo, se obtuvo el promedio para cada una de las subescalas, sumando las calificaciones y dividiendo entre el número de ítems para cada área. Adicionalmente, se suman los promedios de las subescalas, obteniéndose una calificación para cada uno de los tres factores. Por último para obtener la puntuación total del CACD, se sumó la puntuación de los factores.

<b>FACTORES ESTRUCTURALES</b>	<b>SUBESCALAS</b>
⇒ <b>Situaciones negativas</b>	3. Incomodidad Física (IF) 5. Emociones Displacenteras (ED) 7. Conflicto con Otros (CO)
⇒ <b>Situaciones positivas</b>	1. Emociones Placenteras (EP) 6. Tiempo placentero con Otros (TPO)
⇒ <b>Situaciones de tentación</b>	2. Prueba de Control Personal (PCP) 4. Necesidad y Tentación de Consumo (NTC) 8. Presión Social de Consumo (PSC)

## PROCEDIMIENTO

El taller estuvo conformado por 7 sesiones de 120 minutos cada una, dos días a la semana (lunes y miércoles), en el horario de 16:00 hrs. a 18:00 hrs. En éste se incluyeron ejercicios para fomentar la reflexión, comprensión y cumplimiento de los objetivos que se propusieron para dicho taller.

Se aplicó al principio y al final del Taller el Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas (*De León & Pérez, 2001*) con el fin de evaluar el nivel de autoeficacia de los pacientes antes y al concluir su participación en el mismo.

Para la elaboración de dicho taller se implementó como antecedente los Programa de Intervención Breve para usuarios de alcohol y el Programa de Intervención Breve para consumidores de cocaína y otras drogas, sustentados en el enfoque cognitivo conductual. Son tratamientos breves que consisten en una sesión de admisión, una sesión de evaluación, 8 sesiones de tratamiento y al menos 2 de seguimiento, de forma general. No obstante, estos programas podrían ser adaptados de acuerdo a las necesidades terapéuticas del paciente.

La autora de esta investigación tenía conocimiento previo de dichos modelos de tratamiento, sin embargo, estos fueron diseñados para ser empleados de manera individual. Los temas desarrollados en el taller se determinaron a partir de las necesidades de los pacientes atendidos durante el Servicio Social.

A continuación se da una descripción breve de la estructura de las sesiones del taller y posteriormente el desarrollo del Taller aplicado a los pacientes del Centro Municipal de Atención a las Adicciones en los Anexos.

## ***ANALISIS DE DATOS***

En la presente investigación el análisis estadístico se llevo a cabo de la siguiente forma:

Se determinaron los estadísticos descriptivos media y desviación estándar para saber la forma en que se distribuyeron los datos obtenidos del Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas aplicado antes y después de participar en el taller a los pacientes del CMAA.

Para determinar si existían diferencias en los participantes del taller con respecto a su nivel de autoeficacia, antes y después de su participación se utilizó la prueba t de medias relacionadas (Rivera, 2005), dado que se realizaron dos mediciones (antes y después) en un mismo grupo, con una significancia de .05.

## SESION 1 PRESENTACION Y ENCUADRE

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
1. Presentación del taller	1. Informar a los participantes acerca de la duración y temas a tratar	Presentación	Se llevará a cabo la presentación de la psicóloga y del taller	Espacio amplio, iluminado y con sillas	15 min.
2.. Aplicación del Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas	2. Realizar la aplicación del instrumento.	Aplicación del instrumento	Se entregará el cuestionario a cada persona, mismo que se contestara de manera confidencial	Instrumento, lápiz y goma	25 min.
3. Presentación de los integrantes	3. Conocer a cada uno de los integrantes del taller	Presentación	Se realizará la exposición de datos personales de los asistentes	Espacio amplio, iluminado y con sillas	15 min.
4. Establecimiento de rapport	4. Crear un vínculo entre el terapeuta y los asistentes	"El nombre que te pilló"	Todo el grupo deberá hacer un círculo, con una persona en el centro con el cartucho. Decir sucesivamente los nombres hasta que el que este en el centro logre tocar al alguno antes de mencionar un nombre	Cartucho de papel	15 min.
5. Expectativas hacia el taller	5. Conocer las expectativas de los asistentes sobre el taller	Exposición de los asistentes	Se entregará una hoja en blanco y se pedirá que contesten a las siguientes preguntas: ¿qué espero del taller? ¿qué quiero que suceda en él? ¿qué quiero que no suceda? ¿qué estoy dispuesto a aportar?	Hojas blancas y lápiz	25 min.

## SESION 2 AUTOESTIMA

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
1.Inicio de la sesión	1. Dar la bienvenida a los participantes y comentar acerca de la sesión anterior			Espacio amplio, iluminado y con sillas	10 min.
2.Distensión	2. Vencer las posibles resistencias de los participantes ante el grupo	"El Inquilino"	Todos se colocan en tríos formando apartamentos, una será la pared izquierda y otra la derecha, se tomaran de las manos y la otra persona quedará entre estas dos, siendo el inquilino. La persona que quede sin apartamento deberá buscar uno diciendo los roles (pared izquierda,etc.) las personas que tengan ese rol deberán cambiar de lugar y ésta buscara quedar en alguno de esos lugares. Al decir terremoto todos cambiaran de lugar.	Espacio amplio, iluminado y con sillas	15 min.
3. Imagen positiva	3. Mejorar la imagen de ellas mismas mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales.	"Acentuar lo positivo"	Hacer que equipos de dos personas compartan algunas cualidades personales entre sí. En este ejercicio, cada persona le da a su compañero la respuesta a las tres dimensiones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo.</li> <li>▣ Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo.</li> <li>▣ Una capacidad o pericia que me agradan de mí mismo.</li> </ul>	Espacio amplio, hojas y lápices.	15 min.
4. Exposición sobre autoestima	4. Explicar la definición de autoestima y las diferencias entre autoestima baja y alta. Escalera de la Autoestima.	Exposición	Se dará una breve exposición del significado de autoestima, las diferencias entre autoestima alta y baja; su relevancia en la vida diaria y en el consumo de drogas.	Espacio amplio, iluminado y con sillas	20 min.

5. Como mejorar la autoestima	<p>Además de la importancia de la autoestima en el consumo de drogas</p> <p>5. Explicar a los participantes lo fluctuante de la autoestima y como poder mejorarla. Se les hará mención de los Pilares de la Autoestima.</p>	Exposición de los asistentes	<p>Se les pedirá a los participantes identificar el tipo de situaciones, experiencias, personas o eventos que afectan para elevar su autoestima. Se indica al grupo que comparta con todo el grupo las experiencias y conclusiones. Al terminar como retroalimentación se les mencionarán los 6 Pilares de la Autoestima.</p>	Pizarrón y plumón.	35 min.
6. Cierre de sesión	Retroalimentación		Se llegarán a conclusiones sobre la sesión y como aplicarlo en su vida		15 min.

## SESION 3 ASERTIVIDAD

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
1.Inicio de la sesión	1. Saludar a los participante s y comentar acerca de la tarea de la sesión anterior			Espacio amplio, iluminado y con sillas	15 min.
2.Integración grupal	2. Fomentar la cohesión grupal	"Fila de Cumpleaños"	Se les pedirá a los participantes que hagan una fila. Después se les pedirá que se acomoden de acuerdo a las fechas de cumpleaños, tendrán que buscar la manera de entenderse sin palabras.	Espacio amplio y sillas	15 min.
3. Exposición sobre asertividad	3. Explicar la definición de asertividad. Conocer los derechos asertivos	Exposición	Se dará una breve exposición de la definición de asertividad, las diferencias entre: Conducta Pasiva, Conducta Agresiva y Conducta Asertiva. Además de dar a conocer los principales derechos asertivos.	Espacio amplio, sillas, Pizarrón y marcador.	30 min.
4.Características de la conducta asertiva	4. Conocer las diferencias entre conducta pasiva, conducta agresiva y conducta asertiva.	Trabajo en equipos	Se pedirá a los participantes que formen tres equipos, se les proporcionará una serie de enunciados y se les pedirá que los acomoden de acuerdo al tipo de conducta al que correspondan: conducta pasiva, conducta agresiva y asertiva.	Pizarrón y papel	15 min.
5. Respuestas asertivas ante situaciones de consumo.	5. Desarrollar respuestas asertivas ante los proveedores de drogas.	Representación de Roles	Se les pedirá a 6 personas voluntarias que participen. Se le entregará un papelito a cada participante para que lea que papel le toca escenificar. Se le dirá que tienen 10 minutos para	Espacio amplio, iluminado y con sillas	25 min.

6. Cierre de sesión	6. Concluir acerca de las principales respuestas asertivas en situaciones de riesgo de consumo	Exposición de los asistentes	<p>pensar que dirán y ponerse de acuerdo con la otra persona con que harán la escena. Cada escena durará 5 minutos. Los roles serán tres consumidores, un amigo, un compañero de trabajo y un conecete.</p> <p>Se mencionarán algunas de las respuestas que se dieron en la dinámica anterior y llegar a otras posibles respuestas.</p>	Espacio amplio, iluminado y con sillas	15min.
---------------------	--	------------------------------	---	--	--------

## SESION 4 IDENTIFICACION DE SITUACIONES DE CONSUMO

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
1. Inicio de la sesión	1. Saludar a los participantes y comentar acerca de la tarea de la sesión anterior			Espacio amplio, iluminado y con sillas	15 min.
2. Integración grupal	2. Fomentar la comunicación grupal	"Cesta de Frutas"	Todo el grupo sentado en círculo menos una que quedará en el centro. Los jugadores estarán repartidos en grupos de frutas. La persona del centro gritará dos clases de frutas y estas tendrán que cambiar de sitio intentando ocupar el del centro una de las sillas que ha quedado libre. Quién quede sin silla repetirá la operación. Al gritar frutas todos deberán cambiar de posición.	Espacio amplio e iluminados	15 min.  15 min.
3. Exposición sobre los precipitadores y las consecuencias del consumo de drogas	3. Explicar los principales tipos de precipitadores relacionados con las situaciones de consumo	Exposición Verbal	Primero se dará una breve explicación acerca de que es un precipitador y los principales tipos, así como la importancia de reconocerlos ante una situación de consumo.	Espacio amplio, sillas, pizarrón.	20 min.
4. Identificación de los principales precipitadores	4. Identificar y determinar los precipitadores, así como la clase de los mismos.	Lluvia de ideas	Cada participante deberá ir mencionando los principales precipitadores de acuerdo a cada situación y se irán anotando en el pizarrón. Se les pedirá que mencionen a que tipo corresponden de acuerdo a la exposición anterior. Además se les preguntará como pueden evitar o reducir su exposición a dichos disparadores.	Espacio amplio, sillas, Pizarrón y marcador.	15 min.

<p>5. Identificación de consecuencias del consumo de drogas</p>	<p>5. Identificar las consecuencias del consumo a corto plazo y largo plazo, así como positivas y negativas.</p>		<p>Primero se les dará una hoja en blanco y se les pedirá que la dividan en cuatro partes, en la primera escribirán consecuencias inmediatas, en la segunda consecuencias positivas, en la tercera consecuencias a largo plazo y en la cuarta consecuencias negativas. Se les pedirá a los participantes que formen 3 equipos y comenten cuales son las consecuencias negativas. Se les dirá que hagan una lista por equipo y después la expondrán ante el grupo entero.</p>	<p>Espacio amplio, iluminado, sillas, hojas blancas y lápices</p>	<p>40 min.</p>
<p>6. Cierre de la sesión</p>	<p>6. Hacer una evaluación de las consecuencias negativas en las situaciones de consumo</p>		<p>Se le pedirá a cada uno que a forma de conclusión haga una evaluación de las consecuencias negativas después de consumir.</p>	<p>Espacio amplio y sillas</p>	<p>15 min.</p>

## SESION 5 MANEJO DE CRAVING

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
1. Inicio de la sesión	1. Saludar a los participantes y comentar acerca de la tarea de la sesión anterior			Espacio amplio, iluminado y con sillas	10 min.
2. Identificación de las principales emociones negativas	2. Identificar las situaciones de enojo de los participantes	El que se enoja pierde	Se solicitará a los miembros del grupo, que completen verbalmente algunas oraciones señaladas en el pizarrón, relacionadas con situaciones de enojo. Se genera una discusión, tomando como punto de partida las expresiones manifestada por los participantes.	Rotafolio, papelería y lápices	25 min.
3. Dar a conocer el concepto de autocontrol	3. Explicar brevemente que es autocontrol y su aplicación en el manejo de las adicciones	Exposición	Se explicará brevemente que es autocontrol y el automonitoreo como herramienta en el manejo de las emociones. Se les pedirá que hagan un automonitoreo de un instante del día.	Espacio amplio, sillas, pizarrón.	35 min.
4. Explicar los tipos de craving y las técnicas para el manejo del craving	4. Conocer los tipos de craving y las técnicas para el manejo de craving de Beck	Tarjetas	Se le dará a cada participante Una tarjeta con el nombre de la técnica y la información al reverso de dicha técnica. Se les pedirá que piensen en un ejemplo de esa técnica y la platicuen frente al grupo.	Espacio amplio, iluminado, sillas y tarjetas	35 min.
5. Cierre de la sesión	5. Concluir de cuales serían las técnicas más adecuadas de acuerdo a cada participante.		Cada participante expresará cual (es) técnica (s) le pareció más adecuada para su uso.	Espacio amplio y sillas	15 min.

## SESION 6 SOLUCION DE PROBLEMAS

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
1.Inicio de la sesión	1. Saludar a los participantes			Espacio amplio, iluminado y con sillas	15 min.
2.Integración grupal	2. Fomentar la distensión grupal	"Azote"	El grupo se sentará en círculo, se pondrá un periódico en una silla al centro. Se trata de intentar tocar a otra persona con el periódico y esa persona le tratará de regresar el golpe antes de que regrese a su lugar.	Espacio amplio, sillas y periódico	15 min.
3. Resolución de un problema en grupo	3. Resolver un problema y llegar a consenso grupal	"Técnica de los Caballos"	Se les planteará a los participantes un problema y se les pedirá que lo resuelvan en silencio e individualmente. Se les pedirá su respuesta a uno por uno, debido a que se darán una diversidad de respuestas se les pedirá que se pongan de acuerdo en una sola respuesta para el problema.	Espacio amplio, sillas.	30 min
4. Dar a conocer la técnica de Resolución de Problemas	4. Explicar brevemente en que consiste la técnica de Resolución de Problemas	Exposición	Se explicará brevemente cada uno de los pasos de la Técnica de Resolución de Problemas, así como la importancia en el manejo de problemas relacionados con el consumo de drogas.	Espacio amplio, sillas, Y pizarrón.	20 min.
5. Resolución de un conflicto	5. Desarrollar la imaginación para identificar soluciones a los conflictos.	"La isla Desierta"	Se dividirá el grupo en subgrupos de 3 y se le dará a cada uno un plano de la isla. Se les pedirá que elijan que parte de la isla escogerán para refugiarse, se les dará una lista de los restos del naufragio y se les pedirá que planifiquen las tres próximas semanas	Espacio amplio, iluminado, sillas y mapa de la isla	35 min.

6. Cierre de la sesión.	6. Concluir de manera general la técnica de resolución de problemas. Se pedirá de tarea que escriban una carta dirigida a ellos sobre lo que desean para cuando salgan del centro.	Exposición	mientras son rescatados.	Espacio amplio y sillas	15 min.
-------------------------	--	------------	--------------------------	-------------------------	---------

## SESION 7 CONCLUSION DEL TALLER

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
1. Inicio de la sesión	1. Saludar a los participantes			Espacio amplio, iluminado y con sillas	10 min.
2. Retroalimentación	2. Concluir lo aprendido durante el taller	"Mesa Redonda"	Se les dará un tema específico y todos podrán exponer sus ideas sobre el mismo, de forma ordenada para escuchar lo que cada uno tiene que aportar. Se hará una conclusión final para cada tema	Espacio amplio, sillas	30 min.
3. Replanteamiento de metas	3. Replantear las metas al concluir el taller y que esperen para su salida al terminar su tratamiento.	"Las Cartas"	Se le pedirá a cada participante que lea en voz alta la carta que se escribieron.	Espacio amplio, sillas, las cartas de cada participante.	30 min
4. Evaluación de Autoconfianza	4. Evaluar el nivel de Autoconfianza para resistirse a consumir drogas		Se les pedirá que respondan el Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas	Sillas, lápices y cuestionarios	25 min.
5. Convivencia grupal	5. Reforzar confianza grupal		Primero se pedirá que a modo de despedida entre los compañeros del grupo, cada uno escribiera un mensaje positivo a alguno de sus compañeros	Espacio amplio, sillas, hojas blancas y bolígrafos.	15 min.
6. Cierre de la sesión y conclusión del taller.	Detectar cumplimiento de expectativas de los participantes, así como sugerencias y comentarios.		Se les pedirá que contesten si paso lo que esperaban acerca del taller, las metas que tienen al concluir su tratamiento, sugerencias al taller y a la coordinadora de las actividades.		10 min.

## **RESULTADOS**

Primero se puntualizan los resultados obtenidos con respecto a los puntajes totales del CACD y después se detallan los resultados obtenido en cada factor del cuestionario.

Se aprobó la hipótesis planteada para la presente investigación, el nivel de autoeficacia aumento en las personas que asistieron al Taller de Autoeficacia, por lo tanto se puede decir que hubo diferencias estadísticamente significativas, corroboradas por la diferencias de las medias al comparar los puntajes de antes y después del taller.

### **A) Diferencias en el Nivel de Autoeficacia**

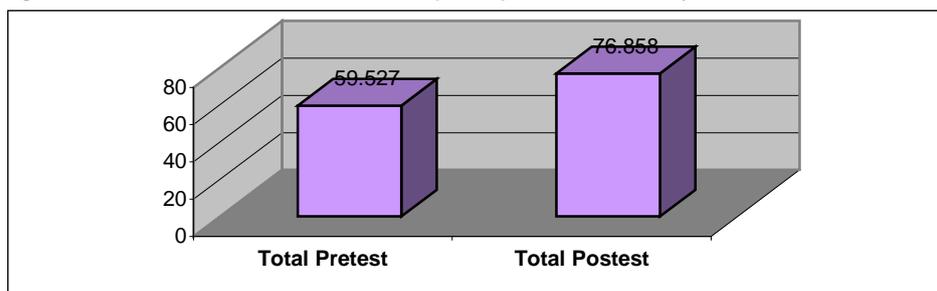
El instrumento que se utilizó para medir el nivel de Autoeficacia fue el Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas, mismo que se aplicó al empezar y al finalizar el taller. De los puntajes totales obtenidos del cuestionario se determino que existen diferencias estadísticamente significativas corroboradas por las diferencias entre las medias.

Con esto se puede decir que hubo un aumento en el nivel de autoeficacia en los pacientes internos del CMAA después de su participación en dicho taller, de medianamente alta a muy alta; consecuentemente que se aumento la fortaleza de resistencia ante la necesidad del consumo de drogas.

Tabla 1. Diferencias en Autoeficacia puntaje total Pretest y Postest

	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>T</b>	<b>Significancia</b>
<b>Total Pretest</b>	59.527	15.301	-6.803	.000
<b>Total Postest</b>	76.858	13.111		

Figura1. Diferencias en Autoeficacia puntaje total Pretest y Postest



## B) Diferencias en Autoeficacia por factor y subescalas

Al comparar los datos obtenidos al inicio del taller y al final, en las subescalas se encontraron diferencias estadísticamente significativas, es decir que hubo un aumento en los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas, excepto en la subescala de emociones placenteras, en la que no hubo diferencias. Asimismo se puede decir que se logró mejorar la autoeficacia para reducir el riesgo de consumo.

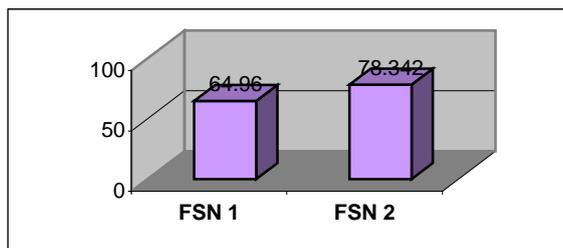
### a) Diferencias en el factor de Situaciones Negativas

Se pudo observar que hubo diferencias estadísticamente significativas en el factor de situaciones negativas antes y después del taller así como en las subescalas que lo componen, como se verá posteriormente: incomodidad física, emociones displacenteras, conflicto con otros; confirmado por la diferencia entre las medias.

Tabla 2. Diferencias en el factor de Situaciones Negativas

	Media	Desviación estándar	T	Significancia
<b>Factor Situaciones Negativas1</b>	64.960	15.644	-4.818	.000
<b>Factor Situaciones Negativas2</b>	78.342	13.270		

Figura 2. Diferencias en el Factor de Situaciones Negativas antes (FSN 1) y después de su asistencia al taller (FSN 2)



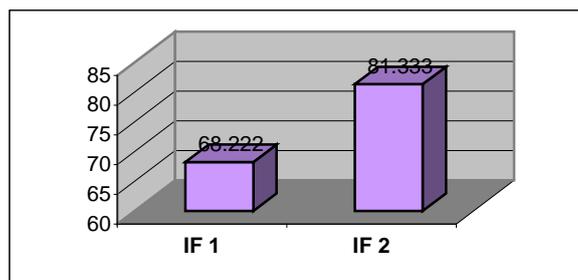
*Diferencias en la Subescala de Incomodidad física antes y después del taller*

En lo que respecta a esta subescala se encontraron diferencias, por lo que se puede decir que hubo un aumento en las expectativas de autoeficacia en el manejo adecuado de los síntomas de la abstinencia o la incomodidad física que esto significa.

Tabla 3. Diferencias en la Subescala de Incomodidad física antes y después del taller

	Media	Desviación estándar	T	Significancia
<b>Incomodidad Física1</b>	68.222	23.352	-4.426	.000
<b>Incomodidad Física2</b>	81.333	17.314		

Figura 3. Diferencias en la Subescala de Incomodidad física antes (IF 1) y después del taller (IF 2)



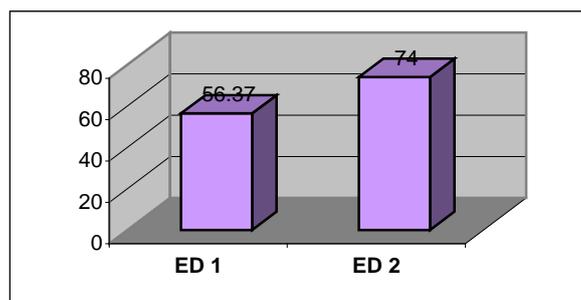
### *Diferencias en la Subescala de Emociones displacenteras*

En la subescala de emociones displacenteras se pudieron observar diferencias, por lo tanto hubo un aumento en las expectativas de ser capaz de enfrentar de emociones displacenteras (enojo, tristeza, frustración, cansancio, etc.) en lugar de recurrir al consumo de drogas, como una forma de evadir o disminuir dichas emociones.

Tabla 4. Diferencias en la Subescala de Emociones displacenteras antes y después del taller

	Media	Desviación estándar	T	Significancia
<b>Emociones Displacenteras1</b>	56.370	18.322	-6.296	.000
<b>Emociones Displacenteras2</b>	74.000	14.675		

Figura 4. Diferencias en la Subescala de Emociones displacenteras antes y después del taller



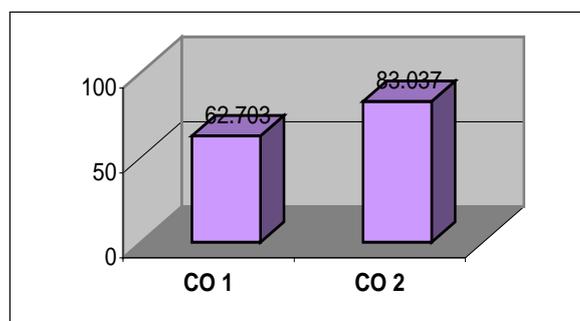
### *Diferencias en la Subescala de Conflicto con otros*

Considerando que se encontraron diferencias en la subescala de conflicto con otros, se puede decir que hubo un aumento en las expectativas de resistir al consumo de drogas ante la presencia de conflicto con los padres, demás familiares, amigos, conocidos o compañeros de trabajo.

Tabla 5. Diferencias en la Subescala de Conflicto con otros antes y después del taller

	Media	Desviación estándar	T	Significancia
<b>Conflicto Otros2</b>	62.703	17.813	-6.247	.000
<b>Conflicto Otros2</b>	83.037	11.192		

Figura 5. Diferencias en la Subescala de Conflicto con otros antes y después del taller



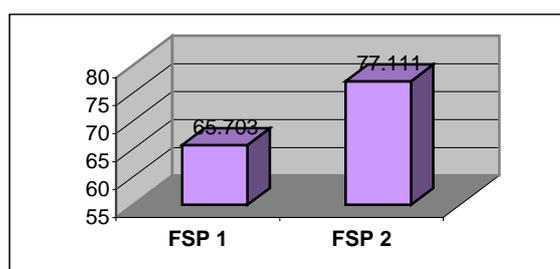
## b) Diferencias en el Factor de Situaciones Positivas

En lo que se refiere al factor de situaciones positivas no se observaron diferencias estadísticamente significativas de forma en los puntajes antes y después del taller; sin embargo, en la subescala de emociones placenteras si observaron diferencias y en la de tiempo placentero con otros no se encontraron dichas diferencias.

Tabla 6. Diferencias en el Factor de Situaciones Positivas

	Media	Desviación estándar	T	Significancia
<b>Factor Situaciones Positivas1</b>	65.703	23.282	-2.929	.007
<b>Factor Situaciones Positivas2</b>	77.111	17.100		

Figura 6. Diferencias en el Factor de Situaciones Positivas



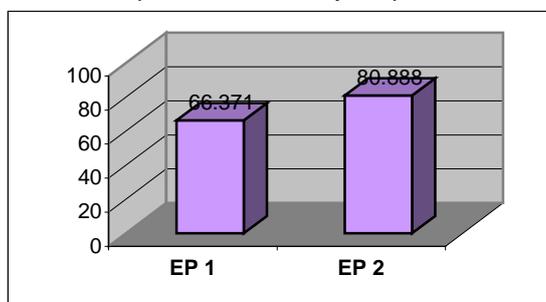
### *Diferencias en la Subescala de emociones placenteras*

Aunque se puede observar un aumento en la media de la Subescala Emociones Placenteras antes y después del taller, esta diferencia no es estadísticamente significativa; por lo tanto no se observó cambio en las expectativas de ser capaz de resistirse al consumo de drogas con respecto a las emociones placenteras (alegría, distracción, relajación) asociadas a dicho consumo.

Tabla 7. Diferencias en las emociones placenteras antes y después del taller

	Media	Desviación estándar	T	Significancia
<b>Emociones Placenteras1</b>	66.371	30.448	-3.032	.005
<b>Emociones Placenteras2</b>	80.888	20.942		

Figura 7. Diferencias en las emociones placenteras antes y después del taller



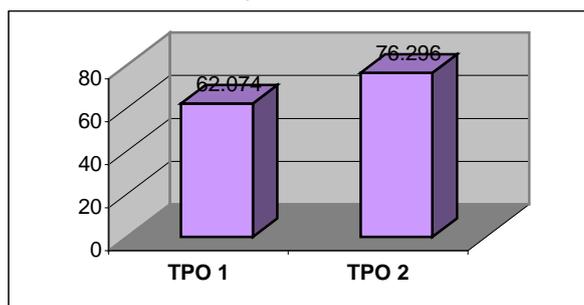
### *Diferencias en la Subescala Tiempo Placentero con Otros*

En esta subescala se observaron diferencias significativas, por lo que se puede señalar que hubo un aumento en la creencia de ser capaz de no consumir drogas, aún considerando que el consumo con amigos o conocidos, es una forma de convivir con ellos o en algunos casos es la única forma en que se consideran capaces de acercarse para conocer a otras personas, sobretodo cuando se trata de el sexo opuesto.

Tabla 8. Diferencias en la Subescala Tiempo Placentero con Otros antes y después del taller

	Media	Desviación estándar	T	Significancia
<b>Tiempo Placentero Otros1</b>	62.074	21.235	-4.467	.000
<b>Tiempo Placentero Otros2</b>	76.296	14.376		

Figura 8. Diferencias en la Subescala Tiempo Placentero con Otros antes y después del taller



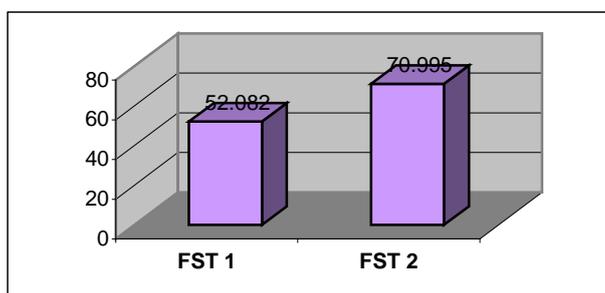
### c) Diferencias en el Factor de Situaciones de Tentación

En este factor, compuesto por las subescalas de prueba de control personal, necesidad y tentación de consumo, y presión social para el consumo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tres subescalas, así como en los puntajes totales por factor antes y después del taller; por lo que se puede mencionar que hubo un aumento en la autoeficacia para enfrentar situaciones en las que los pacientes pueden experimentar craving o necesidad de consumir.

Tabla 9. Diferencias en el Factor de Situaciones de Tentación

	Media	Desviación estándar	T	Significancia
<b>Factor Situaciones Tentación1</b>	52.082	19.233	-5.833	.000
<b>Factor Situaciones Tentación2</b>	70.995	16.912		

Figura 9. Diferencias en el Factor de Situaciones de Tentación



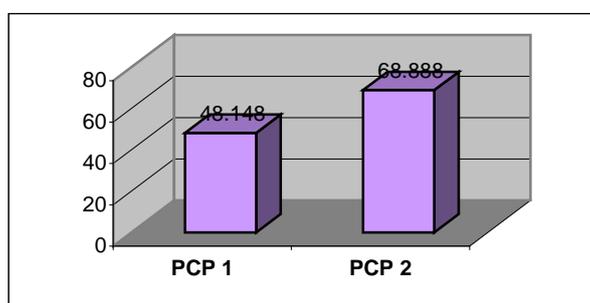
### *Diferencias en la subescala prueba de control personal*

En esta subescala se observaron diferencias significativas, entonces se puede decir que aumento la autoeficacia para enfrentar situaciones en las que los mismos pacientes prueban el control que tienen sobre su consumo de drogas.

Tabla 10. Diferencias en la subescala prueba de control personal antes y después del taller

	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>T</b>	<b>Significancia</b>
<b>Prueba Control Personal1</b>	48.148	24.868	-4.393	.000
<b>Prueba Control Personal2</b>	68.888	21.146		

Figura 10. Diferencias en la subescala prueba de control personal antes y después del taller



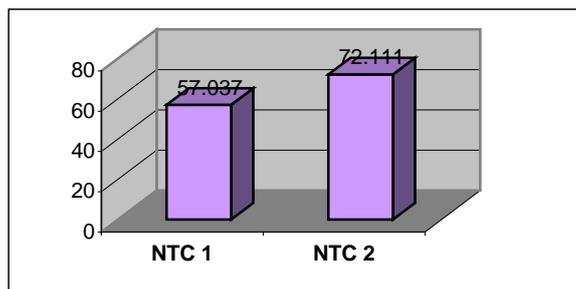
### *Diferencias en la subescala de Necesidad y tentación de consumo*

En esta subescala se observó un aumento significativo del nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de drogas frente a situaciones en las que se presentara craving o se estuviera expuesto a situaciones que implicarán el fácil acceso a la droga.

Tabla 11. Diferencias en la subescala de Necesidad y tentación de consumo antes y después del taller

	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>T</b>	<b>Significancia</b>
<b>Necesidad y Tentación Consumo1</b>	57.037	19.429	-5.137	.000
<b>Necesidad y Tentación Consumo2</b>	72.111	17.104		

Figura 11. Diferencias en la subescala de Necesidad y tentación de consumo antes y después del taller



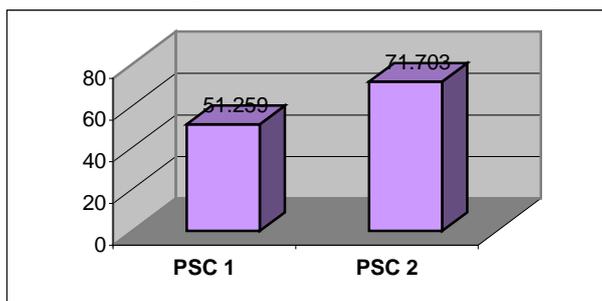
### *Diferencias en la Subescala de presión social de consumo*

Se encontró un aumento significativo en el nivel de autoeficacia en esta subescala, de tal forma que hubo un aumento en la habilidad de resistirse al consumo de drogas en situaciones que implicarán el consumo con amigos, conocidos, en reuniones o fiestas, como una forma de convivir con ellos o para conocer a otras personas.

Tabla 12. Diferencias en la Subescala de presión social de consumo antes y después del taller

	Media	Desviación estándar	T	Significancia
<b>Presión Social Consumo1</b>	51.259	23.377	-5.183	.000
<b>Presión Social Consumo2</b>	71.703	19.812		

Figura 12. Diferencias en la Subescala de presión social de consumo antes y después del taller



## CONCLUSIONES

Asimismo, considerando que para la elaboración del taller se retomaron aspectos de los Tratamientos de Intervención breve, es necesario señalar que los participantes del mismo tuvieron un diagnóstico de dependencia a sustancias adictivas, determinado por las evaluaciones realizadas en los pacientes al ingresar al CMAA.

Entre los aspectos psicológicos de mayor importancia para el ser humano están las expectativas, dado que estas determinan en gran medida el comportamiento y a su vez estas expectativas son influidas por el ambiente de las personas. Así se puede reafirmar lo que menciona Bandura (1977) que la interacción entre las características personales y el medio ambiente establecen variables que interactúan constantemente, estas características se desarrollan a partir de una continua interacción de normas personales (aprendidas por observación y reforzamiento, situaciones y consecuencias de la conducta .

Entre dichas expectativas están las de Autoeficacia que juegan un papel importante, en la organización del pensamiento y comportamiento de las personas. Con respecto a la adicción a las drogas psicoactivas, se puede decir que la autoeficacia puede ayudar a disminuir el potencial de riesgo de recaída, considerando que al presentarse la pérdida de control o enfrentamiento inadecuado de situaciones de riesgo se puede presentar la posibilidad de recurrir al consumo de drogas nuevamente.

La sensación de confianza en la propia capacidad de afrontar de forma eficaz una situación de alto riesgo, se relaciona con un aumento en la percepción de autoeficacia, es decir, con un sentimiento de ser capaz de manejar la situación. A medida que aumenta la duración de la abstinencia (o período de uso controlado), y el individuo puede afrontar eficazmente cada vez más situaciones de alto riesgo, la percepción de la propia eficacia se incrementa de forma acumulativa. La probabilidad de recaída disminuye de acuerdo con ello.

Al corroborar la teoría de Autoeficacia, en la aplicación del taller conducido bajo un enfoque cognitivo conductual, se pudo observar que:

Se pudo comprobar la hipótesis planteada en la que se afirmaba que aumentaría el nivel de autoeficacia en los pacientes después de su participación en dicho taller, mediante la aplicación de estrategias adecuadas en el enfrentamiento de situaciones de riesgo de consumo de drogas.

La diferencia en el nivel de autoeficacia en los participantes del taller confirma que mediante el aprendizaje de estrategias cognitivas y conductuales se puede modificar la creencia de ser capaz de resistirse al consumo de drogas, ante situaciones de riesgo ya que se considera que se tiene mayor control sobre estas situaciones.

En relación a esto, Bandura (1981) hace notar que lo extenso del incremento en la autoeficacia se asocia con la ejecución exitosa y depende de factores como: la dificultad percibida de la tarea, la cantidad de esfuerzo realizado, el grado de ayuda externa recibida y las circunstancias situacionales bajo las cuales la respuesta es ejecutada.

Por lo que si un individuo falla al enfrentarse a una situación de alto de riesgo, la capacidad percibida para enfrentarse a la situación disminuye. Esto puede ser aún más evidente en las personas que sólo dependen de su fuerza de voluntad como único medio para enfrentar situaciones de conflicto, ya que consideran que no hay nada que puedan hacer para enfrentarlas. Entonces puede incrementar la probabilidad de recaída.

La abstinencia se predice en el usuario, por el incremento en variables como: su habilidad para enfrentar sin consumo estímulos condicionados o las situaciones de riesgo, la satisfacción que obtiene por su desempeño en diferentes áreas de su vida diaria, su seguridad para resistirse a consumir, sus habilidades para rechazar asertivamente ofrecimientos de la sustancia y el incremento en habilidades para disminuir emociones desagradables de depresión y ansiedad(Barragán, Flores, Medina-Mora & Ayala, 2007).

Por otro lado, los resultados también confirman que hubo diferencias estadísticamente significativas en el Factor de Situaciones Negativas antes y después del taller así como en las subescalas que lo componen.

En lo que respecta a la subescala de Incomodidad física se encontraron diferencias, por lo que se puede decir que hubo un aumento en las expectativas de autoeficacia en el manejo adecuado de los síntomas de la abstinencia o la incomodidad física que esto significa. En este sentido se enseñó a los pacientes cuales eran los síntomas más comunes del síndrome de abstinencia, que puede ser diferente en cada persona de acuerdo al tipo de droga que se consuma, el tiempo que se tenga consumiendo y a las características propias de cada organismo.

Además se les explico que podían aprender a manejar esta incomodidad física, mediante la identificación de los precipitadores o estímulos que provocan el deseo de consumir y que al enfrentarlos podían llegar a manejar adecuadamente este deseo sin recurrir al consumo.

Cuando las personas deciden eliminar sus viejos hábitos, las situaciones de riesgo pueden ser aún más estresantes, además del estrés con el que cuenta la situación por sí misma, este impacto frecuentemente produce un estado de agitación y conflicto. Este estado emocional es experimentado con sensaciones físicas aversivas, y el individuo puede atribuir estas sensaciones físicas a la necesidad de consumir. El factor más importante para disminuir el riesgo en el tipo situaciones es habilitar al individuo de respuestas de afrontamiento alternativas, si el individuo a aprendido nuevos caminos de afrontar su estrés y tiene la oportunidad de practicar estas habilidades sin la ayuda de un soporte, su autoeficacia se fortalecerá y la probabilidad de recaída decrementará (Marlatt y Gordon, 1985).

En la subescala de emociones displacenteras se pudieron observar diferencias, por lo tanto hubo un aumento en las expectativas de ser capaz de enfrentar de emociones displacenteras (enojo, tristeza, frustración, cansancio, etc.) en lugar de recurrir al consumo de drogas, como una forma de evadir o disminuir dichas emociones.

Se les indicó a los participantes del taller, que el autocontrol les iba a permitir reconocer sus emociones, así como aprender a enfrentarlas, sin evadirlas o reaccionar agresivamente, que era la forma más común en la que se actuaba. Además, que el consumo de drogas iba a empeorar las emociones displacenteras en vez de enfrentarlas.

Los cambios en estas variables indican que al incluir en el repertorio conductual del usuario habilidades específicas de afrontamiento social y de autocontrol emocional, éste aprende a romper y debilitar la asociación contingente entre los estímulos condicionados y el consumo al utilizar en forma conveniente otras conductas alternativas y eficientes que mejoran su desempeño, le conducen hacia el incremento en satisfacción cotidiana al asociarse con la obtención de logros, avances y superación en diversas áreas de su funcionamiento cotidiano y le permiten disminuir la ansiedad y la depresión (Correia, Simons, Carey & Borsari, 2002 en Barragán, Flores, Medina-Mora & Ayala, 2007).

De igual forma se les dijo que era importante aprender a enfrentar los problemas en vez de evadirlos o esperar que alguien más se los resolviera, que mediante el proceso de resolución se podían generar diversas soluciones y ponerlas a prueba para que quedaran como experiencias para resolver situaciones parecidas en el futuro. Esto a su vez les ayudaría a sentirse capaces de controlar su vida y disminuir las emociones negativas asociadas a los problemas.

Considerando que se encontraron diferencias en la subescala de conflicto con otros, se puede decir que hubo un aumento en las expectativas de resistir al consumo de drogas ante la presencia de conflicto con los padres, demás familiares, amigos, conocidos o compañeros de trabajo.

Entre las problemáticas más comunes de los participantes al taller fueron las relacionadas con la familia, la falta de comunicación entre los miembros de la familia, falta de límites, problemas económicos, conflictos con los padres o con sus parejas, por mencionar solo algunos.

Se les explico que estos conflictos familiares pueden ser factores de riesgo para el consumo de drogas, sin embargo, cuando este consumo se vuelve una dependencia o adicción estos conflictos son consecuencias de la misma. Por lo tanto era importante aprender a enfrentar asertivamente dichos conflictos.

Hersen y Bellack (1977, en Cruz, 2006) por su lado señalan a la asertividad como parte de las habilidades sociales que involucran la habilidad para expresar sentimientos como negativos en un contexto interpersonal sin sufrir como consecuencia una pérdida de reforzamiento social. Tales habilidades deben mostrarse en una gran variedad de contextos interpersonales e involucrar la emisión coordinada de respuestas verbales y no verbales. Por lo tanto la habilidad social representa la herramienta que permite la interacción entre personas.

Por otra parte, en lo que se refiere al Factor de Situaciones Positivas no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes totales del factor antes y después del taller.

Aunque se puede observar un aumento en la media de la Subescala Emociones Placenteras antes y después del taller, esta diferencia no es estadísticamente significativa; por lo tanto no se observo cambio en las expectativas de ser capaz de resistirse al consumo de drogas con respecto a las emociones placenteras (alegría, distracción, relajación) asociadas a dicho consumo.

Esto se pudo dar posiblemente por que aún considerando las consecuencias negativas de la adicción a las drogas, también se tenían presentes los momentos placenteros o experiencias positivas asociadas a dicho consumo.

Estos resultados son comparables con los presentados en diversas investigaciones, las cuales han encontrado que los disparadores más comunes de recaída son: estrés y estados emocionales positivos (Gordon, 2003).

En la subescala de tiempo placentero con otros, se observaron diferencias significativas, por lo que se puede señalar que hubo un aumento en la creencia de ser capaz de no consumir drogas, aún considerando que el consumo con amigos o conocidos, es una forma de convivir con ellos o en algunos casos es la única forma en que se consideran capaces de acercarse a conocer personas, sobretodo cuando se trata de el sexo opuesto.

Además se les explico, que era importante planear respuestas asertivas, ante los ofrecimientos de consumo de drogas con los amigos o crear planes de acción alternativos para manejar situaciones de riesgo, como una forma de evitar la recaída.

En este sentido McKay y cols. (1995) también concluyen que la mayoría de los usuarios recaen cuando tienen la motivación (deseo, sentimientos de soledad y aburrimiento), los medios (dinero) y la oportunidad (tiempo libre sin supervisión).

En el Factor de Situaciones de Tentación, compuesto por las subescalas de prueba de control personal, necesidad y tentación de consumo, y presión social para el consumo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tres subescalas, así como en los puntajes totales por factor antes y después del taller; por lo que se puede mencionar que hubo un aumento en la autoeficacia para enfrentar situaciones en las que los pacientes pueden experimentar craving o necesidad de consumir.

En lo que se refiere a la subescala prueba de control personal, se observaron diferencias significativas, entonces se puede decir que aumento la autoeficacia para enfrentar situaciones en las que los mismos pacientes ponen a prueba el control que tienen sobre su consumo de drogas.

Se les enseñó a los pacientes a distinguir los estímulos que provocaban el deseo de consumir, las sensaciones físicas que provocaban, los pensamientos asociados a estas, para enfrentar adecuadamente dichos estímulos, además se les explico que en la mayoría de los casos era necesario evitar lugares, calles o personas con las que hubieran consumido.

Además que la autoeficacia significa el sentido subjetivo de control o dominio de la persona sobre una situación, y que las personas con un fuerte sentido de autoeficacia pueden ejercer sus habilidades a las demandas de la tarea sin dudas excesivas o autovaloraciones negativas.

En la subescala de Necesidad y tentación de consumo, se observo un aumento significativo del nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de drogas frente a situaciones en las que se presentara craving o se estuviera expuesto a situaciones que implicarán el fácil acceso a la droga.

Se les enseñó a distinguir cuando se experimentaba craving, además se les explicó que esta necesidad de consumir era pasajera y que entre mejor aprendieran a conocerse iba a ser más fácil manejar este deseo de consumir y reducir la ansiedad que esto producía.

Es necesario considerar que la dependencia en el consumo se asocia con la exposición frecuente a la diversidad de estímulos condicionados al consumo, la disminución de habilidades de enfrentamiento, el cual implica un repertorio conductual limitado, que reduce la posibilidad del usuario de disponer de conductas eficientes que favorezcan su adaptación sin consumo ante dichas situaciones condicionadas, el incremento en la percepción de inseguridad para ser capaz de resistirse al consumo, el incremento de insatisfacción respecto al

funcionamiento que está teniendo en su vida cotidiana y el incremento en su nivel de ansiedad (Elizondo, 2003).

Además se les explicó que la autoeficacia es concerniente a la habilidad percibida de una persona para ejecutar respuestas de enfrentamiento en situaciones de alto riesgo y no con la habilidad general para ejercitar la fuerza de voluntad contra la tentación.

Se encontró un aumento significativo en el nivel de autoeficacia en la Subescala de presión social de consumo, de tal forma que hubo un aumento en la habilidad de resistirse al consumo de drogas en situaciones que implicarán el consumo con amigos, conocidos, en reuniones o fiestas, como una forma de convivir con ellos o para conocer a otras personas.

Con respecto a esto se les enseñó a planear respuestas asertivas ante los ofrecimientos de droga por parte de amigos o conocidos, sin embargo también se considero que en la mayoría de los casos era mejor evitar las calles, lugares o las personas con las que se consumía, que si tomaban la decisión de no consumir nuevamente la respetaran ellos mismos y recurrieran a un plan de emergencia para salir de esa situación.

La disminución en el consumo se puede asociar directamente con el incremento que se muestre en la habilidad para rechazar el consumo ante ofrecimientos e invitaciones de presión social; además se puede incrementar la aplicación de habilidades de comunicación y solución de problemas (Barragán, Flores, Medina-Mora & Ayala, 2007).

Por último se puede decir que se cumplió el objetivo de la investigación, dado que se lograron modificar las cogniciones de autoeficacia en los participantes, mediante diferentes el aprendizaje de habilidades que le permitan enfrentar adecuadamente situaciones de alto riesgo.

Finalmente en cuanto a las sugerencias para la mejora del Taller se puede señalar lo siguiente:

Aplicar el taller en una muestra de mayor número de personas.

Aplicar el Taller en pacientes de consulta externa, para determinar los cambios que pudieran existir.

Llevar a cabo un seguimiento en la mayor cantidad de pacientes para ver el alcance del taller a largo plazo.

Considerando que existen factores de riesgo determinados en el ambiente familiar, sería importante involucrar a la familia en talleres que les ayuden a entender mejor la problemática de las adicciones así como observar la codependencia y sus implicaciones en las personas.

Por último, es importante reconocer el trabajo que realiza el Centro Municipal de Atención a las Adicciones y que el municipio haga más aportaciones a dicho centro, proporcionando una capacitación continua al personal de las áreas que lo componen y mejorar las condiciones para que se puedan llevar a cabo investigaciones que sirvan de actualización para el mejoramiento en el tratamiento de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abrahams, D. y Niaura, R. (1987). *Understanding relapse and recovery in alcohol abuse*. New York: Annals of Behavioral Medicine.
- Aguilar, E. (1987). *Asertividad. Sé tu mismo sin sentirse culpable*. México: Pax.
- Annis, H., Skler, S., y Turner, N. (1990). *Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. Canada: Adicction Research Foundation.
- Annis, H. (1982). *Inventory of drinking situations (IDS-100)*. Toronto, Canada: Adicction Research Foundation of Ontario.
- Annis y Martín, 1985. *Situational Confidence Questionnaire (SCQ) User's Guide*. Addiction Research Foundation. Toronto, Canadá.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)*. España: Masson.
- Astudillo, C. (2005). *Asociación entre la autoeficacia percibida y la disposición al cambio para la realización de ejercicio físico en una muestra de estudiantes universitarios: un estudio transversal*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Bandura, A. (1977). *Self efficacy. : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*. Psychological Review. Vol. 84 No. 2.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy*. USA: Freeman.
- Bandura, A. (1998). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Conpany.

- Barragán, L., Flores, M., Medina-Mora, M. y Ayala, H. (2007). *Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana en Usuarios dependientes de Alcohol y otras drogas*. Salud Mental, Vol. 30, No. 3
- Beck, A. (1976). *Terapia cognitiva y los desordenes emocionales*. New York: Penguin Books.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Benett, P. y Murphy, S. (1997). *Psychology and health promotion*. Buckingham: Open University Press.
- Branden, N. (1993). *El poder de la Autoestima*. Argentina: Paidos
- Branden, N. (1994). *El poder de la autoestima: Como potenciar este importante recurso psicológico*. Tr. María V. Arauz. México: Paidós.
- Branden, N. (2001). *Los seis pilares de la Autoestima*. México: Paidos
- Botvin, G. (2000). *Preventing Drug Abuse in Schools: Social and Competence Enhancement Approaches Targeting Individual-Level Etiologic Factors*. Addictive Behaviors.
- Caballo, V. (1995) (comp.). *Manual de Técnicas de Terapia y modificación de conducta*. España: Siglo Veintiuno Editores.
- Casas y M. Gossop (eds.) *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Sitges.
- Cascón, F. (1990). *La alternativa del Juego*. Málaga: Gráficas Xiara.
- Centros de Integración Juvenil, (1999). Seminario Preventivo. *Desarrollo de vínculos sólidos para fortalecer la autoestima*. México: CIJ, Departamento de unidades.

- Centros de Integración Juvenil, (2003). *Reporte de investigación primer trimestre*. México: CIJ Nezahualcóyotl. Disponible en <http://cij.gob.mx/Paginas/PDF/Especialistas/09-09a.pdf>
- Centros de Integración Juvenil, (2008). *Reporte de investigación primer trimestre*. México: CIJ Nezahualcóyotl. Disponible en <http://cij.gob.mx/Paginas/PDF/Especialistas/09-09a.pdf>
- Cerero, L. (1995). *Consumo de alcohol, actitud hacia el consumo y depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina*.
- Colín, A. y Garduño, C. (1996). *La autoeficacia como una medida predictiva de éxito en un tratamiento para bebedores problema*. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Conner, M. y Norman, P. (1999). *Predicting Health Behavior*. Buckingham: Open University Press.
- Cruz, M. (2006). *Afrontamiento, Asertividad y autoestima en parejas de bebedores problema. Un programa cognitivo-conductual*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.
- De León, L. y Pérez, Y. (2001). *Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas. Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of drug taking situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Del Río, C., Gomollón, A., Alvarez, F. (1994). *Los estudiantes universitarios del Valladolid ante las drogas*. España: Caja Salamanca y Soria.
- D´Zurila, T. (1986). *Problem solving Therapy: a social competent approach to clinical intervention*. New York: Springer.

- D' Zurilla, T. y Goldfried, M. (1973). *Cognitive Processes, Problem Solving and Effective Behavior*. USA: Holt, Rinehart y Winston
- D' Zurilla, T. y Nezu, A. (1989). *Social problem solving and negative affective conditions*, en Kendall, P. y Watson (comps.), *Anxiety and depression: distinctive and overlapping features*. San Diego: Academic Press
- Ellis A., Dryden W. (1987). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Elizondo, J. (2003). *Experiencia terapéutica en el manejo del paciente con trastorno dual: alcoholismo y depresión*. México: Cuadernos FISAC.
- ENA – Encuesta Nacional de Adicciones (2008). *Drogas ilegales*. México: SSP
- Facultad de Psicología (1999). *Programa de Adicciones*. México: Facultad de Psicología.
- Flores, M. y Diaz Loving, R. (2002) *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones*. México: Porrúa.
- Garduño, C. y Colín, A. (1996). *La autoeficacia como una medida predictiva de éxito en un tratamiento para bebedores problema*. México: Facultad en Psicología.
- Goldfried, M. y Davidson, G. (1976). *Clinical Behavior Therapy*. New York: Holt, Rinehart y Winston
- González, I. (s. f). *Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving*. Disponible en [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art3b001](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b001)
- Gordon, S. (2003). *Relapse and Recovery: Behavioral Strategies for Change*. Caron Foundation.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) (2004). *Como prevenir el abuso de drogas en los niños y adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Segunda Edición Versión Abreviada. Departamento de Salud y Servicios humanos de los Estados Unidos. EUA: Institutos Nacionales de la Salud.

Jurado, S. (1996). *Manual de entrenamiento Asertivo y de ideas y pensamientos racionales*. Taller implementado en la Facultad de Psicología. México: UNAM

Kadden, R., Carroll, K. M., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M. y Hester, R. (1992). *Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: a clinical research guide for therapist treating individuals with alcohol abuse and dependence*. NIAAA Project Match Monograph Series, vol 3.

Kazdin A. (1996). *Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas*. 2ed. Manual Moderno. México, Distrito Federal.

Kerlinger, N y Lee H. (2002). *Investigación del Comportamiento*. México: Mc Graw-Hill.

Lazarus, A. (1973). *On assertive behavior*. A brief not. Behavior Therapy.

Lorenzo, P. Ladero, J. M., Leza, J. C. y Lizasoain, I. (2003). *Drogodependencias*. Madrid: Médica Panamericana.

Mahoney, M. (1997). *Psicoterapia Cognitiva y Constructiva: Teoría, Investigación y Práctica*. España: Paidós

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV. (1996). American Psychiatric Association. México: Masson.

- Marlatt, G. y George, W. (1984). *Relapse Prevention: Introduction and overview of de model*. E.U.A.: Prentice Hall
- Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Prevención de Recaídas: Estrategias de Mantenimiento en el Tratamiento de Conductas Adictivas*. E.U.A.: Guilford Press.
- Marlatt, G (1987). *Alcohol, the magic elixir: Stress, expentancy, and the transformation of emocional status*. New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A. (1993). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognoscitivo-conductual*. Barcelona: Sitges.
- Martín, (1995). *De los objetivos de la prevención a la prevención por objetivos. Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones e intercambio científico*.
- Massun, E. (2001). *Prevención del uso indebido de drogas*. México: Trillas.
- McKay, J., Rutherford, M., Alterman, A. Cacciola, J. y Kaplan, M. (1995). *An examination of cocaine relapse process*. Drug and Alcohol Dependence.
- Mendez, M. (2004). *Programa de Prevención de la Farmacodependencia para adolescentes con un enfoque cognitivo conductual*. Informe de Servicio Social. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Merino, J. (1987). *Inadaptación y delincuencia juvenil: Aspectos de Pedagogía Preventiva*. Madrid: Bardón.
- Mothner, I. y Weitz, A. (1986). *Como abandonar las drogas*. España: Martínez Roca.

- National Institute on Drug Abuse (1997). *Drug abuse prevention for the general population*. NIH Publication No. 97-4113. Rockville MD: National Institutes of Health.
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un tratamiento breve cognoscitivo conductual dirigido a consumidores de cocaína*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.
- Pastoral Juvenil de Coyuca de Benítez Comunidad Parroquial de San Miguel Arcángel: [www.pjcweb.org](http://www.pjcweb.org)
- Ramírez, L. (2005). *Taller de Prevención para Jóvenes no adictos y usuarios de marihuana y/o cocaína*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Ramírez, L. (2005). *Taller de Prevención para Jóvenes no adictos y usuarios de marihuana y/o cocaína*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Rivas, L (1999). Curso Monográfico. *Autoestima*. México: CIJ
- Rivera, S. (2005). *Aplicación de la estadística a la psicología*. México: M.A. Porrúa: UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Sánchez E. (2002). *Estrategias para el manejo del craving (a drogas)*. Anales de Psiquiatría. Vol. 18 No 1.
- Sánchez E., Tomás V., Molina N., Del Olmo R. y Morales E. (2002). *Efectividad clínica de un tratamiento psicológico para la dependencia a la cocaína* Anales de Psiquiatría. Vol. 18 No 7.
- Santander, M. (2007). *Análisis de los Programas preventivos de adicción instrumentados en los CIJ*. Informe de Servicio Social. México: FES, Zaragoza.

- Shine, B. (2003). *Some Cocaine Abusers Fare Better UIT Cognitive-Behavioral Therapy, Others UIT 12-Step Programs*. Disponible en: [http://www.drugabuse.gov/NIDA\\_Notes/NNIndex.html](http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNIndex.html)
- Souza, M. y Machorro, G. (2000). *Diagnóstico y Tratamiento de los síndromes adictivos*. México: Fuentes Impresores.
- Suelves, J. (1997). *Prevención de las drogodependencias*. Barcelona: Casals.
- Suelves, J.M. (1998). *Evaluación de programas escolares de prevención del abuso de drogas: algunas indicaciones derivadas del meta-análisis*. *Idea Prevención*, 16, 50-60.
- Suelves M. y Sánchez-Turet, M. (2001). *Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: Resultados de un estudio transversal Programa Master en Drogodependencia*. *Universidad de Barcelona*. *Anales de psicología*, vol . 17, nº 1 (junio), 15-22. España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Tapia, R. (1994). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno
- Vega, A. (1993). *La acción social ante las drogas. Propuestas de intervención socioeducativa*. Madrid: Ediciones Narcea.
- Velasco, F. (2003). *Las Adicciones: Hacia un enfoque Multidisciplinario*. México: SSA-CONADIC
- Verduzco, A., Lara-Cantú, M., Gary, X. y Rubio, S. (1989). *Un estudio sobre la autoestima en niños en edad escolar: datos normativos*. *Salud Mental* 12 (3).
- Wolpe, J. (1979). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas

Wolpe J. (1993). *Práctica de la Terapia de la Conducta*. 3ed. Trillas. México, Distrito Federal.

Zarzar, C. (1993). *Habilidades básicas para la docencia*. México: Patria.

# ANEXOS

# CUESTIONARIO DE AUTOCONFIANZA DE CONSUMO DE DROGAS (CACD)

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Sexo M F

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Tipo de droga que usted consume más frecuentemente \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES:

La lista que esta a continuación señala varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume drogas. Imagine que está en cada una de las situaciones que a continuación se le presentan.

Indique de acuerdo a la siguiente escala qué tan seguro está de poder resistirse a la necesidad de consumir drogas en esa situación. Encierre o marque su respuesta de acuerdo al porcentaje de seguridad que usted tenga de resistir a la necesidad de consumir droga.

- ✓ Marcará 100 si esta 100% seguro de poder resistirse a la necesidad de consumir esa droga.
- ✓ 80 si está 80% seguro de resistirse al consumo.
- ✓ 60 si lo está en un 60% seguro.
- ✓ Si esta más inseguro que seguro, marque 40 que indica que esta solo en un 40% seguro de poder resistirse a la necesidad de consumir esa droga.
- ✓ 20 para un 20% de seguridad.
- ✓ Y 0 si no está seguro de resistirse al consumo en esa situación.

Yo sería capaz de resistir la necesidad de consumir (anote la droga que usted consume más frecuentemente) \_\_\_\_\_.

## Ejemplo:

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

NOTA: En este ejemplo usted esta en un 60% seguro de resistirse a consumir la droga en esta situación.

**Conteste las situaciones que a continuación se le presentan.**

**MUY  
INSEGURO**

**MUY  
SEGURO**

<b>N°</b>	<b>SITUACION</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>60%</b>	<b>80%</b>	<b>100%</b>
1.	Si me sintiera feliz	0	20	40	60	80	100
2.	Si quisiera probarme si puedo usar esa droga con moderación	0	20	40	60	80	100
3.	Si me sintiera tembloroso	0	20	40	60	80	100
4.	Si estuviera en un lugar donde antes consumí o compre la droga	0	20	40	60	80	100
5.	Si estuviera deprimido	0	20	40	60	80	100
6.	Si me encontrara con viejos amigos y quisiéramos pasar un buen rato	0	20	40	60	80	100
7.	Si me sintiera tenso o incomodo en presencia de alguien	0	20	40	60	80	100
8.	Si me invitaran a casa de alguien y sintiera que es inapropiado rehusar cuando me ofrecen la droga	0	20	40	60	80	100
9.	Si quisiera tener más energía para sentirme mejor	0	20	40	60	80	100
10.	Si empezara a sentirme culpable por algo	0	20	40	60	80	100
11.	Si me sintiera seguro y relajado	0	20	40	60	80	100
12.	Si quisiera probarme que esta droga no es un problema para mi	0	20	40	60	80	100
13.	Si me sintiera enfermo	0	20	40	60	80	100
14.	Si inesperadamente me la encontrara	0	20	40	60	80	100

15.	Si sintiera que ya no tengo a donde más acudir	0	0	40	60	80	100
16.	Si estuviera con un amigo cercano y quisiéramos sentirnos aun más unidos	0	20	40	60	80	100
17.	Si no fuera capaz de expresar mis sentimientos a los demás	0	20	40	60	80	100
18.	Si saliera con amigos y ellos insistieran en ir a algún lugar a consumir la droga	0	20	40	60	80	100
19.	Si sintiera que mi familia me esta presionando mucho	0	20	40	60	80	100
20.	Si quisiera bajar de peso para mejorar mi apariencia física	0	20	40	60	80	100
21.	Si me sintiera emocionado por algo	0	20	40	60	80	100
22.	Si quisiera probarme si puedo consumir ocasionalmente la droga si volverme adicto	0	20	40	60	80	100
23.	Si sintiera nauseas	0	20	40	60	80	100
24.	Si viera algo que me recordara la droga	0	20	40	60	80	100
25.	Si sintiera que me deje fracasar	0	20	40	60	80	100
26.	Si estuviera con amigos y quisiera divertirme más	0	20	40	60	80	100
27.	Si otras personas me rechazaran	0	20	40	60	80	100
28.	Si estuvieran en un grupo que esta consumiendo esa droga y sintiera que esperan que me le una	0	20	40	60	80	100
29.	Si me sintiera abrumado y quisiera escapar	0	20	40	60	80	100
30.	Si sintiera que no puedo llegar a ser lo que mi familia espera de mi	0	20	40	60	80	100
31.	Si me sintiera satisfecho con mi vida	0	20	40	60	80	100
32.	Si quisiera probar si puedo estar con amigos que consumen drogas, sin	0	20	40	60	80	100

	consumirlas						
33.	Si tuviera problemas para dormir	0	20	40	60	80	100
34.	Si hubiera estado bebiendo y pensara en consumirla	0	20	40	60	80	100
35.	Si estuviera aburrido	0	20	40	60	80	100
36.	Si quisiera celebrar con un amigo	0	20	40	60	80	100
37.	Si pareciera que no les caigo bien a los demás	0	20	40	60	80	100
38.	Si me presionaran a usar esa droga y sintiera que no me puedo negar	0	20	40	60	80	100
39.	Si tuviera dolor de cabeza	0	20	40	60	80	100
40.	Si estuviera enojado por como me salieron las cosas	0	20	40	60	80	100
41.	Si recordara cosas buenas que han pasado	0	20	40	60	80	100
42.	Si quisiera probar si puedo estar en lugares donde se consumen drogas, sin hacerlo	0	20	40	60	80	100
43.	Si quisiera mantenerme despierto para sentirme mejor.	0	20	40	60	80	100
44.	Si escuchara a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga	0	20	40	60	80	100
45.	Si me sintiera solitario	0	20	40	60	80	100
46.	Si estuviera pasándola bien con mi pareja y quisiera aumentar mi placer sexual	0	20	40	60	80	100
47.	Si alguien me tratara injustamente	0	20	40	60	80	100
48.	Si estuviera en un grupo en el que todos estuvieran consumiendo esta droga	0	20	40	60	80	100
49.	Si no me estuviera llevando bien con si compañeros de la escuela o del trabajo	0	20	40	60	80	100
50.	Si tuviera algún dolor físico	0	20	40	60	80	100

51.	Si estuviera indeciso acerca de algo que quiero hacer	0	20	40	60	80	100
52.	Si hubiera pleitos en mi casa	0	20	40	60	80	100
53.	Si quisiera estar mas alerta para sentirme mejor	0	20	40	60	80	100
54.	Si empezaran a recordar qué buen acelere sentí cuando la consumí	0	20	40	60	80	100
55.	Si me sintiera ansioso por algo	0	20	40	60	80	100
56.	Si necesitara coraje para enfrentar a otra persona	0	20	40	60	80	100
57.	Si alguien interfiriera con mis planes	0	20	40	60	80	100
58.	Si alguien tratara de controlar mi vida y quisiera sentirme más independiente	0	20	40	60	80	100
59.	Si alguien estuviera insatisfecho con mi trabajo	0	20	40	60	80	100
60.	Si me hostigaran por el trabajo o la escuela	0	20	40	60	80	100

# TALLER DE AUTOEFICACIA

## Sesión 1

### Tema: Presentación

Objetivos:

1. Informar a los participantes acerca de la duración y temas a tratar
2. Conocer a cada uno de los integrantes del taller y establecer rapport
3. Determinar el nivel de autoeficacia que presenta cada participante
4. Conocer las expectativas de los asistentes sobre el programa

### Desarrollo de la sesión:

Fase de la sesión	Tiempo	Actividad	Recursos didácticos
Inicio	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presentación del programa</li><li>• Explicación de objetivos generales del taller</li></ul>	
Evaluación	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicación del Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas</li></ul>	Cuestionario Lápices
Dinámica 1	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presentación de cada participante</li></ul>	
Dinámica 2	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinámica grupal: El nombre que te pilla</li></ul>	Cartucho de papel
Cierre	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer expectativas</li><li>• Despedida</li><li>• Invitación a la siguiente sesión</li></ul>	

### Explicación del desarrollo de la sesión:

En la fase de inicio se hará la presentación de la coordinadora del taller a los participantes, así como los objetivos principales del taller.

En la fase de evaluación se pedirá a los participantes que tomen un lápiz y contesten lo más honestamente posible, el Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas (CACD). Esto servirá para conocer el nivel de autoeficacia que presentan los participantes con respecto a su adicción. Se hizo una adaptación de dicho cuestionario, únicamente en la escala de medición. En el momento de contestar el CACD se estará atento al comportamiento de los participantes así como de las preguntas que puedan hacer.

De León, L. y Pérez, Y. (2001). Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas. Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of drug taking situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ). Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

En la fase de la dinámica 1: se pedirá a los participantes que digan su nombre, edad, la zona donde viven y cual es el propósito que los llevo a ingresar al Centro. Dado que esta dinámica fue elaborada sin apoyo bibliográfico no se tiene referencia.

En la fase de la dinámica 2 “El nombre que te pillo”: el propósito de esta dinámica es establecer un vínculo de interés entre los participantes del taller.

Material: Cartucho de papel higiénico

Proceso: En un espacio amplio se darán las indicaciones de la dinámica:

- Todo el grupo deberá hacer un círculo, con una persona en el centro con el cartucho.
- Deberán decir sucesivamente los nombres de sus compañeros
- El que este en el centro deberá tocar a alguno antes de mencionar un nombre
- El que no mencione los nombres rápidamente, pasará al centro para seguir con la dinámica.

Cascón, F. (1990). La alternativa del Juego. Málaga: Gráficas Xiara.

En la fase de cierre: para conocer las expectativas de los participantes acerca del taller se les dará una hoja en blanco para que contesten a las preguntas que se irán mencionando, se les dirá que no es necesario escribir la pregunta, sólo la respuesta. Las preguntas son las siguientes:

¿qué espero del taller?

¿qué quiero que suceda en él?

¿qué quiero que no suceda?

¿qué estoy dispuesto a aportar?

Por último se dará las gracias a los participantes por su asistencia y se invitará a la próxima sesión.

## Sesión 2

### Tema: Autoestima

Objetivos informativos:

- Conocer el concepto de autoestima
- Conocer las diferencias entre autoestima baja y alta.
- Conocer la Escalera de la Autoestima.
- Conocer la importancia de la autoestima en el consumo de drogas

Objetivos formativos:

- Aprenderá a reconocer en sí mismo las cualidades positivas.
- Aprenderá a utilizar sus cualidades, formando una imagen positiva en su tratamiento de adicción y en los distintos ámbitos de su vida.
- Aprenderá como mejorar su autoestima aplicando los Pilares de la Autoestima a su vida en general.

Desarrollo de la sesión:

Fase de la sesión	Tiempo	Actividad	Recursos didácticos
Inicio	15 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bienvenida</li><li>• Presentación del tema y objetivos</li></ul>	
Dinámica1	15 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinámica grupal: El inquilino</li></ul>	
Dinámica2	15 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• “Acentuar lo positivo”</li></ul>	
Exposición teórica	20 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Exposición teórica del tema Autoestima</li></ul>	Pizarrón y plumón.
Dinámica3	35 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Exposición de los participantes</li></ul>	Tarjetas escritas
Cierre	15 min minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Invitación a la siguiente sesión</li><li>• Se asigna tarea</li><li>• Despedida</li></ul>	

## **INICIO**

En la bienvenida se comenzará por dar un saludo a las personas que lleguen a la sesión de trabajo siendo cordial. Se les explica que el tema de esta sesión es el de autoestima y los objetivos que se pretenden lograr son los siguientes...

### **DINÁMICA 1**

Posteriormente se hará la dinámica 1: “el inquilino”, se explica que el objetivo de la dinámica es que se relajen antes de comenzar con el tema, además de convivir con sus compañeros de tratamiento y vencer las posibles resistencias a participar en grupo.

Se dan las instrucciones de la dinámica: Todos se colocan en tríos formando apartamentos, una será la pared izquierda y otra la derecha, se tomarán de las manos y la otra persona quedará entre estas dos, siendo el inquilino. La persona que quede sin apartamento deberá buscar uno diciendo los roles (pared izquierda, etc.) las personas que tengan ese rol deberán cambiar de lugar y ésta buscará quedar en alguno de esos lugares. Al decir terremoto todos cambiarán de lugar.

Cascón, F. (1990). La alternativa del Juego. Málaga: Gráficas Xiara.

### **DINÁMICA 2**

Se llevará a cabo la dinámica 2: -“Acentuar lo positivo”, cuyos objetivos son reconocer en sí mismos cualidades positivas y mejorar la imagen propia, mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales. Esto les permitirá tener motivación para alcanzar sus metas para el tratamiento.

A continuación se darán las instrucciones para llevar a cabo la dinámica:

Se les dirá que se pongan de pie

Se les pedirá hacer equipos de dos personas

Después se les pedirá que compartan algunas cualidades personales con los compañeros de su equipo. En este ejercicio, cada persona le da a su compañero la respuesta a las tres dimensiones siguientes:

- Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo.
- Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo.
- Una capacidad o pericia que me agradan de mí mismo.

El objetivo es que al reconocer las cualidades de cada persona, se darán cuenta de que puede mejorar la imagen de sí mismos aún considerando que ésta se ha visto afectada por su adicción.

Por lo tanto se les explicará que cada comentario debe ser positivo. No se permiten comentarios negativos. (Dado que la mayor parte de las personas no ha experimentado este encuentro positivo, quizá necesiten un ligero empujón para que puedan iniciar el ejercicio).

## **EVALUACIÓN**

Se les aplicará unas preguntas para su reflexión:

- ¿Cuántos de ustedes, al oír el trabajo asignado, se sonrió ligeramente, miró a su compañero y le dijo, "Tú primero"?
- ¿Fue difícil señalar una cualidad al iniciar el ejercicio?
- ¿Cómo considera ahora el ejercicio?

Pastoral Juvenil de Coyuca de Benítez Comunidad Parroquial de San Miguel Arcángel: [www.pjcweb.org](http://www.pjcweb.org)

## **EXPOSICIÓN TEÓRICA**

Con ayuda del pizarrón se comenzará a exponer el tema de Autoestima, donde se expondrá el concepto de autoestima, las diferencias existentes entre autoestima baja y alta, así como las implicaciones de cada una en su vida. Se

explicará la Escalera de la Autoestima, como un subtema importante para entender el concepto de autoestima, se harán preguntas a los participantes sobre el conocimiento que tengan acerca del tema. También se darán ejemplos para que la información sea más explícita.

Además, se relacionará el tema de autoestima con su problema de adicción, para lo cual se les mencionará que es necesario rescatar sus cualidades para sentirse capacitados de evitar consumir nuevamente.

### **DINÁMICA 3**

Se les explicará a los participantes que el objetivo de la dinámica es que aprendan como pueden mejorar su autoestima llevando a la práctica los Seis Pilares de la Autoestima, igualmente que puedan determinar que tipo de eventos, experiencias o personas afectan su autoestima.

#### **INSTRUCCIONES:**

- Se les solicitará que se sienten en círculo
- Se requerirá la participación de seis personas, a las que se les dará una tarjeta con información al reverso.
- Se les dará un tiempo determinado para que los participantes puedan leer la información y comprenderla.
- Se llevará a cabo la explicación por parte de los participantes, uno por uno. Se harán aclaraciones sobre cada tarjeta antes de pasar a la siguiente.

#### **EVALUACIÓN**

Se les preguntará si llevan a cabo en su vida, las prácticas expuestas por los participantes y si no es de esa forma, como podrían hacerlo y aplicarlo para alcanzar sus metas con respecto a su tratamiento de adicción.

## **CIERRE**

Se les preguntará ¿tienen algún comentario para finalizar la sesión?, se les comentará que se espera puedan aplicar lo visto en la sesión.

Se deja tarea para la próxima sesión: La tarea de la próxima sesión será que cada uno escriba en una hoja las actividades o situaciones que les pueden ayudar a mejorar su autoestima.

### **SESIÓN 3**

#### **TEMA: ASERTIVIDAD**

##### **OBJETIVOS INFORMATIVOS:**

- Conocer el concepto de Asertividad
- Conocer los principales derechos asertivos
- Conocer las diferencias entre conducta pasiva, conducta agresiva y conducta asertiva
- Conocer la importancia de la asertividad en la adicción a las drogas

##### **OBJETIVOS FORMATIVOS:**

- Identificar en sí mismos que tipo de comportamiento llevan a cabo si se es pasivo, agresivo o asertivo.
- Aprender la importancia de la comunicación
- Aprender habilidades de rechazo mediante la expresión de respuestas asertivas.

##### **DESARROLLO DE LA SESIÓN:**

<b>Fase de la sesión</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos didácticos</b>
<b>Inicio</b>	15 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bienvenida</li><li>• Revisión de la tarea asignada la sesión anterior</li></ul>	
<b>Dinámica1</b>	15 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinámica grupal: "Fila de Cumpleaños"</li></ul>	
<b>Exposición teórica</b>	30 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Exposición teórica del tema Asertividad</li></ul>	
<b>Dinámica2</b>	15 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabajo en equipos</li></ul>	Enunciados escritos en papel
<b>Dinámica3</b>	25 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Representación de Roles</li></ul>	Tarjetas escritas
<b>Cierre</b>	15 min minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Invitación a la siguiente sesión</li><li>• Se asigna tarea</li><li>• Despedida</li></ul>	

## **EXPLICACIÓN DEL DESARROLLO DE LA SESIÓN**

### **INICIO**

En la fase de inicio se saludará a los participantes, enseguida se preguntará sobre la tarea asignada, se platicará y analizarán los comentarios que los participantes aporten.

### **DINÁMICA 1**

Se darán las indicaciones para llevar a cabo la dinámica “Fila de Cumpleaños”: Se les pedirá a los participantes que hagan una fila. Después se les pedirá que se acomoden de acuerdo a las fechas de cumpleaños, tendrán que buscar la manera de entenderse sin palabras.

Los objetivos de esta dinámica son reconocer la importancia de la comunicación con los demás y fomentar la comunicación no verbal.

Cascón, F. (1990). La alternativa del Juego. Málaga: Gráficas Xiara.

### **EXPOSICIÓN TEÓRICA**

En la fase de exposición teórica: se dará el tema correspondiente a Asertividad. La importancia de reconocer los principales derechos que se tienen como persona, conocer los diferentes tipos de comportamiento: pasivo, agresivo y asertivo. Además de saber la importancia de la asertividad con respecto a la relación con los demás y su adicción. Se podrán hacer comentarios o preguntas de los participantes con respecto al tema, durante la exposición.

## **DINÁMICA 2**

Se llevará a cabo la dinámica Trabajo en equipos para lo cual primero se pedirá a los participantes que formen tres equipos, se les proporcionará una serie de enunciados y se les pedirá que los acomoden de acuerdo al tipo de conducta al que correspondan: conducta pasiva, conducta agresiva y asertiva.

El objetivo de esta dinámica es evaluar si los participantes del taller comprendieron las características de los comportamientos mencionados anteriormente.

Esta dinámica no cuenta con referencia bibliográfica ya que es una sugerencia personal para el taller.

## **DINÁMICA 3**

Para la dinámica Representación de roles las indicaciones son las siguientes:

- Se les pedirá a 6 personas voluntarias que participen.
- Se le entregará un papelito a cada participante para que lea que papel le toca escenificar.
- Se le dirá que tienen 10 minutos para pensar que dirán y ponerse de acuerdo con la otra persona con que harán la escena. Cada escena durará 5 minutos. Los roles serán tres consumidores de drogas, un amigo, un compañero de trabajo y un conecete.
- Los que representan a los consumidores de drogas deberán rechazar el ofrecimiento de drogas y emitir respuestas asertivas en las tres situaciones.

En la fase de cierre: Se asignará la tarea, la cual consistirá en aplicar lo aprendido en la sesión y escribir una lista de respuestas asertivas, en caso de encontrarse con alguien que les ofrezca drogas. Además de hacer una autoevaluación sobre que tan seguros se sentirían de resistirse a consumir.

## SESIÓN 4

### TEMA: IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO DE CONSUMO

#### OBJETIVOS INFORMATIVOS:

- ❖ Conocer los principales tipos de precipitadores relacionados con las situaciones de consumo
- ❖ Conocer las consecuencias inmediatas y a largo plazo del consumo de drogas

#### OBJETIVOS FORMATIVOS:

- ❖ Identificar individualmente cuales son los precipitadores que los han llevado a consumir drogas anteriormente
- ❖ Identificar las consecuencias inmediatas y a largo plazo de su adicción
- ❖ Entender la importancia de las consecuencias negativas del consumo de drogas en su vida.
- ❖ Aprender a anticiparse a las situaciones de riesgo creando alternativas de acción.

#### DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Fase de la sesión	Tiempo	Actividad	Recursos didácticos
Inicio	15 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bienvenida</li><li>• Revisión de la tarea asignada la sesión anterior</li></ul>	
Dinámica1	15 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinámica grupal: “Cesta de Frutas”</li></ul>	Espacio amplio y sillas
Exposición teórica	20 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Exposición teórica de: Identificación de Situaciones de Riesgo</li></ul>	
Dinámica2	15 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificación de Precipitadores</li></ul>	
Dinámica3	40 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificación de Consecuencias de consumo</li></ul>	
Cierre	15 min minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Invitación a la siguiente sesión</li><li>• Se asigna tarea</li><li>• Despedida</li></ul>	

## **EXPLICACIÓN DEL DESARROLLO DE LA SESIÓN**

### **INICIO**

En la bienvenida se comenzará por dar una saludo a las personas que llegaron a esta sesión de trabajo siendo lo más cordial posible. Además se comentará sobre la tarea de la sesión anterior: escribir una lista des respuestas asertivas y la evaluación de la seguridad de resistirse al consumo. No se presionará al pedir tarea solamente se mencionará la importancia de aplicar lo aprendido en la sesión.

Después de la revisión de la tarea se continúa con una dinámica que les haga convivir en grupo.

### **DINÁMICA 1**

Con la finalidad de favorecer la distensión de los participantes se llevará a cabo la dinámica “Cesta de Frutas”. Para esto se darán las siguientes instrucciones: Se pedirá a todo el grupo que se siente en círculo menos una que quedará en el centro. Los jugadores estarán repartidos en grupos de frutas. La persona del centro gritará dos clases de frutas y estas tendrán que cambiar de sitio, intentando ocupar la persona centro una de las sillas que ha quedado libre. Quién quede sin silla repetirá la indicación. Al gritar frutas todos deberán cambiar de posición y el que no cambie de lugar pasará al centro.

Cascón, F. (1990). La alternativa del Juego. Málaga: Gráficas Xiara.

### **EXPOSICIÓN TEÓRICA**

Con ayuda del pizarrón se comenzará a exponer el tema de Situaciones de Riesgo. Primero se dará una breve explicación acerca de que es un precipitador y los principales tipos en que se pueden clasificar, así como la importancia de reconocerlos para anticiparse a una situación de consumo.

## **DINÁMICA 2**

Para la dinámica 2 se les proporcionará a los participantes una hoja blanca y un lápiz, las instrucciones para la dinámica son las siguientes: por favor, recuerden alguna situación en la que consumieran drogas e identifiquen como se sentían antes de empezar a consumir, que pensaban en ese momento. Estos sentimientos, pensamientos o eventos son los que pudieron llevarlos a consumir.

Ahora escriban los principales precipitadores de acuerdo a cada situación personal. Se les pedirá que mencionen a que tipo corresponden de acuerdo a la exposición anterior. Además se les preguntará como pueden evitar o reducir su exposición a dichos disparadores.

Posteriormente cada participante irá mencionando lo que escribió, se les pedirá que mientras hable algún compañero nadie más lo haga ya que todos tendrán oportunidad de expresarse.

## **DINÁMICA 3**

Se llevará a cabo la dinámica 3 para lo cual se les dará una hoja en blanco y un lápiz. También se les explicará que esta dinámica se dividirá en dos fases.

En la primera fase se trabajará de manera individual por lo que se les dará a los participantes una hoja y se indicará que la dividan en cuatro partes, en esta que escribirán lo siguiente:

- En la primera parte escribirán consecuencias inmediatas
- En la segunda consecuencias positivas,
- En la tercera consecuencias a largo plazo
- En la cuarta consecuencias negativas.

Se les explicará que se trata de identificar que efectos tienen las drogas que consumían en cada persona, asimismo identificar que en ocasiones este

consumo los ha llevado a vivir experiencias agradables y que estas son más fácil de recordar, sin embargo, también hay consecuencias negativas que son muy importantes de tomar en cuenta.

En la segunda fase se trabajará de forma grupal. Se les explicará la actividad a realizar:

- Primero se les pedirá a los participantes que se enumeren del 1 al 3 y repitan la numeración.
- Después se les solicitará que formen tres equipos y comenten cuales son las consecuencias negativas, considerando que ya las habían escrito anteriormente
- Se les dirá que hagan una lista por equipo y después la expondrán ante el grupo entero
- También se les pedirá que reflexionen acerca de las experiencias expuestas y consideren los riesgos de volver a experimentar dichas consecuencias.

## **EVALUACIÓN**

La evaluación consistirá en entregar por escrito los componentes de las situaciones de riesgo y crear alternativas de acción ante dichas situaciones, para que eviten recaer en el consumo de drogas.

## **CIERRE**

Para finalizar la sesión se pedirá que compartan lo que aprendieron en la sesión. Después se les dirá la tarea para la próxima sesión y se dará por terminada la sesión agradeciendo su asistencia.

## **SESIÓN 5**

### **MANEJO DE CRAVING**

#### **OBJETIVOS INFORMATIVOS:**

- Conocer que es autocontrol y su aplicación en el manejo de las adicciones.
- Conocer el concepto de craving y los diferentes tipos del mismo
- Conocer las técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del craving

#### **OBJETIVOS FORMATIVOS**

- Aprender a realizar el automonitoreo y autoregistro como herramienta para identificar las señales cuando se experimente el craving.
- Aplicar las técnicas para el enfrentamiento adecuado del craving
- Crear un plan de acción que les permita actuar en el momento en que experimenten craving y eviten consumir drogas de nuevo.

#### **DESARROLLO DE LA SESIÓN:**

<b>Fase de la sesión</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos didácticos</b>
<b>Inicio</b>	15 min	-Bienvenida -Revisión de la tarea asignada la sesión anterior	
<b>Dinámica1</b>	25 min	-Dinámica grupal: El que se enoja pierde	Rotafolio, papelería y lápices
<b>Exposición teórica</b>	30 min	Exposición teórica de: Autocontrol y autoregistro Craving y tipos de craving	
<b>Dinámica2</b>	35 min	Tarjetas	Tarjetas escritas
<b>Cierre</b>	15 min minutos	- Invitación a la siguiente sesión -Se asigna tarea - Despedida	

## **EXPLICACIÓN DEL DESARROLLO DE LA SESIÓN**

### **INICIO**

Se le dará la bienvenida a todos los participantes, agradeciendo su asistencia. Se informará que el tema correspondiente a esta sesión es el de Autocontrol y Manejo de Craving, los objetivos que se buscan alcanzar: el objetivo es que ustedes conozcan el concepto de autocontrol y como realizar un autoregistro, ya sea de emociones, pensamientos o señales asociadas al Craving. Además, que conozcan y puedan aplicar las técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del Craving.

### **DINÁMICA 1**

Para la dinámica “El que se enoja pierde” se les explicará a los participantes que el objetivo es reconocer la diferencia entre experimentar sentimientos de enojo y conceptualizar racionalmente lo que ocurre en una situación de enojo. Considerando que es una de las emociones más difíciles de manejar y que en la mayoría de los casos esto los ha llevado a consumir drogas

A continuación se explicarán las instrucciones para realizar dicha dinámica:

I. Se solicita a los miembros del grupo, que completen verbalmente algunas oraciones señaladas en el rotafolio, relacionadas con situaciones de enojo:

a) Llego a enojarme cuando.... b) Cuando me enojo yo digo... c) Cuando me enojo yo hago... d) Cuando alguien se encuentra cerca de mí y está enojado, yo.... e) Consigo controlar mi enojo mediante... f) Etc. (Frases incompletas que serán anotadas en el rotafolio).

II. Se genera una discusión, tomando como punto de partida. las expresiones manifestadas por los participantes.

III. Cada participante, hace un estimado de las ocasiones en que llega a sentirse enojado, molesto o irritado (por semana o por día).

IV. Estos estimados, se anotan en el rotafolio y se discuten grupalmente acerca de la cantidad de enojo que puede experimentar una persona.

V. Se llega a conclusiones.

#### **EVALUACIÓN:**

Para evaluar esta dinámica se solicitará a los participantes del taller que lleven a cabo un autoregistro de las ocasiones en que llega a sentirse enojado, molesto o irritado (por semana o por día); además de cómo enfrentaron dicha situación.

#### **EXPOSICIÓN TEÓRICA:**

Se mencionará el concepto de autocontrol y su importancia para el manejo de emociones y pensamientos negativos.

Se hará énfasis en la importancia del autoregistro, no solo para identificar las ocasiones en que se enojan, sino para las demás emociones que puedan experimentar en el transcurso del tratamiento y sobretodo para identificar las señales del craving.

También se dará a conocer el significado de Craving y su relevancia en el tratamiento de su adicción, como una condición natural de dicho proceso. Asimismo se les explicará los tipos de craving que pueden experimentar o que han experimentado.

Por lo tanto se les explicará que experimentar craving no siempre va a estar relacionado con la recaída, considerando que si se cuenta con las estrategias necesarias para enfrentarlo se podrá elaborar un plan de acción efectivo que les impida consumir otra vez.

## **DINÁMICA 2**

La dinámica a realizar consistirá en una exposición por parte de los participantes de las técnicas para el manejo del craving.

Para llevar a cabo esta dinámica se les dará a participantes las indicaciones siguientes:

- Primero se les pedirá que formen dos equipos
- A cada equipo se le asignarán diferentes tarjetas que contienen el nombre de la técnica y la información al reverso de dicha técnica.
- Se dará un tiempo de 10 minutos para que lean la información y piensen en un ejemplo de esa técnica
- Se llevará a cabo la explicación platicuen frente al grupo.

## **EVALUACIÓN**

La evaluación consistirá en que cada participante exprese cual técnica o técnicas le parecen más adecuadas considerando la posibilidad de aplicarlas en el momento de experimentar el craving.

Además se les pedirá que elaboren un plan de emergencia para el enfrentamiento del craving

## **CIERRE**

En el cierre de esta sesión se invitará a los participantes a que compartan lo que aprendieron, después se les explicará la tarea para la próxima sesión que elaboren un plan de acción que contemple los siguientes puntos:

¿Qué señales te avisan que estas experimentando deseos de consumir (craving)?

¿En que parte del cuerpo experimentas sensaciones resultantes del craving?

¿Qué harás cuando experimentes craving? Aquí se pedirá que realicen una lista de posibles actividades que distraigan al paciente, además de considerar con que personas se puede recurrir para platicar acerca de su urgencia de consumo.

Se dará por terminada la sesión y se invitará a la siguiente sesión.

## SESIÓN 6

### TEMA:

#### OBJETIVOS INFORMATIVOS:

- Conocer la técnica de Solución de Problemas

#### OBJETIVOS FORMATIVOS:

- Aprender a inhibir la tendencia de actuar impulsivamente para resolver un problema o inhibir la tendencia a quedarse sin hacer nada para resolverlo.
- Identificar alternativas más eficaces para solucionar problemas sociales
- Aprender una técnica de solución de problemas que les permita a los participantes sentirse más independientes al afrontar problemáticas relacionadas a su adicción y a su vida en general

#### DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Fase de la sesión	Tiempo	Actividad	Recursos didácticos
Inicio	15 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bienvenida</li><li>• Revisión de la tarea asignada la sesión anterior</li></ul>	
Dinámica1	15 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinámica grupal: “Azote”</li></ul>	Espacio amplio y sillas
Dinámica2	30 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinámica grupal: “Técnica de los Caballos”</li></ul>	
Exposición teórica	20 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Exposición teórica de: Técnica de Solución de Problemas</li></ul>	
Dinámica3	35 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinámica grupal: “La isla Desierta”</li></ul>	Mapa de la isla, hojas y lápices
Cierre	15 min minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Invitación a la siguiente sesión</li><li>• Se asigna tarea</li><li>• Despedida</li></ul>	

## **EXPLICACIÓN DEL DESARROLLO DE LA SESIÓN**

### **INICIO**

Se dará la bienvenida a los participantes agradeciendo su asistencia y se les preguntará si realizaron la tarea de la sesión anterior para que se realicen los comentarios pertinentes.

### **DINÁMICA 1**

Se llevará a cabo la dinámica “Azote” con el propósito de favorecer la convivencia por parte del grupo se les mencionará que las instrucciones a seguir son:

El grupo se sentará en círculo. Se pondrá un periódico en una silla situada al centro del círculo. Quien comienza el juego (A) toma el periódico y toca con el periódico a otra persona (B) en las piernas. Rápidamente devuelve el periódico a la silla central y se sienta en su propia silla. La persona tocada (B) intenta tomar el periódico y darle un azote a (A) en las piernas antes de que se siente. Si lo consigue (A) se queda en el centro. En caso contrario (B) continúa el juego dando un azote a otra persona. Siempre hay que dejar bien colocado el periódico sobre la silla. En caso de que se caiga habrá que volver y colocarlo bien.

Cascón, F. (1990). La alternativa del Juego. Málaga: Gráficas Xiara.

### **DINÁMICA 2**

Se les explican las condiciones a los participantes para realizar la dinámica “Técnica de los Caballos”:

Primer paso: Se les planteará un problema al cual deberán dar solución, de forma individual y en silencio.

### **SE LES EXPLICA EL PROBLEMA:**

“Hace poco fui a la exposición ganadera. Casi al entrar, había un señor con varios caballos. Uno de ellos me gustó y le pregunté al dueño su precio. Se lo compré en \$800.00...” “Con el caballo en mi poder, me empecé a plantear todas las dificultades que implicaba tenerlo: desde como llevármelo a mi casa, hasta como cómo mantenerlo y cuidarlo. En eso me alcanzó su antiguo dueño y me dijo que había cometido un error, que su caballo iba a entrar en un concurso, que se lo devolviera. “Yo acepté, pero se lo vendí en \$900.00... Dos horas después, cuando iba de salida de la exposición, vi que el caballo había ganado el primer premio en el concurso. No pude contener el impulso y le pedí al dueño que me lo volviera a vender. Aceptó, pero como era un ganador me lo vendió en \$1000.00... Estaba ya en el estacionamiento, junto a mi carro, pensando como iba a llevarme el caballo a mi casa, cuando de nuevo me alcanzó el dueño y me pidió que le regresara el caballo, que su socio le había dicho que lo iban a dedicar a semental. Yo acepté, pero se lo vendí en \$1000.00... La pregunta que deben responder es si perdí, gané o salí a mano. Sí perdí o gané, cuánto perdí o cuánto gané.

Se darán cinco minutos para tener una respuesta individual.

Segundo paso: Se solicita la respuesta al problema a cada participante. Como algunos dirán diferentes respuestas, se les dará la siguiente instrucción: Se trata de un problema matemático que no debe tener más de una solución correcta. Su tarea es ponerse de acuerdo, todos como grupo en una respuesta. Cuando todos estén de acuerdo con una sola respuesta me avisan.

Tercer paso: Se deja que el grupo se organice e interactúe como quiera y pueda, para ponerse de acuerdo. No se deberá intervenir ni dar opinión, ni responder ninguna pregunta. Se observará la manera en que se organiza el grupo, quienes actúan como líderes, en quienes se centran las interacciones, como se convencen unos a otros, etc. Se asigna un tiempo de 15 para terminar la actividad.

## **EVALUACIÓN**

Se pregunta a los participantes su opinión acerca de la manera de organizarse, quienes ayudaron y quienes obstaculizaron el consenso grupal, como llegaron al mismo resultado. Se hará hincapié en aquellas actitudes tanto positivas como negativas, que resalten para ayudar al grupo a integrarse más como equipo. Además se podrá detectar quienes son personas fácilmente influenciables y quienes no participan en la solución de un conflicto.

Zarzar, C. (1993). Habilidades básicas para la docencia. México: Patria.

## **EXPOSICIÓN TEÓRICA**

Se comienza la exposición mencionando a los participantes la importancia de contar con una estrategia que les permita dar solución a sus problemas, así como hacer un análisis de todas las respuestas alternativas a un problema y tomar una decisión sobre la que se considere más efectiva.

Se dará paso a la explicación de los cinco pasos de la técnica de solución de problemas:

1. Orientación general
2. Definición del problema
3. Establecer posibles alternativas de solución
4. Tomar una decisión
5. Verificación de la aproximación seleccionada

Se mencionará que el objetivo de esta técnica no es llegar a soluciones específicas o únicas para los problemas, sino que les será útil para generar más alternativas y que puedan hacer un análisis de cual sería la más eficaz.

### **DINÁMICA 3**

Se realizará la dinámica “La isla desierta” para buscar soluciones creativas a los conflictos así como estimular la capacidad para tomar decisiones en grupo.

Las indicaciones para el desarrollo de la dinámica son las siguientes:

Se divide el grupo en subgrupos de 4-5 personas y se les da a cada uno un plano de la isla, donde también está la lista de los restos del naufragio. Cada grupo trabajará independientemente.

El escenario para cada subgrupo es: “Son los únicos supervivientes de un naufragio. Han llegado a esta isla (se dan 5 minutos para elegir el punto de la isla al que se ha llegado. Luego no se podrá modificar) con la marea, la cual ha arrastrado también algunos restos del barco; un baúl y algunas maderas.

Se les pedirá que planifiquen las tres próximas semanas aplicando la técnica de solución de problemas y llevando a cabo lo siguiente: reconocimiento de la isla, búsqueda de alimentos y agua, organización del trabajo y forma de vida, postura frente a la tribu, respuesta ante los posibles enemigos y posibilidades de rescate.

Después de unos 20 minutos se ponen en común las estrategias y se pasa a la evaluación.

### **EVALUACIÓN**

Para la evaluación se plantearán a los participantes las siguientes preguntas:

¿Cómo se han sentido? ¿Cómo se tomaron las decisiones? ¿Qué roles surgieron? ¿Qué problemas se dieron? ¿Qué soluciones? ¿Cuál es su idea de enemigo?

Cascón, F. (1990). La alternativa del Juego. Málaga: Gráficas Xiara.

## **CIERRE**

- Se concluirá de manera general el tema de la sesión: técnica de solución de problemas, pidiendo que compartan lo que aprendieron en la sesión.
- Se pedirá de tarea que escriban una carta dirigida a ellos sobre lo que desean para cuando salgan del centro y otra en la que escriban los sentimientos y pensamientos negativos que quisieran dejar atrás.
- Se les invitará la siguiente sesión, recordando hora y lugar.
- Se dará por terminada la sesión agradeciendo su asistencia y atención.

## SESIÓN 7

### TEMA: AUTOEFICACIA Y ADICCIONES

#### OBJETIVOS INFORMATIVOS:

- Conocer como aplicar los conocimientos y habilidades adquiridos para mejorar su autoeficacia
- Entender la relación entre la autoeficacia y el consumo de drogas.

#### OBJETIVOS FORMATIVOS:

- Sintetizar las habilidades adquiridas para mejorar su autoeficacia con relación a su adicción.

Desarrollo de la sesión:

<i>Fase de la sesión</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Recursos didácticos</i>
<b>Inicio</b>	5 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bienvenida</li></ul>	
<b>Dinámica1</b>	30 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinámica grupal: "Mesa redonda"</li></ul>	Hojas blancas y bolígrafos
<b>Dinámica2</b>	30 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinámica grupal: Cartas</li></ul>	Espacio amplio y sillas, cartas escritas
<b>Evaluación</b>	25 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicación del Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas</li></ul>	Cuestionario Lápices
<b>Dinámica3</b>	15 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mensajes positivos</li></ul>	Hojas blancas Bolígrafos
<b>Cierre</b>	10 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agradecimientos</li><li>• Despedida</li></ul>	

## **DESARROLLO DE LA SESIÓN**

### **INICIO**

En la fase de inicio se dará la bienvenida a los participantes y se les agradecerá por su asistencia a la última sesión del taller. Se informará a los participantes sobre el tema de la sesión así como los objetivos que se buscan alcanzar. Se les mencionará que se tratará de integrar las técnicas para mejorar su autoeficacia que se aprendieron en el transcurso del taller. El objetivo es llegar a la conclusión de que tener mejor nivel de autoeficacia los hará sentirse más seguros para resistirse a consumir drogas nuevamente.

### **DINÁMICA 1**

La dinámica a realizar en la sesión de clausura será una mesa redonda a cargo de un moderador. Se les indicará lo siguiente:

Se invitará a los participantes a tomar una silla y formar un círculo para iniciar la discusión.

Se les explicará a los participantes que en la sesión se hará una mesa redonda. Se les dará un tema específico y todos podrán exponer sus ideas sobre el mismo, de forma ordenada para escuchar lo que cada uno tiene que aportar.

Se hará una conclusión final para cada tema; la conclusión deberá ser formulada por un participante elegido por el moderador. Otro participante deberá completar esa conclusión.

Cada participante formulará una conclusión final y la compartirá con el grupo, al terminar la discusión de todos los puntos.

El moderador dará una conclusión final de la actividad y se dará por terminada la mesa redonda agradeciendo la participación a cada integrante.

Los temas a discutir serán los siguientes:

- Relación entre autoestima, asertividad y autoeficacia.
- La importancia de la autoeficacia en las adicciones
- Importancia de las técnicas para mejorar

## **DINÁMICA 2**

Para realizar esta dinámica se les pidió a los participantes como tarea, en la sesión anterior que escribieran dos cartas dirigidas a ellos mismos: la primera debería contener los pensamientos y sentimientos negativos que quisieran dejar atrás como parte de su proceso terapéutico; en la segunda escribirían los propósitos, metas o deseos que quisieran lograr al concluir su tratamiento.

Se les pedirá a los participantes que cada uno lea la primera carta, una vez que todos la hayan leído, se les pedirán que rompan la carta y la tiren a la basura, como si se estuvieran deshaciendo de esos sentimientos y pensamientos negativos.

Considerando que el hablar de estos sentimientos les puede causar malestar, se les pedirá que se levanten de su lugar, formen un círculo y se tomen de las manos; después se les pedirá que levanten sus brazos y que cuando se diga ya, se agachen al mismo tiempo que dan un fuerte grito. Esto les ayudará a liberar la tensión provocada por el tema tratado.

Después se les pedirá a los participantes que lean las cartas en las que explican sus metas, deseos u objetivos, para cuando termine su tratamiento. Cuando cada uno haya leído su carta se les pedirá que se levanten de su lugar y se tomen de las manos y esta vez se darán un abrazo colectivo. Todos se irán acomodando de tal forma que formen un espiral y no deberán soltarse de las manos. Al final se les pedirá que se vayan desenrollando hasta quedar todos separados nuevamente. Esto les hará sentir la calidez de un abrazo sin sentir incomodidad por hacerlo públicamente.

## **EVALUACIÓN**

En la fase de evaluación se hará la aplicación del Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas. Se atenderán a las dudas o preguntas que se tengan los participantes al contestar el cuestionario.

## **CIERRE**

El cierre de la sesión se llevará a cabo en dos etapas:

Primero se pedirá que a modo de despedida entre los compañeros del grupo, cada uno escribiera un mensaje positivo a alguno de sus compañeros, con el fin de reforzar la confianza en sí mismos y en el grupo. Cada uno deberá tener un mensaje y lo leerá en privado posteriormente.

En segundo lugar se agradecerá a los participantes su asistencia y cooperación durante el taller. Esperando que lo que pudieran haber aprendido fuera útil y lo aplicarán para seguir en abstinencia una vez concluido su tratamiento. Asimismo felicitarlos por darse la oportunidad de aprender algo nuevo y que concluyeran las actividades satisfactoriamente.

Se dará la despedida a los participantes antes de retirarse.