



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA GRUPAL PARA FAMILIARES
DE USUARIOS CON COMPORTAMIENTO ADICTIVO.

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN

ARACELI FLORES ANGELES

NARA GABRIELA PÉREZ MERCADO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES

REVISORES: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MTRA. GUADALUPE INDA SÁENZ ROMERO

MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ

LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE

CIUDAD UNIVERSITARIA, ABRIL 2013.





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.

Índice

Agradecimientos	4
Resumen	8
Introducción	10
Capítulo 1. Familia y Adicciones	16
1.1 Factores de riesgo y factores de protección	31
Capítulo 2. Abordajes clínicos para familias con usuarios dependientes a sustancias adictivas	40
2.1 Grupos de familia Al-Anon.	43
2.2 Modelo Johnson Intervención Familiar	50
2.3 Modelo de intervención breve para familias de consumidores de alcohol y drogas	53
2.4 Grupo de familiares (Centros de Integración Juvenil CIJ)	56
2.5 Comunity Reinforcement Family Training	62
2.6 Programa de Satisfactores Cotidianos	66
Capítulo 3. Intervención.	69
3.1 Justificación	69
3.2 Objetivo de la investigación	69
3.3 Preguntas de investigación	70
3.4 Hipótesis	70
3.5 Variables	71
3.6 Diseño	72
3.7 Participantes	73

3.8 Escenario	73
3.9 Instrumentos	74
3.10 Procedimientos	81
Resultados	87
Conclusión y Discusión	98
Referencias	105
Anexos	111

Pian, pianito...el tiempo llegó y con él un logro más.

Doy gracias a Dios por su Amor y por siempre estar presente en mi vida.

A mi mamá, Alvara Amada Angeles Callejas, gracias por ser quien eres, por todo lo que me has dado y por ser mi ejemplo a seguir. Eres a quien más quiero en este mundo.

A José Luis Flores Camacho, Arturo Zárate Angeles, Ana Lilia Zárate Guerra, Wendy y Martín, gracias por ser parte de mí, los quiero.

Dra. Lydia Barragán Torres, le agradezco toda la confianza puesta en mí, las enseñanzas enriquecedoras que recibo día a día, las oportunidades que me ha dado para crecer mucho aún más en lo profesional y personalmente, el apoyo constante para llevar a cabo esta investigación y sobre todo su amistad, han sido muy gratos los momentos compartidos. Mi respeto, admiración y cariño, siempre.

A mis amigos de esta segunda aventura académica...Linda, Yectivani, Francisco y Alejandra ha sido muy bueno crecer, más, con ustedes, ¡gracias!

Isabel, prima querida, gracias por siempre estar al pendiente y demostrarme tu apoyo, ha sido muy alentador.

A Laura Sánchez e Ivonne Hernández, gracias por ser mis amigas y echarme porras en todo momento. A mis amigos todos, sin importar el género, ustedes saben bien quiénes son, sobre todo si estás leyendo estas líneas, los quiero y valoro simplemente por Ser y Estar. Gracias.

Al comité revisor: Mtro. Jorge Álvarez, Mtra. Leticia Echeverría, Mtra. Inda Sáez y Dr. Samuel Jurado; ha sido un privilegio contar con su respaldo en este trabajo, el interés y apoyo mostrado han sido motivadores invaluable, muchas gracias.

Mi reconocimiento y respeto a todos los que conforman el equipo del Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez”, lugar sin el cual nada de esto sería posible, desde mi llegada me abrió sus puertas, dándome la posibilidad de adquirir más estrategias y habilidades, que hoy día, favorecen y facilitan la intervención con los usuarios y familiares, esperando contribuir en su calidad de vida.

ARACELI FLORES ANGELES

“No hay alegría más alegre que el prólogo de la alegría”.
M. Benedetti

Dedicatoria

(Nara)

Con amor profundo y gratitud sincera, a ti Jesucristo, por quien vivo, me muevo y soy. Porque Tú conoces mejor que nadie el camino recorrido para llegar a esta meta; porque siempre alimentaste mi esperanza con tu amor, renovaste mi fuerza cuando se acababa y me rodeaste de las personas idóneas.

Gracias por enseñarme que tu gracia me basta y que al que cree, ¡Todo le es posible!

A mi mamita Celia†: Gracias por tanto amor, por brindarme tu tiempo, tus cuidados, tu ternura y por dejarme la mejor herencia, el amor y respeto a nuestro Dios, Siempre estas presente para mí.

A mami Pilar: Por tu apoyo incondicional, por ser mí amiga, compañera, maestra, muchas gracias por tu amor y tu paciencia. Eres una gran madre, te amo.

A Sam: Por ser una joven valiente y ser mi hermanita, nunca pierdas la esperanza.

A mi abuelito Luis: Gracias por tu apoyo, por compartir conmigo y alegrarte con mis logros, te quiero y admiro abuelito.

Papá: Todo lo vivido me ha dejado grandes enseñanzas.

A todas las familias que valientemente enfrentan la problemática del consumo de sustancias y anhelan un cambio, es posible cambiar, si cada uno nos comprometemos a hacerlo, "que empiece por mí".

Agradecimientos

A mis padres espirituales: José Gregorio y Daysi Moreno, por su cariño, sus oraciones, y sus consejos son para mí un gran ejemplo de devoción, servicio y entrega a Dios, gracias por su confianza en lo personal y ministerial. Ustedes han marcado mi vida, los amo.

A mis amigos: No los enlisto para no olvidar a nadie, yo sé que ustedes saben quiénes son, porque siguieron muy de cerca este proceso, animándome, aconsejándome, escuchándome, orando conmigo y por mí; en este trabajo hay pedacitos de ustedes, son maravillosos.

Anel Saavedra: Eres playa libertad... ¡Gracias! Te quiero muchísimo

Arita: Gracias por pensar en mi para compartir esta aventura... ¡Vaya que lo ha sido! pero sobre todo gracias por la hermosa aventura de la amistad, por todas las cosas compartidas, risas, llantos, chistes, diferencias; has enriquecido mi vida con tu ser. Eres una gran bendición y una persona muy importante para mí, te quiero mucho, te admiro y te deseo lo mejor siempre.

Dra. Lydia Barragán Torres: Gracias por creer en mi trabajo, por apoyarme tanto en lo profesional, como en lo personal, por ser un ejemplo de disciplina, dedicación y compromiso para el trabajo, por todas sus enseñanzas, y sus atinados comentarios para afinar este trabajo, en especial por su cariño y amistad. Mi admiración respeto y cariño.

Al comité de revisores: Dr. Samuel Jurado, Mtra. Inda Sáenz, Mtra. Leticia Echeverría, y Mtro. Jorge Álvarez; por su apoyo para agilizar este proceso, su amabilidad y atinados comentarios para mejorar este trabajo.

*A todos los que laboran en el **Centro de Atención de Adicciones "Dr. Héctor Ayala"** mi segunda casa formativa. El ser parte del equipo ha sido una experiencia muy enriquecedora en todo sentido, gracias por ayudarme a asumir mi rol enteramente profesional y por capacitarme para ello.*

Resumen

Existen resultados que indican que es 4.5 veces más probable que una persona se involucre en el consumo de las drogas si su papá o hermanos las usan y que dicha probabilidad se incrementa hasta 10.4 veces si quien las usa es el mejor amigo (ENA, 2008).

Los otros significativos también son afectados por la problemática del consumidor, ya que los sentimientos originados por el consumo del usuario le afectan ocasionándole alteraciones emocionales y favorecen problemas en sus relaciones interpersonales con el consumidor quien a su vez, intensifica el consumo.

La presente investigación se desprende de la importancia de impartir una intervención a familiares y otros significativos de usuarios con comportamiento adictivo que les permita recibir información sobre la problemática de consumo y favorezca que otro significativo se convierta en un agente activo en el cambio del ambiente familiar, con la capacidad de auto controlar sus emociones ante la situación de consumo del usuario, favorecer su satisfacción personal y entablar relaciones interpersonales satisfactorias. Por lo que se evaluó la efectividad de una intervención grupal de corte cognitivo conductual de 8 sesiones aplicada a 6 grupos distintos de familiares de usuarios con comportamiento adictivo, en la cual, los familiares aprendieron habilidades de control emocional, solución de problemas y estrategias para mejorar sus relaciones interpersonales, con la finalidad de que cuenten con estrategias de afrontamiento adecuadas y asertivas para enfrentar el comportamiento adictivo del usuario. Se trató de un diseño pre test- postest aplicado a una muestra de 34 participantes cuya media de edad es de 44 años. Se obtuvieron mediciones de los niveles de ansiedad, depresión, satisfacción personal del familiar, satisfacción de la convivencia con el usuario, así como de la percepción de apoyo que el familiar brinda al usuario y la percepción que el usuario tiene del apoyo recibido y el grado de satisfacción con la utilidad de las estrategias y habilidades adquiridas.

Los resultados mostraran que hay un cambio significativo en los niveles de depresión y ansiedad de los familiares, los cuales disminuyeron después de la

intervención, así como en los niveles de satisfacción personal, de satisfacción de convivencia con el usuario y percepción de apoyo los cuales muestran un incremento.

En lo referente a la satisfacción con la utilidad de las estrategias aprendidas los resultados indican que hay efectividad en las estrategias aprendidas y que la experiencia del taller les fue satisfactoria.

Introducción

El consumo de drogas es uno de los problemas de salud pública más graves al que se enfrentan la mayoría de los países del mundo. El consumo de alcohol está relacionado con enfermedades crónicas como la cirrosis hepática, con accidentes automovilísticos y con el homicidio, además se ha asociado a enfermedades crónicas, muerte accidental y actividades delictivas. Y, lo que es más, debido a la naturaleza adictiva de muchas sustancias psicoactivas se afecta el funcionamiento físico, cognitivo, emocional, social, coadyuvando a la severidad de la problemática.

En la quinta Encuesta Nacional de Adicciones cuyos reportes disponen de representatividad a nivel nacional, se indica que 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 son mujeres y la población adolescente está copiando los patrones de consumo de la población adulta. La tendencia de consumo de 2002 a 2008 de drogas ilegales y médicas en población rural y urbana de 12 a 65 años incrementó de 5% a 5.7%; el consumo de drogas ilegales como la marihuana, cocaína, metanfetaminas, etc. aumentó de 4.6 a 5.2%. La preferencia en la población por el consumo de la cocaína ha mostrado variaciones importantes y desplaza a los inhalables desde finales de los años ochenta e inicios de los noventa, cuando aparece en el mercado nacional. El consumo de crack y de metanfetaminas aumentó seis veces. Una vez que se abusa del consumo la población de adolescentes es la que en mayor proporción progresa hacia la dependencia en un 35.8%; la de adultos jóvenes, de 18 a 25 años en un 24.6% y la de los que tienen más de 25 años en menor proporción con un 4.5%. Adicionalmente, son los adolescentes quienes presentan 69 veces más probabilidad de usar marihuana cuando se la ofrecen regalada, que sus compañeros que no han estado expuestos a la invitación; los de entre 18 y 34 años tienen 21 veces más probabilidad de usarla y 19 veces más de consumirla para los de entre 35 años y mayores a quienes se las ofrecen (ENA, 2008).

En cuanto a los datos disponibles de la (ENA 2011) no se encontraron diferencias significativas en la proporción de bebedores entre 2002 y 2008, pero en 2011 hay un aumento de la proporción de personas adultas entre 18 y 65 años, que reportaron consumir alcohol; tendencia que se observa tanto en hombres como en mujeres.

Este mismo crecimiento se observa en la población adolescente entre 12 y 17 años, con más bebedores en 2011 tanto en hombres como en mujeres.

En cuanto a las drogas ilegales la encuesta muestra que la tendencia al crecimiento que se observó entre 2002 y 2008 parece haberse detenido en los siguientes tres años de 2008 a 2011, no se observan cambios significativos en la proporción de personas que reportan consumo de cualquier droga en el último año; el consumo de drogas ilegales es muy similar en las dos mediciones. Tampoco se aprecian diferencias en el consumo por tipo de droga. La marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo y representa el 80% del consumo total de drogas. La cocaína sigue apareciendo en segundo lugar con un usuario de cocaína por cada 2.4 usuarios de marihuana. Uno de cada cinco usuarios de cocaína la consume en forma de piedra o crack. El índice de dependencia no presentó cambios significativos.

La ocurrencia del comportamiento de consumo es afectada por la influencia interpersonal, que también influye en los principios y aspiraciones que guían otras conductas y la subsecuente obtención de logros (Stafford y Cocanougher, 1977). La susceptibilidad del comportamiento a la influencia de los demás ante alguna situación se relaciona con su influenciabilidad ante otra serie de eventos y situaciones sociales (McGuire, 1968). Los resultados indican que es 4.5 veces más probable que una persona se involucre en el consumo de las drogas si su papá o hermanos las usan y que dicha probabilidad se incrementa hasta 10.4 veces si quien las usa es el mejor amigo (ENA, 2008). Por lo que la conducta de consumo es afectada de manera importante, por el impacto del ámbito social y familiar.

Los otros significativos también son afectados por la problemática del consumidor, ya que los sentimientos originados por el consumo del usuario le afectan

ocasionándole alteraciones emocionales y favorecen problemas en sus relaciones interpersonales con el consumidor quien a su vez, intensifica el consumo. La relación del consumidor con su familia es uno de los principales vínculos que independientemente de si viven actualmente con ellos, le permiten tener un sentido de pertenencia que se detecta por ejemplo, al proporcionar sus datos como referencia antes de un internamiento, al regresar a vivir nuevamente con ellos después de terminarlo o al visitarlos o contactarlos regularmente (Vaillant, 1966; Ross, 1973; Coleman, 1979; Stanton, 1982; Douglas, 1987; Bekir, 1993; Stanton, 1982). Sin embargo y a pesar de la importancia de este vínculo, es frecuente que los consumidores tengan un contacto familiar distante que se caracteriza por la carencia de comunicación, afecto y apoyo o por el contrario, que tengan vínculos familiares muy intrusivos en los que se obstaculiza la independencia del usuario (Schweitzer and Lawton, 1989). Existe una relación inversa entre el apoyo social familiar y el uso de sustancias adictivas (Moos, 1979).

La intervención familiar favorece la cohesión, expresividad e independencia (Moos, 1979); por lo que es muy importante el proporcionar entrenamiento al otro significativo, que incluye a los familiares, para favorecer la abstinencia del consumidor. En un estudio realizado por Higgings, Budney, Bickel y Badger (1994) con 52 usuarios dependientes a la cocaína se evaluaron durante un periodo de 12 semanas de tratamiento las variables predictoras de abstinencia: sexo, edad, años de escolaridad, situación laboral, ingreso económico, años de consumo regular de la sustancia, cantidad del gasto económico semanal de la sustancia, el mayor periodo de abstinencia alcanzado desde que se tuvo un consumo regular, dependencia al alcohol, dependencia a la marihuana, puntajes de severidad de problemas asociados al consumo y la participación en el tratamiento del otro significativo. De los 52 usuarios, 28 se clasificaron como éxitos terapéuticos y 24 como fracasos. Los resultados señalan que entre los casos considerados como éxitos hubo más usuarios cuya ruta de administración de la cocaína fue nasal en lugar de fumada o intravenosa, así mismo se encontró que estos usuarios tuvieron menos pérdidas laborales, pero la variable que en mayor medida predijo el éxito terapéutico fue la participación del otro significativo en la

intervención; por tanto, el apoyo social que recibe el usuario es muy importante para alcanzar periodos de abstinencia más amplios.

Se dice que el apoyo que brinda el otro significativo al usuario que participa en un proceso terapéutico disminuye el tiempo en terapia del participante, favorece la generalización del cambio y ayuda al usuario a tener cambios importantes.

La información presentada hasta el momento constituye evidencia de la importancia de la participación de los otros significativos en el proceso de tratamiento de los usuarios con comportamiento adictivo. Es importante clarificar el concepto de *otro significativo*; se encuentra enmarcado dentro de la sociología y su objeto de estudio, el proceso de *socialización*, que según Rocher (1980,p.133-134) “es el proceso mediante el cual la persona humana aprende e interioriza, durante el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio, los integra en las estructuras de su personalidad, bajo la influencia de experiencias y agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno ha de vivir”.

Musitu y Allatt (1994) definen la socialización como un proceso de aprendizaje no formalizado y en gran parte no consciente, en el que a través de un entramado y complejo proceso de interacciones, el niño asimila conocimientos, actitudes, valores, costumbres, necesidades, sentimientos y demás patrones culturales que caracterizan para toda la vida su estilo de adaptación al ambiente. Dicho proceso, no exento de riesgos (Allatt 1997; 1998), es el resultado de una interacción constante entre el socializando y los otros significativos (Schaffer, 1984). Los *otros significativos* son las personas que son importantes, influyentes y sus opiniones son significativas para nosotros (Lackovic- Grgin y Dekovik, 1990) su influencia depende del grado de intimidad, de su implicación, del apoyo social que proporcionan y del poder y autoridad concedidos (Blain, Thomson y Whiffern, 1993).

La consideración de los diversos factores asociados al inicio y a la continuación del consumo de drogas sugiere numerosos objetivos potenciales para la intervención o tipos de programas preventivos; se pueden desarrollar programas centrados en determinantes del consumo de carácter individual, familiar y comunitario.

Investigaciones recientes y evidencias empíricas, han demostrado la relación inversa entre el apoyo social y familiar, y varios índices de enfermedades físicas y mentales. Esto es, entre menos apoyo social y familiar, el individuo tiende a la presencia de diversas enfermedades físicas y psíquicas, entre ellas el uso de sustancias adictivas (Moos, 1979).

Para una intervención con mayor eficacia en usuarios con uso y dependencia de sustancias es importante un tratamiento integral orientado a cubrir todas las áreas de vida del usuario, permitiendo conductas eficientes que favorezcan positivamente sus ambientes: social, laboral, familiar. El tratamiento por sus características permitiría la adquisición de habilidades para vivir sin drogas, mantener una estabilidad emocional y disponer de apoyo en su ambiente.

Bader (1989; citado por Moos 1989) encontró un incremento de la cohesión, expresividad e independencia desde antes hasta inmediatamente después de una semana de trabajo terapéutico familiar.

Resulta obvio afirmar que la familia constituye la primera instancia de socialización y la institución que globalmente tiene más influencia en la formación y desarrollo de los niños y los jóvenes. Es en su seno donde estos niños y jóvenes, a través del aprendizaje y de la observación de las conductas de los adultos, se van capacitando para vivir en la sociedad y para afrontar de forma adecuada las nuevas situaciones que se les presentarán a lo largo de la vida, situaciones a las que no será ajena, con toda seguridad, la disponibilidad de drogas.

De ahí la consideración de la familia como un agente preventivo fundamental en los programas de prevención de drogas dirigidos a los adolescentes. La familia es capaz de influir positivamente en el desarrollo sano y equilibrado de sus miembros, lo que explica

la necesidad de apoyar esta potencialidad para evitar que la convivencia en su seno se convierta en todo lo contrario, es decir, en una fuente de riesgo y dificultades en el proceso evolutivo de los hijos.

Capítulo 1. Familia y Adicciones.

El consumo de drogas es uno de los problemas de salud pública que ha crecido en los últimos veinte años de manera exponencial; perturban la vida de las comunidades y alteran la dinámica de los núcleos familiares, confrontando los valores y la efectividad de la educación que en éstas se desarrolla. (ENA, 2008).

Este fenómeno de salud afecta, sin distinción de género, incidiendo principalmente a niños y adolescentes, de cualquier estrato social y de todas las regiones de nuestro país. Los estudios epidemiológicos, tanto nacionales como mundiales demuestran que este fenómeno es cambiante y se presenta con mayor frecuencia en jóvenes quienes consumen sustancias más dañinas; además se observa un aumento en el uso de drogas en la mujer, tanto legales como ilegales. (ENA, 2011).

La identificación de los factores que ocurren en el complejo fenómeno de las adicciones, desde la disponibilidad y el acceso a las sustancias, hasta las opciones de tratamiento y rehabilitación para quienes la padecen, pasando por la identificación de aquellos factores que las favorecen o las dificultan, sugieren numerosos objetivos potenciales para el diseño de intervención o tipos de programas preventivos centrados en determinantes del consumo de carácter individual, familiar y comunitario. (ENA, 2008).

En la actualidad, existe literatura que advierte sobre las diferentes consecuencias sociales y de salud que se derivan de las prácticas de abuso en el consumo de sustancias, haciendo evidente que vivir con un usuario de alcohol o drogas es una experiencia cada vez más común dada la prevalencia de este problema. Es así como la familia se perfila como el grupo que sufre los estragos del consumo de manera más inmediata y directa (Natera, Mora y Tiburcio, 1999).

La familia de acuerdo con Andolfi (1984) es un conjunto organizado e independiente de unidades ligadas entre si, por sus reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción y en intercambio permanente con el exterior.

Minuchin y Fishman (1986) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es el grupo celular de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones, entre ellas, la crianza de los hijos, la supervivencia y la unión común de los miembros de ésta. No es una entidad estática sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales.

Considerando las definiciones anteriores y vinculándolas a la problemática del consumo de sustancias por parte de alguno o algunos de los miembros de una familia; se entiende que, las reglas, dinámica (entendida como un estilo comunicacional e interaccional que les es propio) y funcionalidad, se ven sujetas a un cambio que afecta a todo el sistema, ya que, aunque cada miembro es independiente en el contexto familiar todos se hayan ligados entre sí.

Entendiendo la función de la familia y la importancia de la interacción que hay entre sus miembros, se comprende como la interacción familiar es afectada por el uso de sustancias.

Desde la década de los años 50 se llevan a cabo diversas investigaciones que tratan de valorar el impacto que la ingesta excesiva de alcohol y otras sustancias tiene sobre los miembros no consumidores de la familia (Hurcon, Copello, Oxford, 2000, citados en Tiburcio, 2009).

El consumo de alcohol o drogas constituyen un importante estresor para los familiares que viven con el usuario, quienes por otra parte, no están preparados para hacer frente a esta situación. Por ende, vivir con el usuario implica un esfuerzo mental constante para entender qué es lo que está ocurriendo y plantea un dilema sobre cuál es la mejor manera de responder a esta situación (Oxford, 1998, citado en Tiburcio, 2009).

En un esfuerzo por explicar la relación entre el alcohólico y su entorno familiar, White y Savage (2003, citados en Tiburcio, 2009) refieren que fue en la época de los años 30 que aparecieron los primeros trabajos del psicoterapeuta Richard Peabody donde señalaba tres causas básicas para el alcoholismo: haber heredado un sistema

nervioso vulnerable al alcohol, el efecto del ambiente familiar temprano y la influencia de experiencias tardías en el matrimonio, la universidad o el trabajo. Peabody enfatizó el rol parental como un agente causal del alcoholismo, en este orden de ideas, la presencia de una madre dominante y de un padre tímido y apático (o a la inversa) genera sentimientos de inferioridad y nerviosismo que a su vez pueden inducir al alcoholismo o uso de otras sustancias.

Moore y Gray (1937, citados en White y Savage, 2003), consideraban que el cónyuge no alcohólico era quien necesitaba tratamiento psiquiátrico con más urgencia. Por otro lado, Strecker y Chambers (1938, citados en White y Savage, 2003), detectaron que las mujeres tienden a sabotear el tratamiento de sus esposos alcohólicos en un esfuerzo por reafirmar su poder y control, por lo que sugerían establecer un acuerdo con la familia no para involucrarlos en el tratamiento del alcohólico, para que no lo obstaculizaran.

Durante la década de los 60, Rae y Forbes (1966, citados en Tiburcio, 2009) reforzaron la idea de que las esposas de los alcohólicos no podían ser consideradas como un grupo con características uniformes, ya que de acuerdo a los perfiles del MMPI que obtuvieron de 26 mujeres casadas con alcohólicos, podían distinguirse al menos dos tipologías: las mujeres con personalidad alterada, es decir, con actitudes antisociales y egocéntricas y las mujeres esencialmente normales, que sufren ansiedad y depresión como consecuencia del estrés que experimentan en la vida cotidiana.

El perfil general de la esposa de un alcohólico que se esbozó en estos primeros trabajos es el de una mujer neurótica, sexualmente reprimida, dependiente, dominante, maternal, masoquista y hostil (Day, 1961, citados en Tiburcio, 2009)

Una de las aproximaciones más controversiales a la problemática familiar frente a las adicciones es, sin duda, el modelo de enfermedad que propone el término “codependencia” como concepto explicativo. A partir de una revisión de la literatura, Noriega (2002) comenta que esa noción tiene su origen en el seno de los grupos de Alcohólicos Anónimos que se crearon en Estados Unidos en los años 50. Inicialmente fueron las esposas de los alcohólicos quienes se reunieron y se autodenominaron como

coalcóhólicas; más tarde haciendo referencia a la dependencia química el término se transformó en codependiente y en ocasiones se emplea la palabra coadicto o coadicta como sinónimo (Cantú, 1995).

Sin embargo, autores como Bejos (1995) establecen que codependencia y coadicción son conceptos diferentes y que es necesario distinguir las particularidades de cada uno de ellos, un codependiente puede ser una persona afectada por estar involucrada con un individuo que no es necesariamente usuario de sustancias pero es altamente estresante, en tanto que un coadicto es una persona afectada por un bebedor problema, incapaz de ajustarse como cónyuge, o hijo de un individuo químico dependiente. El término de codependencia, hoy día, se refiere a una persona “adicta” a un individuo que sufre una adicción (Cutland, 1998; Frank y Kadison, 1992, citados en Tiburcio, 2009). Cuadro I. Diferencias entre Codependencia y Coadicción.

CODEPENDIENTE	COADICTO
Vivir o haber vivido con una persona altamente estresante	Vivir o haber vivido con un adicto
Tratar de hacer todo por los demás	Trastornos en el sueño o la alimentación y en los estados de ánimo
Tendencias a mentir	Asumir responsabilidades por el adicto
Reaccionar exageradamente ante los cambios no planeados	Encubrir y proteger al adicto
Dificultad para ser perseverante	Controlar y esconder el dinero, tarjetas o cheques.
Buscar aprobación y confirmación de los demás para sentirse bien	Rechazar tener vida sexual con el adicto
Tendencia a ser impulsivo más que racional	Controlar, esconder o tirar las bebidas alcohólicas y/o la droga

Dificultad para identificar los sentimientos propios y expresarlos	Realizar constantes demandas o exigencias al adicto para que disminuya o detenga sus actuaciones destructivas, a pesar de las claras evidencias de que fracasa y no puede hacer lo que se le reclama
Sentimiento de culpa por lo que pasa a otros	Sentirse herido, deprimidos, con sentimientos de soledad, enojados, frustrados y hasta culpables
Actitudes y conductas rígidas	Presentar exacerbados problemas físicos y/o psicosomáticos que ya tenían como: dolores de cabeza, tensiones musculares, trastornos gástricos o ginecológicos, hipertensión arterial, artritis, neurodermatitis, etc.
Titubeo, dificultad para tomar decisiones	Alejarse de sus amistades y, en general, de su ambiente social por temor o vergüenza
Sentimientos de vergüenza y baja autoestima	Haber pasado por estas situaciones durante la infancia o adolescencia a causa de alguno de los padres, parientes o amigos
Pensar en exceso llegando a la confusión	Presentar excesiva tolerancia ante abusos físicos y emocionales por parte del adicto
Pueden ser muy responsables y muy irresponsables	

Fuente: Bejos, 1995

Ahora bien, es importante recordar que el término codependiente se desarrolló inicialmente para describir la conducta de las esposas de alcohólicos pero rápidamente se generalizó a otras áreas, incluyendo a las mujeres víctimas de violencia aún en ausencia del consumo de sustancias. Es así que el uso del concepto se ha sobregeneralizado de forma preocupante ya que una etiqueta o categoría diagnóstica que puede comprender a más de la mitad de la población despierta importantes cuestionamientos clínicos y sociales (Anderson, 1994; Frank y Kadison-Golden, 1992, citados en Tiburcio 2009).

Bejos (1995) discute que el hecho de que la gran mayoría de personas codependientes sean mujeres es una consecuencia de la forma en que se distribuyen los problemas de consumo de sustancias, ya que la prevalencia de abuso de alcohol y drogas es mayor entre la población masculina.

Otras críticas fuertes apuntan que la noción de codependencia es una forma de “victimizar y culpar a la víctima”, otras más precisan que aplicar el modelo de enfermedad a los problemas de relación trivializan la conducta adictiva relacionada con la dependencia química, cuando esta última debería considerarse el problema fundamental a resolver (Stafford, 2001, citado en Tiburcio).

Lo anterior nos permite tener una visión de las formas de afrontamiento que adoptan las personas más cercanas, su familia, a los usuarios con consumo de sustancias adictivas. En oposición a los modelos de auto-ayuda para la recuperación del paciente codependiente, se destacan los rasgos negativos de la personalidad y el déficit conductual, ciertas vertientes feministas proponen el empoderamiento como concepto clave para la atención de las personas que viven con un consumidor de sustancias, especialmente de las mujeres (Anderson, 1994). Esta aproximación destaca el origen social del problema, pretende desafiar y reestructurar los arreglos de poder en la sociedad.

De acuerdo con la perspectiva feminista, las mujeres necesitan ayuda para cambiar y no para aceptar su situación actual o aprender a lidiar con ella, para ello es indispensable reestructurar los sistemas económicos y políticos que enmarcan la

definición de los roles familiares y de género (Berardo, 1990). Se busca lograr la equidad en las relaciones entre hombres y mujeres, a nivel discursivo, es indispensable cambiar las representaciones dominantes respecto a la masculinidad y la feminidad, por ejemplo, la noción de que una mujer no puede vivir sin un hombre; a nivel material, impulsar la autonomía económica de las mujeres o al menos su capacidad para terminar con relaciones abusivas y proporcionar apoyo sin buscar culpables y a nivel intrapsíquico, en donde las mujeres aprendan a encontrar satisfacción y un sentido de sí mismas en factores diferentes al apego por un hombre (Usher, 1998, citado en Tiburcio, 2009).

Existen diversas elaboraciones teóricas sobre la respuesta humana a las situaciones estresantes. Lazarus (1993) reconoció la importancia de los procesos cognitivos y motivacionales en el proceso de afrontamiento, se diferenció entonces de otros estilos defensivos y se ponderó como el proceso de adaptación más avanzado y saludable en comparación con otros estilos de naturaleza neurótica o psicótica; él mismo planteó la conveniencia de estudiar al enfrentamiento como un proceso que varía con el tiempo y de un contexto a otro.

El afrontamiento es un esfuerzo cognitivo o conductual para manejar el estrés psicológico. La evaluación cognitiva es un proceso que permite al individuo estimar cuándo un evento es estresante o no y determina las consecuencias que éste puede provocar. No es posible definir el estrés considerando exclusivamente las características del ambiente sin tomar en cuenta las características individuales, además, el nivel de estrés que sufre un individuo depende de lo que se pone en juego al interactuar con el medio así como de las ventajas y desventajas de esa interacción específica. Por lo tanto, el estrés puede considerarse como un elemento que organiza diferentes fenómenos que son importantes para la adaptación humana, entre ellos, los procesos cognitivos, acciones específicas y los estilos de vida (Lazarus, 1966, citado en Tiburcio).

El afrontamiento tiene dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de la perturbación (enfrentamiento dirigido al

problema) y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (enfrentamiento dirigido a la emoción).

La forma en que un individuo afronta está determinada por los recursos sociales y psicológicos de que dispone; Peralin y Schooler (1978, citados en Tiburcio, 2009) señalan que los recursos sociales incluyen las redes de apoyo social (familia, amigos instituciones, etc.) mientras que los recursos psicológicos se refieren a las características personales que permiten resistir la amenaza que representan ciertos eventos presentes en el medio social.

Lazarus y Folkman (1984, citados en Tiburcio, 2009) consideran que las respuestas de afrontamiento dependen de elementos tales como la salud y la energía física, las creencias existenciales (fe en Dios), las creencias generales sobre el control de la situación estresante, motivación para enfrentar, recursos para la solución de problemas, habilidades sociales y las fuentes disponibles de apoyo social, así como, los recursos materiales. Suponen además que los esfuerzos de enfrentamiento son exitosos cuando logran reducir el malestar físico y psicológico y cuando las personas pueden reintegrarse rápidamente a sus actividades cotidianas. Por lo tanto, ninguna estrategia de afrontamiento *per se* es mejor que otra, su eficacia se establece a partir de sus efectos en una situación determinada y por sus efectos a largo plazo.

Aplicado al estudio de la familia frente a las adicciones, este modelo plantea que el consumo de alcohol o drogas constituye un importante estresor para los familiares que viven con el usuario, quienes no están preparados para hacer frente a esta situación por lo tanto, vivir con el usuario implica un esfuerzo mental constante para entender qué es lo que está ocurriendo y plantea un dilema sobre cuál es la mejor manera de responder a esta situación (Orford, 1998, citado en Tiburcio, 2009).

Así pues, el concepto de afrontamiento se ha definido como el conjunto de acciones y reacciones emocionales cognitivas que los familiares reportan haber usado como consecuencia del consumo de sustancias (Natera, 1993).

El afrontamiento puede considerarse también como una forma de apoyo social ya que al influir en las experiencias estresantes, puede tener un efecto en el curso y la

severidad del problema de consumo, por lo tanto, algunas formas de enfrentar pueden ser benéficas tanto para el familiar como para el usuario (Natera, Tiburcio, Mora y Orford, 1999).

Con base en datos recopilados en México e Inglaterra, Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, et al. (1998, citados en Tiburcio, 2009), analizaron la estructura del enfrentamiento en un intento por confirmar la existencia de las ocho formas previamente identificadas. Los resultados de este nuevo análisis sugieren tres posiciones de enfrentamiento que podrían representar formas universales de responder al consumo de un familiar: (a) Involucramiento, incluye los intentos de los familiares por cambiar el consumo excesivo e inaceptable; algunas formas de involucramiento son emocionales y controladoras, otras pueden ser apoyadoras y otras más asertivas; (b) Tolerancia, que puede presentarse como inacción, aceptación, sacrificio o apoyo, y (c) Retiro, acciones que conducen a la independencia del familiar.

Los hallazgos de esta investigación sugieren también que ciertos grupos de familiares están en mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental, por ejemplo, las esposas de usuarios de alcohol y drogas mostraron patrones de enfrentamiento altos en tolerancia e involucramiento, mismos que correlacionan significativamente con el nivel de síntomas. Este fue el caso de las esposas de usuarios de alcohol en México y las esposas de usuarios de drogas en Inglaterra. Los resultados también reflejan una gran tolerancia hacia el consumo de alcohol en México y mayor tolerancia hacia el consumo de drogas en Inglaterra, donde se encontró que en muchos casos las esposas entrevistadas también consumían drogas ilícitas (Orford, Natera et al, 1998, citados en Tiburcio, 2009).

Las formas de afrontamiento empleadas por las familias mexicanas con frecuencia se asociaron con altos niveles de malestar físico y psicológico, esto fue más común en el caso de las mujeres en comparación con los hombres. Por otra parte, se observó que la calificación en la escala de retiro tiene una correlación negativa y estadísticamente significativa con la sintomatología, esto sugiere que una relativa preponderancia de retiro en el perfil de enfrentamiento de un familiar o en su repertorio

de enfrentamientos es un signo saludable (Orford, Natera, Velleman, Copello, Bowie, *et al.*, 2001, citado en Tiburcio, 2009).

Ahora bien, tomando en consideración la relevancia que la familia tiene en cuanto al tratamiento en adicciones y de acuerdo a la revisión de Copello y Orford (2002, citados en Tiburcio, 2009), la literatura a nivel internacional demuestra que la participación de la familia y la red social más amplia puede: 1) ayudar a los usuarios a llegar a tratamiento y promover que se mantengan en él; 2) mejorar los resultados del tratamiento y el funcionamiento familiar; y 3) favorecer la reducción del impacto y el daño provocado a los miembros de la familia y otras personas afectadas incluyendo a los niños.

Gran parte de los estudios e intervenciones se han centrado en explorar el papel de la familia como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos adictivos, o bien como un elemento indispensable en la recuperación de los pacientes adictos.

Uno de los supuestos que subyace a la participación de la familia en el proceso de tratamiento tiene que ver con la dificultad de los adictos en la regulación del afecto y el establecimiento de relaciones significativas y estables incluso con los padres y la familia de origen en general; es por ello que algunas de las innovaciones que se han desarrollado en el campo del tratamiento consideran que la construcción de vínculos sólidos tiene un gran valor clínico (Galanter y Brooks, 2001, citados en Tiburcio, 2009).

La opinión de los propios usuarios también revela la relevancia del papel de la familia al tomar la decisión de ingresar a tratamiento; en un estudio con mujeres usuarias de drogas (n=100) que habían cometido algún delito y estaban internas en comunidades terapéuticas por disposición de la corte, Strauss y Falkin (2001, citados en Tiburcio, 2009) encontraron que para la mitad de las participantes la red de apoyo está constituida principalmente por miembros de la familia además de amigos y parejas. Más de dos terceras partes de las entrevistadas señaló que la madre representa una fuente importante de apoyo y que intentaron todo lo que pudieron para hacer que sus hijas dejaran de consumir, llegando en algunas ocasiones a proporcionar una ayuda que no había sido solicitada.

Koski-Jännes y Turner (1999, citados en Tiburcio, 2009) pidieron a un grupo de personas que habían logrado mantenerse abstemios durante tres años que enlistaran cuáles habían sido los elementos que los habían ayudado a abandonar el consumo, ellos encontraron que dichos elementos se agrupan en siete factores que incluyen: 1) estar cansado de la situación (tocar fondo, preocupación por la salud, etc.), 2) la familia, 3) el amor (contar con el apoyo de la pareja o enamorarse), 4) los grupos de autoayuda, 5) las consecuencias sociales (divorcios, enfrentar juicios, economía), 6) cambio de grupo de pares y 7) Dios y el despertar espiritual.

Otros trabajos describen procedimientos específicos para favorecer el ingreso a tratamiento donde la familia y la red social representan los pilares de la intervención. Este modelo de pre-tratamiento denominado ARISE (siglas en inglés de: A Relational Intervention Sequence for Engagement¹) asume que la red social de los usuarios de sustancias incluye personas no consumidoras que están disponibles y dispuestas a ayudar al usuario, y que es posible sensibilizar y preparar a estas personas para que identifiquen sus fortalezas y recursos para ayudar al usuario a iniciar un proceso de tratamiento. Además de amar al usuario, los familiares conocen mejor y pasan más tiempo con ellos que los profesionales, por lo que es muy posible que estén dispuestos a poner en práctica un modelo que respete su deseo de mantener la relación con el usuario en el largo plazo (Landau, Garrett, Shea, Stanton, Brinkman-Sull, Baciewicz, 2000, citados en Tiburcio, 2009).

Son diferentes los estudios que señalan que los tratamientos con base en la familia mejoran significativamente la eficacia de la terapia de mantenimiento con metadona. En un ensayo efectuado por Fals-Stewart, O'Farrell y Birchler (2001, citados en Tiburcio, 2009), 36 hombres usuarios de drogas intravenosas se asignaron aleatoriamente a un grupo de tratamiento individual (metadona y entrenamiento en habilidades de enfrentamiento) y a un grupo que recibió terapia conductual de pareja además del medicamento y la intervención cognitivo conductual para el desarrollo de habilidades. La terapia conductual de pareja consiste en el establecimiento de un acuerdo verbal entre la pareja para discutir diariamente el estatus de sobriedad del cónyuge usuario; en esta discusión, el hombre se compromete a permanecer sobrio

durante las próximas 24 horas y la mujer debe reforzar positivamente este compromiso. Otros aspectos importantes de la terapia conductual de pareja son: a) la exploración de estrategias para hacer frente al *craving*, b) proporcionar intervención en crisis después de alguna recaída, c) ampliar las habilidades de comunicación en la pareja y d) incrementar los intercambios conductuales positivos entre los cónyuges. Al final del tratamiento, las diadas que participaron en la modalidad de terapia de pareja refirieron mayor satisfacción con su relación conyugal en comparación con quienes sólo recibieron el tratamiento individual. De igual forma, en ese grupo se detectó una reducción importante en el consumo de sustancias a través del análisis de muestras de orina, menor severidad del uso de drogas y menor conflicto familiar.

Otra investigación realizada en Seattle, Washington (Catalano, Gaine, Fleming, Haggerty y Johnson, 1999, citados en Tiburcio, 2009), también documenta los beneficios de incluir al grupo familiar en la prevención de recaídas en pacientes bajo tratamiento con metadona. Los autores compararon un grupo control contra un grupo experimental que participó en un programa de entrenamiento en habilidades cognitivas-afectivas-conductuales. El programa FOF (Focus on Families) consta de 53 horas de entrenamiento a través de técnicas de motivación, discusión, modelamiento, prácticas guiadas, prácticas independientes y generalización. En el seguimiento a doce meses se observó que las personas del grupo experimental mejoraron sus habilidades para evitar el consumo de drogas frente a situaciones problemáticas, habían instrumentado reglas familiares, reportaban menor conflicto familiar, y sobre todo, su consumo de heroína y cocaína era significativamente menor que lo reportado por las personas en el grupo control. Sin embargo, no se observaron cambios notables en la conducta de los menores y tampoco se detectó un efecto protector de la intervención que pudiera contribuir a reducir el riesgo de consumo de drogas en el futuro.

Se ha reportado asimismo, que los pacientes con comorbilidad experimentan mejoras significativas en su funcionamiento general y refieren un incremento en el número de días de abstinencia después de participar en un programa multimodal que incluye procedimientos de entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual y una

intervención familiar para reforzar los otros dos componentes (Barrowclough, Haddock, Tarrier, Lewis, Moring, O'Brien, Schofield, McGovern, 2001, citados en Tiburcio, 2009).

La terapia familiar multidimensional (MDFT por sus siglas en inglés) es otra estrategia de intervención que ha demostrado ser efectiva para reducir el consumo de alcohol y drogas en adolescentes. Esta forma de intervención rescata algunos elementos de la terapia familiar tradicional, de la psicología del desarrollo y del modelo ecológico. El procedimiento pone especial atención en las características cognitivas de los adolescentes, las prácticas parentales, la presencia de adultos consumidores de sustancias en el seno familiar y los patrones de interacción familiar que se relacionan con el desarrollo y mantenimiento de la conducta de consumo. Consta de un total de 16 sesiones que pueden ser individuales y/o familiares, donde se establecen una serie de alianzas terapéuticas y objetivos individuales y familiares que se van combinando para lograr el objetivo común de la abstinencia o la reducción del consumo y la construcción de un estilo de vida caracterizado por actividades prosociales.

En un ensayo clínico aleatorizado, Liddle, Bakof Parker, Diamond Barrett y Tejeda (2001, citados en Tiburcio, 2009), compararon los logros de la MDFT con los resultados obtenidos con una intervención psico-educativa multifamiliar (donde miembros de 3 o 4 familias diferentes recibieron entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas, establecimiento de normas familiares y mejoramiento de la organización familiar), y con la terapia de grupo para adolescentes (los temas centrales de la terapia fueron el desarrollo de habilidades sociales y la creación de una red de apoyo social entre los miembros del grupo). Al cabo de 16 semanas de tratamiento, 42% de los adolescentes que recibieron MDFT, 25% de quienes recibieron terapia grupal y 32% de los que participaron en el programa de psico-educación presentaron una reducción significativa del consumo de drogas. Estos cambios se mantuvieron después de un año la proporción de adolescentes que reportó un consumo de drogas menor que el referido antes del tratamiento fue de 45% para los del grupo MDFT, 32% para la terapia grupal y 26% para el grupo de psicoeducación. La participación en la MDFT también se relacionó con cambios positivos en el funcionamiento familiar que no se observaron en los otros dos grupos.

En 1979, el Instituto Australiano sobre Alcohol y Adicciones inició un programa de intervención dirigido primordialmente a atender las necesidades de los familiares de bebedores excesivos (Binns, Dear, Knowles y Hall, 1989, citados en Tiburcio, 2009). Inicialmente, estaba basado en el modelo Hazelden para la atención de familiares, pero sufrió modificación en corto tiempo debido a las necesidades de investigación y sobre todo, debido a las necesidades de la comunidad. Este modelo tenía su sustento teórico en la teoría sistémica y enfatizaba la relevancia de la responsabilidad personal de acuerdo a los principios de la terapia racional emotiva. Los autores señalan que esta forma de intervención produjo mejoras significativas en el estado de salud física y mental de los participantes así como mejorías en la relación entre los participantes y sus familiares consumidores. Sin embargo, no obtuvieron datos respecto al impacto de estos cambios en la conducta de consumo del usuario o en las formas de enfrentamiento empleadas por los familiares.

Honig y Spinner (1986, citados en Tiburcio, 2009) también reconocieron la importancia de ofrecer tratamiento a los familiares y diseñaron un programa de grupo de cuatro fases para ayudar a los familiares a tener “vidas independientes, productivas y gratificantes”. La primera fase de la intervención tenía como propósito vencer la negación asociada al estigma del alcoholismo, proporcionar información sobre el alcoholismo y sensibilizar al familiar respecto a la necesidad de realizar algunos cambios en el propio comportamiento; alentar a los familiares a expresar sus sentimientos respecto a los efectos del alcoholismo en sus vidas y asistirles en la fijación de metas para el futuro.

En una línea similar, Fairbairn (2002, citado en Tiburcio, 2009) puso a prueba un modelo de intervención para familiares de usuarios resistentes al tratamiento. La muestra estuvo integrada por 43 participantes que completaron un total de 10 sesiones, este programa de intervención se centró exclusivamente en las necesidades de los familiares para minimizar el daño experimentado como consecuencia del consumo, mejorar el bienestar emocional y el enfrentamiento y reconocer aquellas conductas que pudieran favorecer involuntariamente el consumo del usuario. En esta intervención no se proporcionó ningún tipo de instrucción sobre estrategias para alentar a los usuarios a

entrar a tratamiento, pero se proporcionó información general sobre el proceso de dependencia, la codependencia, establecimiento de límites, negación, auto responsabilidad, comunicación efectiva, entre otros. Los participantes se asignaron a un grupo experimental y a un grupo en espera y se evaluaron algunos aspectos de salud mental (ansiedad y depresión), estrategias de enfrentamiento, calidad de la interacción de pareja, desacuerdo y satisfacción marital, así como el patrón de consumo del usuario, la evaluación de estas áreas se realizó antes, durante y después de la intervención con seguimientos a los 3 y 6 meses.

La intervención produjo mejoras significativas en la salud mental de los participantes, las formas de enfrentar el consumo y la relación de pareja, estos cambios se sostuvieron a lo largo de seis meses, se observó así mismo un efecto positivo adicional sobre la conducta de consumo del usuario ya que se reportó una disminución en la cantidad de alcohol ingerida por ocasión de consumo. Fairbairn (2002, citado en Tiburcio, 2009) encontró que una vez concluida la intervención, los familiares reportaron un uso más frecuente de estrategias de enfrentamiento asertivas que implicaban mayor control emocional, 67% de los participantes mencionó la auto responsabilidad y la auto eficacia como los factores más importantes que les permitieron enfrentar la situación de manera más efectiva.

En México no existe mucha información de aplicación de tratamientos a familiares, sin embargo, con base en los hallazgos de la investigación transcultural sobre formas de enfrentar el consumo en la familia en México e Inglaterra, en nuestro país se desarrolló un modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol y drogas, basado en los conceptos propuestos por Orford *et al.* (1998, 2001) y asume que la adopción de estrategias de enfrentamiento tendientes a la independencia redundará en la reducción de los niveles de tensión y malestar experimentados por los familiares. A través de un proceso de orientación psicológica, esta intervención pretende reducir los efectos negativos del consumo y ayudar a los familiares a lograr un mejor estado de salud física y psicológica, así como a encontrar nuevas formas de relacionarse con el resto de la familia (Natera, Orford, Tiburcio y Mora, 1998).

Este modelo de intervención se sustenta en la teoría del estrés-enfrentamiento y en la aproximación psicoterapéutica cognitivo-conductual. La teoría del estrés-enfrentamiento-salud contribuye en la comprensión del malestar experimentado por los familiares frente a una situación inusual, en tanto que la aproximación cognitivo-conductual aporta elementos que explican por qué es posible modificar las formas de enfrentar y la conducta. De esta manera, busca lograr cambios en las formas de enfrentar el consumo a través del análisis de las ventajas y desventajas de cada una de ellas. Las estrategias y habilidades que los familiares aprenden a través de este tipo de intervención les da la posibilidad de poder enfrentar situaciones estresantes de manera asertiva a través de identificar pensamientos negativos y lograr su cambio a positivos hasta nuevas formas de afrontamiento que les permita su satisfacción personal en sus áreas de vida.

1.1 Factores de riesgo y factores de protección.

Ahora bien, teniendo en cuenta los tipos de intervención que han sido aplicados en otros países y su efectividad, es necesario retomar la función de la familia u otros significativos en el proceso de recuperación de un usuario, sin perder de vista que ésta puede funcionar como un factor de riesgo o de protección.

La familia, como núcleo de socialización primaria, no ha jugado hasta la fecha el importante papel que le corresponde en la prevención del consumo de drogas en niños y adolescentes. Se sabe que una importante fuente de factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas provienen del ámbito familiar y también que los padres ejercen una influencia duradera sobre los valores, actitudes y creencias de sus hijos (Martínez, 2001).

Si bien es cierto que a lo largo del desarrollo evolutivo los hijos van dependiendo cada vez menos de la familia y más de los amigos y compañeros para obtener soporte social y emocional, y para desarrollar normas y expectativas de conducta adecuadas, también lo es que los padres juegan un importante papel en la selección del grupo de iguales con el que se relacionan sus hijos. Los niños tienden a elegir compañeros que proceden de familias con valores similares a aquellos que tienen sus padres y su

familia. Como ha puesto de manifiesto Brook, la existencia de factores de protección en el ámbito familiar como: convencionalismo, equilibrio, ajuste materno y fuertes vínculos de apego en la familia, puede compensar el riesgo que afecta a los hijos cuando se relacionan con amigos y compañeros que consumen drogas (Martínez, 2001).

En los numerosos programas de prevención que tienen como marco teórico el análisis de las variables de riesgo y de protección, existe una abundante información sobre los programas basados en la reducción de las variables de riesgo, mientras que por el contrario, es necesario profundizar en la adquisición y potencialización de variables de protección, definidos como aquellas variables que estando presentes en el individuo, familia, comunidad, etc., disminuyen, modulan, limitan o compensan, el peso que los factores de riesgo podrían tener para el desarrollo de una dependencia a sustancias.

En la literatura, las variables de protección más citadas son: 1) el apego familiar; 2) la existencia de normas de conducta claras tanto en el entorno familiar como en la escuela; 3) relaciones familiares satisfactorias a favor de la estabilidad y la cohesión familiar; 4) alto apoyo social; 5) implicación en actividades religiosas y actividades de parroquia; 6) valores positivos con respecto al cuerpo y la vida; 7) auto-aceptación. Otra variable protectora que se ha podido comprobar es el “miedo a las drogas” saturada junto con otra variable protectora como era el “rechazo no tanto a las drogas como a la dependencia” (Martínez, & Lozano, 2001).

Las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr la salud integral son denominados *factores protectores*. Estos pueden provenir de la familia, como características del grupo o comunidad al que pertenecen. Por otro lado, *factores de riesgo* son los atributos o cualidades de un sujeto o comunidad unidos a una mayor probabilidad de daño a la salud. Estos últimos incrementan la probabilidad de conductas como el uso y abuso de drogas, consumo de alcohol, tabaco, delincuencia, deserción escolar y relación sexual precoz, debido a que los factores protectores y de riesgo están significativamente vinculados con la cultura,

influyendo y viéndose influenciada por cada individuo de manera distinta (Gómez & Haz 2008).

La perspectiva de la integración de los individuos al sistema social depende de tres grandes dimensiones: la individual, la familiar y la comunitaria. Es en la dimensión familiar donde se adquieren las normas, valores, derechos, obligaciones y roles; además de preparar a la persona para el papel que desempeñará en el futuro. Si hablar de riesgo es referirse a la proximidad o contingencia de estar expuesto a un daño, y la familia es la dimensión que se encuentra en mayor cercanía a la persona, es entonces ésta la que involucra un nivel más alto de peligro, pues éste se clasifica por falta de apoyo, trato violento, deserción escolar y poca estancia en el hogar (Gómez, & Haz, 2008).

En cuanto a los factores protectores, se alude a los recursos ambientales que están disponibles para las personas, así como la fuerza que éstas tienen para adaptarse a un determinado evento. Tales recursos provienen igualmente de las tres dimensiones antes mencionadas, dentro de los cuales, la familia se presenta como apoyo incondicional, promueve la unidad y busca significados en situaciones difíciles. La calidad de las relaciones del individuo en la familia configuran sus modelos cognitivos internos y sus relaciones con los demás. Estos modelos influyen en la percepción acerca de la disponibilidad de los otros y en su capacidad posterior para percibir apoyo, tanto de los padres como de otras personas significativas. Los adolescentes que pertenecen a familias con una mejor comunicación familiar, fuerte vinculación emocional entre sus miembros y mayor satisfacción familiar, son aquellos que también perciben más apoyo de sus relaciones personales significativas (Gómez, E y Haz, M, 2008). Varios estudios han encontrado que la dificultad de comunicación con los padres se encuentra asociada a la dificultad de comunicación con los amigos, a tener malestar físico y psicológico y a un mayor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas desde edades tempranas. Por ello resulta que determinados ambientes familiares, como la falta de comunicación o relaciones distantes pueden favorecer las conductas de riesgo en los adolescentes (Gómez, E y Haz, M, 2008).

En los estudios acerca de factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas, se encontró que los adolescentes provenientes de familias cohesionadas presentan menor probabilidad de consumo de drogas, asimismo, una relación positiva y estrecha entre padres e hijos, además de una actitud no permisiva de los padres hacia drogas y alcohol, indicaban una menor implicación del adolescente en el consumo de las mismas (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que el riesgo de abusar de las drogas no es el mismo para todo el mundo, sino que está relacionado con la exposición a diferentes factores que aumentan o disminuyen la probabilidad de que una persona determinada abuse de las drogas. Algunos factores de riesgo y protección pueden ser biológicos y hereditarios, sin embargo, se han identificado otros relacionados con el entorno social y familiar, como el hecho de vivir en un entorno social muy permisivo o favorable al uso de drogas, relacionarse con otras personas consumidoras, tener poca vinculación con la escuela, o proceder de una familia con pocas habilidades que favorezcan la educación.

Los factores de riesgo y protección familiar, tienen ciertas características, los primeros, cuentan con apoyo empírico:

- La falta de supervisión de la conducta de los hijos.
- La escasa definición y comunicación de normas y expectativas de conducta para los hijos.
- Las pautas de disciplina inconsistentes o muy severas.
- La debilidad de los vínculos afectivos entre padres e hijos.
- La pobreza en la comunicación y la interacción padres-hijos.
- La presencia de conflicto familiar.
- Las actitudes y conductas familiares favorables al consumo de drogas.

Además, a través de su acción educativa, los padres también pueden influir sobre otros factores de riesgo, como la asociación con amigos o compañeros

consumidores, la iniciación temprana en el consumo de sustancias o el bajo grado de compromiso con la escuela.

Entre los factores de protección relacionados con el entorno familiar, los más consistentes son:

- La existencia de vínculos emocionales positivos entre padres e hijos.
- La existencia de normas familiares y pautas de conducta, claras y estables.
- La utilización de métodos de disciplina positiva por parte de los padres.
- La implicación significativa de los padres en la vida de los hijos.
- El seguimiento y supervisión de la conducta de los hijos (actividades fuera de la casa, relaciones y amistades, rendimiento académico, entre otras).
- El impulso y apoyo de los padres a la participación y vinculación de los hijos en actividades e instancias socializadoras.
- La percepción, por parte de los hijos, de desaprobación familiar en relación al consumo de drogas.

La evaluación de diferentes programas de prevención familiar nos muestra que es posible enseñar a los padres a modificar y mejorar sus habilidades educativas y de organización familiar, de manera que se reduzcan los factores de riesgo y se incrementen los factores de protección a los que están expuestos sus hijos. De los diferentes modelos de intervención que se han ensayado, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento familiar es el que cuenta con mayor apoyo empírico en lo que concierne a la eficacia.

Existen distintas clasificaciones de los factores de riesgo y protección, según los diferentes autores que los han estudiado o han realizado revisiones de los mismos.

Entendemos que una de las visiones más globales y completas es la que realiza Becoña (1999) y que se resume en el siguiente cuadro:

Principales factores de riesgo y protección para el consumo de drogas.

Dominio	Factores de riesgo	Factores de protección
Individual	<p>Rebeldía.</p> <p>Amigos que se implican en conductas problema</p> <p>Actitudes favorables hacia la conducta problema</p> <p>Iniciación temprana en la conducta problema</p> <p>Relaciones negativas con los adultos</p> <p>Propensión a buscar riesgos o a la impulsividad</p>	<p>Oportunidades para la implicación prosocial</p> <p>Refuerzos/reconocimiento por la implicación prosocial</p> <p>Creencias saludables y claros estándares de conducta</p> <p>Sentido positivo de uno mismo</p> <p>Actitudes negativas hacia las drogas</p> <p>Relaciones positivas con los adultos</p>
Iguales	<p>Asociación con iguales delincuentes que consumen o valoran las sustancias peligrosas</p> <p>Asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad</p> <p>Susceptibilidad a la presión negativa de los iguales</p>	<p>Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas y otras</p> <p>Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas</p> <p>No fácilmente influenciado por los iguales</p>
Familia	Historia familiar de conductas	Apego

	<p>de alto riesgo</p> <p>Problemas de manejo de la familia</p> <p>Conflicto familiar</p> <p>Actitudes parentales e implicación en la conducta problema</p>	<p>Creencias saludables y claros estándares de conducta</p> <p>Altas expectativas parentales</p> <p>Un sentido de confianza básico</p> <p>Dinámica familiar positiva</p>
Escuela	<p>Temprana y persistente conducta antisocial</p> <p>Fracaso académico desde la escuela elemental</p> <p>Bajo apego a la escuela</p>	<p>Oportunidades para la implicación prosocial</p> <p>Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial</p> <p>Creencias saludables y claros estándares de conducta</p> <p>Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro</p> <p>Clima instruccional positivo</p>
Comunidad	<p>Disponibilidad de drogas</p> <p>Leyes y normas de la comunidad favorables al consumo de drogas</p> <p>Deprivación económica y social extremas</p> <p>Transición y movilidad</p> <p>Bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria</p>	<p>Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad</p> <p>Descenso de la accesibilidad a la sustancia</p> <p>Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes</p> <p>Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad</p>
Sociedad	Empobrecimiento	Mensajes de los medios

	Desempleo y empleo precario Discriminación Mensajes pro–uso de drogas en los medios de comunicación	comunicación de resistencia al uso de drogas Descenso de la accesibilidad Incremento del precio a través de los impuestos Aumentar la edad de compra y acceso Leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas
--	---	--

CSAP (2001)

Los factores de riesgo no pueden comprenderse de forma aislada, pues la relación entre ellos es recíproca y dinámica. Debe existir un equilibrio entre todos ellos, teniendo en cuenta que tiene más importancia el resultado global que cada factor por separado, ya que de este equilibrio dinámico dependerá que sé de o no el consumo de drogas.

La conducta de consumo de drogas es el resultado de la interrelación de diversos factores personales y sociales que el sujeto experimenta desde su nacimiento hasta la edad adulta. En un momento determinado del proceso evolutivo, pueden articularse diversos factores que ponen en peligro el desarrollo personal.

Estos factores explican las condiciones en las que se desarrolla el consumo, pero esto no quiere decir que sean el origen del consumo de drogas, son sólo condiciones favorecedoras. Los factores de riesgo/protección son términos correlacionales, no existe una relación causa-efecto, y por consiguiente, tenemos que hablar siempre en términos de probabilidad, no de determinación.

A la diversidad de factores conocidos que pueden incidir en el consumo se une el hecho de que ninguno de ellos parece ser requisito necesario ni suficiente para dar cuenta del consumo. En cada caso se da una combinación original de factores, en un momento determinado, que explica la evolución particular de cada consumidor.

Habría serias limitaciones para predecir un consumo problemático de drogas exclusivamente desde el punto de vista de la personalidad en formación del adolescente, sin valorar el contexto en que se está desarrollando. La dimensión que más atención merece es aquella que reúne variables de la interacción individuo/ambiente, implicando como consecuencia los principales factores de mantenimiento y refuerzo de las prácticas de consumo. (Moreno, G. 2002)

En general, los factores de riesgo y protección familiar constituyen hoy una vía de gran relevancia para conocer y abordar la problemática del uso de sustancias. Aunque no es el único factor, si nos permite retomar que la cercanía de los padres o cuidadores desde la niñez, los reforzará de manera positiva o negativa.

El consumo de drogas no suele ir solo, sino que va unido a otras conductas problema, especialmente a las conductas desviadas, antisociales o consideradas problemáticas socialmente. Detectar a los individuos vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia tanto para ellos como para el resto de la sociedad, en donde debe fomentarse el compromiso social en la atención a los mismos pero sobre todo de forma preventiva.

Por todo ello, cuanto más y mejor conozcamos los factores de riesgo y protección familiar, como los otros asociados al consumo de drogas, no sólo conoceremos mejor este problema sino que podremos desarrollar programas preventivos y de intervención más adecuados y más eficaces; algunos de ellos serán revisados en el siguiente capítulo.

Capítulo 2: Abordajes clínicos para familias con usuarios dependientes a sustancias adictivas.

Desde la teoría de los sistemas el consumo de alcohol o drogas y otro tipo de problemas, se explican como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar, a su vez, el propio sistema afecta de igual forma al consumo Stanton y Waldrom, 1997, citado en (López, Godoy, Muela & Araque, 2003) Es decir el consumo se constituye como una expresión sintomatológica de patrones interaccionales ineficientes al interior de la familia.

Desde la perspectiva de la codependencia la relación es inversa es decir, dado que existe dentro del sistema familiar un miembro con problemas de consumo de sustancias, facilita el desarrollo de ciertos patrones conductuales y formas de afrontamiento, en los otros significativos cercanos a este. Es decir los patrones se desarrollan con el fin de “dar cabida” dentro del sistema y respuesta a la problemática del consumo, manteniendo así el “equilibrio”.

Se puede entender que la conducta de consumo de sustancias cumple una función importante dentro de la interacción familiar, por un lado permite al usuario hacer frente a estresores internos y externos (de forma poco eficaz), aunado a esto mantiene ciertos patrones que dan cohesión a la familia, al propiciar alianzas entre los diversos subsistemas que la componen, con el fin de dar solución a las dificultades que el consumo trae consigo.

El grado de preocupación e involucramiento presentes en los familiares ante el problema de consumo depende de la estrecha relación con el usuario, siendo por lo general padres, hijos y cónyuges de éste los que tienden a involucrarse en un mayor grado, tratando la mayor parte del tiempo de controlar la conducta de consumo de su familiar así como también de resolver los problemas que surgen en los periodos de consumo de éste.

Como producto del estrés al que están sujetos y los conflictos que se generan al interior de la familia también es frecuente que aparezcan en los miembros familiares de consumidores algunas de las siguientes afectaciones: (ver Tabla)

Tabla *Principales afectaciones encontradas en familiares de consumidores*

Emocionales	Físicas	Estilo de vida
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ansiedad ➤ Indefensión ➤ Desesperación ➤ Desilusión ➤ Depresión ➤ Pensamientos suicidas ➤ Sentimiento de devaluación ➤ Culpa ➤ Enojo ➤ Resentimiento 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolores de cabeza frecuentes ➤ Problemas digestivos ➤ Cansancio ➤ Parestesias 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteraciones en la alimentación, y el peso ➤ Alteraciones de sueño ➤ Uso de sustancias (tabaco , bebida) ➤ Alteraciones en las relaciones interpersonales con otros grupos

La familia como conjunto en el cual cada miembro tiene una personalidad diferente, presentará formas de afrontamiento distintas que dependerán de la información con la que se cuente, los recursos económicos, psicológicos, sociales y espirituales.

A continuación se presenta un cuadro que sintetiza las formas de enfrentamiento más comunes que utilizan las familias ante la problemática de consumo.

ACCION	EMOCION	ACTITUD	
Control	Preocupado, responsable, desesperado, exhausto.	Debe haber algo que pueda hacer.	
Emocional	Enojado, herido, aturdido.	Esto no es justo. El se está aprovechando de mí. El tiene la culpa.	

ACCION	EMOCION	ACTITUD	
Evitación	Herido, amargado, triste.	Es mejor que nos separemos. Entre menos tiempo estemos juntos será mejor para mí/él/ambos.	
Inacción	Aturdido, temeroso, desesperanzado, indiferente.	No sé que hacer. No sé qué pensar. Es su vida/cuerpo. No es importante.	
Tolerancia	Preocupado, falta de poder, culpa.	Los demás no lo entienden. Estará en peligro si no lo ayudo. Tal vez es mi culpa que él sea así. Es mejor tenerlo aunque sea un adicto.	
Apoyo hacia el Usuario	Amor hacia el usuario, optimismo.	No he perdido la esperanza. Quiero estar con él.	
Confrontación, asertividad	Fuerza, calma.	Debo ser fuerte para poder ayudarlo. Es mejor ser tenaz. El debe saber cómo me siento.	
Independencia	Confianza en sí mismo.	Debo hacerme cargo de mi vida. No puedo ayudarlo si también me hundo.	

Fuente: Natera, Tiburcio y Mora 1998

2.1 Grupos de Familia Al- Anon.

Dado que el problema del consumo de sustancias es multifactorial y no solo repercute a nivel individual, sino familiar, es necesario incluir a la familia para dar un tratamiento integral a la problemática.

Debido a esto, es importante hacer una breve revisión de los tratamientos que existen para brindar apoyo a los familiares de individuos con comportamiento adictivo, uno de los modelos más conocidos a nivel mundial es el modelo de los Grupos de Familia Al- Anon, con 61 años de antigüedad desde su surgimiento en 1951, han representado una opción esperanzadora, para amigos y familiares de alcohólicos.

El Grupo de Familia Al Anon, se inserta dentro del abordaje conocido como grupos de ayuda mutua GAM, Ródenas (s.f., p.196) lo define como: “Una pequeña reunión de personas que se juntan de manera voluntaria y movidos por la necesidad de dar respuesta a un problema común compartido por todos ellos, de afrontar y superar una misma situación conflictiva, o de lograr cambios personales y/o sociales”.

Cabe mencionar que dentro de estos grupos no está presente ningún profesional externo, (al menos que el grupo lo llame de forma puntual para pedirle alguna información técnica) los integrantes del grupo se ayudan unos a otros, a través de las interacciones que, entre ellos y en el marco del grupo se producen. (Rodenas, s/a)

Por su parte, Rivera (2005, p.3) resalta que, “los GAM destacan por su voluntad de ser organizaciones igualitarias, condición imprescindible para hacer posible la *reciprocidad horizontal*, requisito necesario para poder hablar de ayuda mutua”.

Es en este contexto y con estas características generales que se originan los Grupos de familia Al - Anon .En los primeros días de Alcohólicos Anónimos (AA), los cónyuges de alcohólicos, solían encontrarse esperando en la cocina de una escuela o iglesia hasta que sus compañeros alcohólicos terminaban su reunión. En las conversaciones que sostenían, estos familiares mencionaban sus dificultades y percibían que sus vidas habían sido afectadas por la convivencia con un alcohólico y

que ellos también necesitaban asistencia. Debido a la necesidad de compartir su propia experiencia, fortaleza y esperanza, comenzaron a surgir los Grupos de Familia en los Estados Unidos. En 1951 se seleccionó el nombre de Grupos de Familia Al –Anon, mediante una encuesta entre los grupos. En poco tiempo se adaptaron y adoptaron los Doce Pasos y las 12 Tradiciones de AA; en 1970 se aprobaron los 12 Conceptos, completando el triangulo de recuperación para los familiares y amigos de alcohólicos. (Grupos de Familia Al –Anon 1997)

Como se puede notar esta agrupación cumple con las características y objetivo para ser considerada grupo de ayuda mutua, ya que es una reunión voluntaria de un conjunto de personas que comparten un problema común y, el objetivo de sus reuniones es poder encontrar solución al problema que comparten mediante las interacciones que se dan entre ellos y en el marco del grupo. Dichas interacciones siempre dadas bajo el principio de reciprocidad horizontal donde todos están en igualdad de condiciones.

Al- Anon, según su propia literatura es un programa espiritual, se basa en los principios arraigados en los tres legados. Cualquiera que haya sido afectado por el alcoholismo ajeno es bienvenido en la hermandad. (Grupos de Familia Al –Anon 1997)

Los grupos de familia Al –Anon son una hermandad de parientes y amigos de alcohólicos, que comparten su experiencia, fortaleza y esperanza con el fin de encontrarle solución a su problema común. (Grupos de Familia Al Anon 1997).

Cada grupo de familia Al –Anon, tiene como propósito ayudar a los familiares y amigos de alcohólicos esto se logra al:

- Al ofrecer consuelo, esperanza y amistad a los familiares y amigos de bebedores compulsivos
- Proporcionar la oportunidad de aprender a crecer espiritualmente viviendo según los principios de los 12 pasos.
- Compartir la experiencia de enfrentarse a la enfermedad del alcoholismo y cómo el programa de Al Anon ayuda a ofrecer comprensión y dar valor al alcohólico.

En Al- Anon el familiar aprende a buscar el mejoramiento propio y a dejar de criticar al alcohólico, (Grupos de Familia Al Anon, 1997).

Descrita de manera sucinta, la forma de trabajo en un grupo de familia Al -Anon se lleva a cabo a través de una junta de hora y media en la cual los integrantes de la hermandad se reúnen para compartir sus experiencias en torno a como se ha visto afectada su vida por la convivencia con el alcohólico.

Para darle estructura a lo que los miembros comparten se hace uso de la literatura especializada de los Grupos de familia Al- Anon, en estos materiales se encuentran experiencias y reflexiones que otros miembros de Al – Anon han aportado sobre la manera en que se han enfrentado al problema del alcoholismo.

Cada una de las reuniones de grupo tiene un tema particular, referido ya sea a los 12 pasos, las doce tradiciones, o los 12 conceptos, y los miembros comparten, como podrían poner en marcha dicho concepto paso o tradición. Si algún miembro tiene más experiencia en el programa este comparte como le ha ayudado a alcanzar la serenidad y el mejoramiento de sí mismo y de la relación con el bebedor y su entorno en general ya que el objetivo del programa no solo es hacer frente al problema del alcoholismo, sino promover la satisfacción personal y un nuevo estilo de vida.

A continuación se enuncian los 12 pasos, tradiciones y conceptos que en conjunto dan estructura al programa de recuperación de Al Anon:

Los 12 pasos (para la recuperación).

Los principios que contienen son universales y se aplican a cualquier persona independientemente de credos personales:

1.- Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol; y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.

2.- Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio.

3.- Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de Él.

4.- Sin temor, hicimos un sincero y minucioso examen de conciencia.

5.- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras faltas.

6.- Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.

7.- Humildemente pedimos a Dios que nos librase de nuestras culpas.

8.- Hicimos una lista de todas las personas a quienes habíamos perjudicado, y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.

9.- Reparamos directamente el mal causado a estas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiese infligido más daño o perjudicado a un tercero.

10.- Proseguimos con nuestro examen de conciencia, admitiendo espontáneamente nuestras faltas al momento de reconocerlas.

11.- Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento de EL, y le pedimos tan solo la capacidad para reconocer su voluntad y las fuerzas para cumplirla.

12.- Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas y practicar estos principios en todas nuestras acciones.

Las 12 tradiciones (de la unidad grupal)

1. Nuestro bienestar común debiera tener la preferencia; el progreso individual del mayor número depende de la unión.

2. Existe sólo una autoridad fundamental para regir los propósitos del grupo: un Dios bondadoso que se manifiesta en la conciencia de cada grupo. Nuestros dirigentes son tan sólo fieles servidores, y no gobiernan.

3. Cuando los familiares de los alcohólicos se reúnen para prestarse mutua ayuda, pueden llamarse un Grupo de Familia Al-Anon, siempre que, como grupo, no tenga otra afiliación. El único requisito para ser miembro es tener un pariente o amigo con un problema de alcoholismo.

4. Cada grupo debiera ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Al-Anon, o AA en su totalidad.

5. Cada Grupo de Familia Al-Anon persigue un solo propósito: prestar ayuda a los familiares de los alcohólicos. Logramos esto, practicando los Doce Pasos de AA nosotros mismos, comprendiendo y estimulando a nuestros propios familiares aquejados por el alcoholismo, y dando la bienvenida y brindando alivio a los familiares de los alcohólicos.

6. Nuestros grupos, como tales, jamás debieran apoyar, financiar, ni prestar su nombre a ninguna empresa extraña, para evitar que problemas de dinero, propiedad o prestigio nos desvíen de nuestro objetivo espiritual que es el primordial. Aun siendo una entidad separada, deberíamos cooperar siempre con Alcohólicos Anónimos.

7. Cada grupo ha de ser económicamente autosuficiente y, por lo tanto, debe rehusar contribuciones externas.

8. Las actividades prescritas por el Duodécimo Paso en Al-Anon nunca debieran tener carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden contratar empleados especializados.

9. Nuestros grupos, como tales, nunca debieran organizarse, pero pueden crear centros de servicios o comisiones directamente responsables ante las personas a quienes sirven.

10. Los Grupos de Familia Al-Anon no deben emitir opiniones acerca de asuntos ajenos a sus actividades. Por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.

11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción. Necesitamos mantener siempre el anonimato personal en la prensa, radio, el cine y la televisión. Debemos proteger con gran esmero el anonimato de todos los miembros de AA.

12. El anonimato es la base espiritual de nuestras Tradiciones y siempre nos recuerda que debemos anteponer los principios a las personas.

Los doce conceptos (del servicio):

1. La responsabilidad y autoridad fundamentales de los servicios mundiales de Al-Anon corresponde a los grupos de Al-Anon.

2. Los Grupos de Familia Al-Anon han delegado por entero la autoridad administrativa y de funcionamiento a su Conferencia y sus ramas de servicio.

3. El Derecho de Decisión hace posible el liderazgo eficaz.

4. La participación es la clave de la armonía.

5. Los Derechos de Apelación y Petición protegen a las minorías y aseguran que éstas serán escuchadas.

6. La Conferencia reconoce la responsabilidad administrativa primordial de los administradores (custodios).

7. Los administradores (custodios) tienen derechos legales, mientras que los derechos de la Conferencia son tradicionales.

8. La Junta de Administradores (custodios) delega total autoridad a sus comités ejecutivos para la administración de rutina de la Sede de Al-Anon.

9. Un buen liderazgo personal es una necesidad a todos los niveles de servicio. En el campo del servicio mundial, la Junta de Administradores (custodios) asume la dirección principal.

10. La responsabilidad de servicio está equilibrada por una autoridad de servicio definida cuidadosamente para evitar la doble dirección de administración.

11. La Oficina de Servicio Mundial está compuesta de comités selectos, ejecutivos y miembros del personal.

12. Las Garantías Generales de la Conferencia contienen la base espiritual del servicio mundial de Al-Anon, Artículo 12 de la Carta.

Cabe mencionar que este ha sido el enfoque tradicional para trabajar con los familiares de consumidores de sustancias. Un estudio que examinó exclusivamente el enfoque de Al Anon Dittrich y Trapold (citado en Meyers y Smith 2004) descubrió que cuando 23 esposas de alcohólicos sin tratamiento, fueron asignadas al azar a terapia de grupo de Al- Anon en modalidad inmediata o demorada. Las mujeres en la primera condición (inmediata) mostraron una mayor mejoría en su estado de ánimo y auto concepto en 8 semanas, que las de la segunda condición (demorada) sin embargo, en este y otros estudios de Al- Anon el individuo con problemas de consumo de sustancias no entro a tratamiento, ni disminuyo su consumo de sustancias. Sobre este estudio es importante comentar que el reporte es poco detallado en lo que se refiere a la descripción de las condiciones experimentales y que el aspecto que se resalta es el hecho de las mejoras anímicas y de auto concepto, así como lo referente a que el familiar consumidor no se vio motivado a entrar a tratamiento.

López (2009) menciona que dada la dificultad que se encuentra en la falta de motivación a ingresar y seguir un tratamiento en sujetos que han desarrollado una adicción es que se han desarrollado diversos tipos de intervención orientados a lograr el objetivo de que la persona se trate. Se podrían distinguir dos grandes categorías, en relación al tipo de intervenciones sugeridas. Por una parte están las intervenciones que

colocan el énfasis en el trabajo con terceros significativos, y por otra, las intervenciones que principalmente trabajan con la motivación del sujeto en forma individual.

Ésta situación de falta de motivación de la persona que tiene el problema; constituye un reto a ser resuelto tanto en relación a la entrada a procesos terapéuticos como en la adherencia a ellos, más allá del tipo de tratamiento que se trate.

A este respecto diversas investigaciones Copello, Oxford, Hodgson, Tober, & Barret, (citados en López 2009) dan cuenta de que las personas que viven con amigos, pareja o en un contexto familiar tienen mayores probabilidades de recuperarse que los que carecen de redes de apoyo. Lo cual concede a los otros significativos un rol importante tanto en la decisión del usuario de entrar a tratamiento como en el transcurso de este. El modelo pionero en incluir a la red de apoyo del sujeto consumidor como un agente que influya en su motivación para entrar a tratamiento se conoce como "Intervención" y fue desarrollado por V. Johnson. A continuación se revisa de forma general en qué consiste este abordaje.

2.2 Modelo Johnson Intervención Familiar.

La intervención familiar es una estrategia clínica de origen sistémico, o sea que involucra a la familia como grupo, y así mismo pone en juego todas las energías de relación que existen en el sistema familiar, en ese momento. La intervención familiar fue introducida en los años sesenta Vernon Johnson que fue el primero en reconocer que había otra opción además de que los miembros de la familia esperaran a que el adicto "toque fondo".

Se basa en la idea de que el adicto no puede ver su problema debido a la negación, que afecta su percepción. Como los demás miembros de la familia pueden ver con mayor claridad el avance de los síntomas, entonces ellos pueden unir criterios para presentar la realidad que la familia percibe como alternativa a la realidad distorsionada que el adicto percibe. Este proceso recibe el nombre de *confrontación constructiva*, y debe hacerse bajo la guía de un profesional entrenado en intervenciones. El principio que hace funcionar la intervención familiar es el del "amor

duro" que plantea que es posible ser asertivos y decir lo que el adicto no quiere oír, sin necesidad de ser hostiles, sino inclusive con una actitud amorosa. Además la intervención familiar utiliza la fuerza del grupo, y envía un espíritu de equipo coherente y convincente, que el adicto puede sentir como un lugar seguro donde abrirse y aceptar ayuda. (Alvarado, 2012).

La intervención según lo publicado en Selecciones del Reader's Digest 1976, citado en González (2002), consiste en:

Una reunión donde la familia y amigos más cercanos al adicto, hablan con él y cada cual expresa el malestar que su conducta le ha causado, o las ocasiones en que los ha ofendido y de las cuales no puede estar consciente por tener "lagunas mentales" (episodios donde no recuerda lo que hizo). Es importante que todo esto tenga lugar en un ambiente confortable, y que los reclamos no se hagan en un tono de contienda, sino con calma y tranquilidad. Deben hacerle saber que, precisamente, porque lo aman, su conducta los ha afectado tanto y que no desean seguir siendo lastimados por él. De esta forma, el adicto no tendrá más alternativa que tratar de reivindicarse con sus seres queridos y aceptar el tratamiento para comenzar a reparar los daños.

El primer paso para una intervención familiar eficaz, es que exista un grupo familiar dispuesto a confrontar de manera firme, pero amorosamente, al adicto. Esta decisión es muy personal, porque los involucrados arriesgan su relación con el familiar consumidor. Para poder llevar a cabo una intervención familiar exitosa, debe ensayarse las sesiones mediante la técnica de modelaje o representación (*role playing*). De esta manera podemos adherirnos con mayor efectividad a lo que realmente queremos decir y evitar ser desviados por la manipulación del adicto. Además se ensayan todas las probables dificultades que podrían existir y se les encuentra solución previamente, para que no sean un obstáculo cuando se realiza la intervención. Luego de las sesiones de práctica, que casi siempre son intensas por los sentimientos acumulados de impotencia y frustración en los familiares, se procede a escoger el lugar y la fecha, así como la hora

exacta de la intervención; de modo que todo quede perfectamente preestablecido, disminuyendo así la posibilidad de fallo. (Alvarado 2012)

González (2002), señala que el éxito de la intervención dependerá de que tanto comprendan los familiares más allegados la enfermedad, por ello deben informarse, asegurarse de conocer bien los síntomas para poder demostrarle al adicto en forma clara y concisa, que su conducta embona con el patrón evolutivo de la enfermedad. Dice también que la intervención debe hacerse de preferencia después de un episodio de consumo agudo por el cual el sujeto haya tenido consecuencias negativas, esto incrementara su disposición a escuchar. Es importante también que durante esta intervención haya presente un especialista en adicciones que pueda fungir como moderador y dar respuesta a dudas que pudieran presentarse en el proceso.

La duración de la intervención depende del tamaño del grupo, tiempo que cada familiar tarda en compartir lo que percibe respecto al problema de consumo del usuario y la resistencia que éste presente a ir a tratamiento.

El Objetivo de toda intervención familiar es la de presentar de una manera convincente, la percepción de la realidad de su adicción, tal como la ve su familia, con la intención de romper con la negación, y ayudarle a aceptar su condición de adicto.

Además la intervención tiene como objetivo ofrecer ayuda al adicto, de manera que se sienta que tiene apoyo para su recuperación, pero no para facilitarle su enfermedad. Muchas veces esa ayuda puede ser algún tipo de tratamiento previamente considerado, en el cual se le brindan las herramientas que necesita para su recuperación. Pero por encima de todo la intervención familiar tiene como objetivo primordial organizar a la familia, ayudarles a empoderarse frente a un problema sumamente serio y difícil, como lo es la adicción; y finalmente devolverles la dignidad y la esperanza de que pueden haber hecho la diferencia entre la enfermedad y la recuperación de un ser querido enfermo, (Alvarado, 2012).

Existen algunos aspectos sobre esta aproximación que es importante comentar, en primera instancia aborda el problema de la conducta adictiva como una enfermedad,

lo cual puede crear cierta victimización, tanto en el usuario, como en la familia y disminuir el índice de eficacia con que se perciban para afrontar la situación.

Aunado a esto y dadas las características de la reunión en la que cada familiar expone como le ha afectado el consumo del individuo, se corre el riesgo de que el consumidor sienta que su recuperación no es el punto importante, sino el bienestar de sus familiares, y pudiera sentirse señalado e inculpado por el grupo familiar, más que apoyado.

Esto puede desencadenar en reforzar pensamientos negativos sobre sí mismo que a su vez pueden precipitar una recaída y no precisamente motivarlo a entrar a tratamiento.

Así, como Al- Anon surgió de la inquietud de cónyuges y familiares cercanos a individuos con problemas de consumo de alcohol, en un esfuerzo por encontrar formas alternativas de enfrentar los efectos causados en sus vidas por esta problemática, y la intervención de Johnson como una iniciativa para no esperar hasta que las consecuencias del consumo sean graves tanto para el individuo como para la familia y utilizar la influencia de esta última en beneficio de todos. En los últimos años los profesionales de la salud y estudiosos de las ciencias de la conducta también han mostrado interés no solamente por brindar atención al individuo que se encuentra presentando la conducta adictiva, sino por ofrecer modelos de tratamiento integrales en los que se incluya a la familia y otras personas significativas en la vida del individuo consumidor.

Siguiendo esta línea, ahora se revisará el:

2.3 Modelo de intervención breve para familiares de consumidores de alcohol y /o Drogas

Esta alternativa de intervención tiene tres aspectos relevantes:

- 1) Se orienta a atender las necesidades de apoyo para las familias

- 2) Está basado en una teoría psicológica que permite hacer evaluaciones dentro de su proceso.
- 3) Puede ser aplicado por personas que participan en programas de atención primaria a la salud y no necesariamente por expertos en adicciones.

El Modelo tiene como objetivo principal promover la salud y bienestar de los miembros de la familia del usuario de alcohol y/o drogas, mediante el desarrollo de estrategias más eficientes de enfrentamiento al consumo, dependiendo de la problemática específica de cada familia e impulsar al familiar en la búsqueda de los apoyos necesarios que contribuyan a encontrar posibles alternativas de solución a sus problemas. (Natera, Tiburcio y Mora 1998)

A diferencia de otras aproximaciones teóricas como la de codependencia, en la teoría del estrés-enfrentamiento-salud no se considera que los familiares padezcan una enfermedad, por el contrario, se pretende comprender el malestar experimentado por los familiares frente a una situación inusual para la que no están preparados. (Natera, et al., 1998)

Al aproximarse a la problemática desde el encuadre de la teoría de estrés-enfrentamiento - salud, se considera lo siguiente:

- La atención se orienta en el contexto en el que vive la gente
- No se consideran criterios de victimización y enfermedad
- Investiga de que manera lidian los familiares con los eventos estresantes
- Hace énfasis en cómo responden a incidentes específicos
- Existen posibilidades de cambio para los familiares
- Los familiares son personas comunes, normales, en condiciones anormales
- Sugieren otras formas de pensar el problema

Características del modelo:

- Se basa en la teoría estrés- afrontamiento y sigue principios cognitivo conductuales
- Intervención breve (no más de 5 sesiones)
- No requiere profesionales expertos
- Puede ser incorporado a programas de atención primaria y en lugares no especializados
- Puede ayudar a los familiares a encontrar soluciones o bien a canalizarlos adecuadamente.
- Hablar del problema puede resultar un alivio para los familiares, pues les ayuda a clarificar su posición y a elegir la mejor forma de enfrentar
- Es posible incorporar a otros familiares, incluso al usuario

La intervención consta de cinco pasos, a continuación se describen brevemente.

Paso 1 escuchar y explorar las principales percepciones y circunstancias de cómo afecta el consumo a la familia. Lo importante en esta aproximación es atender el estrés del familiar, dándole confianza para que exprese sus sentimientos e identificar las principales tensiones ocasionadas por el abuso de alcohol y drogas.

Paso 2 proporcionar información objetiva y relevante. El conocimiento ayuda a comprender y a disminuir el estrés. Es posible que el familiar cuente con escasa información sobre el consumo del usuario o bien que esta sea incompleta, errónea y que esto explique en mucho su preocupación y el incremento de la tensión. El Orientador debe proporcionar información útil al familiar que le permita entender la severidad de la situación y expresarlo en forma breve, clara y sencilla para que le sea fácilmente comprensible.

Paso 3 identificar los 8 mecanismos naturales de enfrentar y analizar sus ventajas y desventajas. Mostrar que existen alternativas de respuesta más eficientes. El Orientador junto con el familiar evaluará la forma en que han enfrentado la situación los diferentes miembros de la familia. Es necesario analizar en conjunto los beneficios que estas acciones han tenido para ellos o por el contrario si han tenido consecuencias

negativas en la salud física y psicológica. Ambos pueden identificar las ventajas y desventajas como consecuencia de su experiencia.

Si se ha hecho un buen análisis, el mismo familiar selecciona una mejor forma de enfrentar evaluando las ventajas y desventajas y eligiendo lo que más le conviene para disminuir su estrés, mejorar su salud física y psicológica e incluso influir positivamente en el usuario.

Paso 4 explorar los apoyos recibidos y sugerir otros nuevos. En esta etapa el orientador habrá explorado las principales fuentes de apoyo social que el familiar ha tenido en esta problemática, estos pueden ser de otros familiares o de instituciones, amigos, la iglesia, etc. Se explora la posibilidad de buscar nuevos apoyos en los que no se habían pensado antes.

Paso 5 canalizar a fuentes de ayuda especializadas. Desde el principio de la intervención, el Orientador debe aclarar al familiar que esta será una intervención enfocada a las consecuencias del consumo de sustancias, de requerir una intervención mayor se le canalizará al lugar más idóneo, a no ser que el Orientador sea un profesional entrenado en psicoterapia.

Tanto el modelo de Al Anon como el Modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y/o drogas son intervenciones de acompañamiento, que han funcionado para que el familiar tenga una perspectiva diferente de la problemática pero no habilitan al otro significativo en estrategias eficientes de afrontamiento.

2.4 Grupo de Familiares (Centros de Integración Juvenil CIJ)

Investigaciones sobre el consumo de sustancias llevadas a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría y en CIJ (1996) dirigidas hacia la identificación de factores asociados que preceden a la conducta adictiva han encontrado: ambivalencia en los patrones de relación, problemas de comunicación, papeles no muy claros en los miembros de la familia; actitud permisiva de los padres frente al consumo, negación de

la adicción, presencia de violencia doméstica y/o el consumo de sustancias de algún familiar cercano. Aspectos que requieren de un trabajo terapéutico específico.

El fundamento teórico que sustenta esta intervención es la Terapia Cognitivo-Conductual, modelo validado por su efectividad en el tratamiento de las adicciones. Se basa en el aprendizaje de estrategias de autocontrol y del análisis funcional como herramienta de trabajo, el cual facilita identificar las necesidades específicas de cada paciente (Meichenbaum DY, Cameron R (1982). La evaluación individualizada de las necesidades y déficits, permite un abordaje flexible para concretar los objetivos de tratamiento y las técnicas para conseguirlos.

Su finalidad es modificar los valores y creencias, pensamientos, actitudes, expectativas o percepciones, parte de la premisa de que los problemas se producen y mantienen debido a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información.

Las creencias son las que sostienen el tipo de relación que establecen estos familiares con los/las usuarios/as, su impacto sustenta su estilo de mirar, interpretar y manejar la conducta adictiva, así como con otros problemas emocionales (p. ej. ansiedad, depresión, problemas psicosomáticos).

En este sentido el tratamiento se orienta a flexibilizar pensamientos y creencias que resultan poco beneficiosas (p. ej. “Por mi culpa mi hijo se droga, si no me preocupo yo por él, se pierde” “el deber de una madre es cuidar de los suyos”, “cómo abandonar a mi esposo, si es el padre de mis hijos” por otras que favorezcan un cambio en el patrón de relación usuario-familiar por medio de estrategias cognitivo conductuales. (CIJ. 2010)

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando a los familiares a entender la forma en que las cogniciones (pensamientos e imágenes) influyen en sus relaciones y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más beneficiosas. (CIJ. 2010)

Aborda diversos temas que permitirá a los familiares compartir experiencias y cuestionar estas creencias familiares que fundamentan la relación que tienen con el usuario, de ¿cómo interpretan lo que les pasa? (usuario-familiar), ¿cómo le atribuyen una causa?, ¿cómo generan reglas acerca del por qué? y cómo en ocasiones, esas interpretaciones se mantienen como un patrón (cognitivo) fijo que puede resultar disfuncional y poco flexible, a fin de adquirir las habilidades que favorezcan el diálogo y la cooperación como herramienta básica para resolver problemas de convivencia y conflictos en la relación que establecen, tanto a nivel personal y desde una mirada de género que inspire cambios en la concepción del deber ser, del desear ser y del poder ser. Con la intención de que inicien un cambio de actitud que les permita mantener relaciones más funcionales, menos dolorosas y más satisfactorias con aquellos que les rodean y que coadyuven al logro y mantenimiento de la abstinencia del consumo de sustancias.

A continuación se presenta una breve descripción de la estructura de las sesiones:

Establecer el *rapport*.

El terapeuta da confianza, expresa empatía a través de enunciados directos, tono de voz.

Estar atento al estado de ánimo.

Él /la terapeuta debe estar atento al estado de ánimo de los familiares lo cual puede ayudar a entender mejor las preocupaciones que no se manifiestan, sentimientos de fracaso, culpa, tristeza, depresión ansiedad y estrés.

Explicar el programa de trabajo (agenda).

Cada sesión da inicio con la explicación de las actividades a cubrir (agenda del día), con el acuerdo del grupo.

Enlazarse con la última sesión

Para dar continuidad al tratamiento e identificar las inquietudes que resultaron en la sesión anterior, es útil preguntar la percepción y comprensión de la misma.

Examinar las actividades extra sesión

Uno de los aspectos a trabajar en el inicio de cada sesión es la discusión de los ejercicios para casa que incluyen la revisión de formatos.

Realizar resúmenes

Se emplean dos tipos de resúmenes:

Puede realizarse al terminar una un ejercicio después de abordar el tema central, de manera que permita evaluar el logro del objetivo de esa actividad. Se sugiere retroalimentar al grupo. Al final de la sesión, se realiza una síntesis para reforzar el compromiso con los integrantes del grupo con su avance, o se identifican las dificultades que hay que abordar.

Ejercicios para casa

Al realizar estos ejercicios se ayuda a los familiares a generalizar lo aprendido en la sesión a su vida cotidiana (en el transcurso de la semana entre una y otra sesión).

Temas del Grupo de Familiares

Los temas de esta intervención comprenden un conjunto de nueve intervenciones cuya finalidad es abordar con un enfoque cognitivo conductual, diversos aspectos que permita a los familiares compartir experiencias para favorecer el análisis.

Se sugiere intervenciones motivacionales para establecer la meta del tratamiento.

Como se menciona con anterioridad esta intervención contempla nueve sesiones en las cuales se abordan diferentes temáticas que persiguen como objetivo, modificar

creencias y actitudes del familiar con relación al consumo del usuario y a la forma de relación que prevalece ente ambos.

Para ofrecer un panorama general de la forma de trabajo se presentan los tópicos y objetivos de cada una de las sesiones.

SESIÓN 1 Presentación del programa

El objetivo de esta sesión es favorecer la integración grupal, establecer el encuadre de trabajo e identificar las expectativas grupales.

SESIÓN 2 ¿Cómo identificar una conducta de sobreinvolucración?

El objetivo de dicha sesión es: Conocer que es la sobre involucración, e identificar las características que distinguen a una persona con comportamiento de sobreinvolucración, así como el patrón de relación familiar-usuario y sus consecuencias en la familia.

SESIÓN 3 La sobreinvolucración: ¿un problema familiar?

Identificar los aspectos de la dinámica de una familia donde hay un integrante que muestra una conducta de sobre involucración y control por el usuario de sustancias, conocer las reglas que predominan en este tipo de relaciones, explorar y evaluar las consecuencias que para cada integrante de la familia tiene la adicción y las implicaciones en su vida personal, familiar y social.

SESIÓN 4 Detectando pensamientos

Su Objetivo es conocer desde el modelo cognitivo conductual, los pensamientos que sustentan un tipo de comportamiento sobreinvolucrado, entender la relación: pensamientos automáticos, comportamiento y estado emocional.

SESIÓN 5 Asertividad.

El objetivo es entender que es la asertividad, Identificar conductas no asertivas y aprender a responder asertivamente.

SESIÓN 6 Respuestas asertivas

Su objetivo es conocer los diferentes tipos de respuesta asertiva, identificar las respuestas no asertivas y aplicar los diferentes tipos de respuesta asertiva

SESIÓN 7 Sexo, género y sobreinvolucración

Objetivos: Identificar los aspectos tradicionales de los roles masculino- femenino, analizar las diferencias entre los papeles de la mujer (madre) y el hombre (padre) en la sociedad. Identificar las creencias que favorecen una conducta de sobreinvolucración, control y apego por la persona usuaria de sustancias.

SESIÓN 8 El papel del género y la violencia

Objetivos: Conocer que es la violencia, identificar los cinco tipos de violencia así como identificar la rigidez de los papeles de género y su relación con la violencia finalmente reconocer el impacto de la violencia.

SESIÓN 9 ¿Que es la depresión?

Objetivos: Conocer que es la depresión, identificar los principales síntomas de un estado depresivo, Reconocer los pensamientos negativos que llevan a la depresión.

SESIÓN 10 Prevención de recaídas en una relación de sobreinvolucración

Objetivos: Conocer qué es la recaída, identificar los estímulos de alto riesgo que podrían propiciar una recaída, desarrollar habilidades que permitan reconocer conductas de recaída en las relaciones de sobreinvolucración familiar-usuario y desarrollar estrategias de apoyo, para hacer frente a las diversas situaciones de riesgo.

SESIÓN 11 Reflexión y cierre del programa

Objetivos: Analizar y evaluar los logros de los integrantes del grupo, evaluar el proceso grupal y evaluar la pertinencia de continuar el tratamiento en alguna modalidad terapéutica.

Todas y cada una de las sesiones de esta intervención siguen relativamente el mismo esquema general de trabajo en el cual, el terapeuta dedica una parte del tiempo a dar la bienvenida y revisar los ejercicios para casa que se dejaron la sesión anterior. Para después realizar una dinámica ya sea de manera introductoria al tema, o posterior a una exposición breve sobre este, la exposición la realiza auxiliándose de lecturas de apoyo proporcionadas por la institución.

Luego realizan algún ejercicio en sesión algunos de estos ejercicios se llevan a cabo utilizando la técnica del modelamiento y el juego de roles, sobre todo los que se trabajan en las sesiones de asertividad; independientemente de la técnica utilizada en los ejercicios, el terapeuta da una retroalimentación a los familiares

Y para finalizar hace un resumen de lo visto en sesión y en caso necesario indica los ejercicios que deberán elaborarse en casa y se revisarán en la siguiente sesión.

Una aportación que llama la atención en esta intervención y que se inserta muy bien en el actual relieve de la perspectiva de género, es precisamente la consideración de las diferencias de género en la gestación de creencias, actitudes y estilos relacionales dentro de las familias de consumidores.

2.5 Community Reinforcement Family Training

Generalmente los miembros de la familia entran a terapia en un esfuerzo por enfrentar la ansiedad y depresión que resultan de vivir en medio del alcoholismo y la drogadicción, (Smith, Meyers 2004)

La mayoría de los terapeutas a los que estos familiares acuden en busca de ayuda se hallan en una posición incómoda en la cual no saben cómo responder en cuanto a opciones de tratamiento que les puedan ofrecer (Smith, Meyers 2004). En el pasado las únicas opciones que se podían recomendar eran el modelo de intervención altamente confrontativo del Jhonson Institute o AI – Anon, en este ultimo el familiar aprende como desprenderse “separarse” del consumidor de sustancias, por ello al plantear esta posibilidad muchos de los familiares no se sentían conformes con ella (Smith, Meyers 2004).

Por su parte el CRAFT (Community Reinforcement Family Training) es el único tipo de terapia familiar unilateral que ha recibido soporte científico para el trabajo con los otros significativos de individuos con problemas de consumo de drogas y alcohol. Basado en principios conductuales, utiliza estrategias de reforzamiento y es opuesto a las técnicas confortativas. (Smith, et al. ,2004).

Es un programa de tratamiento con bases empíricas, indicado para familiares y amigos de individuos con problemas de abuso de sustancias, que rehúsan asistir a tratamiento.

Esta intervención enseña a los familiares cómo cambiar su propia conducta frente al consumidor, con el objetivo de motivar a la persona involucrada en problemas de alcohol o drogas a entrar a tratamiento, además aprenden estrategias que les permiten ser independientes y cuidar de sí mismos. Aquí el terapeuta trabaja con el Otro Significativo persiguiendo 3 metas:

1. Motivar a entrar a tratamiento al individuo con problemas de uso de sustancias, mediante la influencia del Otro Significativo.
2. Reducir el consumo de alcohol o drogas del usuario con el apoyo del otro Significativo.
3. Que el otro Significativo sea capaz de hacer cambios positivos en su estilo de vida, que mejoren su funcionamiento psicológico, independientemente de si el usuario entra o no a tratamiento.

Los resultados de esta aproximación muestran que del 64-86% de los individuos consumidores que inicialmente eran resistentes al tratamiento posteriormente deciden buscar ayuda. (Smith, et al. ,2004). El CRAFT ha demostrado ser un programa eficiente que requiere usualmente pocas sesiones con el otro significativo, para facilitar que el usuario entre a tratamiento. El éxito de este programa ha sido demostrado con varios tipos de parentesco: esposas, padres, hijos, así como en distintas y múltiples sustancias de abuso (alcohol , cocaína , marihuana (Smith, et al. ,2004)

Sisson y Azrin (1986) realizaron el primer estudio aleatorizado para examinar la viabilidad de la utilización de procedimientos basados en el reforzamiento comunitario, para ello asignaron aleatoriamente a 12 otros significativos, para recibir una primera versión del CRAFT, o el enfoque de Al - Anon. En la condición de CRT (primera versión del CRAFT), seis de los siete alcohólicos resistentes entraron a tratamiento después de una media de 58.2 días y un promedio de 7.2 sesiones con sus Otros Significativos. Además de reportar una disminución en su promedio de consumo. En contraste ninguno de los consumidores del grupo tradicional busco tratamiento. En un estudio reciente financiado por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 130 familiares de consumidores fueron distribuidos aleatoriamente en uno de los tres diferentes enfoques de facilitación: (1) Al-Anon, cuya la terapia fue diseñada para fomentar la participación en el programa de 12 pasos y llevar a bebedores resistentes a entrar en tratamiento formal, 2) La intervención del Johnson Institute que los preparó para una reunión familiar confortativa que dio lugar a un tratamiento formal (3) el enfoque CRAFT, que enseña habilidades de cambio de comportamiento y nuevas estrategias para guiar al consumidor a tratamiento.

Los tres tratamientos consistieron en 12 horas de contacto previsto, las entrevistas de evaluación se llevaron a cabo por individuos que no estaban informados sobre la asignación de grupo. En cuanto a los resultados, el enfoque CRAFT fue significativamente más eficaz para comprometer bebedores resistentes al tratamiento (64%) en tanto que Al Anon , solo consiguió un 13% y la intervención del Instituto Johnson 30%, (Miller, Meyers & Tonigan, 1999).

El objetivo del Community Reinforcement Family Training es capacitar a los familiares para tomar el control cuando sea posible, pero nunca a expensas de cuidar de sí mismos. El CRAFT se basa en el entrenamiento en estrategias que conduzcan a la independencia personal y mejorar la auto eficacia y autoestima. Los procedimientos CRAFT se centran principalmente en:

1. El desarrollo de una relación terapéutica de confianza.
2. Preparación del familiar para reconocer y responder de manera segura a cualquier potencial de violencia en el hogar, sobre todo cuando los cambios de comportamiento están siendo introducidos en la casa.
3. Completar dos análisis funcionales el primero sobre los disparadores y consecuencias del consumo de sustancias del usuario y el segundo para establecer un perfil de disparadores de la conducta de abstinencia y conductas saludables así como sus consecuencias.
4. Trabajar para mejorar la comunicación con el usuario de sustancias.
5. Mostrar al *otro significativo* como hacer uso del refuerzo positivo, y de las consecuencias negativas para desalentar el comportamiento de consumo del ser querido.
6. Enseñar al *otro significativo* métodos para disminuir su nivel de estrés en general, haciendo hincapié en la importancia de contar con suficientes “recompensas” en su propia vida.
7. Instruir al *otro significativo* para que sea capaz de identificar los momentos más adecuados y las maneras más viables de sugerir un tratamiento al familiar consumidor.
8. Preparar lo necesario anticipadamente para que dado el caso, que el usuario decida entrar a tratamiento pueda comenzar de inmediato. Discutir con el otro

significativo la necesidad de que brinde apoyo al consumidor durante todo el tratamiento.

El CRAFT debe ser impartido por un terapeuta que tenga buenas bases en los procedimientos conductuales mencionados y además cuente con las habilidades básicas para la consejería como son: una actitud de empatía, de apoyo genuino hacia el otro significativo, y sea directivo dinámico y motivador.

En resumen las investigaciones sobre este modelo de tratamiento han mostrado que: Es mucho más eficaz para conseguir motivar al usuario de sustancias a entrar a tratamiento, que las dos opciones más utilizadas (intervención de Johnson y Al Anon).

2.6 Programa de Satisfactores Cotidianos

El Programa de Satisfactores Cotidianos es una intervención breve de corte cognitivo conductual que se originó a partir de la adaptación del CRA (Community Reinforcement Approach) propuesto por Azrin en 1973. La adaptación del CRA a población mexicana se denominó Programa de Satisfactores cotidianos debido a que se detectó en un estudio realizado con usuarios dependientes a sustancias adictivas Barragán (2007) que la variable “satisfacción cotidiana” es próxima y predictora de la abstinencia y funciona como advertencia temprana de recaídas. Esta intervención está integrada por 12 componentes de los cuales se presenta una síntesis.

El primer componente, es el análisis funcional de la conducta de consumo, éste es una entrevista estructurada que permite al terapeuta y al usuario identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de consumo. Así, se logran identificar situaciones de alto riesgo, las consecuencias que pueden reforzar la conducta de consumo y pueden ser elegidas como metas a alcanzar mediante conductas alternativas de cambio. También se hace un análisis funcional de una conducta que no tenga que ver con el consumo y que el usuario disfrute; analizar esta conducta le permite al usuario identificar aquellas conductas placenteras y pro – sociales que ya utiliza y que puede incrementar.

El siguiente componente del programa, es la Muestra de Abstinencia. A través de ésta, el usuario experimenta los beneficios de mantenerse sin consumo y se facilita la negociación del mantenimiento de la abstinencia

El componente de Metas de Vida Cotidiana, involucra al usuario tanto en la identificación de las áreas de vida que desea cambiar, como en la estructuración de planes de acción específicos para alcanzar las metas. El objetivo principal en este componente es incrementar el placer de las actividades en abstinencia y reducir el poder del consumo como una fuente de satisfacción.

Los siguientes componentes del programa, enfatizan la variedad de habilidades que el usuario puede necesitar para mantenerse sin consumo. Cada componente se enfoca en un paquete de habilidades específicas: habilidades de rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, habilidades de solución de problemas, búsqueda de empleo, consejo marital, habilidades sociales y recreativas y control de emociones

El componente de Prevención de Recaídas consiste en entrenar al usuario a reconocer los signos que indiquen posibles recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento.

Adicionalmente se incluye un componente para el *otro significativo* en caso de que el usuario haya decidido que un familiar o amigo suyo no consumidor participe en el tratamiento, para favorecer cambios en su ambiente inmediato y propiciar interacciones familiares y sociales favorables y de apoyo. Para efectos del presente trabajo este componente es de especial importancia ya que de él deriva la adaptación del Taller a familiares, que es el tema que nos ocupa.

El Programa de Grupal para Familiares de Usuarios con Comportamiento Adictivo se diseñó integrando la adaptación de algunos de los contenidos que se imparten a los usuarios consumidores en las sesiones del Programa de Satisfactores

Cotidianos (PSC); de tal manera, que las habilidades que se les enseñan a los usuarios para favorecer tanto su abstinencia, como su bienestar físico, emocional, familiar y social sean también aprendidas por sus familiares. Estas son: análisis funcional de la conducta, control de enojo, control de tristeza, control de ansiedad, solución de problemas, habilidades de comunicación, mejorando mis relaciones interpersonales. El objetivo de la intervención es que los otros significativos procuren su bienestar emocional, su satisfacción personal y con la convivencia con el usuario, además dispongan de conductas eficientes para apoyar al consumidor en el alcance y mantenimiento de la abstinencia.

Capítulo 3 Método.

3.1 Justificación

La consideración de los diversos factores asociados al inicio y a la continuación del consumo de drogas sugiere numerosos objetivos potenciales para la intervención o tipos de programas preventivos; se pueden desarrollar programas centrados en determinantes del consumo de carácter individual, familiar y comunitario.

Uno de los principales vínculos del usuario con comportamiento adictivo es el que sostiene con su familia; el tipo de funcionamiento familiar que carece de comunicación, afecto y apoyo es el que le afecta negativamente. Adicionalmente, la ocurrencia del consumo en interacciones cercanas como las de amigos consumidores, padres y hermanos influyen en el usuario aumentando la cantidad y frecuencia del consumo y agravando así la problemática adictiva.

No obstante, es indispensable considerar que el comportamiento de consumo del usuario afecta, a su vez, al ámbito familiar ocasionando entre sus miembros, problemas emocionales que pueden ocasionarles alteraciones psiquiátricas, psicológicas, físicas, y comportamentales que exponen en diversidad de áreas de su funcionamiento cotidiano. La problemáticas del usuario y del ámbito familiar se afectan mutuamente y favorecen la incidencia de conflictos; los cuales se identifican como antecedentes de episodios de sobredosis.

De lo anteriormente expuesto se desprende la importancia de impartir una intervención a familiares y otros significativos de usuarios consumidores para recibir información de la problemática de consumo,

3.2 Objetivo de la investigación

Conocer si el entrenamiento grupal impartido a familiares y otros significativos favorece el autocontrol emocional, satisfacción personal, satisfacción de la convivencia con el usuario, apoyo proporcionado y recibido por parte del usuario.

3.3 Preguntas de investigación

- ☛ ¿Impactará el entrenamiento grupal en los niveles de depresión y ansiedad de familiares y otros significativos de usuarios con comportamiento adictivo?
- ☛ ¿Impactará el entrenamiento grupal impartido a familiares y otros significativos en sus niveles de satisfacción personal y en los de su convivencia con el usuario con comportamiento adictivo?
- ☛ ¿Impactará el entrenamiento grupal en el apoyo que ante situaciones de riesgo al consumo, proporcionan los familiares y otros significativos al usuario con comportamiento adictivo?
- ☛ ¿Cuál es el nivel del apoyo que el usuario con comportamiento adictivo recibe de sus familiares y otros significativos después de la participación de éstos en el entrenamiento grupal?
- ☛ ¿Qué nivel de satisfacción con la utilidad de las estrategias aprendidas en cada componente del entrenamiento grupal recibido reportan los familiares y otros significativos?

3.4 Hipótesis

- ☛ Habrá un decremento en los niveles de ansiedad y depresión de familiares y otro significativos después del entrenamiento grupal
- ☛ Habrá un incremento en la satisfacción personal de familiares y otros significativos, así como, en la satisfacción de su convivencia con el usuario después del entrenamiento grupal.
- ☛ Habrá un incremento en el apoyo que proporciona el familiar y otro significativo al usuario ante situaciones de riesgo al consumo.
- ☛ El usuario con comportamiento adictivo reportará sentirse apoyado ante situaciones de riesgo al consumo por parte de su familiar y otros significativos después del entrenamiento grupal..

- Los resultados de la evaluación de cada uno de los componentes será efectiva en términos de la utilidad que tienen al momento de ser aplicados por los familiares y otros significativos en su ambiente cotidiano.

3.5 Variables

Definiciones conceptuales y operacionales:

Ansiedad Es la frecuencia e intensidad de síntomas físicos y emocionales asociados a la ansiedad, (Beck, 1988). Medido a través del *puntaje obtenido en el Inventario de Ansiedad de Beck*.

Depresión Es la frecuencia e intensidad de actitudes negativas hacia sí mismo, alteraciones en el rendimiento alteraciones somáticas (Beck, 1988). Medido a través del puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck.

Percepción de apoyo del otro significativo Es la Percepción que el familiar tiene del nivel de apoyo que brinda el otro significativo al usuario ante las ocho principales situaciones de riesgo de consumo que se le pudieran presentar. Involucra conductas de acercamiento, comunicación y apoyo en la identificación y afrontamiento de situaciones precipitadoras de consumo. Porcentaje obtenido en el cuestionario de percepción de apoyo del otro significativo

Percepción del usuario del apoyo del otro significativo Es la percepción que el usuario con comportamiento adictivo, tiene del nivel de apoyo que le brinda el otro significativo ante las ocho principales situaciones de riesgo de consumo que se le pudieran presentar. Involucra conductas de acercamiento, comunicación y apoyo en la identificación y afrontamiento de situaciones precipitadoras de consumo. Porcentaje obtenido en el cuestionario de percepción de apoyo recibido del otro significativo.

Satisfacción personal Nivel de satisfacción auto reportado por los familiares respecto a su propio funcionamiento en diversas áreas de su vida cotidiana como son: Progreso en el trabajo o en la escuela, manejo del dinero, vida social/recreativa, hábitos personales, relaciones familiares o matrimoniales, situación legal, vida emocional, comunicación y satisfacción general. Medido a través del porcentaje obtenido del cuestionario de satisfacción personal

Satisfacción de la convivencia con el usuario Nivel de satisfacción auto reportado por los familiares respecto a los hábitos de convivencia con el usuario, que incluyen comunicación, apoyo reconocimiento y control emocional para evitar conflictos con el usuario. Medido a través del porcentaje obtenido en el cuestionario de satisfacción de convivencia con el usuario

Evaluación de los componentes. Grado de efectividad reportado por los familiares respecto a la utilidad de las estrategias aplicadas en su entorno habitual. Medido a través del porcentaje obtenido en el cuestionario de los componentes: Rompiendo cadenas de consumo, control de enojo, control de ansiedad, control de tristeza, habilidades de comunicación, solución de problemas y mejorando mis relaciones interpersonales.

Evaluación del taller para familiares. Grado de satisfacción reportado por los familiares respecto a la interacción de los expositores, claridad de los contenidos, aclaración de dudas, utilidad de los temas, tiempo de exposición y su participación individual. Medido a través del cuestionario de evaluación del taller.

Programa Grupal para familiares de consumidores (VI) Intervención breve de corte cognitivo conductual, operacionalizado en un taller de ocho sesiones cuyos contenidos son: Admisión, Rompiendo cadenas de consumo, Control de enojo, Control de ansiedad, Control de tristeza, Habilidades de comunicación, Solución de problemas, Mejorando mis relaciones interpersonales y Post evaluación. puntaje obtenido en el cuestionario de satisfacción de convivencia con el usuario

3.6 Diseño

El diseño implementado es de tipo cuasi experimental intra sujetos (Pre test – Post – test) Se eligió este tipo de diseño con el objetivo de evaluar los cambios en las variables de autocontrol emocional, satisfacción personal y de la convivencia, en el apoyo proporcionado y recibido después del entrenamiento grupal impartido a

Las sesiones se impartieron en el Centro de Atención y Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala” en la sala de juntas que dispone de una mesa, proyector, sillas y un pizarrón. Se convino con los participantes que las sesiones fueran una vez a la semana con una duración de 2 horas.

3.8 Materiales

- Proyector
- Pizarrón
- Presentaciones Power Point
- Marcador para pizarrón
- Folletos de cada una de las ocho sesiones (Ver del 16 al 22Anexos).
- Bolígrafos

3.9 Instrumentos

Inventario de depresión de Beck. Elaborado por Beck en 1988 consta de 21 reactivos organizados en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El individuo selecciona una o varias que mejor reflejen como se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación, se califica sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y clasificando la sumatoria de la siguiente manera:

0 a 9 puntos “Depresión mínima”

10-16 puntos “Depresión Leve”

17 a 29 puntos “Depresión Moderada”

30- a 63 puntos Depresión Severa

La estandarización del instrumento fue realizada en 1998 por (Jurado et.al) obteniendo un Alpha de Cronbach de .87 con una probabilidad de .000. La validez concurrente del instrumento con la escala de Zung arrojó una correlación estadística $r = .77$ con una probabilidad menor que .000

familiares y otros significativos de usuarios con comportamiento adictivo, (Campbell y Stanley, 1963).

Se realizaron mediciones antes y después de la intervención de los niveles de ansiedad, depresión, satisfacción personal del familiar, satisfacción de la convivencia con el usuario, así como de la percepción de apoyo que el familiar brinda al usuario y la percepción que el usuario tiene del apoyo recibido, la satisfacción en el ambiente social familiar y el grado de satisfacción en la utilidad de las estrategias y habilidades adquiridas.

3.7 Participantes

La muestra estuvo constituida por 34 sujetos de los cuales 4 fueron hombres y 30 mujeres, la media de edad de la muestra fue de 44 años el muestreo fue no probabilístico, de conveniencia, del total de la muestra 24 participantes eran madres de usuarios, 3 esposas, 1hija, 1 abuela, 1 tía, 3 eran padres y 1 amigo, ninguno había recibido tratamiento previo, ni psicológico ni psiquiátrico; algunos acudieron por invitación directa por parte del usuario que ya estaba en tratamiento y el resto llamó al Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” en donde les dieron información y aceptaron participar en el taller grupal una vez que firmaron la carta compromiso. Es importante señalar que dicha muestra se integró al conjuntar 6 grupos de intervención los cuales quedaron conformados, de la siguiente manera:

Grupo1 Total de participantes 5 mujeres.

Grupo 2 Total de participantes 9, de los cuales fueron 8 mujeres y 1 hombre.

Grupo 3 Total de participantes 5 mujeres.

Grupo 4 Total de participantes 4 mujeres.

Grupo 5 Total de participantes 5, de los cuales fueron 4 mujeres y 1 hombre.

Grupo 6 Total de participantes 6, de los cuales fueron 4 mujeres y 2 hombres.

3.7 Escenario

Inventario de ansiedad de Beck. Es un cuestionario de 21 reactivos elaborado por Beck en 1988. Es de fácil aplicación y calificación y permite evaluar síntomas de ansiedad. La consigna de aplicación es: “En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad; lee cuidadosamente cada afirmación e indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana inclusive el día de hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia”.

El tiempo de aplicación varía de entre cinco a diez minutos. Las respuestas se clasifican en: “Poco o nada”, que se califica con cero puntos; “Más o menos”, que se califica con un punto; “Moderadamente” que se califica con dos puntos y “Severamente” que se califica con tres puntos. Posteriormente se hace la sumatoria total y se obtienen el puntaje que indica el nivel de ansiedad; este nivel corresponde a:

De 0 a 5 puntos Ansiedad Mínima

De 6 a 15 puntos Ansiedad Leve

De 16 a 30 puntos Ansiedad Moderada

De 31 a 63 puntos Ansiedad Severa

El instrumento fue estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), en una muestra de 1000 sujetos obteniéndose la puntuación promedio, desviación estándar y las normas para la población mexicana; mostró una alta consistencia interna con un Alpha de Cronbach de .83 y una validez de constructo que arrojó cuatro factores principales congruentes con los referidos por los autores de la versión original: **subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico**. En una muestra de 188 sujetos se obtuvo una alta confiabilidad test-retest de $r = .75$ y en una muestra de 192 sujetos una validez convergente adecuada entre el Inventario de Beck de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) ya que los índices de correlación fueron moderados y positivos con una $p < .05$; y una validez discriminante que permite detectar pacientes con trastornos de ansiedad y normales ($t = -19.11$, $p < .05$).

Cuestionario de precepción de apoyo del otro significativo. Para la evaluación del apoyo del otro significativo se diseñó un instrumento con preguntas

enfocadas a las ocho áreas precipitadoras o de riesgo al consumo que son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad o tentación de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros; las opciones de respuesta varían con base a una escala tipo Likert que va de Muy frecuentemente a Nunca, con la cual pretendemos conocer el nivel de apoyo que dan los familiares ante el usuario.

La Escala Likert de este instrumento se califica de la siguiente forma:

- 4 puntos para Muy frecuentemente.
- 3 puntos para Frecuentemente.
- 2 puntos para A veces.
- 1 punto para Casi nunca.
- 0 puntos para Nunca.

El máximo puntaje es de 60 y el mínimo es de 0, se convirtieron estos PUNTAJES a PORCENTAJES, para posteriormente asignarle una CALIFICACIÓN, esta tabla te permitirá graficar los resultados en porcentajes, según el puntaje que corresponda:

MUY FRECUENTEMENTE Puntaje-Porcentaje	FRECUENTEMENTE Puntaje-Porcentaje	A VECES Puntaje- Porcentaje	CASI NUNCA Puntaje- Porcentaje	NUNCA Puntaje- Porcentaje
60-100%	47-78.33%	35-58.33%	23-38.33%	11-18.33%
59-98.33%	46-76.66%	34-56.66%	22-36.66%	10-16.66%
58-96.66%	45-75%	33-55%	21-35%	09-15%
57-95%	44-73.33%	32-53.33%	20-33.33%	08-13.33%
56-93.33%	43-71.66%	31-51.66%	19-31.66%	07-11.66%
55-91.66%	42-70%	30-50%	18-30%	06-10%
54-90%	41-68.33%	29-48.33%	17-28.33%	05-8.33%

53- 88.33%	40-66.66%	28-46.66%	16-26.66%	04-6.66%
52- 86.33%	39-65%	27-45%	15-25%	03-5%
51-85%	38-63.33%	26-43.33%	14-23.33%	02-3.33%
50-83.33%	37-61.66%	25-41.66%	13-21.66%	01-1.66%
49-81.66%	36-60%	24-40%	12-20%	00-0%
48-80%				

En cada instrumento de evaluación se incluye una tabla como la que se muestra a continuación, que permite obtener la Calificación del apoyo que el familiar y otro significativo proporciona al usuario con comportamiento adictivo..

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
48-60	80-100	Muy frecuentemente
36-47	60-79	Frecuentemente
24-35	40-59	A veces
12-23	20-39	Casi nunca
0-11	0-19	Nunca

Cuestionario de percepción del usuario del apoyo recibido del otro significativo. Para la evaluación de la percepción que tiene el usuario del apoyo que recibe del otro significativo al Usuario para favorecer su abstinencia, se diseñó un instrumento con preguntas enfocadas a las ocho áreas precipitadoras de consumo que son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad o tentación de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros; las opciones de respuesta varían con base a una escala tipo Licker que va de Muy frecuentemente a Nunca, para conocer el nivel de apoyo que el usuario percibe recibir de sus familiares.

La Escala Licker de este instrumento se califica de la siguiente forma:

- 4 puntos para Muy frecuentemente.
- 3 puntos para Frecuentemente.
- 2 puntos para A veces.
- 1 punto para Casi nunca.
- 0 puntos para Nunca

MUY FRECUENTEMENTE	FRECUENTEMENTE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Puntaje-Porcentaje	Puntaje-Porcentaje	Puntaje-Porcentaje	Puntaje-Porcentaje	Puntaje-Porcentaje
60-100%	47-78.33%	35-58.33%	23-38.33%	11-18.33%
59-98.33%	46-76.66%	34-56.66%	22-36.66%	10-16.66%
58-96.66%	45-75%	33-55%	21-35%	09-15%
57-95%	44-73.33%	32-53.33%	20-33.33%	08-13.33%
56-93.33%	43-71.66%	31-51.66%	19-31.66%	07-11.66%
55-91.66%	42-70%	30-50%	18-30%	06-10%
54-90%	41-68.33%	29-48.33%	17-28.33%	05-8.33%
53- 88.33%	40-66.66%	28-46.66%	16-26.66%	04-6.66%
52- 86.33%	39-65%	27-45%	15-25%	03-5%
51-85%	38-63.33%	26-43.33%	14-23.33%	02-3.33%
50-83.33%	37-61.66%	25-41.66%	13-21.66%	01-1.66%
49-81.66%	36-60%	24-40%	12-20%	00-0%
48-80%				

El máximo puntaje es de 60 y el mínimo es de 0, se convirtieron estos PUNTAJES a PORCENTAJES, para posteriormente asignarle una CALIFICACIÓN, la siguiente tabla permite graficar los resultados en porcentajes, según el puntaje que corresponda:

En cada instrumento de evaluación se encuentra una tabla como la que se muestra a continuación, esta tabla permite obtener la Calificación del apoyo que el usuario con comportamiento adictivo percibe recibir por parte del familiar y otro significativo.

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
48-60	80-100	Muy frecuentemente
36-47	60-79	Frecuentemente
24-35	40-59	A veces
12-23	20-39	Casi nunca
0-11	0-19	Nunca

Escala de satisfacción personal. Evalúa el nivel de satisfacción del familiar u otro significativo, respecto a su propio funcionamiento en diferentes áreas de vida cotidiana: Progreso en el trabajo o en la escuela, manejo del dinero, vida social/recreativa, hábitos personales, relaciones familiares o matrimoniales, situación legal, vida emocional, comunicación y satisfacción general. Consta de 9 reactivos. Las instrucciones de aplicación son: *“Por favor, encierre en un círculo el número que corresponda al nivel de satisfacción con su funcionamiento personal en diferentes áreas de su vida. Los números más cercanos a uno, reflejan más insatisfacción, siendo el uno el nivel de mayor insatisfacción; mientras que los números más cercanos a diez reflejan los números de más satisfacción. Por favor, conforme lea cada área, pregúntese ¿Qué tan satisfecho me siento con respecto a cómo funciona en esa área de mi vida? Es decir, establezca con base en la escala numérica (1-10) exactamente cómo se siente con respecto a esa área. Trate de que un área en particular no inflencie los resultados de la siguiente categoría”*. Por ejemplo: Qué tan satisfecho se siente respecto a Cómo es su progreso en el trabajo o en la escuela? Conteste el puntaje considerando las puntuaciones del 1 al 10 siendo 1 la más insatisfecha y el 10 el de mayor satisfacción. Es importante señalar que el puntaje dado en cada área corresponde al puntaje en bruto, posteriormente se saca un promedio total que corresponde finalmente al nivel de satisfacción personal reportado por el familiar.

Escala de satisfacción de la convivencia con el usuario. Mide el nivel de Satisfacción de la Convivencia que tiene el Familiar con el Usuario. Son 7 reactivos de la Satisfacción con el apoyo que proporciona al usuario para Favorecer: su abstinencia, rendimiento laboral o académico, entretenimiento, salud física y cuidado personal, la convivencia en general con el familiar/amigo, así como para tener control personal de sus emociones y evitar tener un conflicto con el familiar/amigo, y al comunicarse con él. Es importante señalar que el puntaje dado en cada área de corresponde al puntaje en bruto, posteriormente se saca un promedio total que corresponde finalmente al nivel de satisfacción de convivencia que reporta el familiar con el usuario.

Evaluación del componente. Por cada componente impartido en el taller los familiares responden este instrumento que consta de seis reactivos en escala tipo Likert que va de completamente de acuerdo a completamente en desacuerdo, donde el familiar indica que tan útil le es la estrategia aprendida en sesión en su vida cotidiana si lo ayuda a tener un mayor autocontrol y si le sirve para dar más apoyo a su familiar con problema de consumo.

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
20-24	83.33-100	Completamente de acuerdo
15-19	62.5-79.16	De acuerdo
10-14	41.66-58.33	A veces
05-09	20.83-37.5	En desacuerdo
00-04	0-16.66	Completamente en desacuerdo

Evaluación del taller. Este instrumento tiene por objetivo conocer el grado de satisfacción de los familiares respecto al taller, está compuesto por 6 preguntas que se responden indicando en una escala de 1 a 10 el grado de satisfacción con respecto a la interacción con los expositores, la claridad de los contenidos, la resolución de dudas, la utilidad de los temas, el tiempo de exposición y su participación individual, 3 preguntas abiertas sobre su experiencia en el taller y dos más sobre la conducta de consumo de su familiar después de que ellos tomaron el taller. Para conocer el grado de satisfacción de los familiares se calcula la media.

3.10 Procedimiento

Fase pre-intervención: difusión del programa para familiares de usuarios con comportamiento adictivo.

Inicialmente se realizó una amplia difusión del Taller Grupal para Familiares y Otros Significativos de usuarios con problemas de Consumo de Sustancias Adictivas para favorecer la asistencia de los participantes; la difusión se implementó mediante contacto directo a través de la convocatoria Institucional dirigida a los familiares o indirectamente, a través de la invitación que les hacen los usuarios quienes ya asisten a recibir atención por su comportamiento adictivo, a través de cartelones que se colocaron en la Centro de prevención y atención de adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez”

Cuando los familiares se comunicaron telefónicamente a la Institución para solicitar información referente a la atención del usuario, se les invitó a participar en el Taller dándoles la siguiente información: “Se ofrecen sesiones grupales para familiares y personas cercanas del consumidor que no consuman, les son útiles para aprender cómo enfrentarse a la problemática de consumo del usuario , obtendrá información que le permita entender los factores protectores y de riesgo relacionados al consumo, y logrará identificar aquellas situaciones específicas que actúan como disparadores del consumo en su familiar , con la finalidad de que pueda implementar planes que en la medida de lo posible puedan evitar el consumo, aprenderá también estrategias útiles para un adecuado control de sus emociones, habilidades para mejorar la comunicación , convivencia y resolución de problemas cotidianos así como para procurar su bienestar y satisfacción personal”; son un total aproximado de 8 sesiones que se llevan a cabo 1 vez a la semana y tienen una duración de 2 horas.

Otra forma de difusión que se utilizó fue invitar al taller de manera indirecta a los participantes por medio de los usuarios quienes ya acuden a la Institución a recibir la atención, primero se motivó a éstos para que accedan a invitar a sus familiares o amigos cercanos y no consumidores a asistir.

Fase intervención.

A continuación se mencionan las características de la impartición del entrenamiento en las sesiones de intervención.

En cada sesión de manera inicial se les dio la bienvenida, luego pasó asistencia, después indagó con respecto a cómo les había ido en la aplicación de las estrategias aprendidas, posteriormente se les preguntó si su familiar había presentado consumo, qué hizo ante la situación, se le dio retroalimentación y sugerencias, más tarde dio se inició con el tema, se fomentó la participación de los asistentes, , se realizaron modelamientos y ensayos conductuales, antes de cerrar la sesión se hizo un resumen de la misma y finalmente se aplicó la evaluación del componente previo. A continuación se presenta la carta descriptiva de las sesiones del entrenamiento a los familiares:

SESION	OBJETIVO	TECNICAS	MATERIALES
1 ADMISION 1.1 EFECTOS DEL CONSUMO	Motivar la participación en el taller Aplicar los instrumentos de evaluación y firmar carta compromiso de participación Brindar información sobre las principales sustancias psicoactivas y sus efectos		Registro de asistencia Secuencia de las Sesiones Presentación Power Point de Efectos del consumo. Instrumentos de Evaluación y carta compromiso

<p>SESION 2 ROMPER CADENAS DE CONSUMO DE MI FAMILIAR</p>	<p>Analizar los elementos disparadores del consumo del usuario y elaborar planes de acción que incluyan conductas de apoyo eficaces para evitar y disminuir el impacto de los disparadores</p>	<p>Análisis funcional de la conducta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Precipitadores externos. 2. Precipitadores internos. 3. Planes de acción <p>Modelamiento Ensayo conductual</p>	<p>Registro de asistencia</p> <p>Pizarrón</p> <p>Marcador</p> <p>Presentación power point: Ayudando a romper cadenas de consumo</p> <p>Folleto Ayudando a romper cadenas de consumo</p> <p>Cuestionario de evaluación del componente</p>
<p>SESION 3 HABILIDADES DE COMUNICACION</p>	<p>Aplicar habilidades de comunicación que favorezcan relaciones de confianza, cercanía, apoyo y afecto para coadyuvar a fortalecer la relación entre ambos y propiciar un ambiente familiar agradable que motive al usuario al mantenimiento de la abstinencia y haga que el otro significativo incremente</p>	<p>Habilidades de comunicación asertiva:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tres básicas: asumir y compartir responsabilidad, mostrar entendimiento, ofrecer ayuda. 2. Iniciar conversaciones. 	<p>Registro de asistencia</p> <p>Pizarrón</p> <p>Marcador</p> <p>Presentación Power point: Mejorando la comunicación con mi familiar.</p> <p>Folleto Mejorando la comunicación con mi</p>

	su satisfacción con su funcionamiento personal y familiar	<p>3. Saber escuchar.</p> <p>4. Expresar reconocimiento y recibir reconocimiento.</p> <p>5. Compartir sentimientos.</p> <p>6. Hacer críticas positivamente y recibir críticas,</p> <p>7. Solicitar apoyo.</p> <p>8. Expresar desacuerdo.</p>	<p>familiar</p> <p>Cuestionario de evaluación de componente</p>
SESION 4 CONTROL DEL ENOJO	Enseñar a los familiares las técnicas necesarias para controlar tanto la intensidad como la duración de los sentimientos de enojo para favorecer una convivencia familiar de tranquilidad y respeto	<p>Identificación de pensamientos calientes</p> <p>Frenar pensamientos calientes</p> <p>Autoinstrucciones positivas</p> <p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Distracción del pensamiento</p> <p>Tiempo fuera</p>	<p>Registro de asistencia</p> <p>Pizarrón</p> <p>Marcador</p> <p>Presentación Power point: Control de enojo.</p> <p>Folleto Control de enojo.</p> <p>Cuestionario de evaluación de componente</p>
SESION 5 CONTROL DE ANSIEDAD	Enseñar a familiares y otros significativos las técnicas necesarias para controlar la	Respiración profunda	<p>Registro de asistencia</p> <p>Pizarrón</p>

	intensidad, así como, la duración de las sensaciones físicas que le provocan la ansiedad para favorecer una convivencia familiar de tranquilidad y respeto	<p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Relajación muscular progresiva</p> <p>Relajación mental (imaginería)</p>	<p>Marcador</p> <p>Presentación Power point: Control de ansiedad.</p> <p>Folleto Controlando la ansiedad</p> <p>Cuestionario de evaluación de componente</p>
SESION 6 CONTROL DE TRISTEZA	Enseñar a los otros significativos estrategias y habilidades que les permitan disminuir el impacto de la tristeza en su vida cotidiana, promoviendo con ello una mejora en su calidad de vida emocional.	<p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Realizar actividades agradables</p> <p>Búsqueda de lo positivo</p>	<p>Registro de asistencia</p> <p>Pizarrón</p> <p>Marcador</p> <p>Presentación power point: Control de tristeza</p> <p>Folleto Control de tristeza</p> <p>Cuestionario de Evaluación de componente</p>
SESION 7 SOLUCION DE PROBLEMAS	El Otro Significativo aprenderá a aplicar habilidades que le permitan llevar a cabo conductas efectivas que le ayuden dar solución a situaciones difíciles o problemas que se	<p>Solución de Problemas:</p> <p>1. Identificación del problema</p> <p>2. Lluvia de ideas</p> <p>3. Análisis de ventajas</p>	<p>Registro de asistencia</p> <p>Pizarrón</p> <p>Marcador</p> <p>Presentación Power point: Solución de problemas</p>

	<p>le presenten y pueda afrontarlas de forma asertiva, consiguiendo para sí seguridad, menos tensión, eficacia, relaciones interpersonales más satisfactorias y un nivel de convivencia con el usuario más afectivo.</p>	<p>y desventajas</p> <p>4. Elección de la opción más conveniente</p> <p>5. Plan de acción para llevar a cabo la solución</p> <p>6. Puesta en marcha</p> <p>7. Evaluación de la solución</p>	<p>Folleto Solución de problemas</p> <p>Cuestionario evaluación de componente</p>
<p>SESION 8</p> <p>MEJORANDO MIS RELACIONES INTERPERSONALES</p>	<p>Incrementar el nivel de satisfacción del Otro significativo con respecto al apoyo que es capaz de brindarle a su familiar consumidor así como favorecer mediante el aprendizaje de las habilidades una mejora en la calidad de sus relaciones interpersonales posibilitando que en estas haya cercanía, apoyo, muestras de afecto positivas.</p>	<p>Iniciar conversaciones</p> <p>Escuchar conversaciones</p> <p>Dar reconocimiento</p> <p>Dar sorpresas agradables</p> <p>Dar muestras de afecto positivo</p> <p>Expresar desacuerdo amablemente</p>	<p>Registro de asistencia</p> <p>Pizarrón</p> <p>Marcador</p> <p>Presentación Power point: Mejorando mis relaciones interpersonales</p> <p>Folleto Mejorando mis relaciones interpersonales</p> <p>Cuestionario Evaluación de componente</p>
<p>POST EVALUACIÓN</p>	<p>Motivar a los participantes a seguir aplicando las estrategias aprendidas.</p> <p>Aplicar los instrumentos de post evaluación y del taller.</p>		<p>Instrumentos de Evaluación</p> <p>Evaluación del taller.</p>

Resultados.

Para la obtención de los resultados se aplicó una t de student para muestras relacionadas para conocer si existieron diferencias significativas en cada una de las variables el pretest y posttest, a continuación se describen los mismos:

Respecto al nivel de ansiedad reportada por los familiares y otros significativos antes y después del entrenamiento grupal, se obtuvo una media antes de la intervención correspondiente a 18 puntos que corresponde a ansiedad moderada y después del tratamiento de 7 puntos que corresponde a ansiedad mínima; el puntaje de t obtenido fue de 5.127 con un nivel de significancia de <0.0001 , por lo que existen diferencias significativas.

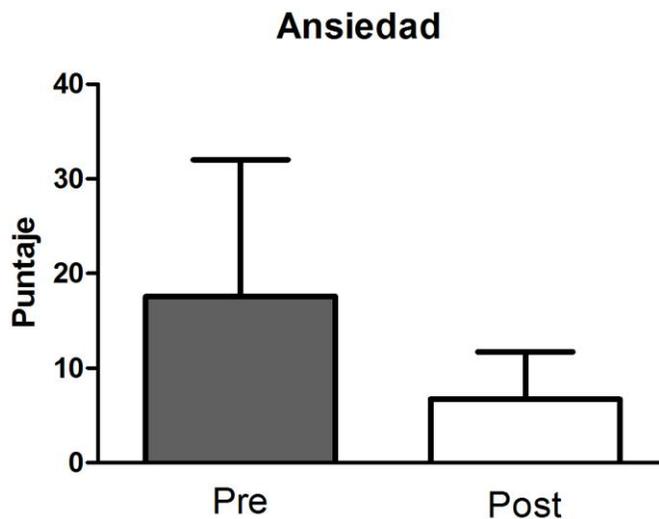


Figura 1. Muestra los resultados de ansiedad obtenidos del total de la muestra.

Respecto al nivel de depresión reportada por los familiares y otros significativos antes y después del entrenamiento grupal, se obtuvo una media antes de la intervención correspondiente a 16 puntos que corresponde a depresión leve y después de la intervención de 7 puntos que corresponde a depresión mínima ; el puntaje de t

obtenido fue de 5.700 con un nivel de significancia de <0.0001 por lo que existen diferencias significativas.

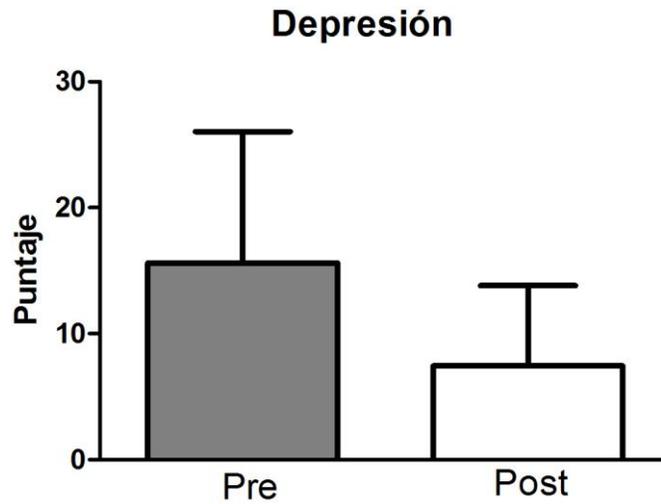


Figura 2. Muestra los resultados de depresión obtenidos del total de la muestra.

Respecto al nivel de satisfacción personal reportada por los familiares y otros significativos antes y después del entrenamiento grupal, se obtuvo una media antes de la intervención correspondiente a 7.11 de promedio y después del tratamiento de 8.35; el puntaje de t obtenido fue de 5.184 con un nivel de significancia de <0.0001 , por lo que existen diferencias significativas.



Figura 3. Muestra los resultados de satisfacción personal obtenidos del total de la muestra.

Respecto al nivel de satisfacción de convivencia con el usuario reportada por los familiares y otros significativos antes y después del entrenamiento grupal, se obtuvo una media antes de la intervención correspondiente a 6.32 de promedio y después del tratamiento de 8.07; el puntaje de t obtenido fue de 5.142 con un nivel de significancia de <0.0001 , por lo que existen diferencias significativas.



Figura 4. Muestra los resultados de satisfacción de convivencia obtenidos del total de la muestra.

Respecto al nivel de percepción de apoyo que el otro significativo da al usuario reportado por los familiares y otros significativos antes y después del entrenamiento grupal, se obtuvo una media antes de la intervención correspondiente a 68% que corresponde a Frecuentemente lo apoya y después del tratamiento de 81.41% que corresponde a Muy Frecuentemente lo apoya: el puntaje de t obtenido fue de 4.657 con un nivel de significancia de <0.0001 , por lo que existen diferencias significativas.

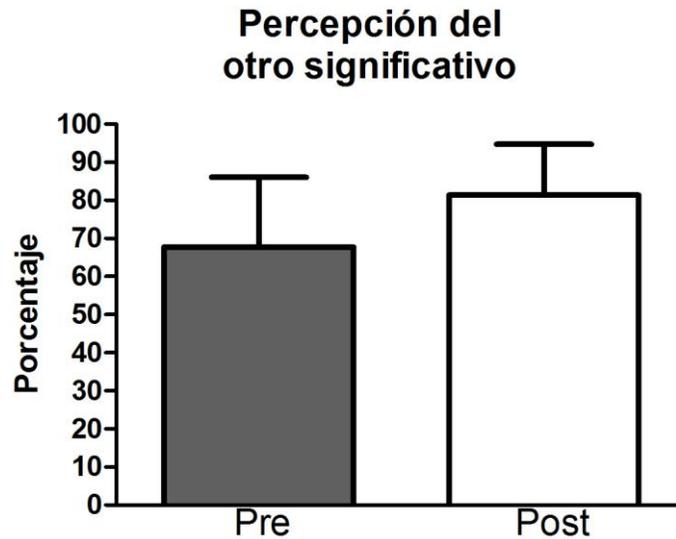


Figura 5. Percepción del apoyo proporcionado por el familiar al usuario con comportamiento adictivo antes y después del entrenamiento grupal.

En cuanto a lo que se refiere al apoyo que el usuario percibe por parte del familiar, la siguiente gráfica refleja lo que reportaron sólo 3 grupos de los que participaron debido a que en los anteriores este instrumento no se aplicaba, se implementó después con la finalidad de obtener información que pudiera reflejar consistencias entre lo reportado por el otro significativo y el mismo usuario. El porcentaje de percepción del Grupo 1 es de 85%; del Grupo 2 es de 70% y del Grupo 3 es de 80%.

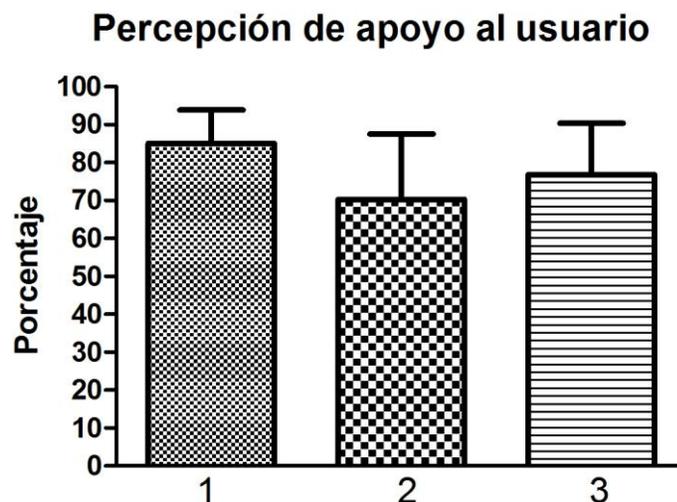


Figura 6. Muestra los resultados de 3 grupos relacionado a la percepción del usuario con respecto al apoyo del otro significativo obtenido del total de la muestra.

A continuación se describen los resultados obtenidos respecto a la efectividad de los componentes impartidos en el tratamiento y la evaluación que los familiares hicieron del taller.

Componente Rompiendo cadenas de consumo. La Figura 7 muestra que si existe efectividad según lo reportado por los 6 grupos, ya que, oscila en un promedio de 80% y 95%

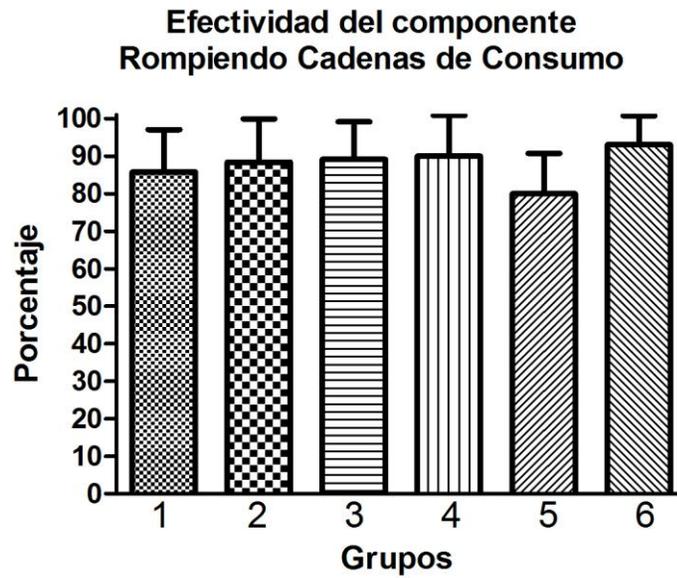


Figura 7

Componente Habilidades de comunicación. La Figura 8 muestra que si existe efectividad según lo reportado por los 6 grupos, ya que, oscila en un promedio de 78% y 95%

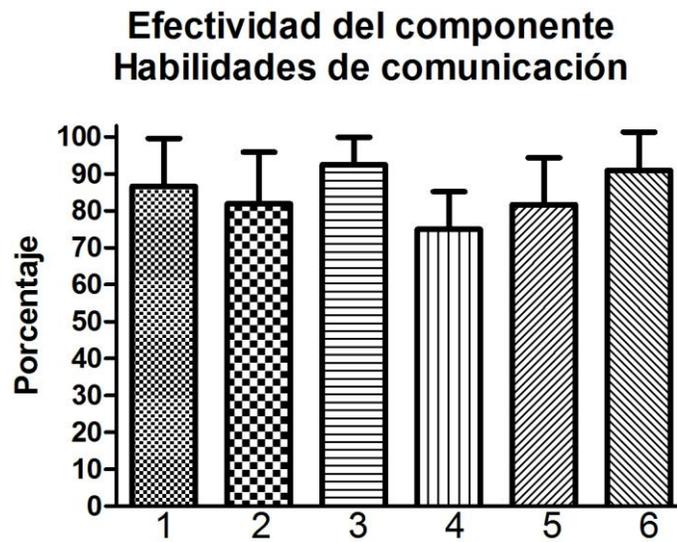


Figura 8

Componente Control de Enojo. La Figura 9 muestra que si existe efectividad según lo reportado por los 6 grupos, ya que, oscila en un promedio de 79% y 90%

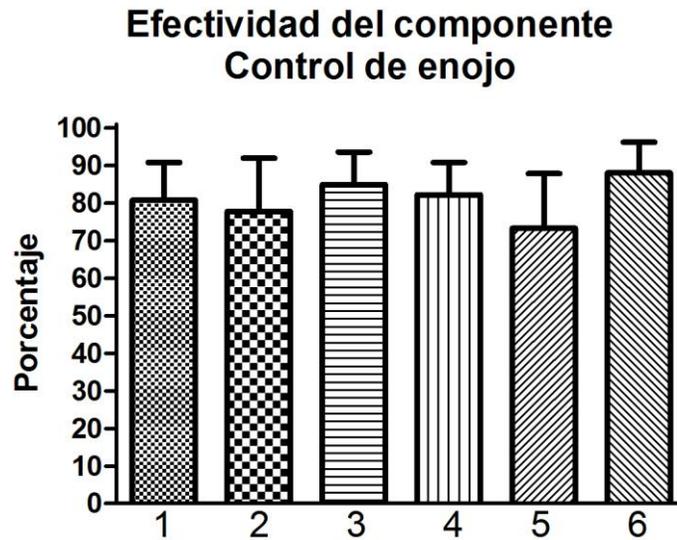


Figura 9

Componente Control de Ansiedad. La Figura 10 muestra que si existe efectividad según lo reportado por los 6 grupos, ya que, oscila en un promedio de 85% y 90%

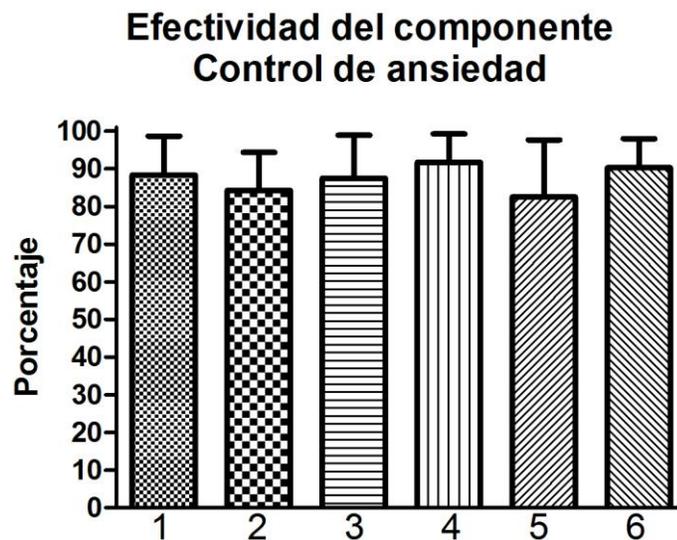


Figura 10

Componente Control de Tristeza. La Figura 11 muestra que si existe efectividad según lo reportado por los 6 grupos, ya que, oscila en un promedio de 88% y 90%

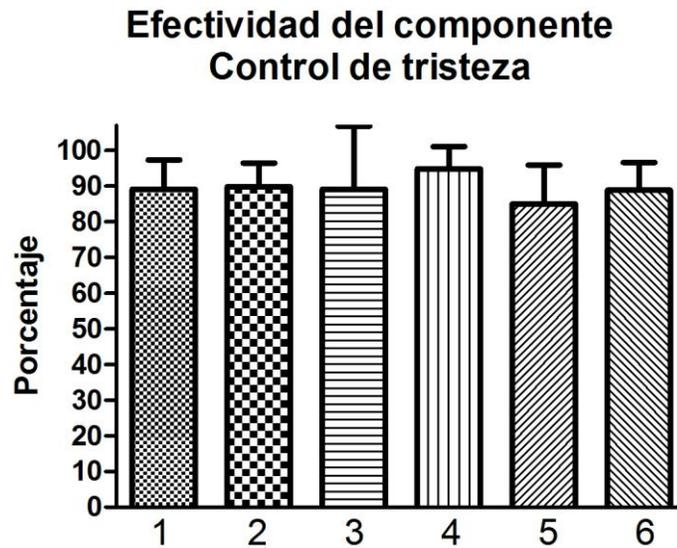


Figura 11

Componente Solución de Problemas. La Figura 12 muestra que si existe efectividad según lo reportado por los 6 grupos, ya que, oscila en un promedio de 85% y 95%

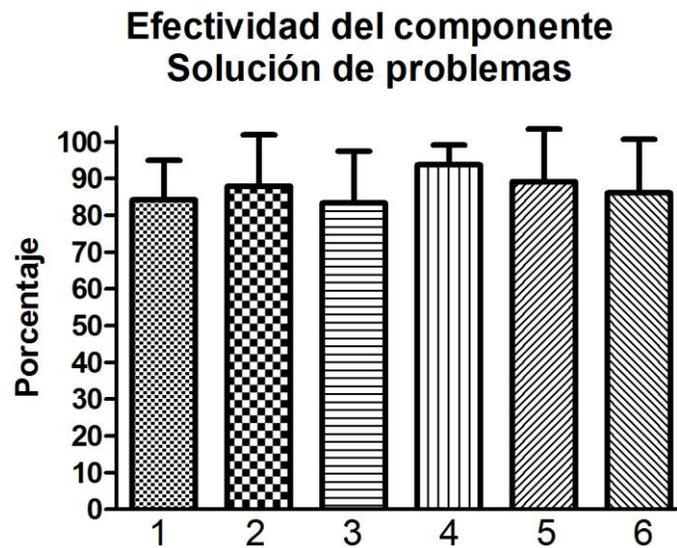


Figura 12

Componente Mejorando mis relaciones interpersonales. La Figura. 13 muestra los resultados de 3 grupos ya que de manera original al ser un componente final en los 3 primeros grupos no se evaluaba, posteriormente se tomó la decisión de la importancia de evaluar el mismo, si existe efectividad según lo reportado por los 3 grupos, ya que, oscila en un promedio de 90% y 95%

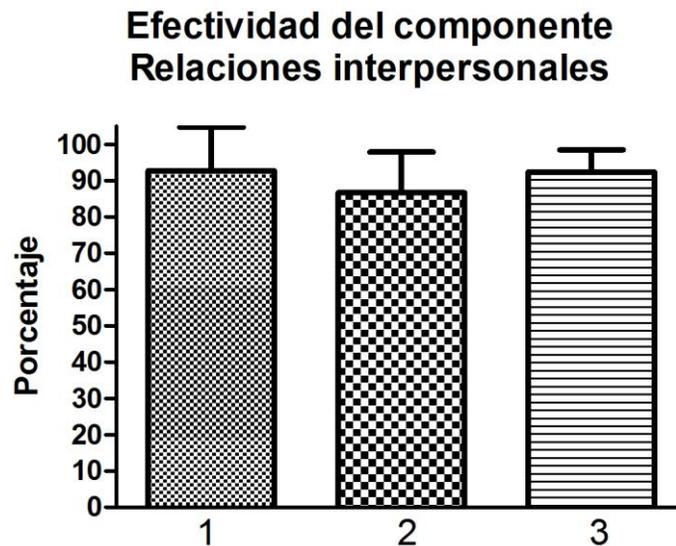


Figura 13

A manera de resumen se muestra la siguiente tabla en donde se registra la media obtenida del total de los participantes respecto a la efectividad reportada de cada uno de los componentes:

	Rompiendo cadenas de consumo	Habilidades de comunicación	Control de enojo	Control de ansiedad	Control de tristeza	Solución de problemas	Relaciones interpersonales
Media	87.74	84.97	80.88	87.01	89.34	87.25	90.56

Es importante señalar que los resultados antes mencionados nos permiten observar que la efectividad que los familiares reportan respecto a su aprendizaje y aplicación de las técnicas y habilidades vistas en los componentes del tratamiento, se

ve reflejado o empata con lo que se observa en los resultados del pretest y postest de depresión y ansiedad y lo registrado en los componentes de tristeza y ansiedad.

Adicionalmente, a los últimos 3 grupos de la intervención se les pidió que evaluarán el taller la Figura. 14 muestra la satisfacción de los participantes con respecto a la impartición de los temas, de los tiempos de exposición, de la interacción de los ponentes y la claridad con que se manejan a lo largo de la intervención, esta satisfacción oscila en un promedio de 95% y 98%, con una media de 96.5%

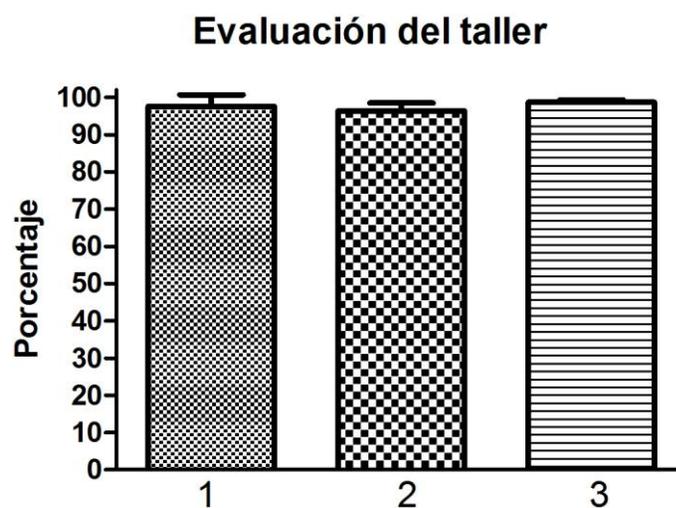


Figura 14

Entre algunos de los comentarios finales que reportan los participantes respecto al Taller son:

El taller le permitió entender un poco más sobre su relación con su familiar: todos los familiares reportan que sí.

¿Por qué?

F1. "Porque ahora puedo platicar con mi familiar sin enojarnos tanto".

F2. "Aprendí a comunicarme mejor, entender su enfermedad, controlar mi tristeza".

F3. "Me di cuenta que yo contribuía a tener una mala relación".

F4. "Antes me alteraba, gritaba y golpeaba".

F5. "Si he podido comprender y ayudar a mi hijo más que cuando empecé".

F6. "Controlo mi enojo y frustración, la ayudo mejor".

F7. "Me di cuenta del punto de vista de mi familiar y mis conductas".

Por favor comente su experiencia al participar en el taller, cómo se ha sentido, qué le deja, si cumplió sus expectativas:

F1. "Me sirvió de mucho, porque a veces pude controlar mi enojo, mi ansiedad y esto ayuda a mis familiares para estar más tranquilos y pasarla mejor".

F2. "Me ayudó mucho, mucho, me di cuenta de cómo estaba yo".

F3. "Me siento mucho mejor, me deja muchas herramientas para trabajar en mi y apoyar a mi familiar y si cumplió con mis expectativas y hasta las supero".

F4. "He cambiado de forma de ser con mi familiar, si me ha enseñado a ser una mejor madre y comprender a mis hijos".

F5. "Si y las supero ya que es muy difícil comentar o participar con diferentes personas pero la ética y lo profesional de los expositores lograron rebasar mis expectativas".

F6. "Estar en paz con mi hija y pareja, me ha hecho sentir más relajada, sin frustración me ha ayudado a entender sentimientos con mi hija, amigos, gente en general, me ha ayudado a relacionarme con ellos".

F7. "Me siento más tranquila, menos triste, con más fuerza para asumir mis responsabilidades y seguir adelante con las herramientas que adquirí en el taller".

Alguna sugerencia para mejorar el taller:

F1. "Que fuera un poco más tarde para que las personas que salen más tarde lleguen"

F2. "Realmente nada".

F3. "Ninguna".

F4. "Nada".

F5. "Mi felicitación y un profundo agradecimiento por este taller":

F6. “Como dinámica, nosotros como padres hablar con otros que están empezando ya que es muy esperanzador que si se puede salir adelante con ayuda de ustedes, gracias deberás ha sido de mucha ayuda conocerlos y a CEPREA”.

F7. “Que dure más sesiones”.

Todo lo anterior fue obtenido de los cuestionarios aplicados a los familiares, por lo que mencionan concluyeron la intervención satisfechos y con una forma diferente de afrontar su situación, más adelante se describen la discusión y las conclusiones

Discusión y conclusión.

Moore y Gray (1937), consideran que es necesario que el familiar no consumidor reciba tratamiento ya que vivir con el usuario implica un esfuerzo mental constante y plantea un dilema sobre cuál es la mejor manera de responder a esta situación. Existen pocas intervenciones en el país dirigidas a los familiares, es de gran importancia el hecho de que a través de esta investigación se contribuye con otra opción de intervención, en la que se trabajan aspectos que según la revisión de la literatura son importantes como factores protectores contra el consumo de los usuarios con problemas de comportamiento adictivo (Gómez E, 2008).

Natera, Tiburcio y Mora (1998) refieren que como producto de la problemática de consumo del usuario, los familiares están en constante estrés, presentando alteraciones a nivel emocional como la ansiedad y depresión. Debido a ello es que se midieron antes y después del tratamiento éstas variables, en donde los resultados muestran un decremento en cada una de ellas. En cuanto a ansiedad se enseñaron técnicas como respiración profunda, relajación muscular progresiva, relajación mental, reestructuración cognitiva, en donde los familiares identificaron aquellas sensaciones físicas y pensamientos negativos relacionados con su ansiedad generados a partir de considerar que si el usuario salía de casa seguro iba a consumir. Referente a depresión y/o tristeza se motivó y reforzó la importancia de tener actividades agradables en su vida diaria así como, buscar los positivo en aquellas actividades cotidianas que le procuraran bienestar y cuidado, además de tener reconocer aquellos pensamientos

negativos que incrementaban su tristeza por ejemplo creer que la problemática de consumo del usuario no tenía solución y que ellos eran culpables de la misma. El familiar comprendió que una vez aplicadas las técnicas obtenía beneficios tales como dormir mejor, sentirse más seguro, estar más tranquilo, tener una mejor respuesta de afrontamiento, entre otras.

Bejos (1995), menciona que al estar el familiar tan involucrado en el problema de consumo del usuario deja de lado su calidad de vida; la literatura nos reporta que la satisfacción personal está íntimamente relacionada con la autoeficacia, que se refiere a la confianza de la persona en sus capacidades para realizar acciones que se requieren para alcanzar un resultado deseado; de ahí la importancia de evaluar la percepción que el familiar tenía al respecto de su desempeño en diferentes áreas de vida, los resultados muestran un incremento significativo en el nivel de satisfacción de los familiares, debido a que utilizaron formas de afrontamiento asertivo y efectivo como lo menciona Fairbairn (2002). En cuanto a la convivencia que el familiar reporta tener con el usuario ésta se ve afectada por los episodios de consumo y problemas asociados a los mismos, repercutiendo en conflictos que pueden favorecer que el usuario continúe o incremente el consumo, ya que, como la literatura lo reporta, la familia puede ser un factor de riesgo o protección en cuanto a esto se refiere, Gómez (2008); los resultados obtenidos son significativos ya que hubo un incremento en la convivencia a través de otorgar mayor apoyo al usuario, así como a tener mejor comunicación con él, proporcionarle reconocimiento, mostrarle respeto y motivarlo a mantener su autocuidado enfatizándole todos los beneficios que el propio usuario obtiene al estar procurándose, esto se favorece cuando el familiar aplica las técnicas de autocontrol emocional y habilidades de comunicación, así como cuando muestras conductas de acercamiento positivo.

Martínez & Lozano (2001), enumeran que el apego familiar, la existencia de normas de conducta, las relaciones familiares satisfactorias a favor de la estabilidad y cohesión familiar, así como los valores positivos y el rechazo al uso de drogas son parte de los factores protectores que disminuyen la prevalencia del uso de sustancias; se identificó la necesidad de conocer qué tanto el familiar apoya al usuario en cuanto a

aquellas situaciones precipitadoras de consumo, por lo que se creó y aplicó el cuestionario de apoyo que el familiar da al usuario y a partir de esta información el familiar pudo identificar qué áreas podía procurar para que en la medida de sus posibilidades el usuario no consumiera, de esta manera se obtiene un beneficio mutuo pues ellos se sienten más tranquilos debido a que no está presente el estresor del consumo, la convivencia mejora y el usuario también se siente mejor tanto física como emocionalmente, al no estar expuesto a las consecuencias negativas del consumo. Además al incorporar este instrumento se pudo ver la consistencia de lo que el familiar reportaba ya que al final de la intervención se le pidió al usuario que también evaluara al familiar en cuánto a qué tan apoyado se sentía por éste, los resultados muestran que en ambas percepciones hay un incremento significativo en cuánto al apoyo otorgado y recibido.

Respecto a la efectividad de los componentes, es notorio que todos mostraron porcentajes elevados, superiores al setenta por ciento y en el caso de los componentes rompiendo cadenas de consumo, solución de problemas y mejorando mis relaciones interpersonales llegando hasta el 95% Como Schweitzer & Lawton, (1989) señalan es frecuente que los consumidores tengan un contacto familiar distante carente de comunicación afecto y apoyo. Al brindar a los familiares información sobre cuáles son los factores que pueden precipitar el consumo en el usuario, se logra que tengan una mayor empatía con éste y se den cuenta que ellos pueden sugerir planes alternativos que ayuden al usuario a mantenerse en abstinencia, fomentando así una relación de apoyo, en tanto que mediante la estrategia de solución de problemas se favorece que exista un ambiente más libre de tensiones, lo cual a su vez permite que el familiar muestre más conductas de acercamiento con el usuario. Estos componentes permiten formas de afrontamiento más saludables para los familiares, que disminuyen la sintomatología física y el malestar psicológico mediante, la comunicación asertiva, la mejora de las relaciones interpersonales a través de conductas de acercamiento positivo y poseer habilidades de solución de problemas (Lazarus y Folkman, 1984).

En lo referente a la evaluación de la efectividad de los componentes de control de ansiedad y control de tristeza para el primero reportan una efectividad de entre el 85 y 90 % y para el segundo del 88 al 90 % lo cual es consistente con la disminución de los niveles de ansiedad y depresión que se obtuvieron en el pretest y postest aplicado a la muestra.

En cuanto a los componentes de control del enojo y habilidades de comunicación la efectividad reportada, para el primero oscila entre 85 y 90% para el segundo ente 79 y 90 %, lo cual nuevamente pone de manifiesto la importancia del control emocional como herramienta básica para lograr una comunicación efectiva, donde las habilidades de saber escuchar, iniciar conversaciones, ofrecer entendimiento, asumir y compartir responsabilidad ofrecer ayuda, dar y recibir reconocimiento, hacer criticas positivas, compartir sentimientos y expresar desacuerdo, ayudan a los familiares a mantener relaciones respetuosas , cercanas y de apoyo que sean satisfactorias

Cualitativamente podemos resaltar que entre los beneficios más importantes que los familiares mencionaron obtener están: una mejora en la relación con su familiar y entenderse mejor así mismo y a su familiar. Esto puede vincularse con que el hecho de recibir información y apoyo por parte de un profesional aunado a la experiencia de los compañeros del grupo, favorece un cambio en la perspectiva del problema a la vez que permite entender mejor su propia conducta como un derivado de los pensamientos y situaciones que viven diariamente y sobre los cuales las técnicas aprendidas les brindan la posibilidad de realizar cambios en la manera de enfrentarlo.

Con la finalidad de difundir esta intervención entre profesionales de la salud quienes puedan capacitarse y facilitar su aplicación entre familiares y otros significativos de usuarios con comportamiento adictivo se elaboró el Manual para el Terapeuta Programa para Familiares de Consumidores que publicará el Centro Nacional para el Control de las Adicciones (CENADIC).

Es importante destacar, aunque no fue un objetivo de investigación, que durante el tiempo de impartición del taller a éstos seis grupos, cuatro usuarios entraron a tratamiento a partir de que el otro significativo decidió tomar el taller, razón que motivaba a mantener las conductas eficientes que estos familiares ya iban aplicando, y que reforzaban a aquellos familiares de los cuales antes de entrar al taller el usuario ya estaba en tratamiento.

A manera de sugerencia, se recomienda que se siga aplicando la intervención a grupos no mayores de 10 personas ya que esto favorece la aplicación de modelamientos y ensayos conductuales en donde la retroalimentación y reforzamiento son fundamentales para cada uno de los familiares, además de que se les procura más atención personalizada.

Limitaciones.

El que no hubo grupo control para comparar, que nos permitiera tener la certeza de que las variables no fueron afectadas por otras causas, por otro lado tener mayor sistematización en los tiempos de intervención que por razones personales de cada participante algunos tiempos de las sesiones se alargaron.

No contar con seguimientos que ratifiquen el mantenimiento del cambio conductual dado en los familiares, todo esto es importante que se considere para futuras réplicas o líneas de investigación derivadas de ésta.

Ampliar la muestra para lograr mayor validez de población y aumentar la posibilidad de generalizar resultados, así como, se recomienda que con la finalidad de garantizar la validez ecológica, se controle el aspecto de que el taller sea impartido siempre por los mismos ponentes con la finalidad de no afectar el desempeño de los participantes o en caso de no disponer de los recursos humanos necesarios, se sugiere que se haga reporte de casos o videograbación de sesiones.

Realizar los procesos psicométricos de validez y confiabilidad de los cuestionarios de percepción de apoyo del otro significativo y del usuario, y del cuestionario de satisfacción de la convivencia con el usuario. Ya que en esa investigación solo se buscó tener datos que representen una primera aproximación a la medición de dichos constructos.

Incorporar listas de cotejo para verificar el desempeño de los terapeutas al impartir el taller, con el objetivo de que se cumplan los criterios básicos requeridos.

Incorporar registros de ocurrencia para corroborar la generalización del cambio conductual y la correcta aplicación de las habilidades, (cabe mencionar que en esta investigación se inició esta evaluación posteriormente y no con la totalidad de la muestra, lo que impide dar información completa, aunque constituye evidencia parcial de que al aplicar las técnicas de manera correcta, existe un cambio, tanto en los estados emocionales como en la forma de relacionarse con su familiar).

Líneas de investigación posibles.

Realizar una comparación de la efectividad de la modalidad individual de entrenamiento al otro significativo, con el Programa Grupal para Familiares con comportamiento adictivo.

Comparar esta intervención con otras similares de corte cognitivo conductual, como la que se da en Centros de Integración Juvenil, para observar si existen diferencias en el grado de efectividad.

Impartir este taller en modalidad preventiva, para conocer si tiene algún efecto en la reducción del riesgo de inicio del consumo de sustancias, se sugiere añadir dos componentes: uno introductorio donde se aborde el concepto de familia y sus funciones además del de metas de vida. El primero con el fin de destacar el papel que tiene la familia en el desarrollo de los individuos y la importancia de ser un factor protector y el segundo con el objetivo de brindar herramientas que le permitan al familiar del usuario

seguir concentrándose en su propia conducta, al fijarse metas que lo lleven a conseguir mayor satisfacción en diversas áreas de su vida. Por otro lado sería conveniente que en los componentes de control emocional se ampliaran las sesiones para permitirles a los familiares exponer sus casos e incluir más técnicas que favorezcan el control emocional y contención. Finalmente es recomendable hacer seguimientos al mes, tres y seis meses de los familiares para ver el mantenimiento de su calidad de vida.

Desarrollar una investigación que tenga como objetivo el entrenar a los familiares para que motiven al usuario a entrar a tratamiento y procurar su abstinencia.

Indagar sobre qué determina que a tratamiento familiar acudan más mujeres que hombres y compararlo con respecto a qué se debe que a tratamiento ambulatorio, por sustancias, asistan más hombres que mujeres que requieran del servicio, con el objetivo de eliminar posibles obstáculos que puedan estar interfiriendo en que se acerquen a tomar la intervención.

Comparar la efectividad del tratamiento en diferentes poblaciones tomando en cuenta sus características sociodemográficas y su nivel cultural.

Conclusiones.

Los familiares de usuarios con comportamiento adictivo son un grupo al cual es necesario proporcionarle atención continua con el fin de reducir los efectos negativos que acompañan la experiencia de vivir con un familiar con problema de consumo de sustancias y mejorar la calidad de vida tanto para el familiar como para el usuario.

Por lo que es primordial que tanto gobierno, sociedad y sobre todo profesionales de la salud sigan encaminando esfuerzos a la investigación que deriven en propuestas de tratamiento que garanticen resultados eficientes y eficaces que contribuyan al bienestar familiar y por ende a la sociedad, la presente investigación espera contribuir en dicho proceso.

Referencias.

Allatt, P (1997): Conceptualising youth: Transitions, risk and the public and the private.

Alvarado, S. (2002). Intervención familiar. Disponible en http://www.adicciones.org/tratamiento/intervenciones/Int_Familiar/int_familiar.html
Recuperado el 20 de agosto de 2012.

Anderson, S.C. (1994). A critical analysis of the concept of codependency. *Social Work*, 39(6):677-685

Andolfi, M & Zwerling, I. (1984) *Dimensiones de la terapia Familiar*. Barcelona :Paidós

Barragán, L. Flores, M. Medina, M.E. Ayala, V. (2007) Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 30(3):29-38.

Beck, A. T., Epstein N., Brown G. y Steer R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:893-897.

Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.

Bejos, M. (1995). *De la codependencia a la coadicción*. *Addictus*, 6: 11-15.

Bekir, P., McLellan, Th., Childress y Gariti, P. (1993). Role Reversals in Families of Substance Misusers: A Trans-generational Phenomenon. *Substance Use and Misuse*. 28 (7), 613-630.

Berardo, F.M. (1990). Trends and directions in family research in the 1980's. *Journal of Marriage and the Family*, 52:809-817.

- Blain, M.D., Thomson, J.M. y Whiffen, V.E. (1993). Attachment and perceived social support in late adolescence. The interactions between working models of self and others. *Journal of Adolescence Research*,8,226-241.
- Campbell, D. T., y Stanley, J. C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching. In N. L. Gage (Ed.), *Handbook of research on teaching* (pp. 171–246). Chicago, IL: Rand McNally.
- Cantú, F. (1995). La naturaleza de la codependencia. Síndrome de Eco y fractura de la autoestima. *Addictus*, 6:16-18.
- Centros de Integración Juvenil Dirección de Tratamiento y Rehabilitación (2010) *Grupo de Familiares. Manual de Aplicación. México: Centros de Integración Juvenil.*
- Coleman, D. H. y Strauss, M. A. (1979). *Alcohol Abuse and Family Violence*. University of New Hampshire. United States.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2011). *Drogas Ilícitas*. México: Instituto de Salud Pública. Primera Edición 2012.
- Encuesta Nacional de Adicciones. (2008). México: Instituto Nacional de Salud Pública, Febrero 2009.
- Gómez, E y Haz, M. (2008). Intervención familiar preventiva en programas colaboradores del Sename: la perspectiva del profesional. *Psykhé*, 17 (2), 53-65.
- González, J. (2002) *Vivir o morir intoxicado ideas para enfrentar las adicciones*. México: Editorial Pax México.
- Grupos de familia Al- Anon (1997) *Senderos de Recuperación Los pasos, las tradiciones y los conceptos de Al- Anon*. México: Conferencia de Servicios Generales de los Grupos de Familia Al- Anon.

- Jurado,S. Villegas,M., Méndez, L., Rodríguez., Loperena, V. y Varela, R.,(1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31
- Kirby, K.C., Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Garvey, K.A., y LaMonaca, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 56 (1), 85-96.
- Lackovic-Grgin, K., y Dekovic, M. (1990). The contribution of significant others to adolescents' Self-esteem. *Adolescence*, 25, 839-846.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping Theory and Research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55:234-247.
- López, F., León, R., Godoy, J.F., Muela, J.A., Araque, F. (2003). Factores que inciden en las drogodependencias Revista internacional de Ciencias Sociales y Humanidades SOCIOTAM, enero- junio, 13, (1). Universidad Autónoma de Tamaulipas Ciudad Victoria, México. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/654/65413107.pdf> Recuperado el 20 de agosto de 2012.
- López, C (2009). Decisión para entrar a un tratamiento de adicciones: Motivación propia e influencia de terceros *Revista Terapia Psicológica*. 27,(1). Universidad Católica de Chile Santiago de Chile.
- Martínez, G. (2001). Prevención familiar del consumo de drogas. *Trastornos adictivos*, 3 (4): 263-279.
- Martínez, J. M y Lozano, L. R. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*. 13, 222-228.

- McGuire, W. J. (1968). Personality and attitude change: An information processing theory. In A. G. Greenwald, T. C. Brock, and T. M. Ostrom (eds.), *Psychological foundations of attitudes* (pp. 171-196). San Diego, CA: Academic Press.
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.
- Moos, R.H. (1979). *Evaluating educational environments: Procedures, measures, findings, and policy implications*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Moreno, G. (2002). *Problemas de Atención e Hiperactividad: un Enfoque Aplicado. Atención Integral a la Infancia con Patología Crónica*. Salobreña, Granada: Alhulia.
- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87- 94.
- Musitu, G. y Allatt, P. (1994). *Psicosociología de la familia*. Valencia: Albatros.
- Natera, G., Oxford, J., Tiburcio, M. Mora, J. (1998) *Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en el Trabajador y sus familiares. Manual para el Orientador*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Natera, G. (1993). *La familia ante las adicciones. Análisis conceptual de las estrategias para hacer frente al problema*. En: Las Adicciones en México. Hacia un enfoque multidisciplinario. SSA-CONADIC, pp. 79-86.
- Natera, G., Mora, J., Tiburcio, M. (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental*, 22(Número especial):114-120.

Natera, G., Orford, J., Tiburcio, M., Mora, J. (1998). Prevención del consumo de alcohol y drogas en el trabajador y sus familiares. Manual para el Orientador. OIT/OMS/SSA/IMP, México.

Natera, G., Tiburcio, M., Mora, J., Orford, J. (1999). La prevención en las familias que sufren por el consumo excesivo de alcohol y drogas de un familiar. *Psicología Iberoamericana*. 7(4):47-54.

Noriega, G.G. (2002). Detección de codependencia y factores asociados: Una perspectiva desde el análisis transaccional. Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Rivera, J (2005) Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: Adicciones y enfermedades crónicas. *Revista de Antropología Experimental*. No. 5 texto 13. Universidad de Jaén, España. Disponible en: <http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2005/rivera05.pdf> Recuperado el 28 de agosto 2012.

Rocher, G. (1980). Introducción a la sociología general. Barcelona: Herder. 7ª ed.

Ródenas, S (s.f.) Grupos de ayuda mutua: Una respuesta alternativa en la práctica del trabajo social. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5837/1/ALT_04_14.pdf . Recuperado el 20 de agosto de 2012.

Schaffer, H.R. (1984). Parental control techniques in the context of socialization theory. *Social interaction in individual development*, Cambridge: Cambridge University Press.

Schweitzer, R., Lawton, P. (1989). Drug abusers perceptions of their parents. *British Journal of Addiction*. Volume 84, Issue 3, pp. 309–314.

Smith J. & Meyers R. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment working with family members*. New York: The Guilford Press

Stafford, J.E. y Cocanougher A. B. (1977) Reference Group Theory in *Perspectives in Consumer Behavior*, H. Kassarian and T. Robertson, eds. Glenville, IL: Scott Foresman and Company, 329- 343.

Stanton Dunkan (1982). *The role of family and significant others in the engagement and retention of drug-dependent*. Individuals Stanton Dunkan and Todd Thomas. The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction. N. York: Guilford Press.

Tiburcio, S. (2009). Adaptación de un modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol en una comunidad indígena. México.

Vaillant, G. E. (1966) Parent-child cultural disparity and drug addiction, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 142, 534-539.

White, W. Savage, B. (2003). All in the family: Addiction, recovery, advocacy. Recovery advocacy papers and resources. University of Chicago, Fayette Companies, Chesnut Health Systems.

ANEXO 1

**PROGRAMA PARA FAMILIARES DE
CONSUMIDORES**



PFC



Ficha de Admisión

Taller para Familiares de Usuarios

Nº de Expediente: _____ Fecha: _____.

Programa: _____.

Nombre: _____.

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s).

Dirección: _____.

Calle Número Colonia

Delegación C.P.

Teléfono: _____ Celular: _____.

e-mail: _____.

Edad: _____ Sexo: (F) (M)

Parentesco con el Usuario: _____.

Escolaridad: _____.

Ocupación: _____.

¿Sabe qué es lo que consume su familiar? Si () No ()

Anótelo: _____.

¿Cuánto tiempo lleva la problemática de consumo?

_____.

Su familiar se encuentra actualmente en tratamiento: Si () No ()

¿Dónde? _____.

¿Anteriormente ha recibido apoyo específico a la problemática de consumo? Si () No ()
Dónde: _____.

¿Qué tipo de atención recibió?

Médica () Psicológica () Psiquiátrica (), ¿está tomando algún medicamento, cuál?
Otra: _____.

¿Cuánto duró la atención anterior?
_____.

Mencione los resultados obtenidos de tal intervención:

_____.

Evalúe la convivencia entre usted y el usuario.

Muy Favorable Favorable Regular Desfavorable Muy Desfavorable

Explique porque:

_____.

¿Ha habido agresión verbal entre usted y el usuario?
Si () No ()

¿Ha habido agresión física entre usted y el usuario?
Si () No ()

¿Ha asistido Usted a algún tratamiento para aprender a manejar la problemática del usuario?
Si () No ()

¿Ha recibido Usted apoyo psiquiátrico?
Si () No ()

¿Actualmente, Toma algún medicamento prescrito por el psiquiatra?
Si () No ()

Cuál? _____

¿Cuáles son sus expectativas del Taller para Familiares?

La Ficha de Identificación incluye datos personales del otro significativo como: edad, escolaridad, ocupación, parentesco con el usuario, domicilio, teléfono, si ha recibido con anterioridad intervención psiquiátrica o de apoyo en el manejo de la problemática del usuario, si tiene actualmente alguna prescripción farmacológica, la evaluación de la convivencia entre ellos, la ocurrencia de agresión física y verbal y sus expectativas respecto al taller; adicionalmente, se le solicitan datos del usuario, como el tipo de sustancia de consumo, los años que tiene con la problemática, si actualmente recibe tratamiento para la problemática del consumo, la duración del tratamiento recibido, así como los resultados y avances del tratamiento.

ANEXO 2



PROGRAMA PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES

PFC



¹INVENTARIO DE BECK DEPRESIÓN

Usuario: _____

Fecha: _____

Pre-tratamiento () Post-tratamiento () 1er seguimiento () 2do seguimiento ()
3er seguimiento () 4to seguimiento ()

¹ Beck, Steer, & Garbin, (1988).

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

<ul style="list-style-type: none"> 0. Yo no me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo 	<ul style="list-style-type: none"> 0. Yo no me siento que esté siendo castigado 1. Siento que podría ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que he sido castigado
<ul style="list-style-type: none"> 0. En general no me siento descorazonado por el futuro 1. Me siento descorazonado por mi futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar 	<ul style="list-style-type: none"> 0. Yo no me siento desilusionado de mi mismo 1. Estoy desilusionado de mi mismo 2. Estoy disgustado conmigo mismo 3. Me odio
<ul style="list-style-type: none"> 0. Yo no me siento como un fracasado 1. Siento que he fracasado más que las personas en general. 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos 3. Siento que soy un completo fracaso como Persona 	<ul style="list-style-type: none"> 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas 1. Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
<ul style="list-style-type: none"> 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo 	<ul style="list-style-type: none"> 0. Yo no tengo pensamientos suicidas 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo 2. Me gustaría suicidarme 3. Me suicidaría si tuviera oportunidad
<ul style="list-style-type: none"> 0. En realidad yo no me siento culpable 1. Me siento culpable en gran parte del tiempo 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo 3. Me siento culpable todo el tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> 0. Yo no lloro más de lo usual 1. Lloro más de lo que solía hacerlo 2. Actualmente lloro todo el tiempo

	3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar 1. Me enoja o me irrito más fácilmente que antes 2. Me siento irritado todo el tiempo 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo	0. Mi apetito no es peor de lo habitual 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo 2. Mi apetito está muy mal ahora 3. No tengo apetito de nada
0. ² Yo no he perdido el interés en la gente 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar 2. He perdido en gran medida el interés en la gente 3. He perdido todo el interés en la gente	0. Yo no he perdido mucho peso últimamente 1. He perdido más de dos kilogramos 2. He perdido mas de cinco kilogramos 3. He perdido más de ocho kilogramos A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. Sí _____ No _____
0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho 1. Pospongo tomar decisiones más que antes 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes 3. Ya no puedo tomar decisiones	0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes 1. Estoy preocupado acerca de los problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía 1. Estoy preocupado (a) por verme viejo (a) o poco atractivo (a) 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a) 3. Creo que me veo feo (a)	0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora 3. He perdido completamente el interés por el sexo
0. Puedo trabajar tan bien como antes 1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo 2. Tengo que obligarme para hacer algo	Nivel de depresión Puntaje Crudo Mínima 0 a 9

² Beck, Steer, & Garbin, (1988).

3. Yo no puedo hacer ningún trabajo	<table> <tr> <td>Leve</td> <td>10 a 16</td> </tr> <tr> <td>Moderada</td> <td>17 a 29</td> </tr> <tr> <td>Severa</td> <td>30 a 63</td> </tr> </table>	Leve	10 a 16	Moderada	17 a 29	Severa	30 a 63
Leve	10 a 16						
Moderada	17 a 29						
Severa	30 a 63						
0. Puedo dormir tan bien como antes 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir	Diagnóstico:						
0. Yo no me canso más de lo habitual 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo 2. Con cualquier cosa que haga me canso 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa	Observaciones:						

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Elaborado por Beck, Steer, & Garbin, (1988) este instrumento consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El individuo selecciona una o varias que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación. Se califica sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y clasificando la sumatoria total de la siguiente manera:

- De 0 a 9 puntos como Depresión Mínima.
- De 10 a 16 puntos como Depresión Leve.
- De 17 a 29 puntos como Depresión Moderada.
- De 30 a 63 puntos como Depresión Severa.

La estandarización del instrumento en población mexicana fue realizada por Jurado, et al. 1998; implicó la obtención de confiabilidad por consistencia interna en una muestra de 1508 adultos de entre 15 y 65 años, obteniéndose un Alpha de Cronbach de .87, con una probabilidad de .000. el análisis factorial arrojó igual que en la versión original tres factores: **actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática**. La validez concurrente del instrumento con la Escala de Zung en una muestra de 120 personas en edades de entre 17 y 72 años con diagnóstico psiquiátrico de depresión arrojó una correlación estadística de $r = .70$, con una probabilidad menor que .000. En una evaluación posterior, se obtuvo una correlación entre el Zung y el Inventario de Depresión en 546 estudiantes de entre 15 y 23 años con una correlación de .65 con una probabilidad menor que .000

ANEXO 3



PROGRAMA PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES

PFC



³INVENTARIO DE BECK ANSIEDAD (BAI)

Usuario: _____ Fecha: _____

Pre-tratamiento () Post-tratamiento () 1er seguimiento () 2do seguimiento ()
3er seguimiento () 4to seguimiento ()

Instrucciones: En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una x según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				

³ Beck, (1988).

9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse				
21. Sudoración (no debida al calor)				

Versión estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández. Facultad de Psicología UNAM (2001).

0 – 5	Mínima
6 – 15	Leve
16 – 30	Moderada
1 – 63	Severa

Puntaje:

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Es un cuestionario de 21 reactivos elaborado por Beck en 1988. Es de fácil aplicación y calificación y permite evaluar síntomas de ansiedad. La consigna de aplicación es: "En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad; lee cuidadosamente cada afirmación e indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana inclusive el día de hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia".

El tiempo de aplicación varía de entre cinco a diez minutos. Las respuestas se clasifican en: "Poco o nada", que se califica con cero puntos; "Más o menos", que se califica con un punto; "Moderadamente" que se califica con dos puntos y "Severamente" que se califica con tres puntos. Posteriormente se hace la sumatoria total y se obtienen el puntaje que indica el nivel de ansiedad; este nivel corresponde a:

- De 0 a 5 puntos Ansiedad Mínima
- De 6 a 15 puntos Ansiedad Leve
- De 16 a 30 puntos Ansiedad Moderada
- De 31 a 63 puntos Ansiedad Severa

El instrumento fue estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), en una muestra de 1000 sujetos obteniéndose la puntuación promedio, desviación estándar y las normas para la población mexicana; mostró una alta consistencia interna con un Alpha de Cronbach de .83 y una validez de constructo que arrojó cuatro factores principales congruentes con los referidos por los autores de la versión original: **subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico**. En una muestra de 188 sujetos se obtuvo una alta confiabilidad test-retest de $r = .75$ y en una muestra de 192 sujetos una validez convergente adecuada entre el Inventario de Beck de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) ya que los índices de correlación fueron moderados y positivos con una $p < .05$; y una validez discriminante que permite detectar pacientes con trastornos de ansiedad y normales ($t = -19.11, p < .05$).

ANEXO 4



PROGRAMA PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES

PFC



ESCALA DE SATISFACCIÓN PERSONAL

Nombre: _____ Fecha: _____

Pre-tratamiento ()

Post-tratamiento ()

Este instrumento tiene como objetivo conocer el nivel de satisfacción respecto a su propio funcionamiento en diferentes áreas de su vida. Por favor, encierre en un círculo el número que corresponda al nivel de satisfacción con su funcionamiento personal en diferentes áreas de su vida. Los números más cercanos a uno, reflejan más insatisfacción, siendo el uno el nivel de mayor insatisfacción; mientras que los números más cercanos a diez reflejan los números de más satisfacción. Por favor, conforme lea cada área, pregúntese ¿Qué tan satisfecho me siento con respecto a cómo funciono en esa área de mi vida? Es decir, establezca con base en la escala numérica (1-10) exactamente cómo se siente con respecto a esa área. Trate de que un área en particular no inflencie los resultados de la siguiente categoría. Si tiene alguna duda, por favor, pregunte en este momento al terapeuta. De lo contrario, comience a contestar.

Recuerde: ¿Qué tan satisfecho se siente usted con respecto a cómo funciona en cada área de su vida ?

Mi funcionamiento:

	Completamente Insatisfecho					Completamente Satisfecho				
Progreso en el trabajo o en la escuela	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Manejo del dinero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Vida social/recreativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Hábitos personales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Relaciones familiares o matrimoniales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Situación legal 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Vida emocional 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Comunicación 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Satisfacción general 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXO 5



**PROGRAMA PARA FAMILIARES DE
CONSUMIDORES**

PFC



ESCALA DE SATISFACCIÓN DE LA CONVIVENCIA CON EL USUARIO

Nombre: _____ Fecha: _____

Pre-tratamiento ()

Post-tratamiento ()

Este instrumento tiene como objetivo el conocer la satisfacción respecto a la convivencia con su familiar/amigo. Por favor, encierre en un círculo el número que corresponda al nivel de satisfacción en diferentes aspectos de la convivencia con el usuario. Los números más cercanos a uno, reflejan más insatisfacción, siendo el uno el nivel de mayor insatisfacción; mientras que los números más cercanos a diez reflejan los números de más satisfacción. Por favor, en esta primer parte conforme lea cada área, pregúntese ¿Qué tan satisfecho me siento con respecto a cómo es la convivencia con el usuario en esa área ? Es decir, establezca con base en la escala numérica (1-10) exactamente cómo se siente hoy con respecto a la convivencia en esa área. Evite pensar en lo satisfecho que se sentía ayer concéntrese solamente en la satisfacción que siente hoy con cómo es su desempeño en cada una de esas área de la vida. Por favor trate de que un área en particular no inflencie los resultados de la

siguiente categoría. Si tiene alguna duda, por favor, pregunte en este momento a su terapeuta. De lo contrario, comience a contestar.

Recuerde: ¿Qué tan satisfecho se siente usted con respecto a cómo es la convivencia que tiene con su amigo o familiar?

Satisfacción con la Convivencia que tengo con mi familiar o amigo:

	Completamente					Completamente				
	Insatisfecho					Satisfecho				
1. En la manera en que apoyo a mi familiar o amigo a que se mantenga en abstinencia.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Al sugerirle a mi familiar o amigo que cuide su trabajo o su rendimiento en la escuela.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. De mantener a mi familiar o amigo ocupado en alguna actividad agradable y que le beneficie.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Darle reconocimiento a mi familiar o amigo cuando procura su salud, ejercicio, aseo y aspectos personales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Ante la convivencia que mantengo en general, con mi familiar o amigo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Al controlar mis emociones y evitar tener un conflicto con mi familiar o amigo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Con respecto a la comunicación con mi familiar o amigo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO 6



**PROGRAMA PARA FAMILIARES DE
CONSUMIDORES**

PFC



CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE APOYO DEL OTRO SIGNIFICATIVO

Nombre _____

Fecha _____

Instrucciones: A continuación se le pide que indique la frecuencia con la Usted actúa de la manera en que se le describe, cuando a su familiar le ocurren diferentes situaciones o eventos. Indique, marcando con una X, si esta conducta ante esa situación ocurre: Muy frecuentemente, Frecuentemente, A veces, Casi nunca o Nunca.

	Muy Frecuentemente 4	Frecuentemente 3	A veces 2	Casi Nunca 1	Nunca 0
1. Si nota que su familiar está triste, usted suele preguntarle qué es lo que					

le pasa.					
2. Si su familiar está ansioso usted suele calmarlo con algún pensamiento que le de fortaleza.					
3. Cuando su familiar siente ganas de consumir usted lo invita a realizar otras actividades que lo ayuden a tranquilizarse.					
4. Si su familiar empieza a sentirse mal de salud usted lo acompaña al médico para que lo revise y se pueda sentir mejor.					
5. Suele invitar a su familiar al cine, a cenar, a caminar, a algún concierto, etc., para divertirse de manera sana.					
6. Motiva a su familiar a compartir sus logros y avances, para que no desista.					
7. Suele reconocerle su esfuerzo con palabras y acciones que lo hacen sentir bien.					
8. Alienta a su familiar a no perder el autocontrol que ha adquirido para evitar el consumo.					
9. Reafirma su fortaleza haciéndole ver que el no consumir le permite estar más tranquilo, más concentrado, tener mejor					

salud, relacionarse con otros más sanamente, etc.					
10. Si nota que su familiar está inquieto o tiene necesidad de consumir usted lo invita a realizar alguna actividad para que se distraiga.					
11. Cuando su familiar discute, se enoja, y siente que los demás lo atacan usted trata de tranquilizarlo para evitar que consuma.					
12. Se interesa por conocer las opciones de apoyo que su familiar tiene para evitar situaciones de riesgo al consumo.					
13. Si su familiar está siendo presionado por otros para consumir usted le hace ver que no son sus amigos y que sólo se perjudicará al dejarse influir.					
14. Si su familiar sale a divertirse usted le sugiere que lo haga con personas que respeten su abstinencia.					
15. Lo ayuda a identificar con qué personas y en qué lugares debe abstenerse de estar para no caer en la tentación del consumo.					

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
48-60	80-100	Muy frecuentemente
36-47	60-79	Frecuentemente
24-35	40-59	A veces
12-23	20-39	Casi nunca
0-11	0-19	Nunca

Puntaje _____ Rango de porcentaje _____ Calificación _____

PORCENTAJES DE CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE APOYO DEL OTRO SIGNIFICATIVO.

Para la evaluación del apoyo del otro significativo se diseñó un instrumento con preguntas enfocadas a las ocho áreas precipitadoras de consumo que son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad o tentación de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros; las opciones de respuesta varían con base a una escala tipo Licker que va de Muy frecuentemente a Nunca, con la cual pretendemos conocer el nivel de apoyo que dan los familiares ante el usuario.

La Escala Licker de este instrumento se califica de la siguiente forma:

- 4 puntos para Muy frecuentemente.
- 3 puntos para Frecuentemente.
- 2 puntos para A veces.
- 1 punto para Casi nunca.
- 0 puntos para Nunca.

El máximo puntaje es de 60 y el mínimo es de 0, se convirtieron estos PUNTAJES a PORCENTAJES, para posteriormente asignarle una CALIFICACIÓN, esta tabla te permitirá graficar los resultados en porcentajes, según el puntaje que corresponda:

MUY FRECUENTEMENTE Puntaje-Porcentaje	FRECUENTEMENTE Puntaje-Porcentaje	A VECES Puntaje- Porcentaje	CASI NUNCA Puntaje- Porcentaje	NUNCA Puntaje- Porcentaje
60-100%	47-78.33%	35-58.33%	23-38.33%	11-18.33%
59-98.33%	46-76.66%	34-56.66%	22-36.66%	10-16.66%
58-96.66%	45-75%	33-55%	21-35%	09-15%
57-95%	44-73.33%	32-53.33%	20-33.33%	08-13.33%
56-93.33%	43-71.66%	31-51.66%	19-31.66%	07-11.66%
55-91.66%	42-70%	30-50%	18-30%	06-10%
54-90%	41-68.33%	29-48.33%	17-28.33%	05-8.33%
53- 88.33%	40-66.66%	28-46.66%	16-26.66%	04-6.66%
52- 86.33%	39-65%	27-45%	15-25%	03-5%
51-85%	38-63.33%	26-43.33%	14-23.33%	02-3.33%
50-83.33%	37-61.66%	25-41.66%	13-21.66%	01-1.66%
49-81.66%	36-60%	24-40%	12-20%	00-0%
48-80%				

En cada instrumento de evaluación encontrarás una tabla como la que se muestra a continuación, esta tabla te permitirá sacar la Calificación de cada familiar en el momento.

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
48-60	80-100	Muy frecuentemente
36-47	60-79	Frecuentemente
24-35	40-59	A veces
12-23	20-39	Casi nunca
0-11	0-19	Nunca

Puntaje_____ Rango de porcentaje _____ Calificación _____

ANEXO 7



PROGRAMA PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES

PFC



CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL USUARIO DEL APOYO RECIBIDO DEL OTRO SIGNIFICATIVO

Nombre _____

Fecha _____

Instrucciones: A continuación se le pide que indique la frecuencia con la que su familiar actuó de la manera en que se le describe, cuando a Usted le ocurrieron diferentes situaciones o eventos. Indique, marcando con una X, si esta conducta ocurrió ante esa situación Muy frecuentemente, Frecuentemente, A veces, Casi nunca o Nunca.

	Muy Frecuentemente 4	Frecuentemente 3	A veces 2	Casi Nunca 1	Nunca 0
1. Si su familiar nota que Usted está triste, le pregunta qué es lo que le pasa.					
2. Si Usted está ansioso su familiar					

suele calmarlo con algún pensamiento que le de fortaleza.					
3. Cuando Usted siente ganas de consumir su familiar lo invita a realizar otras actividades que lo ayuden a tranquilizarse.					
4. Si Usted empieza a sentirse mal de salud su familiar lo acompaña al médico para que lo revise y se pueda sentir mejor.					
5. Suele invitarlo su familiar al cine, a cenar, a caminar, a algún concierto, etc., para divertirse de manera sana.					
6. Su familiar lo Motiva a Usted a compartir sus logros y avances, para que no desista.					
7. Su Familiar suele reconocerle su esfuerzo con palabras y acciones que lo hacen sentir bien.					
8. Su familiar lo alienta a no perder el autocontrol que ha adquirido para evitar el consumo.					

<p>9. Su familiar le ayuda a reafirmar su fortaleza haciéndole comentarios que le ayudan a considerar que el no consumir le permite estar más tranquilo, más concentrado, tener mejor salud, relacionarse con otros más sanamente, etc.</p>					
<p>10. Cuando su familiar nota que Usted está inquieto o tiene necesidad de consumir lo invitan a realizar alguna actividad para que se distraiga.</p>					
<p>11. Cuando Usted discute, se enoja, y siente que los demás lo atacan su familiar trata de tranquilizarlo para evitar que consuma.</p>					
<p>12. Su familiar se interesa por conocer las opciones de apoyo que Usted tiene para evitar situaciones de riesgo al consumo.</p>					
<p>13. Si Usted está siendo presionado por otros para consumir su familiar, le hace ver que no son sus amigos y</p>					

que sólo se perjudicará al dejarse influir.					
14. Si su Usted sale a divertirse su familiar le sugiere que lo haga con personas que respeten su abstinencia.					
15. Su familiar lo ayuda a identificar con qué personas y en qué lugares debe abstenerse de estar para no caer en la tentación del consumo.					

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
48-60	80-100	Muy frecuentemente
36-47	60-79	Frecuentemente
24-35	40-59	A veces
12-23	20-39	Casi nunca
0-11	0-19	Nunca

Puntaje _____ Rango de porcentaje _____ Calificación _____

PORCENTAJES DE CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL USUARIO DEL APOYO RECIBIDO DEL OTRO SIGNIFICATIVO.

Para la evaluación del apoyo que le proporciona el otro significativo al Usuario para favorecer su abstinencia, se diseñó un instrumento con preguntas enfocadas a las ocho áreas precipitadoras de consumo que son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad o tentación de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros; las opciones de respuesta varían con base a una escala tipo Licker que va de Muy frecuentemente a Nunca, para conocer el nivel de apoyo que el usuario percibe recibir de sus familiares.

La Escala Licker de este instrumento se califica de la siguiente forma:

- 4 puntos para Muy frecuentemente.
- 3 puntos para Frecuentemente.
- 2 puntos para A veces.
- 1 punto para Casi nunca.
- 0 puntos para Nunca.

El máximo puntaje es de 60 y el mínimo es de 0, se convirtieron estos PUNTAJES a PORCENTAJES, para posteriormente asignarle una CALIFICACIÓN, esta tabla te permitirá graficar los resultados en porcentajes, según el puntaje que corresponda:

MUY FRECUENTEMENTE Puntaje-Porcentaje	FRECUENTEMENTE Puntaje-Porcentaje	A VECES Puntaje- Porcentaje	CASI NUNCA Puntaje- Porcentaje	NUNCA Puntaje- Porcentaje
60-100%	47-78.33%	35-58.33%	23-38.33%	11-18.33%
59-98.33%	46-76.66%	34-56.66%	22-36.66%	10-16.66%
58-96.66%	45-75%	33-55%	21-35%	09-15%
57-95%	44-73.33%	32-53.33%	20-33.33%	08-13.33%
56-93.33%	43-71.66%	31-51.66%	19-31.66%	07-11.66%

55-91.66%	42-70%	30-50%	18-30%	06-10%
54-90%	41-68.33%	29-48.33%	17-28.33%	05-8.33%
53- 88.33%	40-66.66%	28-46.66%	16-26.66%	04-6.66%
52- 86.33%	39-65%	27-45%	15-25%	03-5%
51-85%	38-63.33%	26-43.33%	14-23.33%	02-3.33%
50-83.33%	37-61.66%	25-41.66%	13-21.66%	01-1.66%
49-81.66%	36-60%	24-40%	12-20%	00-0%
48-80%				

En cada instrumento de evaluación encontrarás una tabla como la que se muestra a continuación, esta tabla te permitirá sacar la Calificación de cada usuario en el momento.

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
48-60	80-100	Muy frecuentemente
36-47	60-79	Frecuentemente
24-35	40-59	A veces
12-23	20-39	Casi nunca
0-11	0-19	Nunca

Puntaje _____ Rango de porcentaje _____ Calificación _____

ANEXO 8



PROGRAMA PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES

PFC



Evaluación del Taller para Familiares.

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas pretenden conocer el grado de satisfacción que tienes con respecto al desarrollo del taller. En una escala de 1 a 10, donde 1 es nada satisfecho y 10 muy satisfecho responde ¿Qué tan satisfecho me siento con el desarrollo del taller en cuanto a...?

1. La interacción de los expositores con los participantes.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. La claridad del contenido de los temas.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. La utilidad de los temas con su vida cotidiana.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. El tiempo de exposición.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. La resolución de dudas.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Mi participación individual.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

El taller le permitió:

7. Entender un poco más sobre su relación con su familiar
a) si b) no ¿Por qué? _____

8. ¿Considera que hubo algún tema durante el taller que faltó profundizar? A) si B) no
¿Por qué? _____

9. Por favor comente su experiencia al participar en el taller, cómo se ha sentido, qué le
deja, si cumplió sus expectativas _____

10. Alguna sugerencia para mejorar el taller _____

11. A partir de la aplicación de estrategias aprendidas en el Taller, indique con un tache el
consumo de sustancias adictivas de su familiar:

Ya no Consumía y Sigue sin consumir

Dejo de Consumir

Ha Consumido en Menos Ocasiones

Ha Consumido en menos cantidad

Sigue Consumiendo Igual que antes

Ha Consumido en Mas Ocasiones

Ha Consumido en Mayor Cantidad

Ha Consumido en Menos Ocasiones pero en Mayor cantidad

Ha Consumido en Menos Cantidad pero en Más Ocasiones

12. A partir de la aplicación de estrategias aprendidas en el Taller, indique con un tache si su familiar:

Ya iba a tratamiento y ha **seguido asistiendo**

Inicio un tratamiento y ha **seguido asistiendo**

Inicio un tratamiento y **dejo de asistir**

No ha ido a solicitar tratamiento

Ya iba a tratamiento y **dejo de asistir**

ANEXO 9



PROGRAMA PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES

PFC



Evaluación de Sesión: Ayudando a romper las cadenas de consumo ante situaciones de riesgo.

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que aprendió en esta sesión, marque con una X si está Completamente de acuerdo, De acuerdo, A veces, En desacuerdo o Completamente en desacuerdo según crea más conveniente para usted.

	Completamente de acuerdo 4	De acuerdo 3	A veces 2	En desacuerdo 1	Completamente en desacuerdo 0
1. ¿Considera que el tema visto le fue de utilidad?					
2. A partir de lo aprendido, ¿cree usted que apoya y ayuda más a su familiar para evitar que consuma?					
3. ¿Identifica los precipitadores internos de su familiar?					
4. ¿Identifica los precipitadores externos de su familiar?					
5. ¿Ha utilizado frecuentemente lo aprendido para apoyar o ayudar a su familiar?					
6. ¿Cree que su familiar se siente ahora más apoyado por usted?					

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
20-24	83.33-100	Completamente de acuerdo
15-19	62.5-79.16	De acuerdo
10-14	41.66-58.33	A veces
05-09	20.83-37.5	En desacuerdo
00-04	0-16.66	Completamente en desacuerdo

Puntaje _____ Rango de porcentaje _____ Calificación _____

En una escala de 1 a 10, donde 1 es Totalmente insatisfecho y 10 totalmente satisfecho, ¿qué tan satisfecho se siente usted al apoyar a su familiar para que no consuma? _____.

ANEXO 10



**PROGRAMA PARA FAMILIARES DE
CONSUMIDORES**

PFC



Evaluación de Sesión: Mejorando mis Habilidades de Comunicación.

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que aprendió en esta sesión, marque con una X si está Completamente de acuerdo, De acuerdo, A veces, En desacuerdo o Completamente en desacuerdo según crea más conveniente para usted.

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	A veces	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
	4	3	2	1	0

1. ¿Le han sido de utilidad las estrategias aprendidas?					
2. ¿Ha mejorado la comunicación con su familiar?					
3. ¿Ha podido hacer crítica positiva a su familiar sin que él se ponga a la defensiva?					
4. ¿Da y acepta reconocimiento cuando se presenta la ocasión?					
5. ¿Puede solicitar apoyo a su familiar cuando lo necesita?					
6. Está más dispuesto a aceptar y asumir responsabilidades.					

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
20-24	83.33-100	Completamente de acuerdo
15-19	62.5-79.16	De acuerdo
10-14	41.66-58.33	A veces
05-09	20.83-37.5	En desacuerdo
00-04	0-16.66	Completamente en desacuerdo

Puntaje _____ Rango de porcentaje _____ Calificación _____

Finalmente, en una escala de 1 a 10, donde 1 es Totalmente insatisfecho y 10 totalmente satisfecho, ¿qué tan satisfecho se siente usted al aplicar las habilidades de comunicación con su familiar y en su entorno social? _____.

ANEXO 11



PROGRAMA PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES

PFC



Evaluación de Sesión: Control de enojo

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que aprendió en esta sesión, marque con una X si está Completamente de acuerdo, De acuerdo, A veces, En desacuerdo o Completamente en desacuerdo según crea más conveniente para usted.

	Completamente de acuerdo 4	De acuerdo 3	A veces 2	En desacuerdo 1	Completamente en desacuerdo 0
1. ¿Considera que el tema visto le fue de utilidad?					

2. A partir de lo aprendido, ¿controla su enojo cuando tiene alguna diferencia con su familiar?					
3. ¿Identifica los momentos en que debe detener pensamientos “calientes”?					
4 ¿Identifica cuándo y en qué momento debe darse instrucciones positivas para disminuir su ira?					
5. ¿Su familiar y usted ya saben en qué momento van a utilizar Tiempo Fuera?					
6. ¿Considera que la relación con su familiar ha mejorado a raíz de que controla su enojo?					

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
20-24	83.33-100	Completamente de acuerdo
15-19	62.5-79.16	De acuerdo
10-14	41.66-58.33	A veces
05-09	20.83-37.5	En desacuerdo
00-04	0-16.66	Completamente en desacuerdo

Puntaje _____ Rango de porcentaje _____ Calificación _____

En una escala de 1 a 10, donde 1 es Totalmente insatisfecho y 10 totalmente satisfecho, ¿qué tan satisfecho se siente usted al aplicar las técnicas de control de enojo cotidianamente? _____.

ANEXO 12



**PROGRAMA PARA FAMILIARES DE
CONSUMIDORES**

PFC



Evaluación de sesión: Control de Ansiedad

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que aprendió en esta sesión, marque con una X si está Completamente de acuerdo, De acuerdo, A veces, En desacuerdo o Completamente en desacuerdo según crea más conveniente para usted.

	Completamente de acuerdo 4	De acuerdo 3	A veces 2	En desacuerdo 1	Completamente en desacuerdo 0
1. ¿Considera que el tema visto le fue de utilidad?					
2. A partir de lo aprendido, ¿ha podido controlar su ansiedad en cuanto la ha					

sentido?					
3. ¿Identifica cuando y en qué momento debe llevar a cabo la respiración profunda?					
4 ¿Identifica cuales son las situaciones placenteras que puede usted imaginar para realizar su relajación mental?					
5. ¿Identifica el grupo muscular afectado cuando se siente ansioso?					
6. ¿Considera que la relación con su familiar ha mejorado a raíz de que controla su ansiedad?					

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
20-24	83.33-100	Completamente de acuerdo
15-19	62.5-79.16	De acuerdo
10-14	41.66-58.33	A veces
05-09	20.83-37.5	En desacuerdo
00-04	0-16.66	Completamente en desacuerdo

Puntaje _____ Rango de porcentaje _____ Calificación _____

En una escala de 1 a 10, donde 1 es Totalmente insatisfecho y 10 totalmente satisfecho, ¿qué tan satisfecho se siente usted al aplicar las técnicas de control de ansiedad cotidianamente? _____.

ANEXO 13



**PROGRAMA PARA FAMILIARES DE
CONSUMIDORES**

PFC



Evaluación de Sesión: Control de Tristeza.

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que aprendió en esta sesión, marque con una X si está Completamente de acuerdo, De acuerdo, A veces, En desacuerdo o Completamente en desacuerdo según crea más conveniente para usted.

	Completamente de acuerdo 4	De acuerdo 3	A veces 2	En desacuerdo 1	Completamente en desacuerdo 0
1. ¿Considera que el tema visto le fue de utilidad?					

2. A partir de lo aprendido, ¿ha podido controlar su tristeza en cuanto la ha sentido?					
3. ¿Identifica cuándo y en qué momento debe cambiar pensamientos equivocados?					
4. Actualmente, ¿cada que lleva a cabo una actividad le saca provecho y la disfruta más?					
5. Al realizar actividades agradables se siente más animado, alegre y esta a gusto consigo mismo.					
6. ¿Considera que la relación con su familiar ha mejorado a raíz de que controla su tristeza?					

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
20-24	83.33-100	Completamente de acuerdo
15-19	62.5-79.16	De acuerdo
10-14	41.66-58.33	A veces
05-09	20.83-37.5	En desacuerdo
00-04	0-16.66	Completamente en desacuerdo

Puntaje _____ Rango de porcentaje _____ Calificación _____

En una escala de 1 a 10, donde 1 es Totalmente insatisfecho y 10 totalmente satisfecho, ¿qué tan satisfecho se siente usted al aplicar las técnicas de control de tristeza cotidianamente? _____.

ANEXO 14



**PROGRAMA PARA FAMILIARES DE
CONSUMIDORES**

PFC



Evaluación de Sesión: Solución de Problemas.

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que aprendió en esta sesión, marque con una X si está Completamente de acuerdo, De acuerdo, A veces, En desacuerdo o Completamente en desacuerdo según crea más conveniente para usted.

	Completamente de acuerdo 4	De acuerdo 3	A veces 2	En desacuerdo 1	Completamente en desacuerdo 0
1. ¿Considera que el tema visto le fue de utilidad?					
2. ¿Reconoce de forma específica el problema que puede tener con su					

familiar?					
3. Piensa y anota todas las posibles opciones de solución para el problema.					
4. Analiza las ventajas y desventajas de cada opción para la solución del problema.					
5. Toma en cuenta las consecuencias positivas y negativas de la opción elegida para la solución del problema.					
6. Considera los posibles obstáculos que pudieran presentarse al momento de llevar a cabo la solución del problema y aplica planes de acción.					

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
20-24	83.33-100	Completamente de acuerdo
15-19	62.5-79.16	De acuerdo
10-14	41.66-58.33	A veces
05-09	20.83-37.5	En desacuerdo
00-04	0-16.66	Completamente en desacuerdo

Puntaje _____ Rango de porcentaje _____ Calificación _____

En una escala de 1 a 10, donde 1 es Totalmente insatisfecho y 10 totalmente satisfecho, ¿qué tan satisfecho se siente al haber llevado a cabo la solución para el problema? _____.

En una escala de 1 a 10, donde 1 es Totalmente insatisfecho y 10 totalmente satisfecho, ¿qué tan satisfecho se siente usted al aplicar las técnicas de solución de problemas cotidianamente? _____

ANEXO 15



**PROGRAMA PARA FAMILIARES DE
CONSUMIDORES**

PFC



Evaluación de Sesión: Mejorando mis Relaciones con Otras Personas

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que aprendió en esta sesión, marque con una X si está Completamente de acuerdo, De acuerdo, A veces, En desacuerdo o Completamente en desacuerdo según crea más conveniente para usted.

	Completamente de acuerdo 4	De acuerdo 3	A veces 2	En desacuerdo 1	Completamente en desacuerdo 0
1. ¿Le han sido de utilidad las estrategias aprendidas?					

2. ¿Ha mejorado el interés por compartir lo que le agrada al usuario?					
3. ¿Ha podido solicitarle en forma positiva al usuario el cambio de alguna conducta que a usted le moleste o resulte inconveniente?					
4. ¿Da reconocimiento al usuario cada vez que se presenta la ocasión?					
5. ¿Ha procurado halagar al usuario y darle una sorpresa agradable al usuario?					
6. Está más dispuesto a ayudar al usuario sin que éste le pida su apoyo?					

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
20-24	83.33-100	Completamente de acuerdo
15-19	62.5-79.16	De acuerdo
10-14	41.66-58.33	A veces
05-09	20.83-37.5	En desacuerdo
00-04	0-16.66	Completamente en desacuerdo

Puntaje _____ Rango de porcentaje _____ Calificación _____

Finalmente, en una escala de 1 a 10, donde 1 es Totalmente insatisfecho y 10 totalmente satisfecho, ¿qué tan satisfecho se siente usted al aplicar las técnicas de mejorar su relación con personas de su entorno social? _____.

ANEXO 16

CEPREAA

CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES
Retorno Cerro Acasulco No. 18
Col. Oxtopulco Universidad
Delegación Coyoacán, C.P. 04318
Teléfonos: 56 58 39 11
56 58 37 44

Dra. Lydía Barragán Torres
Terapeuta: Araceli Flores



PROGRAMA PARA
FAMILIARES DE
CONSUMIDORES

PFC



Ayudando a ROMPER las
cadenas de consumo de mi
Familiar o Amigo .

Si se ayuda a identificar los precipitadores del consumo, se recuerdan las consecuencias negativas del consumo, se procura dar instrucciones positivas, para conseguir lo que necesita (hacer algo para tranquilizarse, para pasársela bien, para resolver un problema, etc.), anticipando cuándo pueden aparecer precipitadores, realizando planes de acción y apegarse a ellos es como el análisis funcional de la conducta le ayudará a CAMBIAR.

Todas las consecuencias pueden evitarse si se APRENDE A ENFRENTAR LOS PROBLEMAS CON OTRAS CONDUCTAS Y DISEÑAR PLANES DE ACCIÓN. Para hacer un plan de acción se debe tomar en cuenta lo que le ha resultado en el pasado para tranquilizarse cuando se ha sentido frustrado (que no implique consumo), por ejemplo: salir a caminar, darse un baño, charlar con un amigo, oír música, etc., y comprometerse a realizarlo en vez de la conducta de consumo en la siguiente situación que le haga sentir frustrado. Por lo que antes de consumir es conveniente que se DETENGA, recordándoles que ya no debe caer en el consumo y pensar en otras actividades que le permitan sentirse bien y a gusto consigo mismo.



¡¡¡Rompe la CADENA DE CONSUMO y motiva a tu familiar a ganar consecuencias positivas para su vida!!!

ANALIZANDO LA CONDUCTA DE CONSUMO DE MI FAMILIAR

A través de este análisis usted podrá reconocer aquellas conductas placenteras o displacenteras de consumo de drogas o alcohol de su familiar o amigo, las cuales han sido aprendidas por él en momentos agradables de su vida o bien en situaciones no gratas.

Por ejemplo:

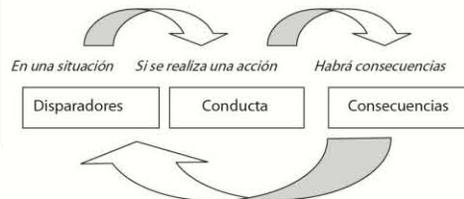
Se siente triste → Consumirá

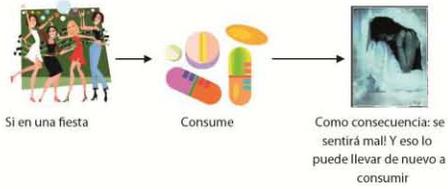
Se siente feliz, quiere sentirse mejor → Consumirá

Puede ser que el consumo le sirva a su familiar o amigo para relajarlo, distraerlo, sentir sus emociones con mayor intensidad, sentirse independiente, ser más espontáneo o darle más confianza. Sin embargo, la repetición del consumo de la sustancia química, para conseguir esos efectos favorece que el consumo se convierta en un hábito fuerte y dañino.

El análisis de la conducta de consumo es una herramienta valiosa para que se pueda alcanzar o mantener la abstinencia en el consumo de sustancias.

Es importante considerar que:





Este esquema se ejemplifica lo que los psicólogos llaman CADENA CONDUCTUAL, todas las conductas se desarrollan de acuerdo a estos tres momentos, es decir, hay algo que sucede antes (situación o disparadores) de la conducta (acción) y a la conducta siempre le siguen consecuencias (positivas y negativas), donde las consecuencias pueden convertirse en disparadores para que se vuelva a realizar la conducta. Conocer la CADENA DE CONDUCTA DE CONSUMO de su familiar, le puede ayudar a cambiar las consecuencias si se le invita cambiar la conducta que él realiza.

Lo más importante de identificar la CADENA DE CONSUMO es que se pueden realizar planes de acción, actividades diferentes, para enfrentar los disparadores y así romper la cadena y no llegar a consecuencias negativas, que en el caso del consumo son a largo plazo.

El siguiente paso, en este proceso, es conocer muy bien a los disparadores.



Identificar disparadores es una labor que tienes que realizar constantemente para lograr y mantener la abstinencia!!!!

Los precipitadores son de seis tipos y los podemos clasificar como internos o externos, éstos se pueden reconocer a través de preguntas.

- Internos
 - *Pensamientos* : ¿Qué es lo que pensará justo antes de consumir?
 - *Emociones*: ¿Qué emoción sentirá justo antes de consumir?
 - *Sensaciones físicas*: ¿Qué sensaciones físicas tendrá justo antes de consumir?
- Externos
 - *Personas* : ¿Con que personas generalmente consumo?
 - *Lugares* : ¿En que lugares generalmente consumo?
 - *Situaciones*: ¿En que momentos generalmente consumo?

A continuación identifica 3 situaciones de riesgo para tu usuario y elabora 3 planes de acción de que podrías hacer para ayudarle a no consumir:

Situación1: _____

Plan de Acción para

Apoyarlo: _____

Situación2: _____

Plan de Acción para

Apoyarlo: _____

ANEXO 17



PROGRAMA PARA
FAMILIARES DE
CONSUMIDORES

PFC



CEPREAA

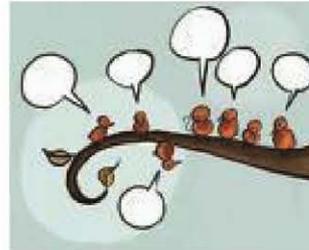
CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES
Retorno Cerro Acasulco No. 18
Col. Oxtopolco Universidad
Delegación Coyoacán, C.P. 04318
Teléfonos: 56 58 39 11
56 58 37 44

Dra. Lydia Barragán Torres
Terapeuta: Araceli Flores



PROGRAMA PARA
FAMILIARES DE
CONSUMIDORES

PFC



**Mejorando la
comunicación con
mi Familiar.**

SOLICITAR APOYO.

Consiste en solicitar ayuda a su familiar cuando se encuentre en una situación difícil y le sirve para asegurar recibir la ayuda, Haga lo siguiente:

- Inicie preguntando acerca del bienestar de la persona.
- Solicite amablemente la ayuda deseada.
- Señale en qué le puede servir su ayuda.
- Establezca un compromiso.
- Ofrezca su ayuda.
- Pida su opinión.

Ejemplo: "¿Estoy atrasada con los preparativos para la comida por el cumpleaños de tu papá del sábado, y tengo tantos pendientes que no sé si voy a tener todo listo, podrías ayudarme con las compras del súper así me daría tiempo de preparar hasta el postre, tú que preferirías un pastel de fresa o de chocolate ?".



IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN.

La comunicación es el medio que nos permite relacionarnos con los demás, expresar nuestros pensamientos, sentimientos, ideas y deseos; por ello, es muy importante hablar lo más claramente posible para transmitir el significado preciso de lo que queremos decir.

Para que haya una comunicación efectiva entre el usuario y familiares/amigos es esencial que tanto el que envía el mensaje como el que lo recibe verifiquen lo que dicen y escuchan y cerciorarse si ambas partes se están entendiendo.

Existen habilidades que nos permiten mejorar nuestra comunicación, es conveniente aprenderlas debido a que:

- Le permiten llegar a acuerdos y solucionar problemas.
- Cada vez que se comunique con su familiar MUESTRE SU DISPOSICIÓN PARA CONVERSAR, MÁNTENGASE OPTIMISTA, MODULE SU TONO DE VOZ, TENGA CONTACTO VISUAL CON ÉL, EVITE CULPARLO DE SITUACIONES, no mueva la cabeza negativamente, no haga movimientos bruscos de manos ni gestos desaprobatorios.

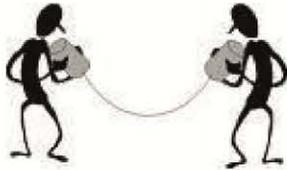
A continuación se incluyen las habilidades de comunicación que necesita aprender para aplicarlas diariamente y el mayor tiempo posible con su familiar.

INICIAR CONVERSACIONES.

Esta habilidad le puede servir para mejorar la relación con su familiar; al mostrarle su interés, hacerle saber su disposición para apoyarlo y compartir con él sus propias experiencias. Realícelo de la siguiente manera:

- ☒ Inicie con temas sencillos.
- ☒ Hable acerca de sí mismo.
- ☒ Escuche y observe.
- ☒ Habla lo suficientemente alto.
- ☒ Use preguntas abiertas para favorecer la conversación.
- ☒ Verifique su atención.
- ☒ Termine la conversación amistosamente.

Ejemplo: "¿Cómo van a estar tus actividades de mañana? ¿Cómo te fue? ¿Cómo te has sentido ahora que no has consumido?"



ACEPTAR CRÍTICAS POSITIVAMENTE.

Debe aceptar y negociar cambios ante la expresión de molestia por parte de otra persona respecto a sus conductas ya que le permitirá obtener consecuencias positivas, superarse y mejorar su relación con su familiar. Realícelo de la siguiente manera:

- ☒ No se ponga a la defensiva.
- ☒ Haga preguntas que le permitan aclarar lo que le están diciendo para tener más información.
- ☒ Identifique algo en lo que pudiera estar de acuerdo en la crítica.
- ☒ Proponga un compromiso.

Ejemplo: "Que bueno que me comentas que no tengo tiempo para platicar pues siempre ando con prisas que te parece si nos hacemos un tiempo el lunes en la tarde para salir a caminar o pasear y así tendríamos tiempo para platicar?"

EXPRESAR DESACUERDO.

Se trata de que exprese su desacuerdo o inconformidad con algunas cuestiones sin provocar enojos o malos entendidos y permite llegar a un acuerdo. Realícelo de la siguiente manera:

- ☒ Utilice el pronombre personal "yo pienso", "a mí me parece" o "yo opino".
- ☒ Exprese sus ideas dando su punto de vista y respetando las de la otra persona.

Ejemplo: "Yo pienso que si te duermes tan tarde se te dificulta levantarte temprano, prueba dormirte más temprano y vas a amanecer más activo"



SABER ESCUCHAR.

Una habilidad importante es saber escuchar ya que le permite estar atento a las necesidades de su familiar e interesarse en lo que le ocurre. Escucharlo implica mirarlo directamente a los ojos, poner atención en su comentario, tener un control de lenguaje corporal acorde a éste y lo más importante hacer preguntas relacionadas con el tema de la plática.

Ejemplo: "¿Cómo te sentiste cuando tu novia te dijo que se siente contenta contigo por tus cambios? ¿En qué tipo de empleo te gustaría trabajar?"



OFRECER ENTENDIMIENTO

Se trata de que ser amable con su familiar al ponerse en su lugar y comprender sus pensamientos y sentimientos, esto le ayudará a que él/ella no este a la defensiva y cambie su actitud. Realícelo de la siguiente manera:

- ☒ Considere el punto de vista del otro.
- ☒ Exprese comprensión ante el sentimiento de la otra persona.

Ejemplo: "Entiendo que estés molesto por que no te fue bien en lo del empleo".

ASUMIR O COMPARTIR RESPONSABILIDAD.

Le permite evitar culpar al otro asumiendo su responsabilidad o compartiéndola además de que facilita la comunicación por que la otra persona no estará a la defensiva.

Realicelo de la siguiente manera :

- ☒ Piense y exprese cómo contribuyó a que se generara o mantuviera un determinado problema.

Ejemplo: "A mi también me ha pasado que cuando no me salen las cosas como espero, a pesar de mi esfuerzo, me siento frustrado"

OFRECER AYUDA

Se usa para mostrar que esta dispuesto a negociar para llegar a una solución en la que ambos estén de acuerdo. Haga lo siguiente:

- ☒ Ofrezca varias soluciones alternativas
- ☒ Permanezca dispuesto para escuchar y considerar las ideas de su familiar.

Ejemplo: "No te desesperes por lo del empleo, si quieres puedo ayudarte a buscar otras opciones"

DAR RECONOCIMIENTO.

Esta habilidad le sirve para que su familiar considere la utilidad o el beneficio de su conducta y cualidades, llevándolas a la práctica; sirven además para que Lo hagamos sentir capaz y tener una idea favorable de sí mismo. Realicelo de la siguiente manera:

- ☒ Mencione el reconocimiento en términos de tus propios sentimientos.
- ☒ Estructure el cumplido en términos de algo específico que la persona hizo.

Ejemplo: "Te agradezco que limpies tu cuarto es una gran ayuda pues no termino tan cansada de hacer el quehacer, se mantiene limpio, y ya no me pongo de malas ni peleo contigo " o "Te felicito por ser responsable en tus actividades en el negocio".

RECIBIR RECONOCIMIENTO

Consiste en aceptar la expresión que el usuario hace de sus cualidades o conductas y aceptar y reconocer sus propios esfuerzos.

Ejemplo: "Gracias, me apure para que la comida estuviera a tiempo y pudiéramos comer con calma" "Gracias por valorar mi esfuerzo en la limpieza, me gusta que estemos a gusto en casa ".



HACER CRÍTICAS POSITIVAS

Te sirve para pedir y negociar con el otro, el cambio de alguna conducta que te moleste.

- o Mantente tranquilo
- o Inicia y finaliza en términos positivos
- o Mantén un tono de voz claro y firme, NO ENOJADO.
- o No generalices
- o Solicita la ocurrencia de la conducta específica que quieres que ocurra y que es la que va a sustituir a la que te molesta.
- o Menciona las ventajas del cambio
- o Negocia un compromiso

Ejemplo: " Me da gusto que estés buscando trabajo para cooperar en casa, me sería de mucha ayuda que al menos 1 vez a la semana arreglaras tu cuarto: barrerlo, sacudirlo, así estaría limpio, recogido, tendrías tu espacio recogido y no estaríamos enojados".

EXPRESAR SENTIMIENTOS

Esta habilidad te sirve para poder compartir tus sentimientos con los demás y mejorar tu estado de ánimo y consiste en que expreses tus sentimientos positivos y negativos e indiques la razón por la cual te sientes así. Ejemplo: "Me siento muy triste por que mi novia me dejo" o "Me siento muy contenta porque pase la materia que tanto trabajo me costaba.

Aplicar 3 habilidades de comunicación con tu familiar/amigo que describirás a continuación cómo la aplicaste?

Habilidad de Comunicación1:

Habilidad de Comunicación2:

Habilidad de Comunicación3:

ANEXO 18



PROGRAMA PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES

PFC



CEPREAA

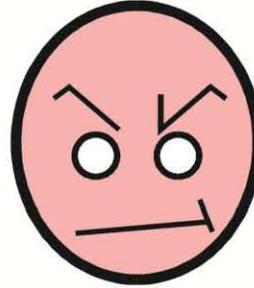
CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES
Retorno Cerro Acasulco No. 18
Col. Oxtopulco Universidad
Delegación Coyoacán, C.P. 04318
Teléfonos: 56 58 39 11
56 58 37 44

Dra. Lydia Barragán Torres
Nayeli Ramírez
Araceli Flores



PROGRAMA PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES

PFC



APRENDIENDO A CONTROLAR MI ENOJO

Ahora haga un ejercicio en el que aplique Instrucciones positivas (en sus cuatro formas), Distracción del pensamiento y Tiempo fuera.

Situación:
Instrucciones positivas
1. Frene conducta:
2. Pare pensamientos calientes:
3. Continúe con sus actividades
Distraiga sus pensamientos
Aplique tiempo fuera
Auto -tranquílicese:

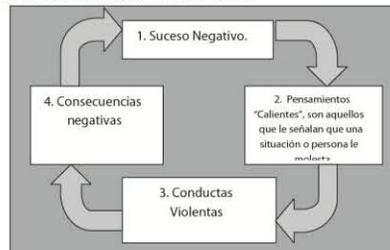


La práctica diaria de las estrategias le permitirá controlar su enojo

El enojo, al igual que cualquier otro sentimiento, tiene una utilidad muy importante en la vida: nos prepara para defendernos, en específico cuando nos enfrentamos a situaciones de tensión o agresión.
Es importante aprender a controlar el enojo porque si éste es muy fuerte, puede llegar a dominar nuestro comportamiento y hacer que actuemos por impulso al perder el control y actuar impulsivamente, lo cual nos resulta en consecuencias desagradables para nuestra vida (la pérdida de amigos, desintegración familiar, separación de pareja, problemas legales).
Al enojarnos podemos elevar el tono de voz, usar palabras ofensivas o inclusive llegar a golpear a otra persona, pudiendo causarle un daño físico, emocional, o inclusive la muerte; todo esto lo pondría en riesgo de perder su libertad.

¿Cómo es que funciona el enojo?

El incremento del enojo se realiza en 4 pasos:



Veamos un ejemplo de una situación en la que crece el enojo generando una conducta violenta e inmediatamente la opción de cómo controlar el enojo.

Suceso negativo	Pensamientos Calientes	Conducta violenta	Consecuencias Negativas
Su familiar llega tarde a casa después de una fiesta y no le avisa.	¿Pero que le pasa? ¿Cree que puede hacer lo que quiera?	Cuando llegue le gritará y le hará saber lo irresponsable que es.	Discutirán muy fuerte y ambos se habrán ofendido.
Suceso negativo	Pensamiento positivo	Cambio de conducta	Consecuencias positivas
Su familiar llega tarde a casa después de una fiesta y no le avisa.	Me voy a calmar, no vale la pena alterarme, lo importante es que este bien.	Cuando él llegue le preguntaré si esta bien y una vez que lo corrobore me iré a dormir, no sin antes decirle que hablaremos al día siguiente.	Se siente bien consigo mismo por haberse controlado y por mantener una actitud tranquila sin violencia.

Sugerencias para aplicar tiempo fuera:

- Haga un acuerdo con quienes convive para que todos apliquen tiempo fuera.
- Cuando se retire no se vale: azotar puertas, golpear objetos, gritar y continuar hablando.
- De preferencia establezcan una señal para indicar tiempo fuera.
- Solicite tiempo fuera tan sólo con la evaluación de SU enojo.
- Elija con anticipación el lugar donde irá al necesitar tiempo fuera.
- Recuerde que Aplicar tiempo fuera es un logro, que le permitirá evitar el conflicto.



¡¡ QUE BIEN, usar tiempo fuera le permite estar más tranquilo (a)!!

Instrucciones positivas para tener un óptimo desempeño al realizar la siguiente actividad:

"Iré al supermercado, pero primero haré una lista para comprar lo necesario"

Tiempo fuera

Esta técnica consiste en alejarse de la situación física y mentalmente (ya no pensar más en la situación que causó su enojo). Una vez que se aleje físicamente de la situación realice actividades que le tranquilicen y le distraigan. Siga estos sencillos pasos al aplicar tiempo fuera:

1. Aléjese físicamente por un momento de la persona o situación que te está molestando.



Realice alguna actividad que le sea agradable.

2. Detenga sus pensamientos, piense en positivo: "ya no voy a pensar más en eso".



Utilice instrucciones positivas

3. Realice otra actividad que le distraiga.



Utilice distracción del pensamiento

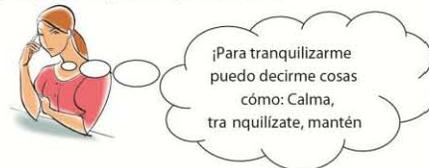
¿Cómo controlar el enojo?

Existen tres habilidades para controlar el enojo, éstas se pueden utilizar una a la vez o se pueden combinar:

- ✓ INSTRUCCIONES POSITIVAS
- ☒ Frenar conducta
- ☒ Parar pensamientos calientes
- ☒ Tranquilizarse
- ✓ DISTRAER TUS PENSAMIENTOS
- ✓ TIEMPO FUERA
- ✓ INSTRUCCIONES POSITIVAS

Instrucciones positivas

Es muy importante saber que, lo que usted piensa afecta su comportamiento; cuando dice cosas negativas provoca malas conductas (enojos) que le pueden llevar a consecuencias negativas. Por eso es importante que se diga cosas positivas que le ayuden a disminuir su ira, por ejemplo: "creo que estoy exagerando, tengo que calmarme", "tengo que saber escuchar y respirar profundamente para tranquilizarme", etc.



¡Para tranquilizarme puedo decirme cosas como: Calma, tranquilízate, mantén

Dése instrucciones positivas para:

- ☒ Frenar conducta: "Tranquilo (a), aléjate, no le respondas".
- ☒ Parar pensamientos calientes: "No vale la pena que esté pensando en lo que me dijo".
- ☒ Auto-tranquilizarse: "Puedo solucionarlo pero necesito estar tranquilo (a)"



Si aplica sus estrategias de control emocional, logrará mantenerse tranquilo y con una sonrisa en su

Distraiga sus pensamientos

Esta técnica consiste en distraer su mente y no prestar atención a los síntomas del enojo, tiene que aprender a guiar sus pensamientos hacia lo positivo, hacia lo que le haga sentir bien; puede conseguirlo haciendo:

- 1) Concéntrese en lo que pasa a su alrededor
- 2) Practique alguna actividad mental.
- 3) Haga ejercicio físico.
- 4) Respire lento y profundamente



Mirar por un rato a su mascota, leer el periódico, correr y hacer un ejercicio de respiración son algunas de las cosas que usted puede hacer para distraer su mente!!!

ANEXO 19



PROGRAMA PARA
FAMILIARES DE
CONSUMIDORES
PFC



CEPREAA

CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES
Retorno Cerro Acasulco No. 18
Col. Oxtopulco Universidad
Delegación Coyoacán, C.P. 04318
Teléfonos: 56 58 39 11
56 58 37 44

Dra. Lydia Barragán Torres
Terapeuta: Araceli Flores



PROGRAMA PARA
FAMILIARES DE
CONSUMIDORES
PFC



CONTROL DE ANSIEDAD

Importancia del control de la ansiedad.

La ansiedad, como cualquier otra emoción, es muy importante en la vida, ya que nos permite estar alertas y evitar el peligro; nos prepara para huir o defendernos en el momento adecuado.

Cuando alguien siente ansiedad el corazón se acelera, los músculos se tensan y en general todo el cuerpo se activa, si esto es momentáneo se puede sobrellevar sin ningún problema; pero si la respuesta de activación se mantiene por mucho tiempo el cuerpo puede llegar a sufrir un serio desgaste físico y psicológico excesivo y se corre el riesgo de que el organismo empiece a funcionar mal. La ansiedad daña la salud, puede ocasionar gastritis, úlcera, colitis, insomnio; dificultad para entender, para concentrarse, solucionar problemas, irritabilidad, cambio de humor, etc., por ello es fundamental saber controlarla para prevenir riesgos en nuestra salud.

Si su ansiedad esta elevada y no la controla puede influir a otros, favoreciendo la percepción de no poder preservar la calma o enfrentar una situación muy difícil o hasta que puede ser imposible de resolverla.

Recuerde que si usted controla su ansiedad puede transmitir tranquilidad, calma y seguridad a su familiar y eso puede ayudarlo a mantener su abstinencia.

Cómo llevar el ejercicio:

1. Escriba una lista de los lugares o situaciones que para usted sean interesantes o agradables, que lo hagan sentir tranquilo y relajado.
2. Comience con el ejercicio de relajación mediante respiración profunda.
3. Imagine que está en uno de los lugares o situaciones que haya elegido de la lista que hizo.
4. Piense en toda la tranquilidad que le da ese lugar o situación, en cómo se sintió cuando tuvo esa experiencia, recuerde y visualice a detalle los olores, los colores, las texturas, los sonidos; concéntrese, poco a poco sentirá como lo invade, por todo su cuerpo, la sensación agradable de relajación.



5. Concéntrese en las sensaciones que tiene al tensar y relajar cada uno de los músculos. ¡Disfrútelo!
6. Repita los pasos 2 al 5 hasta completar todos los grupos musculares.

Es importante que dedique un tiempo específico para realizar estos ejercicios; considere:

Día y hora _____

Lugar _____

RELAJACIÓN MENTAL.

Nuestros pensamientos influyen y dirigen todo lo que realizamos y lo que sentimos, para relajarse es muy importante que aleje por un momento todos los problemas de su mente y en cambio se concentre en tener pensamientos placenteros.



¿Qué puedo hacer para controlar la ansiedad?

Para controlar la ansiedad realice uno o combine cualquiera de los siguientes ejercicios:

- Respiración profunda.
- Relajación muscular.
- Relajación mental.

RESPIRACIÓN PROFUNDA.

La aplicación de la respiración correcta se compone de tres zonas:

- a). Respiración abdominal. Inhale profundamente hasta que note que el abdomen se infla, expire hasta que note que el estómago se desinfla.
- b). Respiración costal. Utiliza los músculos intercostales, situados entre las costillas. Llenamos la región media inspirando y dilatando el tórax, notará que la penetración de aire en los pulmones se hace más profunda y completa.
- c). Respiración clavicular. Nos concentraremos en los pulmones y muy específicamente en las clavículas. Para inspirar debe levantar las clavículas.

Cómo llevar el ejercicio:

1. Dese instrucciones de calma: "Tranquilo", "Relájate", "Todo va a estar bien", "Ten calma".
2. Busque tener una postura cómoda.
3. Coloque una mano en el pecho y la otra en el abdomen, cuando inhale, detecte que el aire que entra eleva primero la mano del abdomen y luego la del pecho.
4. Inhale el aire por la nariz y concéntrese en cómo entra por su cuerpo.
5. No debe sentir opresión en ninguna de las 3 zonas.
6. Mantenga el aire 5 segundos.
7. Suelte el aire lentamente por la boca .

RELAJACIÓN MUSCULAR.

Nos sirve para sentirnos relajados y dejar de sentir la sensación de que nuestros músculos están tensos. Lo que se debe hacer es tensar y relajar los diferentes grupos de músculos que tiene, desde la planta de los pies, las piernas, abdomen, brazos, manos cuello, hasta la cara.

Cómo llevar el ejercicio:

1. Busque una superficie firme y cálida para recostarse, o bien busque una posición cómoda.
2. Concéntrese en un grupo de músculos (planta de los pies, las piernas, abdomen, brazos, manos cuello, hasta la cara.), tense el grupo de músculos, empiece a inhalar y retenga el aire durante unos segundos. Al estar sentado, sube y estira tus piernas y jala la punta de los pies hacia tu cuerpo; aprieta el vientre; aprieta tus puños; dirige tus hombros hacia tus oídos; alza tus brazos y estíralos fuertemente hacia el techo; saca tu pecho, pega tus brazos a los costados y jálalos hacia atrás; aprieta tus párpados; aprieta tu mandíbula; aprieta tus glúteos
3. Relaje ahora los músculos lo más lento posible, procure tardarse de 10 a 15 segs., suelte el aire lentamente mientras relaja los músculos.
4. Respire normalmente.

ANEXO 20

CEPREAA

CENTRO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES DR. HÉCTOR AYALA
Retorno Cerro Acasulco No. 18
Col. Oxtopulco Universidad
Delegación Coyoacán, C.P. 04318
Teléfonos: 56 58 39 11
56 58 37 44

Dra. Lydia Barragán Torres
Terapeuta: Araceli Flores



PROGRAMA PARA
FAMILIARES DE
CONSUMIDORES

PFC



APRENDIENDO A CONTROLAR

TRISTEZA



Importancia del control de la tristeza.

La tristeza, al igual que cualquier otro sentimiento, tiene una utilidad muy importante en tu vida; sirve para pedir ayuda, por ejemplo: si su familiar se sintiera triste y usted lo notara podría acercarse a ofrecerle su ayuda, expresarle su cariño e interés.

Es importante aprender a controlar la tristeza, por que de no ser así el rendimiento en las actividades diarias puede disminuir, lo puede llevar a aislarse o perder contacto con personas que son importantes en su vida; en casos extremos vivir con frecuentes pensamientos equivocados que lo pueden llevar a un intento suicida, lo que podría dejar graves secuelas en su salud.

¿Qué puedo hacer para controlar la tristeza?

Para controlar la tristeza realice uno o combine cualquiera de los siguientes ejercicios:

- ✓ CAMBIAR PENSAMIENTOS EQUIVOCADOS.
- ✓ REALIZAR ACTIVIDADES AGRADABLES.
- ✓ BUSCAR LO POSITIVO EN ACTIVIDADES COTIDIANAS

REALIZAR ACTIVIDADES AGRADABLES

Identifique actividades que disfrute, que lo hagan sentir contento, estar animado y a gusto con la vida que tiene. Realizar actividades agradables le permite tener un ánimo y estilo de vida favorables. Por ejemplo: arreglar su cuarto, lavar el coche, ir al cine, ir al parque, salir a bailar, tomar un curso de cómputo, ir a alguna exposición, tomar un taller de superación personal.



Recuerda: Mientras practiques alguna actividad debes concentrarte en lo que realizas.
¡Que toda tu atención esté en la actividad!

BÚSQUEDA DE LO POSITIVO EN ACTIVIDADES COTIDIANAS

La Búsqueda de lo positivo consiste en aprender a disfrutar y sacar el máximo provecho a cada una de las cosas que hace en cada instante de su vida; tomando en cuenta todas las cosas positivas que le deja la realización de actividades diarias. Por ejemplo: bañarse (sentirse limpio, evitar enfermarse), comer (sentirse con energía, estar más atento), sonreír mientras platica (mejor convivencia con los demás), tomar el transporte (llegar más rápido, distraerse), caminar al trabajo (ejercitarse, relajarse, salud), desayunar con la familia (convivencia, cercanía).



Aprende a disfrutar y sacar el máximo provecho a cada instante de tu vida.

CAMBIAR PENSAMIENTOS EQUIVOCADOS.

Consiste en la evaluación y construcción de pensamientos reales; hay que identificar los pensamientos que hacen que usted se entristezca (pensamiento equivocado), anote cuando se presentó y tome en cuenta los siguientes pasos:

PASO 1: Anota el suceso, el pensamiento y sentimiento que acompañen a esa situación. Ejemplo:

Suce so: Mi familiar tuvo recaída.

Pensamiento: De nada sirve que yo todo el tiempo lo este apoyando.

Sentimiento: Me siento muy triste y preocupado



Haga el ejercicio de anotar e identificar esos pensamientos equivocados para que pueda cambiarlos más fácilmente.

PASO 2 : Reflexione y anote los pensamientos o ideas que contribuyen a entristecerse cada vez más.

Ejemplo: "Pareciera que siempre debo fracasar en mis intentos por ayudarlo a que deje de consumir, no sirvo para nada".

PASO 3: Cuestione los pensamientos negativos, ¿qué pruebas tengo de que el pensamiento es cierto?, ¿este pensamiento me ayuda o me perjudica?, ¿cómo me afecta pensar así?

Ejemplo: ¿en verdad no ha sido útil lo que he hecho por él? ¿en verdad no sirvo para nada?, ¿he hecho muchas cosas buenas por él?

PASO 4: Busque alternativas a los pensamientos negativos.

Ejemplo: "Ha habido ocasiones en las que las cosas no me han resultado como yo esperaba sin embargo, siempre me he esforzado por demostrarle a mi familiar que puede contar conmigo en todo momento, sé que si me esfuerzo un poco más y le hago saber que me interesa él lo notará y podrá decirme de qué otra

forma puedo ayudarlo, para que pueda volver a la abstinencia y ambos sigamos adelante".

PASO 5: Construya pensamientos más realistas.

Ejemplo: Soy una persona tenaz, que no se deja vencer por estos obstáculos, si he salido adelante en momentos más difíciles podré afrontar y encontrar una solución".



Cambiar de pensamientos es una actividad que tienes que realizar constantemente.

ANEXO 21



PROGRAMA PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES

PFC



CEPREAA

CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES
Retorno Cerro Acasulco No. 18
Col. Oxtopulco Universidad
Delegación Coyoacán, C.P. 04318
Teléfonos: 56 58 39 11
56 58 37 44

Dra. Lydia Barragán Torres
Terapeuta: Araceli Flores



PROGRAMA PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES

PFC



SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

IMPORTANCIA DE APRENDER HABILIDADES DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El uso de habilidades para solucionar problemas le ayuda a detectar con claridad cuál es el problema y cómo podría solucionarlo.

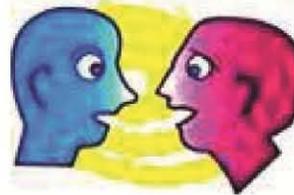
Muchas veces las personas consumen sustancias adictivas considerando que a través de ello pueden evitar, olvidar o huir de los problemas o de situaciones difíciles que se presentan día a día. El uso de habilidades para solucionar problemas le ayuda a detectar con claridad cuál es el problema y cómo podría solucionarlo; además que al aprender conductas que le permitan hacer frente a los problemas para solucionarlos de la mejor manera, permitirá que usted apoye y ayude a su familiar para evitar el uso de alcohol o drogas ya que en lugar de discutir encontrarán soluciones y acuerdos que les permitirán sentirse a ambos a gusto y tranquilos. El ambiente familiar positivo mejorará. El solucionar problemas requiere que ayude a su familiar a cambiar o eliminar aquellos pensamientos negativos como "No puedo hacer nada", "Todo me sale mal", "No hay nada que yo pueda hacer para resolver el problema", etc.

Hay que recordar que el cambio de pensamiento es importante ya que según la instrucción que se dé la conducta cambiará. Por ejemplo: "Aunque el problema se ve difícil sé que puedo resolverlo".

TOME EN CUENTA LOS OBSTÁCULOS
Obstáculo _____

Plan _____

EVALÚE LOS RESULTADOS
¿Del 1 al 10 qué tan satisfecho se siente con la solución que aplicó? _____



Desventajas _____

Opción 2
Ventajas _____

Desventajas _____

Opción 3
Ventajas _____

Desventajas _____

ESCOJA LA SOLUCIÓN

¿CÓMO LA VA A LLEVAR A CABO?
¿Cuándo? _____
¿De qué manera? _____

HABILIDADES QUE SE REQUIEREN PARA SOLUCIONAR UN PROBLEMA

- Observación para identificar el problema.
- Reflexión para generar alternativas de solución.
- Análisis para elegir una alternativa.
- Evaluar resultados obtenidos.

Cada una de estas habilidades se relacionan por lo que debe tenerlas siempre presente.

La guía de Solución de Problemas consta de los siguientes pasos:

1. IDENTIFICAR EL PROBLEMA

- a) Detecte y anote con precisión, en forma breve y específica, cual es el problema por el que esta pasando su familiar.
- b) No mezcle varios problemas, debe ser uno a la vez.

2. DAR ALTERNATIVAS

¿Cómo podría resolver el problema?

- a) Haga una lista con todas las ideas que se le ocurran.
- b) Busque TODAS las ideas posibles sin CRITICAR lo que se le ocurra.
- c) Busque cantidad, ¡Entre más soluciones mejor!
- d) Considere solo un problema a la vez
- e) Anote las soluciones en forma clara y breve.

3. ELEGIR UNA DE LAS OPCIONES

¿Cuál es la mejor?

Hay que pensar en todas las VENTAJAS y DESVENTAJAS de cada una de las opciones.

- a) Se debe eliminar cualquier solución que de entrada sea desagradable.
- b) Tomar en cuenta todas las consecuencias positivas y negativas de la opción que se vaya a querer poner en marcha para la solución del problema.

4. PONER EN MARCHA LA SOLUCIÓN.

Una vez elegida la solución se debe describir cómo la va a llevar a cabo.

- a) Elección de la opción.
- b) ¿Cómo la voy a llevar a cabo?
- c) Tomar en cuenta los posibles obstáculos.
- d) Tener planes de acción para enfrentar esos obstáculos.
- e) Poner en práctica el plan de acción.
- f) COMPROMETERSE A LLEVAR A CABO LA SOLUCIÓN QUE ELIGIÓ

5. EVALUAR LOS RESULTADOS.

- a) Se revisan los resultados obtenidos de la solución que se eligió, para saber que tan satisfecho se sintió.
- b) Debe asignar una calificación a la solución que implementó para resolver el problema, considere una escala de 1 a 10

- c) Si el nivel de satisfacción no es el esperado puede modificar la solución que eligió y repetir los pasos del 2 al 5 y volver a intentarlo.

Ahora es su turno, debe poner en práctica los pasos para solucionar un problema.

IDENTIFIQUE EL PROBLEMA

PIENSE EN IDEAS, OPCIONES O ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Opción 1 _____

Opción 2 _____

Opción 3 _____

ANALICE LAS OPCIONES

Opción 1 _____

Ventajas _____

ANEXO 22

CEPREAA

CENTRO DE PREVENCIÓN EN ADICCIONES DR. HÉCTOR AYALA
Retorno Cerro Acasulco No. 18
Col. Oxtopulco Universidad
Delegación Coyoacán, C.P. 04318
Teléfonos: 56 58 39 11
56 58 37 44

Dra. Lydia Barragán Torres
Terapeuta: Araceli Flores



PROGRAMA PARA
FAMILIARES DE
CONSUMIDORES

PFC



MEJORANDO MIS RELACIONES
INTERPERSONALES

IMPORTANCIA DE TENER BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES

La comunicación interpersonal es no solamente una de las dimensiones de la vida humana, sino la dimensión a través de la cual nos realizamos como seres humanos. Si una persona no mantiene relaciones interpersonales amenazará su calidad de vida. La comunicación no es sólo una necesidad humana sino el medio de satisfacer otras muchas, además de que es un bienestar psicológico. La capacidad de comunicación interpersonal no debe medirse exclusivamente por el grado en que la conducta comunitaria ayuda a satisfacer las propias necesidades, sino también por el grado en el que facilite a los otros la satisfacción de las suyas. El tener buenas relaciones le proporciona los siguientes beneficios:

- ☒ Mantener y fortalecer la confianza con su familiar y amigos.
 - ☒ Disfrutar de un ambiente agradable y sentirse a gusto con las personas con quien convive.
 - ☒ Sentir y que su familiar sienta su apoyo.
 - ☒ Resolver problemas cotidianos.
 - ☒ Tener entendimiento con su familiar.
 - ☒ Expresar y compartir sentimientos.
 - ☒ Dar y recibir afecto.
 - ☒ Divertirse de manera sana.
 - ☒ Establecer y alcanzar metas establecidas.
4. Ofrézcale su ayuda : a). "Si quieres yo te ayudo a hacer un itinerario de días para que puedas limpiar tu cuarto". b). Si estás de acuerdo, podremos pensar en alguna otra

actividad que podamos realizar juntos para el fin de semana".

5. Pedir su opinión : a). "¿Qué te parece lo que te propongo hijo?" b). "¿Qué te parece amor, tienes alguna sugerencia distinta?".

6. Si no estuvieran de acuerdo, proponga otra alternativa que deje a ambos satisfechos o si fuese necesario pídale a su familiar que piense en otras formas de resolverlo.

No olvide que antes que nada es importante estar tranquilo y buscar el momento adecuado para hablar.



En ocasiones puede estar en desacuerdo con alguna conducta de su familiar o de las personas con quien convive. Para mantener un ambiente favorable puede utilizar las siguientes técnicas:

1. Inicie con algo positivo : a). "Paco he notado que estas llegando temprano, eso me da mucho gusto".

b). "Amor, me encanta pasar la tarde contigo, disfruto mucho cuando estamos juntos".

2. Solicite amablemente la conducta deseada, utilizando frases en primera persona. No haga la solicitud de forma negativa: a). "Deberías limpiar tu cuarto es un desastre". Mejor dígame: "Sería muy conveniente que ahora que has llegado temprano dedicaras tiempo a la limpieza de tu cuarto". b). "Siento que me sofocas, todo el tiempo me absorbes, necesito mi espacio" Mejor dígame: "Qué te parece si mejor nos organizamos para que cada uno tenga un par de tardes libres y podamos dedicarle tiempo a nuestras propias actividades".

3. Señale las ventajas de llevar a cabo esa conducta : a). "Así tu cuarto estaría organizado y tú te sentirías más a gusto".

b). "Si lo hacemos así, podremos compartir momentos con nuestros propios amigos".

¿CÓMO PUEDO TENER RELACIONES INTERPERSONALES SATISFACTOrias?

Es necesario que realice conductas de acercamiento positivo hacia su familiar, amigos, pareja o cualquier persona cercana; hay que practicar estas conductas día a día y las veces que sean necesarias, por ejemplo:

1. Exprese reconocimiento inmediato por alguna de las conductas que haya realizado su familiar y le haya gustado. Ejemplos: "Muchas gracias Juan por haberme acompañado a hacer las compras del súper".

"Amor gracias por haberme ayudado a preparar la comida". "Que gusto y que bueno que hayas llegado temprano, así podremos cenar juntos y compartir cómo nos fue en el día".



2. Exprese reconocimiento por algunas de sus cualidades. Ejemplo: "Te felicito por tu firmeza y disposición con tu abstinencia, tu esfuerzo diario es valioso ya que permite que la relación familiar sea mucho mejor".

3. Dé sorpresas agradables. Ejemplos: Preparar el desayuno para todos, dejar una nota agradeciendo el apoyo que recibe de su familiar, o expresándole lo importante que es para usted y cuánto lo quiere.



4. Inicie conversaciones de interés para su familiar y los otros. Ejemplos: "Mi amor, cuéntame, ¿qué tal estuvo el partido el domingo?". "Hijo ¿qué te pareció la exposición del artista plástico que fuiste a ver?".



5. Escuche pláticas que inicie su familiar y otras personas, puede hacer preguntas, expresar su opinión, identifique puntos de vista en común. Ejemplo: "Tienes toda la razón esa película si que logró mantenerme en suspenso". "Ahora que lo comentas, valdría la pena que vayamos juntos a correr, eso me serviría para relajarme".
6. Exprese muestras de cariño y de afecto positivo. Ejemplos: Dar un beso y un abrazo a su familiar, dígame que lo quiere, abrace a sus amigos, acaricie la mejilla de su pareja o tómelolo (a) de la mano.



7. Ofrezca su ayuda a su familiar o a otros sin que se lo pidan. Ejemplos: Investigue cómo llegar a la dirección en donde será su entrevista laboral. Haga algún trámite o pago cuando sabe que a su familiar no le dará tiempo.

