



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN  
PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOLOGIA DE LAS ADICCIONES

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**MARIANA LINAGE RIVADENEYRA**

**TUTORA: MTRA. GUILLERMINA NATERA REY**

**COMITÉ TUTORAL:**

**DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA  
DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ  
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA  
MTRA. ROSAURA DE LA TORRE GOMEZ**

CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO D.F. 2008.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme las puertas.

A los miembros de mi comité académico por sus valiosos comentarios para este trabajo:

Mtra. Guillermina Natera Rey

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Dra. Silvia Morales Chainé

Dr. Juan José Sánchez Sosa

Mtra. Rosaura de la Torre Gómez

A mis maestros de la Residencia en Psicología de las Adicciones por acompañarme en mi formación académica, en especial a:

Lic. Leticia Echeverría San Vicente

Dra. Lydia Barragán Torres

Mtro. Jorge Villatoro

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por apoyar las actividades que se describen en este reporte de experiencia profesional.

Al Macroproyecto MP6\_11, en especial a la Dra. Emilia Lucio Gómez- Maqueo

**Dedicada a:**

Mis padres y a mi hermano por su apoyo durante toda mi vida.

A la Fam. Linage García y a la Fam. Rivadeneyra Bert, en especial a mi abuela por estar presente durante toda mi vida.

A Eiji por tus comentarios para mejorar este trabajo y por tu apoyo incondicional.

A mis amigos de la maestría: Gustavo, Sandra, Marlene, Marco, Jessica y María, gracias por los buenos momentos.

A la hermandad (Hylsia, Maricusa, Paola, Cristina y Yulini) por estar juntas durante 10 años, gracias.

A Rebeca, Marse, Paco, Ana Cris, Poncho, Lupita. Gracias

Y a todos aquellos que colaboraron para la realización de este trabajo.

Mil Gracias

# ÍNDICE

	Págs.
<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>PRIMERA PARTE</b>	
<b>1.1 Reflexiones sobre el Consumo de Sustancias en México</b>	<b>5</b>
<b>I.2 Factores Explicativos de la Conducta Adictiva</b>	<b>9</b>
<b>I.3 Los Tratamientos Breves</b>	<b>19</b>
<b>SEGUNDA PARTE</b>	
<b>2. Programas de Intervención: Experiencia teórica y práctica</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Modelo de Detección Temprana e Intervención Breves para Bebedores Problema</b>	<b>26</b>
<b>2.2 Intervención Breve para Fumadores</b>	<b>37</b>
<b>2.3 Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)</b>	<b>47</b>
<b>TERCERA PARTE</b>	
<b>3. Reporte de caso único</b>	<b>72</b>
<b>3.1 Descripción del caso</b>	<b>73</b>
<b>3.2 Información obtenida en la entrevista</b>	<b>74</b>
<b>3.3 Resultados de la evaluación</b>	<b>77</b>
<b>3.4 Impresión diagnóstica</b>	<b>82</b>
<b>3.5 Recursos y déficits disponibles</b>	<b>83</b>
<b>3.6 Sesiones de tratamiento</b>	<b>84</b>
<b>4. Resultados</b>	<b>105</b>
<b>5. Discusión</b>	<b>118</b>
<b>6. Limitaciones</b>	<b>121</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>123</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>1 A Los Tratamientos Multidisciplinarios</b>	<b>130</b>
<b>1 B Las Principales Drogas de Abuso de la Usuaría</b>	<b>132</b>
<b>1 C Componente de Entrenamiento del Otro Significativo</b>	<b>139</b>
<b>1 Análisis Funcional de la Conducta de Consumo</b>	<b>140</b>
<b>2 Análisis Funcional de la Conducta de no Consumo</b>	<b>141</b>
<b>3 Cadena Conductual de Consumo y de Cambio</b>	<b>142</b>
<b>4 Primera Muestra de Abstinencia</b>	<b>143</b>
<b>5 Formato de Planes de Acción</b>	<b>144</b>
<b>6 Auto Registro de la Ansiedad</b>	<b>145</b>
<b>7 Cadena Conductual de Consumo</b>	<b>146</b>
<b>8 Segunda Muestra de Abstinencia</b>	<b>147</b>

<b>9 Escala de Satisfacción</b>	<b>148</b>
<b>10 Formato de Metas de Vida Cotidiana</b>	<b>149</b>
<b>11 Tercera Muestra de Abstinencia</b>	<b>152</b>
<b>12 Formato de Solución de Problemas</b>	<b>153</b>
<b>13 Registro de Ocurrencia: Solución de Problemas</b>	<b>154</b>
<b>14 Lista de Cotejo: Habilidades de Comunicación</b>	<b>155</b>
<b>15 Registro de Ocurrencia: Habilidades de Comunicación</b>	<b>156</b>
<b>16 Registro de Ocurrencia: Habilidades de Comunicación</b>	<b>157</b>
<b>17 Registro de Ocurrencia: Habilidades de Comunicación</b>	<b>158</b>
<b>18 Cuarta Muestra de Abstinencia</b>	<b>159</b>
<b>19 Lista de Cotejo: Control del Enojo</b>	<b>160</b>
<b>20 Auto registro: Control del Enojo</b>	<b>161</b>
<b>21 Quinta Muestra de Abstinencia</b>	<b>162</b>
<b>22 Formato de Planes de Acción: Muestra de Abstinencia</b>	<b>163</b>
<b>23 Lista de Cotejo: Control de la Tristeza</b>	<b>164</b>
<b>24 Auto registro: Control de la Tristeza</b>	<b>165</b>
<b>25 Quinta muestra de abstinencia</b>	<b>166</b>
<b>26 Prevención de Recaídas: Cadena Conductual</b>	<b>167</b>
<b>27 Formato de Planes de Acción para Afrontar Tres Situaciones de Riesgo.</b>	<b>168</b>
<b>28 Material de Apoyo para Familiares de Usuarios de Drogas</b>	<b>169</b>
<b>29 Guía de Preguntas Realizadas en la Entrevista</b>	<b>178</b>
<b>30 Cuestionario de Satisfacción</b>	<b>180</b>

## INTRODUCCION

El objetivo de este documento es mostrar las competencias adquiridas durante la Maestría en Psicología de las Adicciones. La primera parte presenta una breve reflexión sobre el consumo de sustancias en México y las acciones que se han llevado a cabo para abordar el fenómeno; los factores de riesgo mas comunes asociados al consumo de sustancias; y la pertinencia de las intervenciones breves como una modalidad de intervención efectiva que puede servir para canalizar a tratamientos mas intensivos a la población que presenta problemas con el uso de sustancias.

La segunda parte describe aquellos programas de intervención en los cuales se adquirió mayor experiencia clínica como: a) el *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*, b) *la Intervención Breve para Fumadores* y c) el *Programa de Satisfactores Cotidianos [PSC]*; y se incluye una discusión de la experiencia de los casos, instrumentos aplicados, procedimiento y resultados de cada uno de ellos.

Finalmente, en la tercera parte se presenta en extenso el desarrollo del reporte de un caso tratado bajo el modelo del PSC, la descripción de cada una de las 27 sesiones que duró el tratamiento, resultados, discusión y seguimiento a tres meses. Así mismo se incluyen los anexos que corresponden a una revisión bibliográfica de las principales sustancias consumidas por la usuaria; una reflexión sobre la importancia de incorporar tratamiento farmacológico y psicológico en el tratamiento de usuarios diagnosticados con consumo de sustancias y con un trastorno psiquiátrico adicional, y por último las hojas de trabajo y los formatos utilizados a lo largo del tratamiento.

*PRIMERA PARTE*



## **I. REFLEXIONES SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN MEXICO**

Uno de los principales problemas de Salud Pública en México es el aumento en el consumo de drogas legales e ilegales, especialmente en poblaciones urbanas; ocasionando consecuencias adversas en la salud individual y comunitaria, así como problemas en la integración familiar y el equilibrio social.

La Encuesta Nacional de Adicciones (2002) reporta que en México existen aproximadamente 32.3 millones de personas entre 12 y 65 años que consumen bebidas alcohólicas, 14 millones de individuos que son consumidores de tabaco y 3.5 millones de consumidores de drogas ilegales (Observatorio 2003). Los datos de la Encuesta revelan que el consumo de alcohol, en comparación con el consumo de tabaco y de otras drogas ilegales, sigue siendo la práctica más difundida entre la población mexicana.

El aumento endémico del consumo de sustancias (Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia-Conyer, 2001) ha ocasionado que el sector salud en México ponga en marcha una serie de acciones encaminadas a atacar este fenómeno a través de la promulgación de leyes que velan por la prevención, el tratamiento y el control de las adicciones. En conjunto con las leyes promulgadas; el gobierno federal junto con la Secretaria de Salud y el apoyo de los gobiernos estatales y municipales, crea en la década de los 70s, Centros de Integración Juvenil A.C, organismos que brindan servicios institucionales y de consulta externa especializada para jóvenes en riesgo y con consumo de sustancias (Moreno y Cuevas, 2000).

La comunidad científica es otro sector que se ha preocupado por las conductas adictivas. Los investigadores y profesionistas del campo de la salud especializados en adicciones se han interesado en diseñar y aplicar programas que sirvan para prevenir o reducir el consumo excesivo de sustancias en poblaciones vulnerables, este interés se debe a que el consumo de sustancias se ha asociado con una gran cantidad de problemas médicos y comunitarios, como son problemas de salud, dificultades financieras, violencia intrafamiliar, accidentes, dificultades legales, familiares, escolares y laborales entre otros (Medina-Mora, 2001).

Es importante mencionar que las intervenciones preventivas varían según la gravedad del fenómeno; retomando la clasificación propuesta por Gordon (1987), existen las acciones dirigidas a la población en general, la cual no se ha identificado en riesgo y no presenta trastorno alguno

(*prevención universal*). Por otro lado existen las acciones encaminadas a los grupos de riesgo, es decir, subgrupos de la población que podrían en el futuro presentar el fenómeno o padecimiento (*prevención selectiva*). Y por último las dirigidas a personas que ya presentan el padecimiento y que tienen problemas asociados al mismo (*prevención indicada*).

En México se han desarrollado acciones preventivas en los tres niveles. Por ejemplo existen algunas intervenciones dirigidas a la población que aún no ha desarrollado el problema como el *Programa de Evaluación Preventiva contra las adicciones (PEPCA)* desarrollado en 1994 por la Secretaría de Educación Pública dirigido a estudiantes de educación básica con el objetivo de difundir estrategias de educación preventiva integral sustentada en la promoción y fomento de valores, el cual se aplicó hasta el ciclo escolar 2002-2003; otro programa que hace énfasis en la prevención universal es el *Modelo Chimalli-DIF* desarrollado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención a riesgos junto con el DIF, el cual posee componentes adicionales que se dirigen a jóvenes en alto riesgo (Castro, Llanes, Margain y Carreño, 1999).

Por su parte Centros de Integración Juvenil desarrolló el *Programa "Para vivir sin drogas"* (Sánchez, 1999) dirigido a población entre 10 y 54 años de edad. Por su parte el Consejo Nacional Contra las Adicciones (2000) presenta el *Modelo Preventivo "Construye tu vida sin adicciones"*, el cual busca evitar el consumo de sustancias así como impedir el desarrollo de los trastornos asociados al abuso de sustancias mediante la detección y derivación oportuna de los casos de consumo, facilitando además la atención terapéutica de las adicciones, a través del fortalecimiento de la responsabilidad individual y social acerca de la salud, propiciando estilos de vida saludables entre los distintos grupos de la población, mediante la difusión de mensajes en medios de comunicación masiva, material impreso y audiovisual para apoyar dicha práctica preventiva.

También existen otros programas dirigidos a la familia de los consumidores como el modelo de intervención desarrollado por Natera, Tiburcio y Mora (2004) dirigido a propiciar que los familiares del consumidor identifiquen y reflexionen respecto a las formas en que le han hecho frente al consumo de su familiar y las consecuencias para que logren aprender formas de enfrentamiento más efectivas para reducir la tensión.

Si bien la mayoría de los programas antes mencionados buscan prevenir la aparición del consumo de sustancias o intervenir con aquellos sujetos que están en riesgo; también se han desarrollado programas de intervención dirigidos a un sector de la población que sin haber desarrollado una

dependencia, presenta consecuencias negativas ocasionadas por el consumo excesivo, y se conocen como intervenciones breves, las cuales tienen por objetivo detectar de manera temprana a los individuos que presentan un abuso de sustancias para evitar la progresión del problema (Ayala y Echeverría, 1998). Algunos ejemplos son: El *Modelo de Auto cambio Dirigido para Bebedores Problema* (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997), la *Intervención Breve para Adolescentes* (Martínez, 2003), la *Intervención Breve para Fumadores* (Lira, 2002), la *Intervención Breve para Consumidores de Cocaína* (Oropeza, 2003), el *Programa de Satisfactores Cotidianos* (Barragán, 2005) y el *Programa Modelo de Prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas en trabajadores y sus familias* (Carreño, Ortiz, Medina-Mora, Natera, Tiburcio, Martínez, Vélez y Fauske, 2000).

La importancia de difundir este tipo de programas se justifica por que es mayor el porcentaje de personas que presentan un consumo de sustancias peligroso, en comparación con aquellos que han desarrollado una dependencia severa. Al respecto la ENA (2002) reporta que el 24.7% de la población entre 12 y 65 años de edad presentan problemas asociados con el consumo de alcohol, mientras que solo el 0.7% de la población presenta síntomas de dependencia al alcohol, como son la tolerancia, el síndrome de abstinencia y la pérdida de control. El consumo del tabaco presenta una situación similar, el 11% de las personas entre 12 y 65 años fuman diario pero aún no han desarrollado dependencia, mientras que solo el 1.4% cumple con los criterios de dependencia antes mencionados. Y finalmente el 4.6% de la población en ese rango de edad consume drogas ilegales de manera riesgosa, comparado con el 0.4% de la población que presenta síntomas de dependencia (Observatorio, 2003).

En cuanto al abordaje terapéutico de este sector de la población existen actualmente organismos gubernamentales (Centros de Integración Juvenil) y no gubernamentales (ONG) encargados de tratar a las personas que presentan problemas con el consumo de sustancias. Sin embargo existen otras alternativas para abordar este problema como la formación de profesionales de la salud especializados en adicciones.

Por tal razón, la Residencia en Psicología de las Adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM ofrece a los profesionales de la salud interesados en el área de las adicciones un programa de formación académica que les permita realizar, de manera profesional, tareas de investigación, prevención y tratamiento en el ámbito del consumo de sustancias, mediante un entrenamiento con una visión preponderantemente cognitivo-conductual.

Las técnicas cognitivo conductuales han demostrado ser costo-efectivas, porque se pueden aplicar en una gran variedad de consumidores dando resultados positivos en cuanto a la reducción del consumo de sustancias a través del aprendizaje de nuevas habilidades de afrontamiento (Barry, 1999; Carroll, 1996, 1998, 1999; Heather, 1989).

El objetivo de la Residencia en Psicología de las Adicciones, es que el alumno adquiera las competencias, conocimientos, actitudes y estrategias adecuadas para la comprensión cabal e intervención efectiva en esta clase de problemas, mediante una experiencia clínica intensiva, además, de actividades académicas complementarias como seminarios, talleres, conferencias por parte de especialistas, etc. Del mismo modo, este programa capacita al alumno para la práctica de la docencia a nivel de excelencia, y la prestación de servicios profesionales de alta calidad tanto en escenarios institucionales como privados.

El egresado de la Residencia tendrá un perfil acorde con las necesidades actuales identificadas socialmente y poseerá las competencias profesionales que le permitan:

1. Diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis críticos de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país.
2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el fenómeno se presente.
3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención y tratamiento breves con énfasis cognitivo conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.
4. Aplicar programas de intervención cognitivo-conductual para rehabilitar a personas adictas, procurando mejorar su calidad de vida.
5. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención universal, selectiva e indicada.

6. Instrumentar proyectos de investigación aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema.

Finalmente para poder tener una comprensión global del complejo problema de la conducta adictiva, es recomendable que el psicólogo especialista en adicciones complemente el desarrollo de dichas habilidades, con el conocimiento de los factores más comunes que pueden dar origen y mantenimiento a la conducta adictiva.

## **I.2. FACTORES EXPLICATIVOS ASOCIADOS CON CONDUCTA ADICTIVA**

La literatura reporta una amplia variedad de factores que explican la adquisición y mantenimiento de la conducta adictiva, conformándolo como un fenómeno multifactorial en el que varios elementos se combinan para fortalecer el consumo de drogas como: las propiedades reforzantes inherentes a la sustancia y su efecto en el sistema nervioso central, las señales ambientales asociadas al consumo, los pensamientos y las creencias que posee la persona sobre el uso de drogas así como la influencia que ejercen los modelos significativos sobre la conducta de consumo. Con el fin de facilitar su comprensión se procederá a abordarlos de manera independiente, como: 1) biológicos, 2) asociativos, 3) cognitivos y 4) sociales.

Es importante mencionar que los factores aquí mencionados se enmarcan desde la perspectiva cognitiva y conductual del consumo de drogas, sin embargo no se desconoce que existen modelos que explican el consumo de drogas desde otra óptica como por ejemplo, la visión de Juan Machín quien concibe el uso de drogas como un estilo de vida de una comunidad o incluso una manifestación estructural de la sociedad en la que vivimos, y propone el componente de reducción de los daños para atacar el problema del consumo, aunado a las acciones preventivas y de tratamiento (documento recuperado en red, 2007). Por su parte Alfredo Nateras (2001, 2003) concibe el consumo de sustancias como un problema de la modernidad, en la que los jóvenes consumen como respuesta del entorno social y económico cada vez más inestable y cambiante. Así mismo propone estrategias preventivas encaminadas a desarrollar en los jóvenes un sentido de cuidado de sí mismos, mediante el uso de mensajes y programas que contengan información básica sobre el uso de drogas, sus efectos y riesgos, para que los jóvenes se informen y de manera conciente y responsable decidan o no consumir drogas, enmarcando el consumo como una decisión propia y un derecho.

## I. 2.I FACTORES BIOLÓGICOS

Hallazgos científicos recientes han apuntado hacia el conocimiento de los procesos neurobiológicos de la adicción como el eje central para poder entender este complejo fenómeno (Kalivas y Volkow, 2005; Kelley y Berridge, 2002).

Los seres humanos consumen sustancias químicas que son estructuralmente diferentes y por lo tanto producen efectos conductuales diversos en el consumidor. Sin embargo todas estas tienen la capacidad de modular a nivel cerebral, el sistema de recompensa; la cual es una estructura de la que dependen el inicio y mantenimiento de las conductas de supervivencia más importantes para el ser humano como son: el comer, beber, dormir y la actividad sexual. Algunos autores afirman que las drogas tienen la capacidad de alterar los mismos sistemas cerebrales que dichos incentivos naturales. Teorías basadas en el placer inducido por las drogas o el reforzamiento positivo suponen que las drogas actúan como reforzadores naturales como el agua, la comida, el sueño y el sexo (Kelley y Berridge, 2002).

Los resultados de la investigación animal relacionada con el consumo de drogas, sugirieron que algunos circuitos neurales específicos en el cerebro están involucrados en la regulación de los procesos de recompensa (placer), al observar que las ratas presionaban una palanca para estimular ciertas zonas de cerebro pero no otras (Watson, 1989; Stoleman, 1992). Encontrándose que los centros cerebrales involucrados en la regulación del placer son: la corteza prefrontal la cual conecta al área ventral tegmental (AVT) con el núcleo accumbens (NA), así como el sistema mesolímbico y límbico (que incluye a la amígdala), centros que también se relacionan con la expresión de la emociones, el ánimo y la planeación. La importancia de estas estructuras reside en que están conformadas de neuronas que contienen dopamina, noradrenalina y serotonina, neurotransmisores que se relacionan con la sensación de bienestar. El efecto de las drogas se relaciona estrechamente con la activación de los centros de placer, en especial el sistema mesolímbico, el cual produce una activación del sistema dopaminérgico, causando un incremento en los niveles de dopamina que se encuentran en el núcleo accumbens (Tomkins y Sellers, 2001). El incremento de dopamina como resultado de la ingestión de drogas origina que el sistema de recompensa, que desde el punto de vista evolutivo aseguraba la supervivencia dándole prioridad a las actividades básicas como dormir, comer y reproducirse, se vea comprometido y alterado por el consumo de drogas, ocasionando en la

persona la necesidad imperante de consumir para sentir placer, relegando otras actividades importantes.

Las drogas de abuso son capaces de alterar el funcionamiento del circuito de recompensa, ya sea alterando directamente la acción de la dopamina que se encuentra en el sistema o alterando la actividad de otros neurotransmisores que ejercen una acción moduladora en el sistema dopaminérgico mesolímbico (Tomkins y Sellers, 2001).

La importancia de conocer cómo actúan las drogas a nivel neuroquímico reside en que se puede conocer los procesos que subyacen al abuso y la dependencia, así como los procesos inherentes a la adicción como son la compulsión y la recaída. Esto es esencial porque en la medida que los tratamientos psicosociales contemplen los procesos biológicos como variables que influyen directamente la rehabilitación de consumidor, se tomarán las medidas preventivas para incluir en los programas de tratamiento los fármacos que apoyen la rehabilitación del usuario.

Si bien los factores biológicos intervienen en la adquisición y mantenimiento de la conducta adictiva, existen otros de tipo asociativo en los que la persona aprende a asociar el consumo de drogas con estímulos ambientales, que con el tiempo se convierten en respuestas condicionadas que fortalecen el consumo y que explican algunos fenómenos como la tolerancia, la dependencia, el síndrome de abstinencia y la sobredosis.

## I. 2.2 FACTORES ASOCIATIVOS

El ritual de consumo que lleva a cabo un consumidor de drogas puede explicarse en términos de estímulo y respuesta, lo cual corresponde a un ensayo de condicionamiento clásico o pavloviano, en el que la droga funciona como un estímulo incondicional (EI) y los disparadores que acompañan los efectos de la droga (ej; el lugar, la gente) funcionan como estímulos condicionales (EC). En un inicio el organismo responde de manera natural ante la sustancia experimentado los efectos típicos según cada droga, esto constituye una respuesta incondicional (RI) pero una vez que se aparean los EC y el EI (droga) se dan respuestas aprendidas o condicionales (RC) que pueden ser activadas sin presencia de la droga o EI. Estos principios se han probado en una gran variedad de estudios con animales, Subkov y Zilov (1937, en Siegel, 1999) observaron que después de inyectar perros con epinefrina varias veces en un mismo cuarto, el solo hecho de colocar al animal en ese sitio y administrar un placebo, producía en el animal una reacción similar a la inducida por el fármaco.

Este hallazgo destaca la importancia de las señales ambientales y su influencia sobre los efectos centrales de la droga. Fenómenos como la tolerancia pueden ser explicados bajo estos principios, Mitchell en la década de los 70 (citado en Siegel, 1999) encontró que cuando se administra morfina en el mismo contexto durante varias ocasiones, se dan en el roedor una serie de respuestas condicionadas que atenúan el efecto de la sustancia generando un fenómeno de “tolerancia específico situacional”, que consiste en que el organismo desarrolla una resistencia a los efectos de la droga como resultado del proceso de aprendizaje que surge de aparear la administración del fármaco con las señales ambientales; siendo más pronunciada en aquellos a los que se les administró la morfina bajo las mismas condiciones ambientales.

Por el contrario ante la ausencia de las señales previamente asociadas con el consumo, el organismo no tiene la capacidad de activar respuestas que lo preparen contra los efectos de la droga (respuestas farmacológicas compensatorias); sobreviniendo la muerte por una dosis tolerada en el pasado. Siegel, Hinson, Krank y McCully (1982) en un estudio hecho con ratas con la misma historia farmacológica, demostraron que la mortalidad se elevaba en aquellos animales a los que les inyectaban dosis mortales de heroína en un ambiente que no había sido previamente asociado con la droga, mientras que si el ambiente era el mismo, a pesar de la dosis letal, la rata sobrevivía como resultado de las respuestas compensatorias (RC) del organismo ante los efectos de la droga. Esta información permite comprender porque adictos dependientes a las drogas mueren repentinamente por una dosis bien tolerada en ocasiones anteriores.

Las señales ambientales también afectan el deseo, la intensidad del síndrome de abstinencia y la recaída. Si bien el deseo es generado por disparadores de tipo psicológico y fisiológico, también se ha encontrado que puede emitirse por señales ambientales externas como sonidos, objetos y situaciones sociales asociadas con la droga (Reid, Mickalian, Deluchi, Hall y Berger, 1998). Por ejemplo, el solo hecho de entrar a la habitación donde se administraba la droga, aún llevando varios meses de abstinencia, genera en el usuario una cascada de reacciones fisiológicas que le reavivan el deseo por consumir, precipitando una recaída. Así mismo se ha encontrado que consumidores de cocaína, después de 60 días de abstinencia, presentan una mayor sensibilidad ante las señales ambientales relacionadas con la droga, ocasionando un incremento en la intensidad de las reacciones fisiológicas típicas del síndrome de abstinencia (Grima, Hope, Wise y Shaham, 2001; Childress, Hole, Ehrman, Robbins, McLellan y O'Brien, 1993), aumentando el riesgo de una recaída.



La tolerancia junto con el síndrome de abstinencia, determinan el desarrollo de la dependencia. Por lo que si una persona se habitúa a administrarse una droga en presencia de los mismos disparadores ambientales, su organismo se hará más resistente ante los efectos farmacológicos de la droga, necesitando cada vez más dosis para lograr los efectos deseados. Con el paso del tiempo el individuo habrá desarrollado una dependencia a la droga, entendida como un conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos de intensidad variable en los que el uso de una droga psicoactiva se vuelve la principal prioridad (Ghodse, 1995). Experimentos con animales han demostrado que si se entrena a un animal para que presione una palanca que le administre una dosis intravenosa de cocaína, puede llegar a activarla hasta 300 veces para obtener una sola dosis. En modelos de autoadministración el animal dedicará todo su tiempo a inyectarse la sustancia hasta morir (Boulton, Baker y Wu, 1992). La intensidad del síndrome de dependencia limita el campo conductual del organismo, trayendo como resultado una inversión de tiempo y esfuerzo muy alta para conseguir la sustancia.

Los datos previamente presentados demuestran que la conducta de consumo está determinada por las características inherentes a la sustancia y por los disparadores ambientales. La respuesta integral de un organismo ante una droga puede ser entendida como una combinación entre los efectos reflexivos directos de la droga en los sitios receptores y los efectos condicionados del procedimiento de administración (Siegel, 1975).

Las consecuencias de la conducta de consumo matizan la asociación entre el estímulo y la respuesta; el condicionamiento operante sostiene que las conductas pueden cambiar en función de sus consecuencias; una conducta a la cual le sigue una consecuencia agradable (reforzador) tendrá mayor probabilidad de volver a ocurrir que aquella que es seguida por una consecuencia desagradable (castigo) (Skinner, 1938, 1953).

Para fortalecer el entendimiento de los problemas del consumo en el ambiente natural, el abuso de alcohol y otras drogas se ha abordado desde la perspectiva de la elección conductual (Vuchinich y Tucker, 1982, 1998). En términos generales, la conducta adictiva produce consecuencias favorables inmediatas (tales como la intoxicación) y consecuencias negativas demoradas (tales como el síndrome de abstinencia o la resaca). Las consecuencias negativas producto de la intoxicación como: las náuseas, la sudoración, el dolor de cabeza, incluso los problemas interpersonales, son experimentadas por el usuario mucho tiempo después de haber consumido mientras que la

sensación de bienestar y relajación sobrevienen unos minutos después de haber iniciado el consumo. La demora de los efectos negativos debilita su impacto en la conducta, sobrevalorando los efectos positivos en el corto plazo, de ahí que los consumidores de drogas prefieran los reforzadores positivos inmediatos que les da la droga, a pesar de las consecuencias negativas experimentadas a largo plazo. Estos supuestos se enmarcan dentro de la teoría de descuento temporal propuesta por Rachlin (1976, 1995).

Los usuarios de drogas presentan un descuento temporal mayor, lo que los lleva a sobrevalorar las consecuencias positivas inmediatas y devaluar las consecuencias negativas demoradas asociadas al consumo (Bickel y Marsch, 2001; Vuchinich y Simpson, 1998). El proceso de cambio conductual como es el logro de la abstinencia se da en el mediano y largo plazo, y se ve dificultado por el reforzamiento que produce el efecto de las drogas y por la influencia de los disparadores ambientales, lo cual dificultará aún más que el usuario persevere en alcanzar la meta. Esta información coincide con los principios de momentum conductual (Nevin y Grace, 2000) que afirma que entre más reforzada sea una conducta más difícil será modificarla, donde el contexto también determina la resistencia al cambio. La clave para lograr un cambio conductual reside en que el usuario desarrolle la capacidad de valorar los reforzadores a largo plazo así como un interés (motivación) para llevar a cabo conductas que proporcionen una satisfacción demorada mayor (ej: el estudio, el trabajo, las actividades recreativas) las cuales son contingentes una vez que se redujo o eliminó la conducta de consumo.

Para que la persona pueda valorar los reforzadores a largo plazo, deberá ser capaz de controlar su propia conducta y encaminarla a la meta propuesta. De esta manera surgen la motivación y el autocontrol como dos factores inherentes al sujeto y que resultan relevantes para lograr el cambio conductual

La motivación es un estado de disposición al cambio, que puede fluctuar a lo largo del tiempo y de una situación a otra. Se relaciona con la probabilidad de que una persona comience, continúe y se apegue a una estrategia de cambio (Miller, 1985). De la misma manera el autocontrol, entendido como la aplicación de los principios conductuales para modificar la propia conducta (Kazdin, 1995), permite que la persona elija sus propias metas de tratamiento y se asuma como un agente activo de cambio.

Otro elemento que guía y orienta la conducta del individuo para alcanzar ciertas metas es la autoeficacia, y se define como la percepción que tiene una persona acerca de su capacidad, para organizar y ejecutar cursos de acción esperados (Bandura 1977; 1986). Entre mayor sea la confianza que tiene el individuo en lograr sus metas mayor será su motivación al logro.

Actualmente varios tratamientos para las adicciones incorporan la motivación, el autocontrol y el desarrollo de la autoeficacia, encaminando sus estrategias de intervención para que el usuario sea capaz de regular su propia conducta, se motive para mantener el cambio y se perciba a sí misma como capaz de lograr la meta deseada.

La importancia de incorporar estrategias de tratamiento que fomenten la motivación reside en que reduce la deserción e incrementa la participación del cliente en el tratamiento (Bien, Miller y Tosigan, 1993; Sobell y Sobell, 1993). El autocontrol repercute positivamente en el tratamiento debido a que muchas personas se desempeñan mejor bajo sus propios estándares (Bandura, 1996; Felixbrod y O'Leary, 1973).

Los principios que proponen el condicionamiento clásico y operante proporcionan los fundamentos para explicar la conducta adictiva en función de la interacción entre los factores biológicos y asociativos. Sin embargo algunos elementos cognitivos como los pensamientos, las actitudes y las creencias asociadas a la droga son mediadores y motivadores de la conducta de consumo.

### I. 2.3 FACTORES COGNITIVOS

El término “cognición” comprende un amplio espectro de procesos que van desde la organización de la información sensorial hasta el inicio de una conducta (Kuiper y MacDonald, 1983; Lazarus, 1984). Acotando una descripción más breve se puede decir que “cognición” se restringe al concepto del lenguaje verbal interno; la terapia cognitiva la define como el instigador del estrés emocional y/o como el objeto de cambio (Beutler y Guest, 1989).

Los desórdenes de abuso de sustancias reflejan pensamientos habituales, automáticos y negativos a favor de la sustancia, así como creencias que deben identificarse para modificar tanto formas erróneas de pensar como conductas asociadas (Oropeza, 2003). Se ha encontrado que los usuarios

de drogas tienen creencias irracionales con respecto al uso de sustancias como: “Trabajo duro y merezco diversión”, “Si dejo de consumir drogas me deprimiré”, “Fumar me relaja”, entre otras (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999); tales pensamientos provocan que la persona siga consumiendo a pesar de que le causa problemas o que desea dejar de hacerlo. Autores como Beck (1976) y Ellis (1962) desarrollaron modelos explicativos que abordan las creencias y pensamientos irracionales para fomentar el cambio conductual. Sus hallazgos han sido aplicados en el área de las adicciones a través del desarrollo de técnicas cognitivas que entrenan al usuario para identificar los pensamientos que anteceden al consumo, poner a prueba su realismo y cambiar pensamientos irracionales sobre la droga por otros más realistas.

Las cogniciones también son retomadas en los modelos sobre la motivación de la adicción (Cox y Klinger, 1988, 2004). Éstos proponen que algunas cogniciones implícitas derivadas de experiencias pasadas con el consumo de drogas influyen permanentemente el juicio del individuo. Si las experiencias son positivas, la persona orientará su comportamiento para lograr esos efectos. El consumo se convierte en sí mismo en una meta que alcanzar, originando en el individuo una “preocupación constante” (Klinger, 1975, 1977) que lo lleva a prestar especial atención a las señales ambientales relacionadas con el consumo con el objetivo de lograr su meta. Greeley, Swift y Heather (1993) encontraron que el deseo por beber en pacientes abusadores de alcohol se incrementaba en presencia de señales asociadas con el alcohol, sugiriendo que cogniciones automáticas implícitas podrían estar influenciando la decisión de beber. Estos autores también encontraron que aquellos individuos que reportaron expectativas negativas fuertes en presencia de señales asociadas con el consumo se relacionaron con una mayor resistencia hacia el consumo.

La percepción que tiene el individuo sobre el uso de sustancias ha sido un proceso cognitivo que influye también en la conducta adictiva. Stefan (1999) en un estudio hecho con estudiantes demostró la importancia de las percepciones normativas sobre el consumo, encontrando que aquellos estudiantes que perciben el consumo de otros de manera más ligera tienden a subestimar la cantidad que consumen, mientras que aquellos que tienen una percepción más precisa del consumo grupal tienden a presentar consumos más moderados.

Prochaska y Diclemente (1986) también retoman la percepción que tiene el individuo sobre su consumo de drogas como un factor que determina el proceso de cambio de conducta. Estos autores explican en su modelo, cómo y porqué es que las personas cambian, y describen una serie de etapas por las que atraviesa el individuo en su proceso de cambio: precontemplación, contemplación,

preparación, acción y mantenimiento; dependiendo de la etapa en la que se encuentre la persona será el tipo de ayuda que requiere.

Rojas et al (1995) encontraron que las creencias sobre los atributos positivos de las drogas así como la baja percepción de riesgo, incrementa el consumo sobre todo en varones estudiantes. Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro y Juárez (2002) reportaron que el 74.2% de los estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México, considera que es muy peligroso consumir sustancias como la marihuana y la cocaína, sin embargo al hablar sobre el alcohol, esa percepción de riesgo disminuye, reportando un 55% de jóvenes que considera muy peligroso tomar alcohol frecuentemente. En la Encuesta Nacional de Juventud (2000), realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud, el 3.6% de los jóvenes entre 12 y 29 años de edad dijeron estar de acuerdo con emborracharse, mientras que el 78.9% dijo estar en desacuerdo, siendo una actitud más común entre los varones (ENJ, 2000). Sin embargo a pesar de que la percepción de riesgo es aparentemente elevada, los jóvenes siguen consumiendo alcohol y drogas.

Como se puede apreciar, la conducta adictiva puede ser explicada desde diferentes ángulos, sin embargo las experiencias que tienen los individuos con el consumo de alcohol u otras drogas están fuertemente influenciadas por la sociedad en la que viven.

#### I. 2.4 FACTORES SOCIALES

La influencia que tiene el grupo social sobre la conducta ha sido ampliamente estudiada, destacando el papel de la imitación o aprendizaje vicario como el principal elemento para la adquisición de la conducta (Bandura, 1986). Al resaltar el papel del aprendizaje vicario, se destaca también la importancia del proceso de modelamiento, donde el simple hecho de observar a un modelo puede dar pauta para imitar su comportamiento, lo cual a su vez genera en el individuo expectativas derivadas de esa experiencia. Para este autor el estatus del modelo, la interacción con el mismo o el afecto observado en él, son factores que disponen al organismo a aprender selectivamente, mejorando el proceso de aprendizaje.

Las personas aprenden a imitar la conducta de consumo de otros, y se les refuerza socialmente para que lo hagan (Heath, 2000). Por ejemplo, si una persona percibe que beber excesivamente es

socialmente aceptado, desarrollará expectativas positivas sobre los cambios afectivos que puede ocasionar la bebida, lo cual incrementará la posibilidad de que presente dicha conducta en el futuro (Cox, Fadardi y Klinger, 2006). En un estudio hecho con estudiantes mexicanos se encontró que aquellos que tienen amigos que consumen sustancias presentan 1.22 veces más riesgo de consumir que aquellos que no tienen amigos que consumidores (Villatoro et al, 1996).

Un supuesto básico de este enfoque es que las conductas adictivas representan “malos hábitos”, por lo tanto pueden ser analizadas y tratadas como cualquier otra conducta desadaptativa (Marlatt y Gordon, 1985). Por lo tanto la conducta de consumo así como cualquier otra puede ser modificada por el sujeto, pero para que esto suceda debe existir una motivación implícita así como la capacidad de autocontrol.

El enfoque cognitivo social de la conducta aplicado al campo de las adicciones considera la conducta de consumo como un patrón conductual que se adquiere y se mantiene por modelamiento y es reforzado por las consecuencias sociales positivas; el cual puede ser modificado por el sujeto, en la medida en que auto regule sus propias conductas, y se asuma como el principal agente de cambio.

Los tratamientos breves para conductas adictivas como: el Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997), la Intervención Breve para Adolescentes (Martínez, 2003), la Intervención Breve para Fumadores (Lira, 2002), la Intervención Breve para Consumidores de Cocaína (Oropeza, 2003); así como el Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán, 2005), se basan en varios de los principios antes mencionados, conformando el fundamento de las técnicas de intervención. Al reconocer que las sustancias impactan el funcionamiento bioquímico del cerebro, lo cual afecta las capacidades físicas, mentales y conductuales del consumidor. Algunos de estos tratamientos se apoyan en el uso de fármacos para complementar el tratamiento, sin embargo todos se basan en enseñar al usuario habilidades de enfrentamiento (cognitivas y conductuales) para poder enfrentar situaciones de riesgo o disparadores ambientales que incitan el consumo, mediante el desarrollo de planes de acción que prevengan recaídas. También intervienen a nivel cognitivo, empleando estrategias que enseñan a la persona a identificar expectativas y pensamientos irracionales a favor del consumo y sustituirlos por otros no precipitadores. Todo esto incrementa la autoeficacia y el autocontrol de la persona, promoviendo un cambio conductual.

A continuación se dará una breve introducción a los tratamientos cognitivo conductuales, así como sus principales características.

### **I.3. LOS TRATAMIENTOS BREVES**

Durante los últimos 50 años, los tratamientos cognitivo conductuales se han convertido en la modalidad más efectiva de los tratamientos psicosociales para tratar los problemas emocionales y conductuales, integrando los procesos conductuales y cognitivos como los elementos básicos de los desajustes psicológicos y conductuales (Hazlett-Stevens y Craske, 2002). Este tipo de tratamientos han sido aplicados en una amplia gama de trastornos conductuales y psicológicos, entre los que se encuentra el consumo de sustancias.

Este apartado no pretende explicar cada variante de los tratamientos cognitivos conductuales en el campo de las adicciones, sino dar un breve panorama de los mismos y sus principales características como preámbulo para abordar, en la segunda parte de este reporte, las intervenciones breves en las cuales se adquirió mayor experiencia clínica.

Los tratamientos cognitivos conductuales [TCC] en el área de las adicciones no representan una sola aproximación de tratamiento, sino que comprenden un amplio rango de intervenciones (Carroll, 1999), que van desde las intervenciones “estrictamente conductuales”, donde a los clientes se les dan incentivos por presentar conductas deseadas como la abstinencia (ej., Higgins, Budney, Bickel y Hughes, 1993), los enfoques donde se utilizan los principios conductuales en paradigmas de extinción para el deseo condicionado a las drogas (Childess et al., 1993); los enfoques cognitivo conductuales tales como la prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985); el entrenamiento en habilidades sociales (Monti, Abrams, Kadden y Cooney, 1989), y otros enfoques como el enfoque de reforzamiento comunitario (Hunt y Azrin, 1973) y los enfoques puramente cognitivos (Beck, Wright, Newman y Liese, 1991) los cuales intentan modificar las cogniciones disfuncionales que subyacen el consumo de sustancias.

Este tipo de tratamientos emplean abordajes diferentes, pero coinciden en que el abuso de sustancias es una conducta compleja y multideterminada, con un gran número de variables etiológicas en juego. En general consideran que las propiedades reforzantes de las drogas determinan la adquisición y mantenimiento de la conducta adictiva; sin embargo también la conciben como un estilo de enfrentamiento desadaptativo y generalizado que puede ser modificado

mediante el aprendizaje de nuevas habilidades (Carroll, 1999). El objetivo de éste tipo de tratamientos es identificar la conducta a tratar (el consumo de sustancias) para posteriormente dotar al usuario de habilidades de enfrentamiento efectivas para resolver los problemas de la vida diaria sin consumo, mediante técnicas conductuales como el modelamiento y el ensayo conductual.

También se enfocan en mejorar las habilidades de enfrentamiento cognitivas y conductuales que tiene la persona (Hazlett-Stwevens y Craske, 2002), basándose en el hecho de que las personas que consumen drogas tienen un repertorio conductual restringido lo que los lleva a emplear el consumo para resolver problemas que podrían resolverse a través de otro tipo de habilidades más útiles y menos problemáticas. Este tipo de tratamientos se basan en la identificación de situaciones de riesgo utilizando herramientas como el auto monitoreo y el análisis conductual de la conducta, para identificar los antecedentes del consumo y/o deseo así como sus consecuencias, elementos básicos para el desarrollo planes de acción que permitan prevenir recaídas. Así mismo abordan los pensamientos y las creencias relacionadas con el consumo y se trabajan estrategias para la solución de problemas (Carroll, 1996).

Al ser tratamientos que se centran en una conducta objetivo, el tiempo de la intervención es limitado y se enfocan en el cumplimiento de metas específicas; la duración de los TCC ha sido ampliamente estudiada y se ha encontrado que puede ser muy variable. Longabaugh y Morgenstern (1999) afirman que los tratamientos cognitivo conductuales estándar para tratar a bebedores problema pueden durar 12 sesiones aproximadamente, Carroll (1998) establece que los tratamientos para consumidores de cocaína pueden ir de 4 hasta 16 sesiones; por su parte Sobell y Sobell (1993) al proponer un modelo de autocambio dirigido también para bebedores problema, establecen que la duración del tratamiento se adapta a las necesidades del individuo, pero que puede ser aplicada de manera efectiva hasta en 2 sesiones. Marlatt et al (1998) desarrollaron una sola sesión de intervención dirigida a estudiantes con riesgo de desarrollar problemas de consumo de alcohol. Como puede apreciarse la duración de los TCC puede ser muy variable, sin embargo los resultados a largo plazo pueden ser comparados con tratamientos de duración más prolongada (Haddock et al, 1997; Miller, 2000). Los tratamientos cognitivos conductuales de corta duración han tomado auge en los últimos años, y se les conoce también con el nombre de *intervenciones breves*.

Si bien la difusión de las intervenciones breves se debió al hecho de que pueden ser igualmente efectivas que los tratamientos de larga duración (Heather, 1989, 1995; Sánchez-Craig y Wilkinson,



1989); su auge en los últimos años se debe a que se reconoció que los bebedores problema contribuyen de manera muy importante a los costos sociales derivados del consumo de alcohol, hecho que puso de manifiesto la necesidad de crear intervenciones menos intensivas para tratar a este tipo de población que aún no desarrolla una dependencia severa. La necesidad de abaratar los costos para el sistema de salud fue otra razón que impulsó la creación y desarrollo de este tipo de intervenciones que se caracterizan por ser de duración breve, altamente estructuradas y menos costosas (Heather, 1995).

Las intervenciones breves constituyen una variedad de actividades dirigidas a aquellas personas que consumen alcohol de manera riesgosa pero que no son dependientes. Se caracterizan por su baja intensidad y corta duración; entre 3 y 5 sesiones con una duración de 5 a 60 minutos de consejería y educación (Babor y Higgins-Biddle, 2000). También se definen como los esfuerzos dirigidos a la detección temprana de individuos que presentan un abuso hacia las sustancias, con el objetivo de disminuir la evolución del problema (Ayala y Echeverría, 1998).

Además de ser intervenciones de corta duración, bien estructuradas y no confrontativas, se caracterizan por que el terapeuta utiliza un estilo empático, que busca sensibilizar al usuario acerca de sus problemas y generar una necesidad de cambio que lo incite a buscar tratamiento y adherirse a él (Martínez, 2003). Se basan en el uso de la entrevista motivacional como principal herramienta para promover el cambio, la cual posee seis ingredientes activos: 1) dar retroalimentación sobre los riesgos asociados al consumo y su impacto en la vida diaria de la persona; 2) depositar la responsabilidad del cambio en el propio cliente; 3) proporcionar consejo sobre la necesidad de cambio; 4) sugerir alternativas de tratamiento; 5) mostrar empatía; y 6) fortalecer la autoeficacia de la persona mediante el logro de metas (Miller y Rollnick, 1991). La incorporación de estrategias motivacionales reduce la deserción e incrementa la participación del cliente en el tratamiento (Bien, Miller y Tonigan, 1993; Sobell y Sobell, 1993).

La entrevista motivacional es una herramienta que sensibiliza al usuario sobre la necesidad de cambiar, sin embargo el Modelo de las Etapas de Cambio propuesto por Prochaska y DiClemente (1986) también proporciona un marco de referencia útil para identificar que tan preparado se encuentra el usuario para iniciar un proceso de cambio, y da al terapeuta estrategias para adecuar su intervención. Este modelo describe las etapas por las que atraviesa una persona en el proceso de cambio de una conducta. Estas son: a) Precontemplación, el cliente no está considerando hacer un cambio en el corto plazo; b) Contemplación, reconoce la necesidad de hacer un cambio pero se

muestra ambivalente; c) Preparación, planea hacer un cambio y contempla varias opciones; d) Acción, el cliente está haciendo cambios, aprende estrategias de enfrentamiento y las renueva constantemente y e) Mantenimiento, el cliente ha alcanzado las metas que se había propuesto y el cambio comienza a ser un patrón de conducta estable.

Las intervenciones breves incorporan componentes de la entrevista motivacional, el Modelo de las etapas de cambio, prevención de recaídas y técnicas de autocontrol como herramientas que apoyan el trabajo con el usuario y guían al terapeuta en la planeación de las estrategias de intervención.

Algunos estudios que demuestran la efectividad de las intervenciones breves son el proyecto MATCH (1997, 1998) que si bien su objetivo no era demostrar la efectividad de las intervenciones breves, ofrece datos que apoyan la aplicación de este tipo de intervenciones, al reportar que cuatro sesiones de una terapia centrada en el fortalecimiento motivacional fue tan efectiva para el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol como algunos tratamientos más largos basados en el entrenamiento en habilidades cognitivas y conductuales, como los tratamientos de 12 pasos. En México, a principios de los 90, se evaluó el impacto de una intervención breve de 4 sesiones dirigida a adultos considerados como bebedores problema, el programa evaluado fue el modelo de autocambio dirigido para bebedores problema. Los resultados demostraron que el 73% de los usuarios se mantuvo abstinentes al término del tratamiento, 84% a los 6 meses y 82% a los 12 meses de terminado el tratamiento, encontrando también una reducción en cuanto a la cantidad y la frecuencia en el consumo de alcohol (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998).

La información anterior proporciona los elementos necesarios para afirmar que las intervenciones breves constituyen una modalidad de tratamiento efectiva para tratar el consumo de sustancias en personas que inician el consumo de sustancias y que no han generado un nivel de dependencia severo. Sin embargo esto no implica su superioridad en comparación con otras formas de tratamiento más intensivas, si no que al ser estrategias de corta duración, menos intrusivas y de menor costo, pueden ser tan efectivas para algunos pacientes como otras formas de tratamiento más prolongadas (Osborn, 2001).

Algunos ejemplos de este tipo de intervenciones que se utilizan actualmente en espacios clínicos y de investigación son: El *Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema* (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997), la *Intervención Breve para Adolescentes* (Martínez, 2003), la *Intervención Breve para Fumadores* (Lira, 2002), la *Intervención Breve para Consumidores de*

*Cocaína* (Oropeza, 2003), el *Programa de Satisfactores Cotidianos* (Barragán, 2005) y el *Programa Modelo de Prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas en trabajadores y sus familias* (Carreño, Ortiz, Medina-Mora, Natera, Tiburcio, Martínez, Vélez y Fauske, 2000). Uno de los principales objetivos de la residencia fue la capacitación para la aplicación de dichos modelos de tratamiento, por lo que la siguiente sección describe brevemente la experiencia teórica y práctica que resultó de la aplicación de algunos de ellos, la experiencia de los casos atendidos, los instrumentos, procedimiento y resultados.

*SEGUNDA PARTE*

## 2. PROGRAMAS DE INTERVENCION: EXPERIENCIA TEORICA Y PRACTICA

Una parte esencial de la Residencia en Adicciones fue la experiencia adquirida en diversas sedes especializadas en el estudio y tratamiento de las adicciones. En este caso la residencia en investigación tuvo lugar en el *Instituto Nacional de Psiquiatría [INP]*; y en tratamiento en el *Centro Acasulco (Facultad de Psicología de la UNAM)* y *Centro de Asistencia e Integración Social [CAIS] Torres de Potrero (IASIS)*.

La residencia en el INP contribuyó de manera importante para tener un acercamiento práctico en el área de la investigación, y sensibilizarse con los requisitos para elaborar e instrumentar un proyecto de investigación viable; así como para desarrollar la capacidad de interpretar de manera crítica datos epidemiológicos, y adquirir los conocimientos para manejar paquetes estadísticos que permiten una mejor descripción e interpretación de la información.

Por otra parte, la aplicación de programas de intervención breve a población que inicia el consumo o incluso que ya desarrolló una dependencia al alcohol y otras drogas, fue la principal actividad que se desarrolló en el *Centro Acasulco* y en el *CAIS Torres de Potrero*; lo cual permitió que se desarrollaran habilidades clínicas para la evaluación y el tratamiento de poblaciones que presentan consumo de sustancias.

Los programas de tratamiento en los que se adquirió mayor experiencia durante la residencia fueron: a) *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997), b) *Intervención Breve para Fumadores* (Lira, 2002) y c) *Programa de Satisfactores Cotidianos [PSC]* (Barragán, 2005).

### LAS INTERVENCIONES: EXPERIENCIA TEORICA Y PRACTICA

La información que se presenta en este apartado pretende ilustrar las habilidades clínicas adquiridas durante la residencia, que permitieron aprender a evaluar y tratar a usuarios con abuso y/o dependencia a sustancias. A continuación se describen cada uno de los modelos y la experiencia

práctica que se tuvo con los programas antes mencionados, que incluye el procedimiento, resultados y discusión de cada estudio de casos.

### **2.1) Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema**

El Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema fue elaborado para atender a aquella parte de la población que, sin ser dependiente al alcohol, presenta problemas con el consumo. Se fundamenta en el programa de Auto-Cambio Dirigido desarrollado por los doctores Sobell de la *Addiction Research Foundation* en Toronto, Canadá y fue adaptado para su uso en México (Ayala, Echeverría y cols, 1998).

Este modelo es una intervención motivacional que ayuda a personas con problemas en su forma de beber a comprometerse para modificar su conducta, así como reconocer y utilizar sus recursos para resolver los problemas relacionados con su consumo excesivo de alcohol. El tratamiento busca que el usuario identifique los problemas relacionados con su consumo excesivo, fije su propia meta (abstinencia o reducción), identifique situaciones de riesgo y desarrolle planes de acción para enfrentar situaciones de consumo excesivo. Se basa en el uso de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991) como principal herramienta para lograr el cambio en la conducta, debido a que se le considera una estrategia altamente motivacional y no confrontativa.

Esta forma de intervención es similar al consejo que dan los médicos familiares en la que se ayuda al usuario a enfrentar sus problemas de salud al proporcionar información básica y brindar consejo, asesorar, motivar, monitorear la conducta y proporcionar retroalimentación.

Ensayos aleatorios han demostrado que las intervenciones breves aplicadas por el personal médico (desde una sesión de consejo de 15 minutos hasta varias sesiones de asesoría, como el Modelo que aquí se describe) producen reducciones modestas pero significativas en el consumo de alcohol entre bebedores problemas (Echeverría, Ruíz, Salazar y Tiburcio, 2004).

## CASOS

En total participaron 3 sujetos varones (N=3) que solicitaron tratamiento al Centro Acasulco, por voluntad propia o por canalización del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología por problemas con el consumo de alcohol.

Los criterios de inclusión para participar en el tratamiento fueron: a) ser mayor de 18 años y menor de 70 años, b) saber leer y escribir, c) contar con un domicilio permanente, d) tener trabajo, e) vivir con la familia, f) no presentar síntomas de dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, delirio tremens), g) beber menos de 30 copas a la semana, h) acudir a tratamiento por voluntad propia, y estar de acuerdo con lo planteado en el consentimiento informado, i) que la droga principal de abuso no sea inyectada, y j) no acudir a otro programa de tratamiento.

Los criterios que sugerían una canalización a otro tratamiento más intensivo fueron: a) la presencia de síntomas de dependencia severa acompañados por la falta de apoyo y recursos sociales, y b) que la droga principal de abuso fuera la heroína.

## INSTRUMENTOS

**1. Escala Breve sobre Dependencia al Alcohol [BEDA] (Raistrick, Dunbar y Davison, 1983 en Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).** Escala desarrollada para medir la dependencia al alcohol en población adulta. Consta de 15 reactivos relacionados con el consumo de alcohol, que el usuario debe responder en una escala de cuatro puntos: “nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” y “casi siempre”. Los resultados se interpretan dependiendo del puntaje obtenido, arrojando un diagnóstico de dependencia baja, media o severa. Estudios psicométricos sugieren que esta escala posee estabilidad y validez de contenido como medida de dependencia; la confiabilidad test-retest fue alta para la mayoría de los reactivos, sin embargo no ha sido reportada ninguna medida de consistencia interna (Ayala et al, 1998).

**2. Subescala de pistas (citado en Echeverría et al, 2004).** Con la aplicación de la subescala de pistas en su parte Ay B retomada de la batería Halsted – Reitan, es posible revisar el daño cognitivo resultado del consumo excesivo de alcohol. En la parte A se muestra una serie de números en orden ascendente del 1 al 15; en la parte B se presenta una serie de números combinada con las letras del

abecedario que el usuario deberá unir con una línea sin despegar el lápiz y sin cruzar líneas en un tiempo máximo de 90 segundos. En el Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Echeverría et al, 2004) no se reportan las características psicométricas de dicho instrumento.

**3. Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell y Sobell, 1992; versión adaptada al español Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998 en Echeverría et al, 2004).** Es un instrumento que se utiliza para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento. Esta técnica requiere que las personas estimen retroactivamente el consumo diario de alcohol durante el año previo al tratamiento. A los usuarios se les proporciona un calendario que abarca los 12 meses previos y se les solicita que reporten el número de copas estándar consumidas cada día. Diversos estudios psicométricos han mostrado que es un instrumento de medición adecuado. La LIBARE ha sido utilizada con una amplia variedad de bebedores, desde bebedores de tipo social, hasta aquellos con niveles de dependencia medida y severa, sin embargo no se especifica el tipo de confiabilidad que posee dicha medida. En cuanto a la validez se ha encontrado que medidas altas en la Escala de Dependencia al Alcohol y en el Michigan Alcoholism Screening Test se correlacionan positivamente con un consumo fuerte en la LIBARE, mayor número de días de consumo y mayor consumo promedio por día (Ayala et al, 1998).

**4. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol [ISCA] (Annis 1982; versión adaptada al español por Echeverría, Oviedo, y Ayala, 1998 en Echeverría et al, 2004).** Es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones de consumo excesivo durante el año pasado. Los reactivos están diseñados para medir ocho categorías divididas en dos grupos: a) situaciones personales y b) situaciones que involucran a terceras personas. Los estados personales incluyen cinco subcategorías (emociones placenteras, incomodidad física, emociones displacenteras, probando autocontrol sobre el alcohol y tentación por consumir); y las situaciones que involucran a otras personas incluyen tres subcategorías (conflicto con otros, presión para beber, y momentos placenteros) (Marlatt y Gordon, 1980, 1985). Cada uno de los reactivos se contesta en una escala de 4 puntos: “nunca”, “ocasionalmente”, “frecuentemente” o “casi siempre”. Las propiedades psicométricas de este instrumento son adecuadas, y posee una validez de contenido y validez externa adecuada, así como confiabilidad (Ayala et al, 1998).



**5. Cuestionario de Confianza Situacional [CCS] (Annis, Graham y Davis 1987; versión adaptada al español por Echeverría y Ayala, 1977 en Echeverría et al, 2004).** Fue diseñado para evaluar el concepto de autoeficacia, en relación con la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo. Comparte las mismas categorías y subcategorías del ISCA. Consta de 8 reactivos en los que el usuario reporta el porcentaje de confianza percibido de abstenerse de consumir alcohol ante las ocho diferentes situaciones. En cuanto a la estructura interna, se encontró que los puntajes de cada una de las ocho categorías se distribuyeron de manera normal, también posee validez de constructo y de criterio, así como confiabilidad adecuada, sin embargo no se especifica ningún coeficiente (Ayala et al, 1998).

**6. Formato de Auto- Registro del consumo (citado en Echeverría et al, 2004).** El objetivo es que el usuario registre su consumo diario de alcohol, señalando qué sucedió antes y después, así como los sentimientos o pensamientos relacionados. El consumo se registra durante el tratamiento y en los seguimientos. Por ser una medida que evalúa en forma retroactiva el consumo de alcohol, está sujeta a distorsiones y manipulación por parte de los usuarios.

Todos los instrumentos citados en este apartado se encuentran publicados en el Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema desarrollado por Echeverría et al, (2004) y en el Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber (Ayala et al, 1998).

### *PROCEDIMIENTO*

Antes de decidir incluir a un usuario en el tratamiento, se tomaron en cuenta los criterios de inclusión (ver p. 28) para que su ingreso al tratamiento fuera de mayor provecho para el sujeto.

El programa se estructuró de la siguiente manera: a) *admisión*: Se identificó la disposición para el cambio y se verificó que el usuario fuera candidato para el tratamiento, b) *evaluación*: Se obtuvo información sobre la historia de consumo y patrón de consumo, así como de las principales situaciones de consumo y nivel de autoeficacia, c) *Paso 1*: Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas, el principal objetivo es que el usuario realice un balance de las ventajas y desventajas que le ocasiona el consumo y se comprometa con el cambio en su conducta, d) *Paso 2*: Identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el consumo excesivo de alcohol, e) *Paso 3*: Desarrollo de Planes de Acción para enfrentar las situaciones de riesgo y f) *Paso 4*: Nuevo Establecimiento de Metas

Su aplicación se apoyó en lecturas y ejercicios que guiaron al usuario en el proceso de cambio del patrón de consumo de alcohol. La duración del tratamiento fue de 6 sesiones aproximadamente con una duración de 45 minutos, a fin de discutir las lecturas y ejercicios, así como para observar el progreso del usuario en cuanto al control de su consumo.

Para lograr que el usuario moderara o redujera su consumo de alcohol, el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema combinó las siguientes técnicas cognitivas y conductuales. Las técnicas cognitivas tratan las creencias relacionadas con las drogas así como pensamientos negativos e irracionales que contribuyen con el deseo por la sustancia, mientras que las técnicas conductuales se centran en enseñar a los pacientes habilidades de solución de problemas que les permitan enfrentar situaciones de riesgo, así como identificar los precipitadores del consumo.

### *TÉCNICAS CONDUCTUALES*

**a) Técnicas de autocontrol:** Una de ellas fue a) el auto registro del consumo en el que el usuario registra día a día la cantidad de consumo, permitiéndole llevar una cuenta de la cantidad de sustancia que está consumiendo, así como identificar los precipitadores internos y externos asociados a la conducta de consumo y sus consecuencias; y b) la programación de actividades diarias no relacionadas con el consumo mediante la elaboración de planes de acción, para evitar que el usuario se involucrara en actividades que favorecieran el consumo, porque se ha encontrado que pacientes que abusan de las drogas tienden a involucrarse en actividades y conductas que favorecen el consumo (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

**b) Análisis funcional del consumo y desarrollo de estrategias de enfrentamiento para manejar situaciones de riesgo:** el terapeuta entrena al usuario en la identificación de los antecedentes y consecuencias de situaciones de consumo de alto y bajo riesgo (Echeverría, Ruíz, Salazar y Tiburcio, 2004), para poder desarrollar estrategias que le permitan enfrentarlas sin consumo.

### *TÉCNICAS COGNITIVAS*

**a) Reestructuración cognitiva:** El objetivo es que el paciente identifique las creencias irracionales asociadas con el alcohol, para enfrentarlas y cuestionar su sentido o utilidad, modificándolas por otros pensamientos que favorezcan el autocontrol.

**b) Análisis de Ventajas y Desventajas (Balance Decisonal):** La persona que utiliza drogas suele mantener creencias que minimizan las desventajas y maximizan las ventajas de consumir (Beck et al, 1999), esta situación muchas veces no es perceptible para el usuario, por lo que mostrarle esa incongruencia suele ser muy útil. Esta técnica pretende que el usuario analice las ventajas y las desventajas de consumir y de dejar de hacerlo, de tal manera que se elicite una disonancia cognitiva o ambivalencia, que favorezca la reducción o la abstinencia.

### *RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASOS*

#### a) Características Sociodemográficas

En el programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema participaron 3 usuarios varones solteros, quienes solicitaron ayuda por problemas asociados por el consumo de alcohol; completando en promedio cinco sesiones de tratamiento. La edad de los participantes oscilaba entre 21 y 23 años, dos de ellos con estudios de Licenciatura inconclusa y uno con estudios de secundaria, solteros. Dos de ellos recibieron un tratamiento adicional a la intervención breve ofrecida por el Centro Acasulco (ej: AA y Tratamiento Psiquiátrico).

#### b) Resultados del tratamiento y variables asociadas por cada participante

En la Tabla 1 se presenta la información de cada uno de los participantes (N=3), variables demográficas, motivo de consulta, cantidad y patrón de consumo, resultados obtenidos en admisión y evaluación, principales razones de cambio, componentes de tratamiento y observaciones.

<b>Tabla 1. Resultados del tratamiento y variables asociadas por cada participante</b>
--

	<b>Escolari dad y Ocupaci ón</b>	<b>Motivo de Consulta</b>	<b>Patr ón de cons umo</b>	<b>Admisió n y Evaluaci ón</b>	<b>Razones de Cambio</b>	<b>Componen tes de Tratamient o</b>	<b>Observaciones</b>
	Secund aria  Trabajo en labores de limpieza	“Tengo problemas con mi forma de beber, con mi familia, falta al trabajo y gastos económicos”	8 trag os está ndar (cer veza vece s por mes.  <b>Con sum o total an ual=</b> 128 trag	<b>Depende ncia media</b> al alcohol (11 puntos)  <b>Principal es situacion es de abuso=</b> Emocion es agradabl es (33%), Proband o autocont rol (33%) y Presión social	1.- Mi salud será mayor, ya que evitaría dolores de cabeza, desvelos y resaca. Mi cuerpo tomará otro rostro, aparenta r la edad que tengo.	Paso 1= Balance Decisional	Asistió con regularidad al tratamiento, paralelo asistía a consulta psiquiátrica. A partir del segundo paso comenzó a faltar. Se hizo el rescate en 3 ocasiones pero daba excusas, hasta que argumentó que quería intentarlo por el mismo porque tenía las bases.

<p>os</p> <p># máx imo de cop as = 12</p>	<p>(30%).</p>	<p>2.-Mi relación familiar será más estrecha y ya no habrá más discusion es.</p>	<p>La impresión clínica fue que el usuario se sintió auto eficaz para cumplir su meta, y consideró poco importante continuar con el tratamiento. El cambio era motivado por la madre y no por sí mismo. La etapa de cambio no se modificó, permaneciend o en contemplación</p>
<p># míni mo de cop as= 3</p>	<p><b>Situacion es en las que tiene menor confianz a de resistirse al consumo</b> : Emocion es agradabl es (20%) y Moment os agradabl es (29%)<b>Eta pa de cambio= Contemp lación</b></p> <p><b>Meta= Moderac</b></p>	<p>3.- Mi economí a será más equilibra da.</p>	

ión

<p>                 :                  :                  :             </p>	<p>Licencia tura en informá tica</p>	<p>“He cambiado. Antes tenía novia, hacía ejercicio, estaba mejor insertado en la sociedad. Ahora estoy solo y he dejado de frecuentar amigos porque estaban cansados de cuidarme la peda”</p>	<p>Con sum o diari o, una cerv eza al día en pro med io.</p> <p><b>Con sum o total an ual=</b> 375 trag</p>	<p><b>Depende ncia</b> al alcohol (17 puntos)</p> <p><b>Principal es situacion es de abuso=</b> Emocion es desagrad ables (68%), Moment os agradabl es (57%) y Conflicto con otros</p>	<p>1.- Ganar la confianz a de las personas que me han apoyado así también poder ofrecer algo más.</p> <p>2.- Recuper ar mis capacida des físicas en vista de poder disfrutar más mi</p>	<p>Paso 1= Balance Decisional</p>	<p>Al llegar a tratamiento asistía a AA pero dejó de ir porque no le convenció la forma de trabajo: “Decían muchas groserías y es gente que si tiene problemas” .</p> <p>Cubrió su meta de moderación (4 tragos) parcialmente, porque seguía presentando consumos de hasta 10 copas por ocasión.</p> <p>Se concluyó el primer paso</p>
--	--	--	---	--	---	---	--

os	(50%).	cuerpo y mente.	del tratamiento. Posteriormente comenzó a faltar, y cancelaba constantemente por asuntos de trabajo.
<b># máximo de copas = 9</b>	<b>Situaciones en las que tiene menor confianza de resistirse al consumo :</b>	3.- Recuperar mi estabilidad económica.	
<b># mínimo de copas= 1</b>	Emociones agradables (30%) y Momentos agradables (35%).		Durante el tratamiento se mantuvo en contemplación, con ambivalencia hacia su capacidad de lograr el cambio.
	<b>Etapas de cambio=</b>		
	Contemplación		
	<b>Meta=</b>		
	Moderación		

ión

<p>; ;</p>	<p>Licencia tura en Física</p>	<p>“Considero que no es adecuado el consumo excesivo y me ha causado problemas económicos, depresión y hacer cosas de las que luego me arrepiento”</p>	<p>Consumo 3 veces por semana entre 2 y 6 copas por ocasión.</p>	<p><b>Dependencia media</b> al alcohol (20 puntos) <b>Principales situaciones de abuso=</b> Emociones agradables (40%), Momentos agradables (36%) y Presión social (50%).<b>/Si</b></p>	<p>1.- Por no considerarlo adecuado, porque deterioro una imagen adecuada ofendiendo a la sociedad . 2.- Salud física y emocional.</p>	<p>Paso 1= Balance Decisional  Paso 2= Identificar situaciones de riesgo  Paso 3= Planes de acción  Paso 4= Reestablecimiento de meta.</p>	<p>Durante las primeras sesiones de tratamiento había sido muy cumplido con el tratamiento, haciendo las lecturas y los ejercicios. Pero a partir del Paso 2 comenzó a declinar su motivación, dejando de hacer las lecturas y el auto registro.  La mayoría de los planes de</p>
----------------	--	--	--	---	--	--	---



<p>anual= 645 tragos</p>	<p>tuaciones en las que tiene menor</p>	<p>Seguimiento o a un mes.</p>	<p>acción que se realizaron eran de tipo conductual como alejar la copa, mezclar con bebidas no alcohólicas o retirarse del lugar. Sin embargo era común que no cumpliera la meta de 4 copas por ocasión de consumo no más de 2 veces por semana, presentando consumo muy excesivo para el 4 paso de 20 copas en una sola ocasión.</p>
<p># máximo de copas = 15</p>	<p>confianza de resistirse al consumo : Presión social (15%), Emociones desagradables (25%) y</p>		
<p># mínimo de copas= 1</p>	<p>Probando autocontrol/Etapa de cambio= Preparación/Meta = Moderación</p>		<p>Durante el seguimiento a</p>

un mes el usuario seguía presentando consumos excesivos de 7 copas por ocasión.

## DISCUSIÓN

El objetivo del programa fue que el usuario identificara los problemas relacionados con su consumo excesivo, fijara su propia meta (abstinencia o reducción), identificara situaciones de riesgo y desarrollara planes de acción para enfrentar dichas situaciones.

El programa fue aplicado en su mayoría a hombres, solteros y con estudios de licenciatura (66%), que buscaron tratamiento por voluntad propia y que presentaban problemas familiares, escolares, sociales y económicos ocasionados por el consumo excesivo de alcohol.

Las principales situaciones de riesgo de consumo excesivo que presentaron los usuarios fueron aquellas relacionadas con *emociones o momentos agradables con otros*, y *presión social*. Y en dos de los tres casos, las situaciones ante las que se sintieron menos seguros de resistir el consumo fueron *emociones y momentos agradables*. En los tres casos, la meta de tratamiento elegida fue la moderación del consumo; la elección de dicha meta podría indicar que la reducción del consumo fue la solución que los sujetos percibieron como más viable para enfrentar los problemas ocasionados por el consumo excesivo de alcohol, debido a que el consumo de alcohol en esta población está estrechamente asociado con la convivencia social.

Con respecto al número de sesiones cubiertas, se encontró que solo un caso terminó el tratamiento, específicamente el usuario que se encontraba en *preparación* (Prochaska y Diclemente, 1986), una etapa de cambio más avanzada que los demás. Por lo tanto el estado motivacional del sujeto hacia el cambio es un indicador de éxito para el tratamiento, que se relaciona con la probabilidad de que una persona comience, continúe y se apegue a una estrategia de cambio o plan de tratamiento (Miller, 1985).

Es importante mencionar que la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991) fue la principal herramienta utilizada para promover el cambio en los usuarios. Y a pesar de que se ha encontrado que la incorporación de estrategias motivacionales reduce la deserción e incrementa la participación del cliente en el tratamiento (Bien, Miller y Tosigan, 1993; Sobell y Sobell, 1993; OMS, 1996), dos de los 3 participantes desertaron entre la tercera y cuarta sesión de tratamiento, lo cual podría estar vinculado a la etapa de cambio en la que se encontraban los desertores, específicamente en la etapa de contemplación en la que el usuario identifica que hay un problema y considera la posibilidad de cambiar pero sigue ambivalente hacia tomar

acciones definidas para modificar su patrón de consumo (Prochaska y Diclemente, 1986). Ante lo cual se recomienda que el terapeuta ayude al usuario a elicitar los pros y los contras del consumo excesivo de alcohol, enfatizando los beneficios que obtendría de cambiar pero remarcando la importancia de tomar una elección libre, para incrementar la responsabilidad hacia el tratamiento y aumentar la autoeficacia con el logro paulatino de la meta de tratamiento.

Estos datos permiten concluir que son necesarias a) mejores estrategias de retención de pacientes para evitar la deserción de los usuarios en etapas tempranas del tratamiento, b) mayor flexibilidad del modelo en cuanto a la elaboración de las tareas programadas y c) mayor investigación sobre aquellos sujetos que por su consumo y por su ligera motivación hacia el cambio, ameritan un consejo breve y no una intervención breve.

## **2.2) Intervención Breve para Fumadores**

La Intervención Breve para Fumadores es un programa motivacional para usuarios consumidores con dependencia media al tabaco que se ofrece en una modalidad de consulta externa (Lira, 2002). En este programa los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento (con la asesoría del terapeuta de acuerdo con los límites razonables y contraindicaciones médicas de la ingesta) bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta.

Se conforma por seis sesiones de tratamiento que pretenden que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo de tabaco, así como las consecuencias relacionadas con éste, para que desarrolle estrategias de afrontamiento. El objetivo general es ayudar al usuario a analizar su propio consumo y desarrollar e instrumentar sus propios planes para modificarlo.

En el 2002, este programa fue aplicado en 10 fumadores con niveles bajos y medios de dependencia, observándose un impacto en el patrón de consumo, número de días en abstinencia y en el mantenimiento del cambio un mes después de la intervención; al mismo tiempo se reportó un aumento en el nivel de confianza para controlar el consumo en situaciones específicas de riesgo (Lira, 2002).

### *CASOS*

Participaron 6 sujetos, en su mayoría varones, que recibieron la intervención breve para fumadores como parte del tratamiento que ofrece el Centro de Asistencia e Integración Social [CAIS] Torres de Potrero, durante el internamiento de 6 semanas. Desde la primera semana de ingreso en el centro, además de la intervención breve, los participantes recibieron tratamiento psiquiátrico y psicológico.

Los criterios de inclusión al programa fueron: a) saber leer y escribir, b) presentar un nivel de dependencia bajo o medio a la nicotina, y c) que el usuario reportara estar de acuerdo en participar en la intervención así como estar de acuerdo con el consentimiento informado en el que se plantea la posibilidad de usar los datos de la intervención con fines de investigación así como realizar seguimientos. El único criterio de exclusión fue presentar a) un trastorno psicótico y/o b) daño cognitivo severo.

## *INSTRUMENTOS*

- 1. Cuestionario de Pre-Selección (en Lira, González y Ayala manuscrito sin publicar):** El objetivo es conocer si el usuario cubre los criterios de inclusión para participar en el programa, incluye preguntas sobre el estado de salud del usuario, padecimientos físicos, edad, domicilio entre otros.
  
- 2. Entrevista Inicial (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998 en Lira, González y Ayala manuscrito sin publicar):** El objetivo es obtener datos sociodemográficos del usuario, historia familiar, social, laboral y lugar de residencia, así como la historia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
  
- 3. Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991, versión adaptada al español por Becoña y Lorenzo, 2004):** Este instrumento es una versión más actualizada del Cuestionario de Tolerancia de Fagerström realizado en 1978. El objetivo es identificar si la persona que fuma presenta una dependencia a la nicotina por medio de indicadores como: frecuencia de consumo (número de cigarrillos por día), periodicidad y cantidad de droga utilizada en las primeras horas después de despertarse, etc. Está formado por 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. Tiene la peculiaridad de que también ha sido validado con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre. La relación entre este cuestionario y las medidas fisiológicas de fumar son altas. El punto de corte es 6 o más para la dependencia (vs no dependencia) o para dependencia alta. Su estructura factorial es consistente y existe una versión española del mismo (Becoña y Vázquez, 1998 en Becoña y Lorenzo, 2004).
  
- 4. Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Lira, González y Ayala manuscrito sin publicar):** Su objetivo es conocer el patrón de consumo en función de número total de días de consumo, número total de cigarrillos consumidos, promedio y porcentaje de días de consumo y en abstinencia en los últimos 60 días. Se aplica por un entrevistador con una serie de apoyos para ayudar a las personas a recordar su consumo como: calendario y días festivos.
  
- 5. Cuestionario Breve de Confianza Situacional [CBCS] (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998 en Lira, González y Ayala manuscrito sin publicar):** El objetivo es obtener una medida que sea sensible para medir el grado de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo relacionadas con el consumo o con el

consumo en exceso. El usuario debe señalar en un rango de 0% (inseguro) a 100% (seguro) qué tan confiado se siente para poder resistir la necesidad de fumar.

**6. Auto- Monitoreo para fumadores (en Lira, González y Ayala manuscrito sin publicar):** El objetivo es que el usuario registre su consumo diario de cigarros, señalar situaciones de consumo y hora de consumo. Esta tarea se realiza durante el tratamiento y después de éste.

**7. Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1988; versión adaptada en español por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998 en Barragán et al, 2006).** Fue elaborado por A. Beck en 1988. Este instrumento consta de 21 reactivos y su objetivo es conocer el nivel de depresión que presenta la persona, que puede ser mínima (0 a 9 puntos), leve (10 a 16 puntos), moderada (17 a 29 puntos) o severa (30 a 63 puntos).

**8. Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, 1988; versión adaptada en español por Robles, Varela, Jurado y Pérez, 2001 en Barragán et al, 2006).** Elaborado por Beck en 1988. El instrumento permite evaluar los síntomas de ansiedad. Consta de 21 reactivos que se contestan en una escala de 4 puntos, que pueden ser: “poco o nada”, “mas o menos”, “moderadamente” y “severamente”. El puntaje total indica el nivel de ansiedad del sujeto que puede ser: mínima, leve, moderada o severa.

### *PROCEDIMIENTO*

Los usuarios fueron elegidos en base a su nivel de dependencia a la nicotina (bajo y medio). Si cubrían ese requisito, se les contactaba dentro de la unidad residencial del Centro y se les comentaba si estaban interesados en participar en el programa, de ser así se comenzaba con el proceso de admisión y evaluación al programa. A continuación se describen las seis sesiones de tratamiento.

a) *Admisión:* Su objetivo fue explicar al usuario las características de la intervención y conocer los motivos por los cuales quiere dejar de fumar.

b) *Evaluación:* Su objetivo fue conocer el patrón de consumo de tabaco (LIBARE), situaciones de consumo (CCS), nivel de ansiedad y depresión (Beck) a partir de la aplicación de diferentes instrumentos (ver p. 38).

- c) *1ª Sesión*: Se presentaron los resultados de los instrumentos aplicados en la sesión anterior. El objetivo de esta sesión fue que el usuario realizara un balance decisional sobre las ventajas y desventajas de continuar o dejar de fumar a partir de los resultados de la evaluación.
- d) *2ª Sesión*: Se identificaron las situaciones que precipitan el consumo de tabaco y se realizó el análisis funcional de la conducta de consumo (antecedentes y consecuencias).
- e) *3ª Sesión*: El usuario aprende un modelo general de solución de problemas en donde plantea opciones para cada situación de riesgo señalando sus probables consecuencias y planes de acción para enfrentarlas.
- f) *4ª Sesión*: Resumen de las sesiones anteriores y planes de acción para el siguiente mes, con el objetivo de mantener el cambio en la conducta de consumo.
- g) *Seguimiento al mes*: Revisión de los planes de acción planteados durante el tratamiento.

La Intervención Breve para Fumadores, al igual que la *Intervención Breve para Bebedores Problema* (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997), se basa en las mismas técnicas cognitivas y conductuales, (ver p.30).

#### *RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASOS*

##### a) Características Sociodemográficas

En el programa de Intervención Breve para Fumadores participaron 6 usuarios residentes del CAIS, los cuales completaron en promedio cuatro sesiones de tratamiento. En la Tabla 2 se describen las principales características sociodemográficas de los participantes.

**Tabla 2. Características sociodemográficas de los usuarios**

VARIABLE	RESULTADO
Edad	17 a 38 X= 27 años
Sexo	Varones= 100%
Escolaridad	Secundaria= 33%



	Bachillerato= 50%
	Carrera técnica= 16.7%
Estado civil	Soltero=50%
	Casado= 50%
Motivo de Consulta	Problemas con el crack= 100%

b) Resultados del tratamiento y variables asociadas por cada participante

En la Tabla 3 se presenta la información de cada uno de los participantes (N=6), variables demográficas por participante, motivo de consulta, cantidad y patrón de consumo, resultados obtenidos en admisión y evaluación, principales razones de cambio, componentes del tratamiento y observaciones.

<b>Tabla 3. Resultados del tratamiento y variables asociadas por cada participante</b>
--

	<b>Escolaridad y Ocupación</b>	<b>Motivo de Consulta</b>	<b>Nivel de dependencia</b>	<b>Admisión y Evaluación</b>	<b>Razones de Cambio</b>	<b>Componentes de Tratamiento</b>	<b>Observaciones</b>
	Bachillerato  Estudiante	“Si me gustaría dejar de fumar, pero no me ha causado problemas, solo el alcohol y la piedra”	Media (5-6 puntos)	<b>Patrón de consumo</b> : una cajetilla diaria en el último mes.  <b>Nivel de depresión</b> : mínima  <b>Nivel de ansiedad</b> : mínima  <b>Problemas asociados</b> : menor condición	-Poder jugar soccer en un torneo.  -Mayor aceptación familiar.  - Demostrarle a mi mamá que si yo puedo dejar de fumar, ella también puede.	Admisión y Evaluación	El usuario no percibía al consumo de tabaco como un problema, por lo tanto no reconocía una verdadera necesidad para cambiar. Minimizaba los problemas asociados con el consumo y percibía de mayor gravedad el consumo de piedra.  Desertó del tratamiento en la segunda

n física, cansancio, dificultad para respirar.

semana, por lo que no se pudo abordar ninguna sesión de tratamiento.

:	Secundaria	"Me parece que si es importante	Alta (> a 7 puntos)	<b>Patrón de consumo</b>	- Mejor salud	Admisión, evaluación,	Las principales situaciones de consumo del usuario
:	Comerciante	dejar todo, si ya estoy aquí por que no"		: una cajetilla diaria en los últimos dos meses.	- Recuperar a mi familia	sesión 1, 2, y 3.	estaban muy asociadas con el consumo de crack, por lo que sus planes de acción abarcaban
				<b>Nivel de depresión:</b>	- Mejorar mi economía		tanto situaciones de consumo de tabaco como de crack; por ejemplo: estar en los fumaderos, reuniones
				<b>Nivel de ansiedad</b>	- Incorporarme socialmente.		
				: moderada			

<p>: :</p>	<p>Bachillerato</p>	<p>“Si fumo mucho, y aquí se me antoja más. Fumar lo veo como un problema, aunque es peor mi consumo de marihuana y piedra”</p>	<p>Alta (&gt; a 7 puntos)</p>	<p><b>Problemas asociados:</b> ardor en los pulmones.</p>	<p><b>Patrones de consumo:</b> una cajetilla diaria en el último mes.</p>	<p>- Vivir mejor - Tener menos problemas con mi familia - Más dinero y mejor ropa</p>	<p>Admisión, evaluación, sesión 1, 2, y 3.</p>	<p>sociales y ansiedad .</p> <p>Las situaciones de riesgo de mayor consumo estaban también muy ligadas al consumo de piedra, debido a que utilizaba la ceniza. El enojo, la tristeza y las ganas de festejo eran las principales situaciones que promovían el consumo. Se le citó a</p>
<p>Desempleado</p>				<p><b>Depresión:</b> mínima</p> <p><b>Ansiedad:</b> moderada</p> <p><b>Problemas asociados:</b></p>				

**s:**  
cansancio,  
dificultades para dormir,  
debilidad

consulta externa pero no acudió.

:	Bachillerato	"He perdido mucho tiempo, cada vez me drogaba más y más. Fumo mucho"	Alta (> a 7 puntos)	<b>Patrón de consumo</b>	- Mejor calidad de vida.	Admisión, evaluación y sesión 1	El usuario demandaba aprender estrategias para enfrentar sus estados emocionales negativos como la depresión, la ansiedad, el enojo, por lo que el tratamiento se enfocó a hacer planes de acción. Su percepción del tratamiento era que los
}	Empleado			: entre 15 y 20 cigarros diarios.	- Buscar otras formas de enfrentar los problemas más allá del bote y la piedra.		
				<b>Nivel de depresión:</b>	moderada		
				<b>Nivel de ansiedad</b>	: leve		
				<b>Problemas asociados</b>	Recuperar mi desarrollo		

				s: menor rendimiento físico, sofocamiento, depresión	académico		psicólogos no le ayudaban en nada, y hacía comparaciones reiteradas con la ayuda que le daba la psiquiatra.
:	Carrera técnica	“No considero que el tabaco sea un problema. Mi consumo de piedra si lo es, me ha dejado en banca rota, y con problemas por todos lados”	Baja (< a 4 puntos)	<b>Patrón de consumo:</b> 3 cigarros 3 veces por semana. <b>Depresión:</b> mínima <b>Ansiedad:</b> moderada <b>Problemas asociados</b>	-Mejorar mi salud  -No afectar la salud de los demás (esposa e hijos).  -Mejorar mi economía	Admisión, evaluación, sesión 1, 2, 3 y 4	Este fue el único usuario con el que se pudo concluir todo el tratamiento. Sus situaciones de riesgo y planes de acción iban encaminados a poder manejar estados de ánimo negativos como enojo, ansiedad o estar con otros consumidores. Se le invitó a

**s:**  
dificultad  
es  
respirato  
rias,  
irritabilid  
ad,  
nerviosis  
mo

seguir con los  
seguimientos  
pero no  
acudió.

## DISCUSIÓN

El objetivo general del programa fue ayudar al usuario a analizar su propio consumo de tabaco y desarrollar e instrumentar sus planes de acción para modificarlo, para alcanzar la abstinencia o la reducción del consumo. El programa fue aplicado a 6 varones, con un promedio de edad de 27 años, y con un nivel de escolaridad de bachillerato. Si bien esta intervención fue diseñada para fumadores con un nivel de dependencia bajo o moderado, la mayoría de los participantes acudió a tratamiento al CAIS por problemas ocasionados por el crack (100%), situación que incrementó el nivel de dependencia a la nicotina debido a que muchos consumidores combinaban el consumo de crack y de tabaco; por tal razón el 50% presentaba un nivel de dependencia alto a la nicotina y el 33% una dependencia moderada.

Una parte esencial de los tratamientos cognitivo conductuales es que el usuario identifique las situaciones en las que consume, para que mediante del desarrollo de planes de acción pueda enfrentarlas sin consumir tabaco. En esta muestra se encontró que las situaciones ante las cuales los usuarios presentaron poca confianza de enfrentar sin consumo fueron: a) *Emociones desagradables* 50%, b) *Conflicto con otros* 50% y c) *Malestar físico* 33%. Lo cual pone en evidencia la necesidad de entrenar a los usuarios en habilidades de afrontamiento para controlar el enojo, frustración o ansiedad, para que aprendan formas más adecuadas para resolver los estados de ánimo negativos, sin la presencia del consumo de tabaco.

En cuanto al nivel de depresión y ansiedad que presentaron los usuarios, se encontró que el 50% de la muestra presentó un nivel mínimo de depresión y el 66.7% presentó un nivel ansiedad moderada. La presencia de síntomas psiquiátricos concomitantes en pacientes con consumo de sustancias es algo que reporta la literatura, resaltando la necesidad de combinar tratamiento farmacológico y psicológico para obtener mejores resultados durante el tratamiento (Hall, Humfleet, Reus, Muñoz y Cullen, 2004; Decker y Ries, 1996; Ashton, 1994; Baron, Sands, Ciraulo et al; 1990) (**Ver Anexo 1 A**). Tal situación se contempló en el CAIS, y los usuarios recibieron, durante el internamiento, un paquete de tratamiento en el que se incluyó atención psicológica y psiquiátrica.

Con respecto a los instrumentos utilizados para evaluar a los usuarios fumadores, se sugiere realizar una revisión bibliográfica exhaustiva con el fin de reportar las características psicométricas de cada instrumento así como datos que prueben su validez en fumadores



mexicanos, para justificar su aplicación en población mexicana debido a que la mayoría de la información disponible reporta datos en poblaciones extranjeras.

Finalmente la utilidad de proporcionar este tipo de intervenciones a usuarios internados en un centro como el CAIS Torres de Potrero, donde la abstinencia al tabaco es un requisito, se relaciona con la posibilidad de motivar a los usuarios para que consideren el cambio en el patrón de consumo de tabaco durante el internamiento y al terminarlo. Así como para entrenarlos en la identificación de situaciones de riesgo de consumo y la elaboración de planes de acción para enfrentar dichas situaciones, lo cual es uno de los objetivos principales de la intervención (Lira, 2002). Sin embargo para poder medir el impacto de la intervención una vez que el usuario egresó del Centro, se sugiere un seguimiento en consulta externa para poder sondear los cambios en el patrón de consumo, así como para monitorear la aplicación de los planes de acción previstos durante el internamiento y modificarlos o perfeccionarlos en caso de ser necesario

### 2.3) Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)

El Programa de Satisfactores Cotidianos [PSC] (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005) es un tratamiento breve de corte cognitivo conductual para usuarios que han desarrollado una dependencia severa a sustancias, y se deriva del modelo de tratamiento creado por Hunt y Azrin (1973) llamado *Community Reinforcement Approach*, [CRA]. Este modelo ha sido señalado como uno de los tratamientos más efectivos en la modificación del patrón de consumo de usuarios con dependencia a sustancias adictivas y es recomendado por el NIDA (Instituto Nacional de Abuso de Drogas) y el NIAAA (Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo) como un tratamiento con evidencia empírica robusta (Allen, Litten y Fertig, 1995).

El marco conceptual en el que se sustenta al *CRA* es el análisis conductual, en el que el uso y abuso de drogas es considerado como una conducta operante que es mantenida, en gran parte, por lo efectos reforzantes de la droga (Goldeberg y Stolerman, 1986). Bajo este modelo, el consumo se concibe como una respuesta aprendida que cae dentro de un continuo que va desde el uso hasta el abuso, y reconoce que todos los seres humanos poseen las características biológicas necesarias para experimentar los efectos reforzantes de la droga y por lo tanto son capaces de desarrollar una conducta de abuso o dependencia a las sustancias; que a su vez puede ser revertida por procesos de aprendizaje. Sin embargo reconoce la existencia de factores ambientales como la disponibilidad y la tolerancia social que determinan también el desarrollo de la conducta adictiva (Higgins, 1997).

Para rehabilitar al usuario, el modelo intenta reestructurar los reforzadores comunitarios naturales como el trabajo, la familia y las relaciones sociales, que la persona había perdido o demorado como resultado del consumo, los cuales son igual de reforzantes que el consumo; con esto se busca que el consumo pierda el valor reforzante que tenía en el pasado y que dichos reforzadores comiencen a tener un valor conductual mas alto en la vida del sujeto.

Para que el usuario logre esa meta se busca que el costo de oportunidad del consumo se eleve (Bickel, DeGrandpre y Higgins, 1993), es decir, que el consumo traiga consigo una pérdida de los reforzadores positivos que resultan de la abstinencia, para que el usuario aprenda que el consumo ocasiona que los satisfactores personales, laborales y/o sociales entran en tiempo fuera; alterando la tasa de costo-beneficio entre el uso de drogas y la abstinencia.

Los nuevos modelos de Salud Mental Comunitaria, proponen que el restablecimiento de los reforzadores vocacionales, sociales, recreacionales y familiares del individuo con problemas de alcoholismo se proporcionan de manera natural en la comunidad, y no en un hospital (Hunt y Azrin, 1973), de ahí la importancia de que el usuario se entrene, dentro del tratamiento, en habilidades pro sociales para que las aplique en escenarios naturales y apoyar la rehabilitación.

El CRA ha sido aplicado en los Estados Unidos desde la década de los 70's con resultados favorables y significativos para los participantes con dependencia severa al alcohol, cocaína y opiáceos y con síntomas de abstinencia que recibieron el modelo, en cuanto a la reducción del patrón de consumo, menor tiempo de desempleo, mejor adaptación familiar y mayor número de semanas en abstinencia (Abbott, Weller, Delaney y Moore, 1998; Smith, Meyers y Delaney, 1998; Bickel, Amass, Higgins, Badger y Esch, 1997; Higgins, Budney, Bickel, Foerg, Donham y Badger, 1994; Azrin, Sisson, Meyers y Godley, 1982; Azrin, 1976; Hunt y Azrin, 1973) (Ver Tabla 4).

**Tabla 4.** Resultados comparativos del CRA con otras intervenciones terapéuticas.

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados</b>
Hunt & Azrin (1973)	16 sujetos dependientes al alcohol, hospitalizados con síntomas de abstinencia	1. CRA + Programa Didáctico Hospitalario (Grupo Exp.)  2. Programa Didáctico Hospitalario: lecturas y audiovisuales sobre AA, información sobre problemas asociados (Grupo Control)  Muestras igualadas con asignación aleatoria	1) CRA menor tiempo de consumo (14% vs 79% del grupo control).  2) CRA menor tiempo sin trabajo (5% vs 62% del grupo control).  3) CRA menor tiempo fuera de casa (2% vs 36% grupo control).
Azrin (1976)	20 sujetos con dependencia al alcohol	1. CRA (con componentes adicionales: uso del Disulfiram,	1) CRA menor tiempo de consumo (2% vs 55% del grupo

	hospitalizados y con síntomas físicos de abstinencia	sistema de advertencia temprana, otro significativo y club social) (Grupo Exp).  2. Tx Hospitalario: consejería sobre el alcohol, grupal e individual, motivación para entrar a AA y para tomar el uso del Disulfiram (Grupo control).	control).  2) CRA menor tiempo desempleado (20% vs 56% del grupo control).  3) CRA menor tiempo alejado de casa (7% vs 67% del grupo control)
Azrin, Sisson, Meyers y Godley (1982)	No se describe	1. Programa tradicional de 12 pasos  2. Programa tradicional con la administración de Disulfiram por un "otro significativo"  3. CRA (que incluye el uso de Disulfiram)	En el seguimiento a 6 meses, el porcentaje de días de abstinencia fue de:  45% para el grupo Tradicional,  74% para el segundo grupo, y  97% para el CRA.
Higgins, Budney, Bickel, Foerg, Donham y Badger (1994)	40 sujetos dependientes a la cocaína	1. CRA con incentivos materiales por abstinencia (Grupo ex)  2. CRA sin incentivos (Grupo control)	El 75% de los sujetos del grupo experimental terminaron las 24 semanas de tratamiento vs 40% del grupo control.  El grupo con incentivos logró mayor número de semanas en abstinencia y mejoría en variables psicosociales.

Bickel, Amass, Higgins, Badger y Esch (1997)	39 usuarios dependientes a opiáceos	1. Buprenorfina + CRA+ incentivos (Grupo Exp.)  2. Buprenorfina + Tx estándar (orientación sobre el estilo de vida) (Grupo control)	53% del grupo con CRA terminaron el Tx vs 20% del grupo control.  A las 12 semanas, el 26% de los sujetos de grupo experimental seguía en abstinencia vs el 5% del grupo experimental.
Smith, Meyers y Delaney (1998)	106 alcohólicos sin hogar	1. CRA (Grupo exp)  2. Servicios de tratamiento ofrecidos por la asistencia social (Grupo control).	Durante el tratamiento y al año de seguimiento, los pacientes del CRA habían disminuido su consumo en más del 50% que los del otro grupo.
Abbott, Weller, Delaney y Moore (1998)	181 dependientes de opiáceos con tratamiento de metadona	1. CRA (Grupo exp)  2. Tratamiento estándar ( educación y monitoreo sobre metadona ) (Grupo control)	A los 6 meses los pacientes del CRA superaron a los otros en abstinencia ( muestra de orina semanal ) y disminución de la severidad de la adicción ( ASI )

Los datos que se presentan sustentan la efectividad del Modelo del CRA, como un programa efectivo para usuarios con dependencia severa a alcohol, cocaína y opiáceos, con resultados que se mantienen a los 6 meses y al año de terminado el tratamiento.

El CRA fue adaptado en México en el año 2005 por Barragán, González, Medina-Mora y Ayala (2005) y validado en población mexicana (Barragán, 2005; Flores, 2005), también con resultados favorables, con el nombre de “*Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana*”, también denominado como “*Programa de Satisfactores Cotidianos*” [PSC]. Este programa fue aplicado

por Barragán (2005) y los resultados fueron significativos en cuanto a la reducción del patrón de consumo a los seis meses de terminado el tratamiento en 18 de los 20 sujetos en quienes se evaluó el programa.

## **OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DEL PSC**

El PSC al igual que el CRA (Hunt y Azrin, 1973), busca reestablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios con dependencia severa para promover un estilo de vida sin alcohol o drogas.

El objetivo es que el usuario modifique su conducta de consumo y alcance la abstinencia, mediante la práctica de conductas eficientes que promuevan un estilo de vida saludable no asociado con el consumo. Para lograr esa meta, el PSC incorpora como elementos centrales el análisis funcional de la conducta, el entrenamiento en habilidades y la prevención de recaídas; su inclusión se justifica porque se ha encontrado que el identificar precipitadores y consecuencias del consumo, así como aprender habilidades de enfrentamiento eficaces fortalecen al usuario, evitando futuras recaídas (Carroll, 1998).

El aprendizaje de conductas eficientes para enfrentar situaciones relacionadas con el consumo se favorece mediante el uso que hace el terapeuta de técnicas didácticas como el modelamiento, los ensayos conductuales y la retroalimentación, presentes en todas las sesiones de tratamiento.

El PSC está integrado por una sesión de admisión, dos sesiones de evaluación y la aplicación de 12 componentes de intervención: 1) Análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo; 2) Muestra de abstinencia; 3) Metas de Vida Cotidiana; 4) Rehusarse al consumo; 5) Solución de Problemas; 6) Habilidades de Comunicación; 7) Control de las emociones (enojo, tristeza, ansiedad y celos); 8) Búsqueda de empleo; 9) Consejo marital; 10) Habilidades sociales y recreativas; 11) Prevención de recaídas y 12) Entrenamiento al otro significativo, y 4 sesiones de seguimiento al final del tratamiento (Ver Tabla 6).

**Tabla 6.** Describe los objetivos y las técnicas de los componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos.

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR SESIÓN</b>	<b>TÉCNICAS</b>
ADMISIÓN: conocer si el usuario es un candidato al	Entrevista Motivacional

Programa de Satisfactores Cotidianos aplicando los criterios filtro y los instrumentos necesarios para conocer el nivel de dependencia a la sustancia, su funcionamiento cognitivo y el nivel de satisfacción en cada área de vida cotidiana.	Reforzamiento Retroalimentación
EVALUACIÓN I y II: motivar al usuario a la abstinencia explorando el patrón de consumo, las principales situaciones de riesgo y nivel de auto eficacia. Así como el nivel de depresión, ansiedad y calidad de vida.	Escucha reflexiva Reforzamiento Retroalimentación
ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO: reforzar y/o motivar al usuario a la abstinencia guiándolo en la elaboración del análisis de su conducta de consumo para reconocer los precipitadores internos y externos así como las consecuencias positivas y negativas para que pueda desarrollar planes de acción para enfrentar situaciones de riesgo.	Análisis funcional Reforzamiento Retroalimentación
ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE NO CONSUMO: que el usuario identifique conductas positivas en su vida que no estén relacionadas con el consumo y que compare las consecuencias de realizar esta conducta con la conducta de consumo y así incrementar la probabilidad de ocurrencia de conductas positivas.	Análisis funcional Reforzamiento Retroalimentación
MUESTRA DE ABSTINENCIA: motivar al usuario a adquirir un compromiso para mantenerse abstinentes por un periodo de tiempo acordado.	Escucha reflexiva Reforzamiento Retroalimentación Carta compromiso
CONTROL DE LAS EMOCIONES (ANSIEDAD): que el usuario aprenda las estrategias necesarias que le permitan controlar la ansiedad.	Instrucción verbal Retroalimentación Modelamiento Respiración correcta/ Relajación muscular/ Relajación mental
METAS DE VIDA COTIDIANA: identificar el nivel de satisfacción del usuario en cada una de las áreas de su vida y establecer metas específicas para cada área	Retroalimentación

de vida analizando los obstáculos para alcanzarlas y realizar los planes de acción necesarios.	Escucha reflexiva Reforzamiento
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: dotar de estrategias al usuario para que aprenda a solucionar problemas en su vida diaria y así mejorar su calidad de vida. Se le enseñan 5 pasos: 1) definir el problema, 2) buscar alternativas, 3) evaluar pros y contras, 4) elegir la mejor y 5) ponerla en práctica.	Habilidades de solución de problemas Ensayo conductual Retroalimentación Modelamiento
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN: mejorar la comunicación entre el usuario y las personas con las que convive para que logre una comunicación positiva y efectiva. Entre las habilidades que se le enseñan están: escuchar, iniciar conversaciones, ofrecer entendimiento, asumir responsabilidad, ofrecer ayuda, hacer y recibir críticas, etc.	Modelamiento Ensayo conductual Retroalimentación Habilidades de comunicación
HABILIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS: que el usuario adquiera conductas que le permitan establecer actividades que compitan con el consumo y que al mismo tiempo que lo hagan sentir bien.	Instrucción verbal Modelamiento Ensayo conductual Retroalimentación
CONTROL DE LAS EMOCIONES (ENOJO): que el usuario aprenda las estrategias necesarias que le permitan controlar el enojo.	Modelamiento Ensayo conductual Retroalimentación Tiempo fuera/ Distracción del pensamiento/ Auto-instrucciones positivas
CONTROL DE LAS EMOCIONES (TRISTEZA): que el usuario aprenda las estrategias necesarias que le permitan controlar la tristeza.	Modelamiento Ensayo conductual Retroalimentación Reestructuración cognoscitiva/ Realización de actividades agradables/ Búsqueda de lo



positivo

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS: que el usuario aprenda a anticipar situaciones de riesgo para así prevenir recaídas.

Instrucción verbal

Modelamiento

Ensayo conductual

Análisis funcional de la conducta/  
Sistema de advertencia  
temprana/ Reestructuración  
cognitiva

ENTRENAMIENTO AL OTRO SIGNIFICATIVO: Que el otro significativo aprenda a utilizar conductas eficientes para reforzar la abstinencia y prevenir recaídas, así como favorecer un ambiente familiar de apoyo y propiciar momentos agradables con el usuario.

Escucha Reflexiva/  
Reforzamiento/ Modelamiento/  
Instrucción verbal/  
Retroalimentación

## CASOS

En la intervención participaron 11 hombres y 2 mujeres consumidores de drogas legales e ilegales (N=13), en su mayoría consumidores de crack. La 11 de los participantes fueron atendidos dentro de la Unidad Residencial del CASI, mientras solo 2 se les atendió en consulta externa.

Los criterios de inclusión para participar en el programa fueron los siguientes: 1) un nivel de dependencia media o severa para el alcohol, que implica un puntaje en la Escala de Dependencia al Alcohol [EDA] de 22 a 47 puntos y/o un nivel de dependencia sustancial o severa en el caso de drogas ilegales, o un puntaje en el Cuestionario de Abuso de Drogas [CAD] de 11 a 20 puntos; 2) consumir por ocasión de consumo 14 o más tragos estándar en el caso de los hombres y 10 o más en el caso de las mujeres, así como un consumo semanal de 20 o más copas y 15 o más copas respectivamente; 3) haber presentado recaídas e internamientos previos sin lograr un tiempo de abstinencia considerable; 4) presentar pérdidas en diferentes áreas de la

vida cotidiana y presentar pérdidas y/o alternaciones en por lo menos 3 áreas: física, laboral/académico, familiar, social, legal, psicológico, económico y/o personal; 5) tener 18 años o más; 6) saber leer y escribir 7) un funcionamiento cognitivo de 6 o superior (Promedio estandarizado) y 8) una escolaridad de preparatoria en adelante.

El único criterio de exclusión del programa fue: 1) tener un cuadro psicótico.

### *INSTRUMENTOS*

**1. Entrevista Conductual (Smith y Meyers, 1995 en Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006).** La entrevista tiene como objetivo principal evaluar la motivación al cambio que presenta el usuario, abordando los problemas que le ha causado el consumo en cada área: física, personal, emocional, social, familiar, laboral y económica. Así mismo pretende identificar el perfil del usuario, recabando información sobre datos personales, estatus socioeconómico, historia de consumo y consecuencias asociadas. El terapeuta deberá prestar especial atención a aquellos indicadores relacionados con la necesidad del usuario de atención psiquiátrica paralela al tratamiento, como son: ideas e intentos suicidas en el último año, alucinaciones auditivas y visuales, depresión y ansiedad severa.

**2. Subescalas de repetición de dígitos y símbolos y dígitos (citado en Barragán et al, 2006).** Estas subescalas forman parte de la “Escala de Inteligencia para adultos de Weschler” [WAIS], la cual evalúa el coeficiente intelectual de adultos entre 16 y 74 años de edad, y se conforma por 11 subescalas, la escala de repetición de dígitos forma parte de las 6 subescalas verbales, y símbolos y dígitos forma parte de las 5 subescalas de ejecución. Las subescalas de repetición de dígitos y símbolos y dígitos tienen la finalidad de evaluar la memoria del usuario, específicamente la capacidad de retención inmediata de contenidos semánticos y simbólicos a nivel oral y visual. Cada una de las escalas se aplica por separado, la puntuación natural de cada escala se transforma para obtener la puntuación normalizada, sumando los dos puntajes para dividirlos entre dos y sacar un promedio. El puntaje mínimo para poder ser candidato para el Programa es mayor o igual a 6 puntos en ambas escalas (puntuación normalizada).

**3. Escala de Dependencia al alcohol [EDA] (Skinner y Allen, 1982 en Barragán et al, 2006).** Este instrumento fue elaborado por Skinner y Allen en 1982, mide la dependencia al alcohol, que puede ir de baja hasta severa. Está conformada por 25 reactivos y las opciones de respuesta se clasifican en una escala de 3 puntos, incluyendo reactivos dicotómicos y algunos de

cuatro puntos. La versión revisada del EDA correlacionó muy alto con la versión original ( $r=0.96$ ). En cuanto a los datos de validez, Skinner y Allen (1982) y Ross et al (1990) demostraron que este instrumento se asocia positivamente con medidas similares asociadas con el consumo excesivo y no con dependencia ( $r=0.69$ ). Los datos de confiabilidad test-retest fue de 0.92, y se aplicó a 76 personas a las que se les aplicó nuevamente dicho instrumento después de una semana de terapia (Barragan et al, 2006).

**4. Cuestionario de Dependencia a las drogas [CAD] (Skinner, 1982, adaptado por Fuentes y Villalpando, 2001 en Barragán et al, 2006).** El objetivo del instrumento, elaborado por Skinner en 1982, es medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando el consumo de drogas, y permite discriminar entre los que están clínicamente más involucrados y los menos involucrados en el consumo. Una calificación de cero indica que no se encontraron evidencias de problemas de abuso de drogas, mientras que puntuaciones más altas corresponden a un grado mayor de problemas relacionados con el abuso de drogas. Los índices reportados de confiabilidad han variado de .95 a .86 para usuarios de alcohol y drogas (Barragán et al, 2006).

**5. Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell y Sobell, 1992; versión adaptada al español Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998 en Barragán et al, 2006).** La LIBARE fue diseñada por Sobell y Sobell en 1992, es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario un año antes de haber iniciado el tratamiento, puede también ser utilizado durante y después de la intervención. Evalúa cambios específicos en el patrón de consumo, y permite identificar datos como: días y meses de mayor consumo, así como cantidad y frecuencia. Presenta una validez concurrente con la Escala de Dependencia al Alcohol [EDA] y con el cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST), con correlaciones de .53. Presenta una confiabilidad test-retest de .91 (Barragán et al, 2006).

**6. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol [ISCA] (Annis 1982; versión adaptada al español por Echeverría, Oviedo, y Ayala, 1998 en Barragán et al, 2006).** Elaborado por Annis en 1982, su objetivo es medir las situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden considerarse de alto riesgo para una recaída. Es de utilidad para apoyar el tratamiento y proporcionar un perfil de las áreas de mayor riesgo en el individuo. Consta de 100 reactivos, los cuales se agrupan en ocho subescalas: a) emociones desagradables, b) malestar físico, c) emociones agradables, d) probando autocontrol, e) necesidad o tentación de consumo, f) conflicto con otros, g) presión social y h) momentos agradables con otros. Cada uno de los reactivos se contesta en una escala de 4 puntos, que van desde “nunca” hasta “casi siempre”.

Las subescalas presentan una distribución normal y una validez de contenido y confiabilidad adecuadas (Barragán et al, 2006).

**7. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas [ISCD] (Annis, Graham y Martín 1988; versión adaptada al español por De León y Pérez, 2001 en Barragán et al, 2006).**

Identifica las situaciones de riesgo asociadas al consumo de drogas en las que el usuario es más propenso a presentar una recaída. El individuo tiene que indicar la frecuencia con la que consumió drogas ante cada una de las situaciones. Consta de 60 reactivos y cada uno se contesta en una escala de 4 puntos: “nunca”, “rara vez”, “frecuentemente” y “casi siempre”. Está compuesto por 8 subescalas: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad o tentación de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. Posee un validez adecuada y una confiabilidad test-retest de .98.

**8. Cuestionario de Confianza Situacional [CCS] (Annis, Graham y Davis 1987; versión adaptada al español por Echeverría y Ayala, 1977 en Barragán et al, 2006).**

Evalúa el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo de alcohol ante diez categorías situacionales, las cuales se agrupan en ocho subescalas: a) emociones desagradables, b) malestar físico, c) emociones agradables, d) probando autocontrol, e) necesidad o tentación de consumo, f) conflicto con otros, g) presión social y h) momentos agradables con otros. El individuo indica en un porcentaje del 0% al 100% el nivel de autoconfianza para resistirse al consumo de alcohol en cada situación, donde el 0% sería nula confianza de resistirse al consumo y 100% confianza total de resistirse. Presenta una validez de constructo y confiabilidad adecuadas (Barragán et al, 2006).

**9. Cuestionario de Auto confianza en el Consumo de Drogas [CACD] (Annis y Martín, 1985; versión adaptada al español por De León y Pérez, 2001 en Barragán et al, 2006).**

El instrumento fue diseñado para evaluar la confianza que tiene el usuario para poder resistir la urgencia de consumir drogas ante diversas situaciones. Está compuesto por 60 reactivos y el sujeto debe indicar qué tan confiado se siente de resistir a consumir cualquier droga en esa situación, del 0% de confianza al 100% de confianza de resistirse. Los reactivos se agrupan en ocho subescalas, las cuales son las mismas que se presentan en el ISCA, ISCD, y CCS. Posee una validez y confiabilidad adecuadas.

**10. Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1988; versión adaptada en español por Jurado, et al., 1998 en Barragán et al, 2006).** Fue elaborado por A. Beck et al. en 1988. Este instrumento consta de 21 reactivos y su objetivo es conocer el nivel de depresión que presenta la persona, que puede ser mínima (0 a 9 puntos), leve (10 a 16 puntos), moderada (17 a 29 puntos) o severa (30 a 63 puntos). El individuo selecciona entre cuatro aseveraciones la oración que más se adecue a la forma en que se sintió la semana pasada o inclusive el día en que se aplica la prueba. A cada aseveración le corresponde un puntaje, que va de 0 a 3. El puntaje total indica el nivel de depresión del sujeto. El instrumento posee validez concurrente con otros instrumentos y un alfa de cronbach de .87 (Barragán et al, 2006).

**11. Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, 1988; versión adaptada en español por Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001 en Barragán et al, 2006)** También fue elaborado por Beck et al. en 1988. El instrumento permite evaluar los síntomas de ansiedad. Consta de 21 reactivos que se contestan en una escala de 4 puntos, que pueden ser: “poco o nada”, “mas o menos”, “moderadamente” y “severamente”. El puntaje total indica el nivel de ansiedad del sujeto que puede ser: mínima, leve, moderada o severa. Posee una validez de constructo adecuada y un alfa de cronbach de .83.

**12. Escala de Satisfacción (Azrin, Naster y Jones, 1973 en Barragán et al, 2006).** Elaborado por Azrin et al. (1973), este instrumento detecta el nivel de satisfacción general del individuo en las principales áreas de su vida. Las áreas que evalúa son: 1) consumo/Sobriedad; 2) progreso en el trabajo o en la escuela; 3) manejo del dinero; 4) vida Social y recreativa; 5) hábitos personales; 6) relaciones familiares o matrimoniales; 7) situación Legal; 8) vida emocional; 9) comunicación y 10) satisfacción general. Al usuario se le pide que establezca en una escala del 1 al 10 cómo se siente en esa área de su vida. Los puntajes cercanos a uno reflejan insatisfacción y aquellos que se acerca a 10 reflejan satisfacción. Su confiabilidad es de .76 mostrando una consistencia interna adecuada, así como validez de criterio (Barragán et al, 2006).

**13. Instrumento de Calidad de Vida (Palomar, 1995 en Barragán et al, 2006).** Este instrumento tiene por objetivo medir la percepción que tiene el individuo sobre su calidad de vida, y fue elaborado por Palomar en 1995. Consta de 80 reactivos y se divide en cuatro áreas: 1) área general, b) área laboral, c) de pareja e e) hijos. Se le pide al sujeto que evalúe cada uno de los reactivos en una escala del 1 al 3, en donde 3 es “muy satisfecho”, 2 es “regularmente

satisfecho” y 1 es “nada satisfecho”. En general este instrumento presenta una validez y confiabilidad adecuadas, con un alfa de .9337 (Barragán et al, 2006).

Todos los instrumentos mencionados en este apartado se encuentran publicados en el Manual de Terapeuta Tomo II del Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán et al, 2006); UNAM, CONACYT y CONADIC.

### *PROCEDIMIENTO*

Los participantes estuvieron internados durante 6 semanas en el CAIS, en abstinencia total. El plan de tratamiento fue integral, y se componía por intervenciones de tipo psiquiátrica y psicológica. Los usuarios tenían sesiones semanales con cada uno de los profesionales de la salud del centro. Desde la primera semana de internamiento se les recetaron medicamentos para estabilizar el estado de ánimo (antidepresivos y/o ansiolíticos) y para controlar el antojo por las sustancias (medicamentos anticraving).

Adicional al plan de tratamiento ya mencionado, y tomando en cuenta las necesidades de los pacientes y los criterios de inclusión del programa, se decidió incluirlos en la intervención. Se trabajó en sesiones semanales con duración de una hora.

Es importante mencionar que los componentes del tratamiento no tienen un orden estricto, sino que depende de las necesidades del usuario identificadas por el terapeuta durante el proceso de admisión, evaluación y del reporte del usuario respecto a situaciones específicas de riesgo que necesite enfrentar en ese momento.

El *PSC* busca impactar la conducta de consumo entrenando al usuario para el dominio de diversas habilidades, y lo logra mediante una combinación de técnicas cognitivas y conductuales. A continuación se describen las principales técnicas que utiliza el *PSC* para lograr un cambio en el usuario:

### *TÉCNICAS COGNITIVAS*

**a) Reestructuración Cognitiva:** El origen de esta técnica se basa en el supuesto de que los usuarios de drogas tienen creencias irracionales con respecto al uso de sustancias como: “Trabajo duro y merezco diversión”, “Si dejo de consumir drogas me deprimiré”, “Fumar me

relaja”, entre otras (Beck et al, 1999); tales pensamientos provocan que la persona siga consumiendo a pesar de que le causa problemas o que desea dejar de hacerlo. Cuando los pacientes saben controlar estos pensamientos automáticos y creencias son capaces de detenerlos o cambiarlos por otros más positivos que refuercen el autocontrol de la propia conducta.

Los componentes de “*control de emociones*” (*enojo, ansiedad, tristeza y celos*) se apoyan de manera significativa en la reestructuración cognitiva, utilizando algunas variantes como son: auto-instrucciones positivas para controlar el enojo; cambio de pensamientos negativos para el control de la tristeza y los celos. Otros componentes que se apoyan en que el usuario identifique pensamientos negativos y precipitadores y los cambie por otros más realistas y no precipitadores son: “*Muestra de Abstinencia*”, “*Prevención de Recaídas*”, “*Búsqueda de empleo*”, y “*Rehusarse al consumo*”, principalmente.

### TÉCNICAS CONDUCTUALES

**a) Registro del consumo:** El análisis funcional de la conducta es uno de los principios básicos en los que se fundamentan las terapias cognitivo conductuales. Ésta técnica conductual permite identificar tanto los antecedentes como las consecuencias asociadas al consumo.

**b) Programación y Control de las Actividades:** Los pacientes que abusan de las drogas tienden a involucrarse en actividades y conductas que favorecen el consumo y a su vez descuidan las actividades prosociales como son el trabajo, el estudio, los hobbies entre otras (Beck et al, 1999). El PSC contempla tal situación, y mediante el desarrollo de planes de acción sesión tras sesión busca controlar las conductas que pudieran poner en riesgo al usuario e incrementar las conductas productivas. Uno de los componentes que se basa en este principio es “*Habilidades Sociales y Recreativas*” el cual busca que el usuario realice de manera permanente y/o esporádica actividades que disfruta como una forma de incrementar la ocurrencia de actividades alternas al consumo que produzcan satisfacción y aumenten la calidad de vida del usuario.

**c) Modelamiento y Ensayos Conductuales (role-playing):** La mayoría de los usuarios que llegan a tratamiento tienen problemas concomitantes como son dificultades para comunicarse (Platt y Hermalin, 1989), para rehusarse a consumir, entre otros. Por lo tanto, el terapeuta deberá identificar estos déficits para enseñarle al usuario habilidades que le permitan superar esas dificultades. La forma de llevar a cabo este aprendizaje es mediante los ensayos conductuales donde el terapeuta toma el rol del paciente y le modela algunas repuestas que no

había pensado antes, posteriormente se invierte el rol para que el usuario ponga en práctica las habilidades.

Este procedimiento se deberá repetir hasta que el paciente domine las nuevas habilidades; cuando el role playing se repite ayuda al paciente a desarrollar repertorios de conducta social nuevos, maduros, efectivos en ambientes seguros, donde los errores se pueden corregir sin consecuencias (Beck et al, 1999).

Los componentes que más se apoyan en el ensayo y modelamiento de habilidades son: *“Rehusarse al consumo”, “Habilidades de Comunicación”, “Control de las Emociones (ansiedad, tristeza, enojo y celos), “Consejo Marital”, “Búsqueda de Empleo” y “Entrenamiento al otro significativo”*.

**d) Autocontrol de las emociones:** Se ha identificado que los usuarios con dependencia a las sustancias presentan con mucha frecuencia una incapacidad para enfrentar en forma eficiente los estados de ánimo negativos como el enojo, la tristeza y la ansiedad, lo cual puede ocasionar que se precipite una recaída (Cummings, Gordon y Marlatt, 1980; Beck et al, 1999). Por lo que el entrenamiento para lograr controlar estados de ánimo negativos puede ser algo muy útil porque proporciona al usuario las técnicas necesarias para relajarse, aprender a controlar el enojo o la tristeza, lo cual se traduce en una mayor sensación de autocontrol, incrementado su auto eficacia ante situaciones de riesgo y reduciendo la probabilidad de presentar una recaída.

**f) Habilidades para la solución de problemas:** En etapas avanzadas del abuso de drogas muchos pacientes tienden a consumir como una forma de enfrentar las dificultades (Beck, et al, 1999). Por lo que aprender a identificar los problemas y solucionarlos de manera constructiva suele ser una necesidad básica que deberá satisfacer el tratamiento. El componente de *“Solución de Problemas”* busca dotar de estrategias al usuario para que aprenda a solucionar problemas en su vida diaria y así mejorar su calidad de vida.

## RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASOS

### a) Características Sociodemográficas

En el Programa de Satisfactores Cotidianos participaron 13 usuarios, los cuales completaron en promedio seis sesiones de tratamiento durante su internamiento en el CAIS Torres de Potrero. En la Tabla 6 se describen las principales características sociodemográficas de los participantes.



**Tabla 6. Características sociodemográficas de los usuarios**

VARIABLE	RESULTADO
Edad	19 a 33
	X= 26 años
Sexo	Varones= 85%
	Mujeres= 15%
Escolaridad	Primaria= 21.4%
	Secundaria= 43%
	Bachillerato= 21.4%
	Licenciatura= 7.1%
	No reportó estudios= 7.1%
Motivo de Consulta	Múltiples sustancias= 50%
	Alcohol= 21.4%
	Cocaína= 28.6%
Tipo de usuario	Una sola droga= 61%
	Poliusuario= 50%
Droga	Alcohol= 30.7%
	Crack= 38.4%
	Alcohol y crack= 15.3%
	Crack y Marihuana= 15.3%

Marihuana y Solventes=7.6%

Tipo de atención

Unidad Residencial= 79%

Consulta externa= 21%

b) Resultados del tratamiento y variables asociadas por cada participante

En la Tabla 7 se presenta la información de cada uno de los participantes, variables demográficas por participante, principal droga de abuso, motivo de consulta, resultados obtenidos en admisión y evaluación, componentes de tratamiento y observaciones.

**Tabla 7. Resultados del tratamiento y variables asociadas por cada participante**

	Est	Motivo de Consulta	Prin	Admisión	Evaluación	Componentes de Tratamiento	Observaciones
	ado		cipal	n	n		
	Civi		drog				
	l y		a de				
	Oc		abu				
	upa		so				
	ció						
	n						
	Cas	“Mi esposo estuvo	Crack	<b>Dependencia</b>	<b>Emociones desagradables</b>	Control de las Emociones (Enojo)	La usuaria desertó del internamiento en la 4ta semana. A lo largo del tratamiento se mostraba o muy irritada o muy deprimida. Según lo reportado por los terapeutas del centro el recordar un
	ada	aquí internado hace	(consumo	al a drogas	como principal situación de consumo (70%) y 12% de confianza de resistir el consumo en dicha		
	Ma	3 meses, ahora	o	(12 puntos).			
	estr	vengo yo por la	una				
	a	piedra. He	vez				
		desatendido a mis	por				
		hijos, he tenido	semana				
		muchos problemas	en				
		con mi pareja y	el	<b>Funcionamiento cognitivo</b>			
		económicos”	último	=8			
			año,				
			4				

			gramos aproximadamente)	(2 puntos superior al mínimo).		situación.	evento doloroso de la infancia le ocasionó una crisis que precipitó su salida del centro.	
				<b>Satisfacción General</b> =4		<b>Ansiedad Leve</b> (13 puntos) y <b>Depresión Moderada</b> (25 puntos). <b>Mediana Calidad de Vida</b>		
1	Solt	“Mi mamá me trajo por que me drogo, muchos problemas con ella y perdí mi trabajo”	Marihuana y Solventes	<b>Dependencia sustancial</b> a drogas  (15 puntos)		<b>Emociones placenteras</b> como principal situación de consumo (86%) y 88% de confianza de resistir el consumo en dicha	Control de las Emociones (Enojo) y Muestra de Abstinencia	Este usuario fue atendido primero en consulta externa durante 3 semanas y posteriormente se internó. El avance fue muy limitado por su bajo funcionamiento cognitivo (pensamiento
2	Alb añil		(7 cigarrillos diarios en el último	<b>Funcionamiento cognitivo</b> =4  (2 puntos				

			mo año, y activ o una vez por mes )	por debajo del mínimo).  <b>Satisfacc ión General</b> =6	situación. <b>Ansiedad Moderad a</b>  (17 puntos) y          <b>Depresió n Moderad a</b>  (25 puntos). <b>Mediana Calidad de Vida</b>		concreto), lo cual dificultó mucho el entrenamiento .
;	Cas	“Mi esposa me	Crac	<b>Depende</b>	<b>Emocion</b>	Control de	El usuario tenía
;	ado	amenazó con	k y	<b>ncia</b>	<b>es</b>	las	buena
	Em	dejarme y alejar a	Alco	<b>sustanci</b>	<b>displacen</b>	emociones	disposición al
	ple	mis hijas si no me	hol	<b>al a</b>	<b>teras</b>	(Ansiedad)	tratamiento lo
			(con	drogas	como	, Análisis	cual facilitó el
			sum	(15	principal		entrenamiento
			o		situación		en habilidades.

<p>ado en una esc uel a</p>	<p>trato”</p>	<p>diari o en los últi mos 3 mes es, 3 gra mos y 5 cerv ezas por ocas ión)</p>	<p>puntos) y <b>moderada</b> al alcohol  (18 puntos).  <b>Funcionamiento cognitivo</b> =6.5 (medio punto por arriba del mínimo).  <b>Satisfacción General</b> =8</p>	<p>de consumo de crack (86%) y 60% de confianza de resistir el consumo en dicha situación. <b>Probandorol</b> como situación principal de consumo para el alcohol y 50% de confianza de resistir el consumo. <b>Ansiedad Moderada</b>(28 puntos) y</p>	<p>Funcional de la Conducta de consumo y no consumo y Muestra de Abstinencia.</p>	<p>Al finalizar su internamiento estuvo interesado en continuar en consulta externa para tratar problemas de pareja, sin embargo no se presentó a las sesiones.</p>
---	---------------	--	--	--	---	---

					<b>Depresión Leve</b> (14 puntos). <b>Mediana Calidad de Vida</b>		
M	26	Unión libre Empleado	“El crack me ha traído problemas de pareja y mucho gasto y creo que ya es hora. Quiero recuperar la confianza de mi familia”	Crack (consumo diario en los últimos 4 meses, 3 gramos aprox)	<b>Dependencia moderada</b> a drogas  (10 puntos).  <b>Funcionamiento cognitivo=9</b>  (4 puntos por arriba del mínimo).	<b>Emociones desagradables</b> como principal situación de consumo (66%) y 2% de confianza de resistir el consumo en dicha situación.  <b>Ansiedad Leve</b>  (6 puntos) y <b>Depresión Leve</b> (11 puntos).	Análisis Funcional de la Conducta de consumo y Muestra de abstinencia.

					<b>Satisfacción General =4</b>	<b>Mediana Calidad de Vida</b>	
F	18	Soltera  Estudiante	“Esta es mi última opción, ya estuve en un centro antes por mi consumo de alcohol, quiero estar bien con mi mamá”	Alcohol  (7 caguamas diarias en los últimos 4 meses)	<b>Dependencia moderada</b> al alcohol (19 puntos)  <b>Funcionamiento cognitivo=8.5</b> (3.5 puntos por arriba del mínimo).  <b>Satisfacción General =4</b>	<b>Emociones desagradables</b> como principal situación de consumo (95%) y 50% de confianza de resistir el consumo en dicha situación. <b>Ansiedad Mínima</b> (4 puntos) y <b>Depresión Leve</b> (15 puntos).  <b>Escasa Calidad de Vida</b>	Análisis Funcional de la Conducta de consumo y no consumo y Control de las emociones (Tristeza)
M	26	Unión Libre  Empleado de un lava	“Le recomendaron a mi mamá el centro. Quiero dejar la piedra	Crack  (2 gramos a la semana durante los 5	<b>Dependencia sustancial</b> a las drogas (12 puntos)  <b>Funcionamiento</b>	<b>Emociones placenteras</b> como principal situación de consumo (60%) y 80% de confianza de resistir el	Análisis Funcional de la Conducta de



		autos	porque me ha traído muchos problemas y gastos”	meses anteriores)	<b>cognitivo=7</b> (1 punto por arriba del mínimo).	consumo en dicha situación. <b>Ansiedad Leve</b> (11 puntos) y <b>Depresión Leve</b> (12 puntos).	consumo y no consumo y Muestra de Abstinencia
					<b>Satisfacción General =6</b>	<b>Mediana Calidad de Vida</b>	
M	41	Casado  Empleado del gobierno	“Estuve sin consumir durante 10 años, estaba jurado, pero hace 4 meses volví a consumir alcohol muy excesivamente. Necesito ayuda”	Alcohol (un litro de alcohol diario en los 4 meses previos)	<b>Dependencia baja</b> al alcohol (12 puntos).  <b>Funcionamiento cognitivo=7</b> (1 punto por arriba del mínimo).	<b>Prueba de control</b> como principal situación de consumo (40%) y 100% de confianza de resistir el consumo en dicha situación.  <b>Ansiedad</b> y <b>Depresión Mínima</b> (3 puntos).	Análisis Funcional de la Conducta de consumo y no consumo
					<b>Satisfacción General =9</b>	<b>Mediana Calidad de Vida</b>	

<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado Civil y Ocupación</b>	<b>Motivo de Consulta</b>	<b>Principal droga de abuso</b>	<b>Admisión</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Componentes de Tratamiento</b>
M	29	Casado  Albañil	“Estoy en un anexo, y mi padrino conoce a gente que le recomendó el	Crack  (consumo 3 veces por semana en los últimos 6 meses, 2.5 gramos aprox) y	<b>Dependencia severa</b> a drogas (18 puntos) y baja al alcohol (11 puntos).  <b>Funcionamiento</b>	<b>Emociones placenteras,</b> como principal situación de consumo (100%) y 40% de confianza de resistir el	Muestra de abstinencia, Habilidades de Rehusarse al consumo

			centro”	Alcohol (1 litro de alcohol a la semana)	<b>cognitivo</b> =7.5 (1.5 puntos por arriba del mínimo).	consumo en dicha situación.	
					<b>Satisfacción General</b> =6	<b>Ansiedad Moderada</b> (18 puntos) y <b>Depresión Moderada</b> (14 puntos).	
						<b>Mediana Calidad de Vida</b>	
M	18	Soltero Estudiante	“Me degradé, peleaba con mi papá y saqué cosas de la casa para	Crack (1 gramo diario durante 1 mes)	<b>Dependencia sustancial</b> a las drogas (11 puntos) <b>Funcionamiento cognitivo</b> =5 (1 punto por	<b>Emociones desagradables</b> como principal situación de consumo (56%) y 76%	Análisis Funcional de la Conducta de consumo y no consumo

			vender, quiero dejar la piedra. No quiero tocar fondo”		debajo del mínimo).	de confianza de resistir el consumo		
					<b>Satisfacción General =7</b>	<b>Ansiedad Mínima</b> (2 puntos)		
M	20	Soltero Estudiante	“Desde los 18 años tengo problemas con el consumo. Vengo porque a mi mamá le recomendaron el centro y no tienen para pagarme algo mejor”	Cocaína en polvo y crack, y marihuana (consumo diario hace medio año)	<b>Dependencia severa</b> a las drogas (18 puntos).	No aplica	No aplica	No aplica
					<b>Funcionamiento cognitivo=7.5</b> (1.5 puntos por arriba del mínimo).			
					<b>Satisfacción General =1</b>			
M	20	Soltero	“Quiero estar	Marihuana,	<b>Dependencia sustancial</b> a las	No aplica	No aplica	No aplica

		Vendedor de ropa	bien conmigo mismo, por el consumo perdí el interés en mi trabajo, bajé de peso por la droga, robé"	crack y alcohol (3 veces por semana en el último año, cantidad variable)	drogas (13 puntos)  <b>Funcionamiento cognitivo</b> =7(1 puntos por arriba del mínimo).  <b>Satisfacción General</b> =8		
M	21	Soltero  Estudiante	"Quiero dejar la piedra, recuperar todo lo que he perdido"	Crack (cantidad variable, último mes 2 gramos diarios)	<b>Dependencia severa</b> a las drogas (16 puntos).  <b>Funcionamiento cognitivo</b> =6 (mínimo)	<b>Prueba de control</b> como principal situación de consumo (100%) y 28% de confianza de resistir el consumo.	Análisis Funcional de la Conducta

					requerido).			
							<b>Ansiedad Mínima</b>	
							(8 puntos).	
						<b>Satisfacción General =1</b>	<b>Escasa Calidad de Vida</b>	
M	19	Soltero  Desempleado	“Vengo del CAIS de Coruña, el director me mandó para acá. Si dejo de consumir me dan trabajo”	Alcohol (1 litro de mezcal desde 18 años)	<b>Dependencia moderada</b> al alcohol (16 puntos).		No aplica	No aplica
						<b>Funcionamiento cognitivo=7</b> (1 punto por arriba del mínimo requerido).		
						<b>Satisfacción General =10</b>		



c) Componentes del Tratamiento

En general los usuarios cubrieron los siguientes componentes de tratamiento: *análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo, control de las emociones (enojo, ansiedad, tristeza) y muestra de abstinencia*. La Tabla 8 muestra los componentes aplicados al total de la muestra (n=13).

**Tabla 8. Porcentaje de componentes aplicados a la muestra participante**

<b>Componente</b>	<b>No. De Usuarios que cubrieron el componente</b>	<b>Porcentaje %</b>
Admisión	13	100%
Evaluación I	11	85%
Evaluación II	11	85%
Análisis Funcional de la Conducta de Consumo [AFC]	7	54%
Muestra de Abstinencia	5	38%
AFC de no consumo	5	38%
Rehusarse al consumo	1	8%
Enojo	2	15%
Ansiedad	1	8%
Tristeza	1	8%

**DISCUSIÓN**



El objetivo del programa fue que los usuarios modificaran su conducta de consumo y mantuvieran la abstinencia, mediante la práctica de conductas eficientes que promovieran un estilo de vida saludable no asociado con el consumo.

La mayoría de los usuarios atendidos con el programa fueron hombres consumidores de una sola sustancia (61%), en su mayoría crack (38.4%) y alcohol (30.7%). En el 54% de los casos, el nivel de dependencia a las drogas ilegales fue severa; mientras que el 60% de los casos que reportaron consumo de alcohol, mostraron una dependencia moderada. Si bien el porcentaje de personas que presenta dependencia al alcohol (0.7%) y a drogas ilegales (0.7%) es mucho menor en comparación a los que presentan un consumo peligroso (24% y 4.6% respectivamente) (Observatorio, 2003); resulta indispensable atender a dicha población con programas más intensivos y de larga duración como el PSC, cuya intención es rehabilitar al usuario para que alcance la abstinencia y reestablecer la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales (Barragán et al, 2006).

Uno de los principales objetivos del programa fue entrenar al usuario para que analizara los antecedentes y consecuencias de la conducta de consumo; para identificar situaciones de riesgo, hacer planes de acción y prevenir recaídas (Barragán, 2005). Las principales situaciones de riesgo que presentó la población fueron: *“Prueba de control”* (42%), *“Emociones placenteras”* (25%) y *“Emociones desagradables”* (25%). Las situaciones ante las cuales los usuarios se percibieron menos autoeficaces para enfrentar sin consumo fueron: *“Emociones displacenteras”* (14.3%), *“Presión social”* (21.4%) y *“Necesidad y tentación de consumo”* (28.6%).

Esta información destaca la importancia de desarrollar en los usuarios habilidades que les permitan controlar las emociones y los pensamientos que anteceden o preceden el consumo, como son el enojo, la ansiedad, la alegría, entre otras, para que se manejen de manera adecuada y no se conviertan en precipitadores. Por esta razón, el entrenamiento en habilidades es una herramienta esencial para poder enfrentar las situaciones de riesgo sin consumo, sin embargo el entrenamiento en esta población se cubrió de manera muy limitada, en promedio los usuarios cubrieron 6 sesiones de tratamiento, que corresponden a seis semanas de internamiento, mientras que para concluir el programa se necesitan 20 sesiones. Otra razón que afectó el entrenamiento fue que los usuarios al egresar del centro no asistieron a la consulta externa. La mayoría de los participantes cubrieron la admisión (100%) y la Evaluación I y II (85%), mientras que solo el 54% tomó el primer componente y el 38% el segundo, de un total de 12 componentes de tratamiento.

Es importante destacar que la mayoría de los usuarios (76%) fueron atendidos en la unidad residencial del CAIS, donde además de ser tratados con el programa, participaron durante seis semanas en tratamiento de tipo psiquiátrico y psicológico. La complementariedad de los tratamientos permitió que los participantes disminuyeran la severidad de los síntomas psiquiátricos asociados, y que a pesar de haber experimentado síntomas de abstinencia severa antes del ingreso, presentaran durante la segunda semana de tratamiento, un nivel de ansiedad y depresión leve ( $x=11$ ;  $x=12$ ).

El programa permitió que los usuarios identificaran los antecedentes y consecuencias de la conducta de consumo, así como las principales situaciones de riesgo y en algunos casos, aprendieran habilidades para enfrentarlas sin consumo, sin embargo la complementariedad de los tratamientos contribuyó de manera importante para que se trataran los síntomas físicos y psicológicos relacionados con el consumo. Lo cual coincide con lo reportado por algunos autores sobre la importancia de combinar intervenciones de tipo farmacológico y psicológico en el tratamiento de usuarios con dependencia a sustancias y con sintomatología psiquiátrica asociada (Hall, Humfleet, Reus, Muñoz y Cullen, 2004; Decker y Ries, 1996; Ashton, 1994; Baron, Sands, Ciraulo et al; 1990) (**Ver Anexo 1 A**).

Finalmente se sugiere fortalecer las estrategias de retención de usuarios una vez que egresan del Centro, para disminuir la tasa de ausentismo y aumentar la asistencia al tratamiento con la finalidad de continuar el proceso terapéutico y con el aprendizaje de habilidades para mantener y fortalecer la abstinencia.

La tercera parte de este documento presenta en extenso el reporte de un caso tratado con el PSC; cabe señalar que este caso también fue atendido dentro de las instalaciones del CAIS Torres de Potrero durante la residencia. Se incluye la información obtenida durante el proceso de admisión y evaluación al programa, instrumentos aplicados, recursos y déficits de una usuaria; diagnóstico, tratamiento, resultados, seguimientos y discusión del proceso terapéutico.



*TERCERA PARTE*

### **3. REPORTE DE CASO ÚNICO**

#### **INTRODUCCIÓN**

El PSC ha sido reportado como un programa efectivo para tratar usuarios con dependencia severa a drogas legales e ilegales (Barragán et al, 2005), por tal razón se aplicó a una usuaria con dependencia severa al crack, marihuana y rohipnol, con sintomatología psiquiátrica asociada (ansiedad) y con pérdidas en varias áreas de la vida cotidiana. Desde su internamiento en el CAIS hasta su egreso del mismo, se le atendió durante 27 sesiones de tratamiento.

Además del programa de tratamiento del PSC, la usuaria recibió, durante su internamiento y en consulta externa, una intervención multidisciplinaria que constaba de sesiones semanales de atención psiquiátrica y psicológica.

El objetivo de este capítulo es presentar la descripción en extenso del caso con seguimiento a tres meses. Los antecedentes teóricos, estructura y objetivos del PSC se expusieron en páginas anteriores (p 45-50); por lo que este apartado concentrará la parte práctica del reporte de caso. Así mismo se presentan en forma de anexo, algunos temas adicionales al reporte de caso, que permitieron la discusión del mismo, como son: la importancia de los tratamientos múltiples en el abordaje de usuarios con problemática dual, los efectos de las drogas consumidas por la usuaria en cuestión, las hojas de trabajo y formatos, entre otros (Ver Anexos).

A continuación se presenta la descripción del caso, historia de consumo, desarrollo de la intervención y resultados obtenidos.

### 3.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

#### DATOS GENERALES

Mujer de 21 años de edad, 51 kilogramos de peso, con Licenciatura trunca en Artes Visuales (primer semestre). La sustancia principal de consumo al momento de iniciar el tratamiento fue *el crack, la marihuana y el rohipnol*, consumiendo 3 veces por semana durante el último año. También consumió alcohol y éxtasis pero de manera esporádica. En el último año, el período más largo de abstinencia fueron 61 días continuos como resultado de su estancia en el penal para mujeres. Con síntomas de ansiedad severa como: taquicardia, miedo, palpitaciones, sudoración, temblores, debilidad, entumecimiento, etc.

El motivo de consulta fue: *“Mi familia quiso que me internara, estuve en el reclusorio y ésta es mi última opción”*. Los problemas ocasionados por el consumo hicieron que buscara tratamiento especializado. Reconocía las consecuencias ocasionadas por el consumo y consideraba su problemática con el consumo de sustancias como muy grave. Al llegar a tratamiento llevaba 3 semanas sin consumir, porque en un intento por controlarla, su familia la encerró en casa.

La usuaria es hija única y vive en casa de los abuelos maternos con su madre, sus tíos, tías y primos. Sus padres se separaron cuando ella tenía 3 años, reportando que el padre es alcohólico, con quien actualmente no tiene ninguna relación.

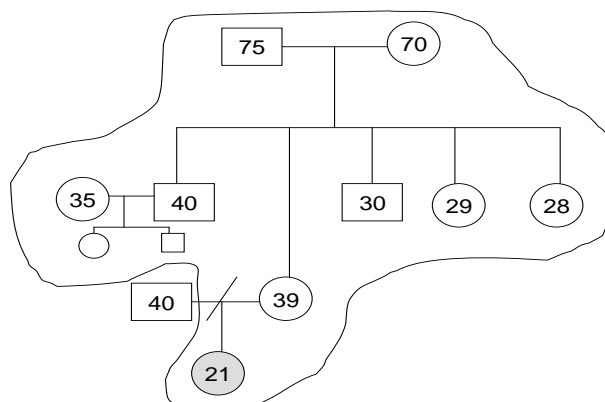


Figura 1. Familiograma

La usuaria fue canalizada por Centros de Integración Juvenil al Centro de Asistencia e Integración Social Torres de Potrero [CAIS]: *“La psicóloga me dijo que yo era un caso perdido, que lo único que quedaba era medicarme”*. Fue atendida en la Unidad Residencial del CAIS durante 6 semanas (del 16/01/07 al 20/02/07), recibiendo desde el primer día de ingreso en el Centro atención médica, psicológica (individual y grupal) y psiquiátrica. Las sesiones con el médico, psicólogo y psiquiatra eran semanales. El tratamiento del Programa de Satisfactores Cotidianos [PSC] también se le ofreció desde la primera semana de ingreso, en sesiones semanales de una hora. Cabe destacar que un requisito para ingresar al CAIS fue mantenerse en abstinencia durante las 6 semanas del internamiento.

Una vez que egresó la usuaria, el Centro siguió ofreciendo apoyo psiquiátrico y psicológico (individual y familiar) una vez al mes. El tratamiento con el PSC continuó, también en consulta externa (del 28/02/07 al 25/07/07), la duración de las sesiones fueron de una hora, una vez por semana. En total se le atendió, desde su ingreso hasta su egreso, durante 27 semanas, que equivale a 27 sesiones de tratamiento.

### **3.2. INFORMACIÓN OBTENIDA DE LA ENTREVISTA**

#### **MOTIVACIÓN HACIA EL CAMBIO Y CONSECUENCIAS ASOCIADAS**

Durante la entrevista inicial la usuaria se mostró cooperadora aunque escueta en sus respuestas, con mirada pérdida y aletargada. A pesar de que ingresó al Centro por presión familiar, reportó que para ella era muy importante dejar de consumir por los problemas que le había causado el consumo de drogas como: abandono de estudios, gastos excesivos, aislamiento de familiares y amigos, lagunas mentales, pérdida de confianza, detenciones y encarcelamiento. Sus principales razones para cambiar fueron: *“Tengo miedo de volverme loca, quiero recuperar mi salud mental y reparar los problemas que le causé a mi familia”*.

Al preguntarle sobre su seguridad para dejar de consumir en ese momento dijo sentirse muy segura de poder dejar el consumo, y en una escala de 1 a 10, donde 10 es “muy seguro de no consumir”, puntuó con 9 puntos.

La consecuencia relacionada con el consumo que percibió como más grave fue su ingreso al penal (durante 6 meses). En el mes de Abril del 2006 entró a la cárcel porque la policía la relacionó con personas que se dedicaban a robar. Salió en el mes de Septiembre del mismo año por pago bajo fianza.

Como resultado del consumo llegó a presentar paranoia, alucinaciones, ansiedad, depresión, euforia exacerbada y solía portar cuchillo para defenderse.

### **CRONOLOGÍA DEL CONSUMO**

Inició con el consumo de *alcohol* a los 16 años de edad, presentando un consumo esporádico y moderado, 2 cervezas cada 3 meses aproximadamente. A los 17 años comenzó a consumir *marihuana*, fumaba 3 cigarros una vez a la semana y *rohipnol* de manera ocasional, una vez al mes. A los 18 años comienza con el consumo de *éxtasis*, consumiendo dos pastillas diarias durante 6 meses. A los 19 años comenzó con el consumo de *crack*; en un inicio consumía uno o dos “*puntos*” una vez al mes, aumentando la frecuencia y cantidad de consumo; medio gramo una vez por semana, dejó el consumo de *éxtasis* por preferir el consumo de “*pedra*”.

A los 20 años comenzó a combinar sustancias, por lo que el consumo aumentó en cantidad y frecuencia. Consumía por ocasión de consumo, medio gramo de *crack*, medio cigarro de *marihuana* y una o dos pastillas de *rohipnol*, 3 veces por semana. Al entrar al penal (11 de Abril al 11 de Septiembre del 2006) suspendió el consumo durante dos meses porque las custodias la vigilaban de día y de noche. Al finalizar ese período reinició el consumo dentro del penal, consumiendo medio gramo de *crack*, un cigarro de *marihuana* y 2 pastillas de *rohipnol* 4 veces por semana. Presentó ocasiones de consumo excesivo de *crack*, llegando a consumir hasta 3 gramos.

Al salir del penal aumentó la cantidad de *crack* pero disminuyó su frecuencia, consumiendo 1 gramo dos veces por semana. Al preguntarle porque había suspendido el consumo de *marihuana* y *rohipnol* respondió: “*Me clavé en la pedra, lo importante para mí era estar fumada*”.

### **HISTORIA DEL CONSUMO**

A los 16 años la usuaria comenzó a beber *alcohol* en fiestas de manera muy esporádica, tomaba una o dos cervezas. Un año después probó la *marihuana* y el *rohipnol* por un amigo de la preparatoria. Comenzaba a ir a fiestas “*rave*” y comenzó con el consumo de *éxtasis*, tenía 18 años y el consumo comenzó a ser diario (2 pastillas) por un periodo de 6 meses. A los 19 años entró a la estudiar Artes Visuales, enfocándose en la fotografía. Iba a Tepito a tomar fotografías de la gente, y es ahí donde conoció a un hombre con quien más tarde



fumaría crack: *“Al verlo me recordó a mi papá y fui yo quien le pidió que me comprara unas piedras”*. Unos meses después decidió dejar la escuela: *“No me gustó lo que veíamos, los temas eran aburridos y difíciles”* y de esta manera comenzó a frecuentar más al señor con quien fumaba, iba tres veces por semana y fumaba medio gramo de *“piedra”*. Combinaba el crack con la *marihuana* y el *rohipnol* para no sentir los efectos de la *“piedra”*: *“Fumaba piedra, y lo combinaba con marihuana y rohipnol para entablarme y no sentir la paniqueada”*.

Al dejar la escuela, comenzó a trabajar en Tepito para conseguir dinero para el consumo, levantando puestos, pidiendo dinero en el metro, vendiendo discos e incluso engañando a hombres que buscaban sexo: *“Yo les decía que sí, pero a la mera hora no aflojaba”*. El señor con el que consumió por primera vez era quien le regalaba el crack, la usuaria reportó que incluso lo llamaba *“papá”* y que no solo le regalaba la droga sino que además la aconsejaba y platicaba con ella.

Hasta el mes de Marzo del 2006 ella iba a trabajar a Tepito y regresaba por las noches a su casa, dando excusas a su madre quien le hacía preguntas sobre el lugar donde trabajaba, su ocupación, etc. A partir del mes de Abril dejó de llegar a su casa: *“Ya no me importaba mi familia, lo único que quería era drogarme”*, y decidió vivir en las calles de la colonia Morelos, y es cuando comenzó a consumir con un grupo de personas que se dedicaban a robar casas y autos. El día 11 de abril la arrestaron por estar vinculada con dicho grupo: *“Me agarraron porque sabían que yo me juntaba con ellos y querían que soltara la sopa, pero yo no sabía nada, estaba intoxicada y los policías me agarraron”*.

Al ingresar al penal de mujeres dejó de consumir durante dos meses porque las custodias la vigilaban de día y de noche y porque las reclusas con las que estaba no consumían. Al finalizar ese período volvió a consumir crack, marihuana y rohipnol dentro de las instalaciones del penal.

Para poder comprar la droga mentía a su familia diciendo que si no daba cierta cantidad de dinero la iban a golpear, también le pedía tarjetas de teléfono a un amigo que la visitaba, argumentando algo similar.

Al salir del penal el 11 de septiembre del 2006 regresó a Tepito a buscar al señor con quien consumía: *“Al salir lo primero que hice fue ir a buscarlo”*. Dejó de consumir marihuana y

*rohipnol*, aumentando la cantidad de crack (un gramo dos veces por semana). Siguió consumiendo en Tepito dos veces por semana, pero en el mes de Diciembre presentó una intoxicación muy aguda y un policía la encontró y llamó a su familia: “*No se ni que me metí. Sentí que todo se incendiaba, la gente me hablaba y yo no entendía, me metía debajo de los carros. Un policía me encontró y llamó a mi casa*”. Su familia fue por ella a las calles de Tepito y decidieron encerrarla en casa para que no consumiera más (tres semanas). A su madre le recomendaron el CAIS Torres de Potrero y sus familiares decidieron internarla en el mes de Enero del 2007.

Para ahondar sobre los efectos del crack, marihuana y rohipnol, así como sobre el proceso de tolerancia y adicción de cada sustancia se sugiere leer el **Anexo 1 B**.

### **3.3 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**

A continuación se enumeran los instrumentos utilizados durante la admisión y la evaluación I y II, así como los resultados que obtuvo la usuaria en cada prueba:

Resultados de la admisión: El objetivo de la sesión de admisión fue conocer los datos sociodemográficos de la usuaria, historia de consumo, problemas asociados así como verificar que fuera candidata para el programa. Durante el proceso de admisión se aplicaron los siguientes instrumentos: a) Entrevista Conductual (en Barragán et al, 2006), b) Subescalas de repetición de dígitos y símbolos y dígitos (en Barragán et al, 2006), c) Escala de Dependencia al alcohol [EDA] (Skinner y Allen, 1982 en Barragán et al, 2006), d) Cuestionario de Dependencia a las drogas [CAD] (Skinner, 1982, adaptado por Fuentes y Villalpando, 2001 en Barragán et al, 2006) y e) Escala de Satisfacción (Azrin, Master y Jones, 1973 en Barragán et al, 2006).

Se aplicó la escala de repetición de dígitos y símbolos y dígitos del WAIS para detectar el funcionamiento cognitivo de la usuaria ya que es uno de los criterios de inclusión al programa, el puntaje mínimo para ingresar al programa es de 6 puntos o mayor. Al promediar las dos escalas la usuaria obtuvo un puntaje de 6 puntos, lo cual indica que su funcionamiento cognitivo es el indicado para ingresar al programa.

En cuanto al nivel de dependencia al alcohol obtuvo un puntaje mínimo que indica dependencia mínima, mientras que el nivel de dependencia a las drogas fue severo. Su nivel de satisfacción en todas las áreas fue bajo, obteniendo un promedio general de 6.

Al conjuntar toda la información obtenida durante la admisión, se decidió ingresarla al programa por ser mayor de 18 años, tener una escolaridad de bachillerato, saber leer y escribir, tener un funcionamiento cognitivo promedio, presentar una dependencia severa a las drogas, así como pérdidas en varias áreas de su vida: problemas familiares, pérdida de confianza, riñas callejeras, golpes, lagunas mentales, descuido de su aseo personal, problemas legales y problemas económicos, así como haber dejado sus estudios (Ver Tabla 9).

**Tabla 9.** Presenta los resultados de la sesión de admisión

PRUEBA	PUNTAJES OBTENIDOS	DIAGNÓSTICO CON RESPECTO A LA NORMA	OBSERVACIONES
Repetición de Dígitos (mide la memoria auditiva inmediata)	6 puntos	Funcionamiento cognitivo adecuado. Memoria auditiva, visual y coordinación motora fina adecuada.	La puntuación normalizada mínima (promedio de las dos escalas) para ingresar al programa es de 6.
Símbolos y Dígitos (mide la memoria visual inmediata así como la coordinación viso motora)	6 puntos	Funcionamiento cognitivo adecuado. Memoria auditiva, visual y coordinación motora fina adecuada.	
Escala de Dependencia al alcohol [EDA]	5 puntos	Dependencia baja (1 a 13 puntos)	Reportó haber tenido lagunas mentales durante menos de una hora y beber una copa de un solo trago. Así como haber sentido terror al pensar que no tendrá una copa cuando la necesite.
Cuestionario de dependencia a las drogas [CAD]	17 puntos	Dependencia severa (16 a 20 puntos)	Puntó afirmativo en todos aquellos reactivos que sugieren dependencia a las drogas como: no puede dejar de consumir drogas cuando lo desea, no transcurre una semana sin consumir, ha presentado síntomas físicos de retiro (síndrome de abstinencia).
Escala de Satisfacción (mide la impresión subjetiva del usuario sobre la satisfacción que presenta en esas áreas de la vida)	Consumo/ Progreso en la escuela/ Manejo del dinero/ Vida social/ recreativa/ Hábitos personales= 1 Relaciones familiares/ Comunicación = 5 Situación legal= 3 Vida emocional= 7 Satisfacción Total= 6	La escala no proporciona un diagnóstico	Los puntajes corresponden a qué tan satisfecha se sintió la usuaria en esas áreas de su vida. La escala va del 1 al 10. Se observa que su satisfacción al inicio del tratamiento es muy baja en la mayoría de las áreas.

**Resultados de la Evaluación I:** El objetivo de evaluar a la usuaria fue conocer su patrón de consumo en el año previo al tratamiento, las principales situaciones de riesgo de consumo así como la auto confianza para poder resistir el consumo ante dichas situaciones. Se aplicaron los siguientes instrumentos: a) Línea Base Retrospectiva [**LIBARE**] (Sobell y Sobell, 1992; versión adaptada al español Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998 en Barragán et al, 2006), b) Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas [**ISCD**] (Annis, Graham y Martín 1988; versión adaptada al español por De León y Pérez, 2001 en Barragán et al, 2006), y c) Cuestionario de Auto confianza en el Consumo de Drogas [**CACD**] (Annis et al., 1988; versión adaptada al español por Pérez y De León, 2001 en Barragán et al, 2006). A continuación se describe de manera independiente el patrón de consumo de cada una de las sustancias consumidas por la usuaria.

### CONSUMO DE CRACK

La usuaria consumió durante el año pasado (15 de Enero del 2006 al 15 de Enero del 2007) un total de 109 gramos de *crack* o 9 gramos mensuales, lo que equivale a 2 gramos a la semana en promedio (ver Figura 2). Los meses de mayor consumo fueron Marzo con 17.5 gramos y Agosto del 2006 con 16 gramos. El mes con menor consumo fue Abril con 3.5 gramos. El período de abstinencia más largo fueron 61 días seguidos (finales de Abril, Mayo y principios de Junio 2006). El porcentaje de días de consumo durante el año previo al tratamiento fue de 83.3%, mientras que el porcentaje de días de abstinencia fue 16.7%.

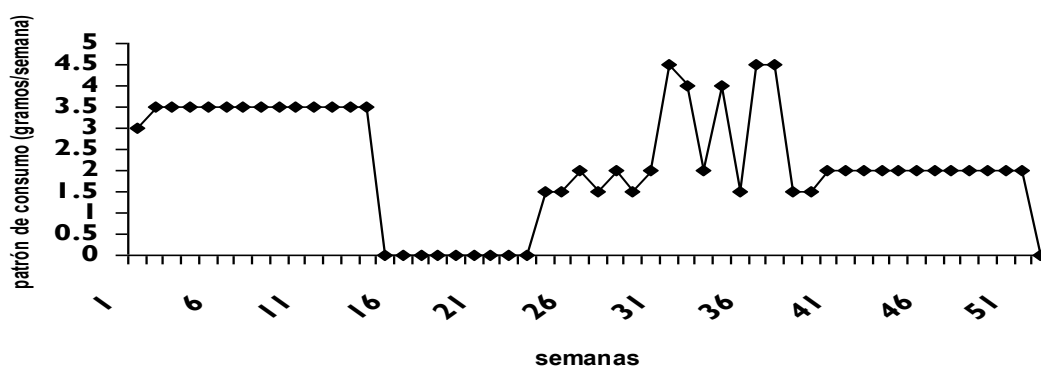


Figura 2. Patrón de consumo de cocaína. Cantidad en gramos de crack por semana un año antes del tratamiento (semana 52).

### CONSUMO DE MARIHUANA

Durante los 12 meses previos del tratamiento consumió, en promedio, un total de 27 cigarrillos de marihuana o 2 y medio cigarrillos al mes, lo que equivale a medio cigarrillo por semana (ver Figura 3). Los meses con mayor consumo fueron Enero, Febrero, Marzo, Julio y Agosto del 2006, con 5 cigarrillos por mes. El mes con menor consumo fue Abril con un cigarrillo. El porcentaje de días de consumo antes de iniciar tratamiento fue de 58%, mientras que el porcentaje de días de abstinencia corresponde al 42%.

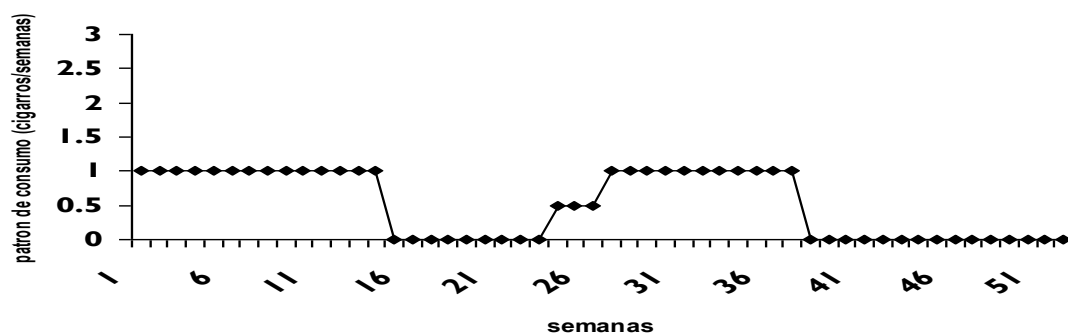


Figura 3. Patrón de consumo de marihuana. Cantidad en cigarrillos de marihuana por semana un año antes del tratamiento (semana 52).

### CONSUMO DE ROHIPNOL

Durante los 12 meses previos al tratamiento, la usuaria consumió un total de 47.5 pastillas o 4 pastillas al mes, lo que equivale a 1 pastilla por semana en promedio (ver Figura 4). El mes de mayor consumo fue Agosto del 2006 con 10 pastillas por mes. Los meses de menor consumo fueron Abril con pastilla y media y Septiembre del 2006 con 4 pastillas mensuales. El período de abstinencia más largo fue similar a lo reportado en el caso de la marihuana.

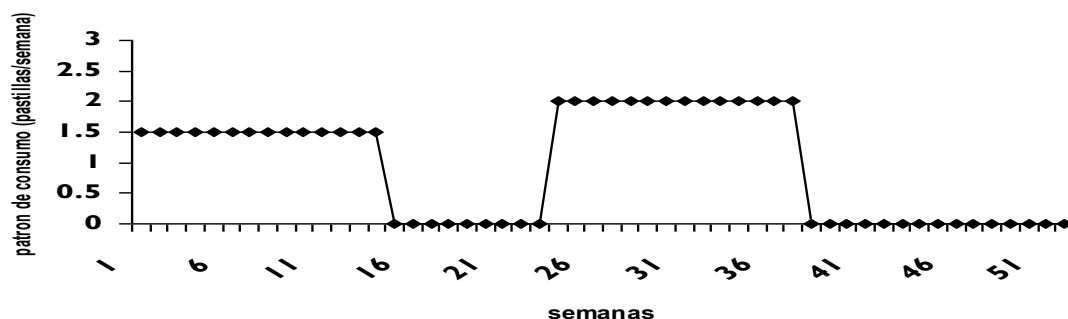


Figura 4. Patrón de consumo de rohipnol. Cantidad en pastillas por semana un año antes del tratamiento (semana 52).

## SITUACIONES DE RIESGO Y AUTOCONFIANZA

Las principales situaciones de consumo que presentó la usuaria fueron: a) *Necesidad Física o Tentación de Consumo* (88%), que se refiere al deseo de consumir activado por señales ambientales, tales como personas, lugares, objetos, sonidos, etc; b) *Probando autocontrol* (80%), que se relaciona con la idea de poder consumir la droga con moderación o en bajas cantidades y c) *Emociones Placenteras* (80%) donde la emociones agradables tales como la diversión, la felicidad o las ganas de festejar activan el deseo por consumir sustancias.

Las situaciones en las que la usuaria se percibió menos segura de poder resistir el consumo fueron: a) *Probando autocontrol* con 60%, b) *Emociones Placenteras* y c) *Presión Social* con 64%. Es importante destacar que, a pesar de que la *Necesidad Física o la Tentación de Consumo* fue una de las principales situaciones de riesgo, la usuaria se percibió muy segura de poder resistirse a consumir en esa situación, con un 80% de auto confianza.

**Resultados de la Evaluación II:** Se aplicaron aquellos instrumentos que permitieron conocer el nivel de depresión y ansiedad de la usuaria antes de iniciar el tratamiento, así como la calidad de vida. Los instrumentos aplicados fueron: a) Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1988; versión adaptada en español por Jurado, et al., 1998 en Barragán et al, 2006), b) Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, 1988; versión adaptada en español por Robles, Varela, Jurado y Pérez, 2001 en Barragán et al, 2006) e c) Instrumento de Calidad de Vida (Palomar, 1995 en Barragán et al, 2006).

El nivel de depresión que presentó la usuaria antes de iniciar el tratamiento fue mínimo (2 puntos), mientras que el nivel de ansiedad fue severo (57 puntos). En cuanto al nivel de calidad de vida obtuvo un puntaje de 2.48 que indica que la usuaria está medianamente satisfecha con su calidad de vida.

Para obtener mayor información sobre las características psicométricas de cada instrumento ver la sección 2.3 Programa de Satisfactores Cotidianos; de Formulación de Programas (ver p. 53).

### 3.4. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

El primer contacto con la usuaria se dio dentro de la Unidad Residencial del CAIS, se percibió que su edad cronológica coincidía con la aparente. Su discurso era coherente, pero por momentos divagaba para contestar; con atención dispersa, por lo que era necesario repetirle algunas preguntas. Tenía la mirada perdida y los efectos del medicamento eran visibles, sin embargo su funcionamiento cognitivo permitió que cumpliera con los objetivos de las sesiones, que realizara las lecturas y comprendiera los temas.

Al inicio del tratamiento mostraba dificultad para confiar, así como para comunicar sus sentimientos. Proporcionaba pocos detalles de su estancia en el penal y de su vida en las calles de Tepito; sobre el consumo de sustancias solo intercambiaba la información necesaria. Por su apariencia así como por lo que relataba sobre el consumo, daba la impresión de que consumía solo en fiestas o con amigos, pero conforme fue avanzando el tratamiento esa idea cambio, porque frecuentemente consumía con gente desconocida en las calles de Tepito.

Sobre su vida familiar no comentaba detalles. La madre era quien resolvía la mayoría de sus necesidades, y era poco frecuente que la usuaria tomara la responsabilidad de sus actos. Las reglas y los límites en casa eran poco claros e inconsistentes. Nunca abordó la relación con el padre.

Mostraba preocupación frecuente e incomodidad por las miradas de las personas en la calle así como por la idea de que la gente hablaba de ella. Se mostraba desinteresada por establecer relaciones con otras personas incluso con la propia familia, manteniéndose aislada la mayor parte del tiempo.

Retomando el modelo de las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente (1968) se concluye que la usuaria, durante su estancia en el CAIS, estaba en la etapa de contemplación, porque se mostraba interesada en cambiar y reconocía las consecuencias negativas derivadas del consumo, pero por momentos se mostraba insegura de poder cumplir la abstinencia una vez concluido el internamiento.

### 3.5 RECURSOS DISPONIBLES Y DÉFICITS

Algunos de los aspectos que favorecieron la adherencia de la usuaria al tratamiento fue que reconoció las consecuencias negativas que le había traído el consumo de sustancias como: problemas familiares, físicos, legales y personales. Así como reconocer que necesitaba cambiar su manera de consumir, llevando a cabo acciones como internarse en el Centro. En el pasado fue capaz de controlar su consumo por si sola, logrando dos meses en abstinencia dentro del penal, siendo el periodo máximo que reporta haber estado sin consumir: *“Es lo máximo que he logrado”*.

Otro de los recursos que tuvo a favor fue contar con el apoyo de su mamá, abuelos y tías para dejar de consumir, lo cual facilitó su adherencia al tratamiento. Por ejemplo; su mamá la acompañó a las sesiones durante los 8 meses que duró su tratamiento, comprándole sus medicamentos y estando pendiente de ella.

El tratamiento psiquiátrico aunado al apoyo psicológico como parte del apoyo interdisciplinario que ofrece el CAIS, fue algo que facilitó su recuperación. Desde que entró al centro estuvo medicada (*Topamax* y *Sinogan*), y al concluir el internamiento seguía tomando los medicamentos que le fueron recetados (*Topamax*, *Talpramin*, y *Fluoxetina*). Estos medicamentos regulaban su estado de ánimo (ansiedad y depresión) así como el deseo por las sustancias.

A pesar de que tuvo una recaída durante la décima semana de tratamiento (consumiendo 4 gramos de piedra y 2 pastillas de rohipnol) fue capaz de retomar la meta de abstinencia.

Uno de los principales objetivos del Programa fue que la usuaria aumentara la satisfacción en sus actividades cotidianas y mejorar su calidad de vida, para que el consumo perdiera peso y no se convirtiera en la única actividad generadora de placer. Por lo que algunos de los puntos que dificultaron su proceso de cambio fueron su desinterés para retomar sus relaciones interpersonales y el que sus actividades personales y profesionales estuvieran muy limitadas; lo cual dificultó que generara otro tipo de actividades y relaciones no asociadas con el consumo.



### 3.6 SESIONES DE TRATAMIENTO

El tratamiento se llevo a cabo en 27 sesiones (desde su internamiento en el Centro hasta que se le dio de alta en consulta externa). Es importante mencionar que las 6 primeras sesiones se dieron dentro de la Unidad Residencial del CAIS Torres de Potrero, y las sesiones restantes en la consulta externa del Centro (21 sesiones). A continuación se describe cada una de las sesiones de tratamiento, así como las sesiones de seguimiento al mes y tres meses después del último contacto.

#### SESIÓN 1 EN INTERNAMIENTO 16/01/07

##### ADMISIÓN

Se decidió tratar a la usuaria con el Programa de Satisfactores Cotidianos por ser el modelo de tratamiento que más se adecuaba a sus necesidades: ser mayor de 18 años, presentar dependencia severa a las sustancias (*crack*, *marihuana* y *rohipnol*), así como pérdidas en varias áreas de la vida.

Durante la sesión se aplicó la entrevista conductual, se sondeó la historia de consumo y los principales problemas asociados con el consumo, así como las subescalas del Wais para conocer su funcionamiento cognitivo, el Cuestionario de Abuso de Drogas y la Escala de Satisfacción General. (ver p. 77).

Se le explicó en qué consistía el tratamiento mencionando el objetivo de cada uno de los componentes, y haciendo énfasis en el entrenamiento de habilidades para poder mejorar su calidad de vida. Se comentó que la meta principal del tratamiento era alcanzar la abstinencia. La usuaria firmo la forma de consentimiento en la cual se le explica la forma de trabajo, los derechos y obligaciones del terapeuta y del paciente.

La impresión clínica de la usuaria, al inicio del tratamiento, fue que reconocía las consecuencias negativas de su consumo, sin embargo por momentos se le notaba ambivalente con respecto a dejar el consumo. Fue cooperadora pero resistente para contestar algunas preguntas, sobre todo las relacionadas con su estancia en el penal y su vida personal.

## SESIÓN 2 EN INTERNAMIENTO 23/01/07

### EVALUACIÓN I

En esta sesión se aplicaron los instrumentos de evaluación que permitieron identificar el patrón de consumo durante el año previo al tratamiento [LIBARE], las principales situaciones de riesgo de consumo de drogas [ISCD], y el nivel de auto eficacia para resistirse al consumo [CACD].

Se le dio retroalimentación de cada uno de los cuestionarios, sin embargo se le aclaró que los datos se le presentarían de manera más precisa durante la siguiente sesión.

## SESION 3 EN INTERNAMIENTO 30/01/07

### EVALUACIÓN II

Se le entregaron los resultados de la LIBARE, retomando la cantidad total consumida durante el año pasado de *crack*, *marihuana* y *rohipnol*, así como el consumo mensual y semanal. Se reflexionó sobre los dos meses de abstinencia dentro del penal y a pesar de que fueron resultado de una imposición externa, logró mantenerse sin consumo.

Sobre sus principales situaciones de riesgo se le explicó que eran el antojo por consumir activado por ver la parafernalia asociada al consumo (*Necesidad y Tentación de Consumo*), la idea de poder consumir la droga con moderación y los pensamientos relacionados con poder consumir “una y ya” (*Prueba de Control*) y las emociones agradables provocadas por la compañía de amigos o fiestas (*Emociones Agradables*). Así mismo, que su confianza para no consumir en esas situaciones era reducida, por lo que una de las metas del tratamiento era dotarla de habilidades para que pudiera resistirse a consumir bajo esas situaciones que eran las que más la ponían en riesgo (ver p.81).

Después de mostrarle los resultados de la primera fase de la evaluación, se prosiguió con la aplicación de los instrumentos para medir ansiedad, tristeza, y calidad de vida (ver p.81). Se le dio una breve retroalimentación de cada uno, haciendo énfasis en que su nivel de ansiedad era severo y se le explicó que los síntomas que presentaba (taquicardia, sudoración, miedo, mareo, terror, malestar estomacal, opresión en el pecho, etc) se debían en gran medida al síndrome de abstinencia, pero que con el medicamento irían disminuyendo las molestias y se

le explicó que durante el tratamiento se le enseñarían algunas técnicas para que ella misma aprendiera a relajarse. Se le entregó un escrito con los resultados de la evaluación así como el plan de tratamiento: número de sesiones restantes, habilidades a desarrollar y componentes por ver.

La interacción entre la usuaria y la terapeuta fue cordial, sin embargo la usuaria se mostraba poco interesada. El efecto de los medicamentos era muy notorio, se mostraba aletargada y con poca energía, pero la aplicación pudo ser concluida.

SESION 4 y 5 EN INTERNAMIENTO 6/02/07 al 13/02/07

#### COMPONENTE DE TRATAMIENTO: ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO

Se le explicó el objetivo de la sesión con ayuda del folleto de lectura: “Este tema te va a servir para que identifiques qué pasa antes de que consumas (tus pensamientos, emociones, sensaciones físicas) y qué es lo que pasa después o las consecuencias (a corto y mediano plazo), para que una vez que identifiques qué es lo que te lleva a consumir, aprendas a prever esas situaciones”. Se le explicó con un ejemplo no relacionado con el consumo el término de *análisis funcional de la conducta (AFC)*, y que toda conducta tiene un antes (precipitadores) y un después (consecuencias). Así como los conceptos que se relacionan como: precipitadores internos (pensamientos, emociones, sensaciones físicas) y externos (personas, lugares, horas del día) y las consecuencias tanto positivas como negativas a corto y largo plazo.

El ejemplo que se utilizó fue la hora de la comida en el CAIS: ¿Qué es lo primero que piensas cuando dan las 2 de la tarde y pasas por el comedor?, ¿qué te hace pensar que es hora de comer?, ¿qué sensaciones físicas y/o pensamientos tienes antes de comer?, ¿cómo te sientes una vez que comiste?. Una vez que comprendió los ejemplos se prosiguió a aplicarlos a su propia situación de consumo (**ver Anexo 1**).

Al terminar el ejercicio, se analizaron sus propios precipitadores, reflexionando sobre qué tan útil había sido consumir para calmar la ansiedad o qué tan divertido había sido el episodio de consumo: “Una vez que ves todas esas consecuencias negativas de tu consumo, ¿qué tanto crees que consumir te ayudó a divertirte o a relajarte?”, la usuaria contestó que la diversión

duraba muy poco: *“solo se siente chido el primer jalón, luego viene todo lo malo”*. Se hizo énfasis en que las consecuencias positivas derivadas del consumo como la emoción o la excitación eran pasajeras y duraban poco tiempo, mientras que las consecuencias negativas como el haber estado en la cárcel o alejarse de sus seres queridos tenía un impacto negativo y duradero en su vida.

Se destacó la importancia de buscar conductas alternativas que solucionaran sus precipitadores internos de manera efectiva y que tuvieran más consecuencias positivas y menores consecuencias negativas.

#### SESION 6 EN INTERNAMIENTO 20/02/07

#### COMPONENTE DE TRATAMIENTO: ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE NO CONSUMO

Esta sesión fue la última que se trabajó con la usuaria dentro de las instalaciones de la Unidad Residencial del CAIS, debido a que el viernes de esa semana concluyó su internamiento en el Centro. En esta sesión se trabajó sobre conductas alternativas al consumo que aumentaran su calidad de vida. Para generar las actividades alternativas al consumo se le preguntó a la usuaria: *“¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?, escoge alguna actividad que te haga sentir contenta o que te quite el estrés”*.

Al conversar sobre las actividades que realizaba en el pasado y que la hacían sentir bien, la usuaria comentó: *“He dejado de hacer todo lo que me gustaba, dejé de pintar, de salir con mis amigas fresas. Antes yo leía, iba a museos, pero dejé todo por consumir”*. Se le comentó que lo importante era que fuera retomando poco a poco las actividades que le eran placenteras para que el consumo fuera perdiendo peso en su vida y experimentara sensaciones agradables generadas por otras conductas. La conducta que eligió fue: *“salir a caminar con mi mamá”*.

Con la conducta elegida se trabajó de la misma manera que con el consumo, identificando precipitadores internos y externos, consecuencias positivas y negativas (**ver Anexo 2**). Se comparó la conducta de consumo con la de no consumo, destacando que el salir a caminar con su mamá era una conducta efectiva para enfrentar sus precipitadores internos como estar nerviosa o decaída, mientras que el consumo originaba a largo plazo mayor ansiedad y

depresión. Se destacó que lo importante era que llevara a cabo esta actividad alternativa cada vez que sintiera los precipitadores internos del consumo, como la ansiedad o la tristeza.

Otro concepto que se trabajó junto con AFC fue el de cadena conductual en el que de forma esquemática, se retomaron los precipitadores internos o externos de un episodio de consumo recurrente y se le enseñó a la usuaria a generar alternativas ante cada uno. Se le señaló que es importante romper con la cadena conductual en los primeros eslabones para que no se encadenen otros precipitadores y sea más complicado romperla. El ejemplo que se trabajó se relaciona con el ver señales en el ambiente que le recuerdan el consumo (la antena de la televisión) y las alternativas conductuales para enfrentarlas como irse de la situación, hacer otras actividades, cambiar pensamientos etc. Este precipitador fue consistente con sus principales situaciones de consumo identificadas en la evaluación, es especial, con *la Necesidad y la Tentación de Consumo*, que se relaciona con el deseo generado por señales ambientales como ver, oír o escuchar algo relacionado con la droga (**ver Anexo 3**).

Fue interesante que la usuaria sugiriera en la cadena de cambio conductual el dirigirse a Centro de Integración Juvenil o pedir ayuda a su mamá cuando sintiera deseos por consumir, porque hasta ese momento se había mostrado renuente a pedir ayuda tanto a Instituciones como a personas: *“Siempre he preferido resolver las cosas yo misma”*.

Se hizo un cierre de lo trabajado dentro del Centro, reforzando que hubiera cumplido seis semanas de abstinencia, y se reflexionó sobre cómo se sentía ahora que salía. En cuanto a mantenerse en abstinencia comentó que era importante para ella, por lo que se le ofreció seguir con el tratamiento en la consulta externa, estuvo de acuerdo y se programó una cita para la siguiente semana.

#### SESIÓN 1 EN CONSULTA EXTERNA 28/02/07

#### COMPONENTE: MUESTRA DE ABSTINENCIA

Esta fue la primer sesión fuera de la Unidad Residencial, se le reforzó el haber asistido a su sesión, y se platicó sobre sus sentimientos al estar de regreso en casa, la usuaria comentó que se sentía contenta de estar otra vez con su familia. Se le explicó de la importancia de seguir sin consumo una vez que ya había salido del centro. Por esa razón se decidió darle el componente de Muestra de Abstinencia, y se le explicó la utilidad de establecer un período de

abstinencia: “El establecer un período de abstinencia te va permitir experimentar tu vida sin consumo para que puedas comparar las ventajas como: interrumpir viejos hábitos, adquirir mayor confianza en ti misma, aumentar y ganarte la confianza de los demás”.

Se negoció con la usuaria el tiempo que estaría sin consumo, estableciendo un período de 3 meses. Para lograr ese tiempo en abstinencia se le recomendó llenar el auto registro: “Es importante que lleves un registro de los días, como si fuera un calendario en el que escribes un cero si no consumiste o en caso de que haya consumo escribes la cantidad”. Se le recordaron sus principales situaciones de riesgo: Necesidad y Tentación de Consumo, Prueba de autocontrol y Emociones Placenteras, destacando que era importante prevenir dichos precipitadores y desarrollar planes de acción para los mismos, también se trabajó sobre los pensamientos que precipitan su consumo como “*Una y ya*”, “*Me gustaría fumar piedra*”, creando otros pensamientos no precipitadores en los que recordara las consecuencias negativas de su consumo y aceptara que controlarse no era posible (**ver Anexo 4 y 5**).

Se firmó la Muestra de Abstinencia, y se le dio cita para la próxima semana.

INASISTENCIA 07/03/07

La usuaria no asistió a la sesión, por lo que se le hizo una llamada a su domicilio para conocer la razón de su ausencia, argumentando que estaba resfriada.

SESIÓN 2 EN CONSULTA EXTERNA 14/03/07

COMPONENTE: CONTROL DE LAS EMOCIONES [ANSIEDAD]

Se le dio la bienvenida a la sesión retomando el motivo de su ausencia durante la semana pasada. Se llenó junto con ella el auto-registro de consumo, reforzando las 2 semanas en abstinencia fuera del Centro y la puesta en práctica de los planes de acción: “*He estado saliendo a caminar con mi mamá en las noches, me siento más tranquila porque platico con ella y me compra cosas, pero a veces no me siento en confianza de platicar mis sentimientos*”. La retroalimentación se enfocó a que no se presionara por hablar de sus sentimientos, sino que compartiera aquellos aspectos que la hicieran sentir cómoda, y que lo importante era realizar la actividad para que se sintiera relajada, con menos presión y evitar una recaída.

Se le explicó el objetivo de la sesión: “En esta sesión vas a aprender algunas técnicas que te van a permitir controlar tu ansiedad”. Se explicaron y modelaron a la usuaria las técnicas de control de la ansiedad: 1) respiración correcta; 2) relajación muscular progresiva; y 3) relajación mental. Posteriormente se hizo un ejercicio guiado con la usuaria el cual abarco las tres técnicas. Se dejó de tarea la aplicación de estas técnicas en escenario natural. Se hizo énfasis en la necesidad de practicar diariamente sus técnicas para prevenir que la ansiedad se acumule.

Al revisar el registro de las técnicas fue muy clara la preferencia de la usuaria por practicar la respiración correcta y la relajación muscular en comparación con la relajación mental que fue mucho menos frecuente que la utilizara. Al inicio las técnicas no le funcionaban, sin embargo era persistente al practicarlas (**ver Anexo 6**).

INASISTENCIA 21/03/07

La usuaria faltó por segunda vez al tratamiento en un periodo de dos semanas. Se volvió a realizar el rescate telefónico y la madre fue quien contestó la llamada comentando que la usuaria había recaído y que no sabía nada de ella. Se le pidió a la madre llamar al Centro para informar la condición de la usuaria.

SESIÓN 3 EN CONSULTA EXTERNA 28/03/07

COMPONENTES: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y REESTABLECIMIENTO DE MUESTRA DE ABSTINENCIA

Antes de revisar el auto registro, se le preguntó el motivo de su inasistencia la semana pasada, la usuaria estaba muy apenada y nerviosa: “Pues con malas noticias doctora, al día siguiente de que nos vimos me fui a consumir, no lo pude controlar, no me acordé de nada”. Se le tranquilizó, explicándole que en el proceso de recuperación eran comunes las recaídas, que lo importante era aprender de la experiencia para estar más prevenida la próxima vez: “No lo veas como un fracaso, sino como un aprendizaje, esto es muy común cuando las personas están dejando de consumir. Vamos a desmenuzar lo que pasó para que te quede claro y juntas busquemos alternativas para enfrentar lo que sucedió y evitar que vuelva a pasar”. También se le reiteró la importancia de retomar su meta de abstinencia.

Como parte del componente de prevención de recaídas, se trabajaron con los pensamientos que precipitaron el consumo, cabe resaltar que eran pensamientos que ya habían sido identificados desde las primeras sesiones de tratamiento como: “Una y ya”, “Si solo consumo una, se me van a quitar las ganas”. Se le explicó a la usuaria que esos pensamientos tenían que ver con sus situaciones de riesgo, en especial con la *Prueba de Autocontrol*: “¿Te acuerdas que una de las situaciones que te pone en riesgo es el pensar que puedes controlar tu consumo o que puedes consumir poco sin perder el control?”, por lo que se le reiteró que debía seguir trabajando duro en cambiar esos pensamientos por otros más acorde con sus experiencias pasadas y reconocer que no puede consumir poco o con moderación.

En esa ocasión consumió dos pastillas de rohipnol y 4 gramos de piedra. Se analizaron las consecuencias positivas del episodio de consumo: “ya me sentía bien, se me quitó la ansiedad”, sin embargo las consecuencias negativas fueron que volvió a perder el control, sentimientos de tristeza, pena y fracaso. Se trabajó la cadena conductual de cambio, en la que la usuaria sugiere alternativas para enfrentar sin consumo los precipitadores como: hablar con su mamá, usar las técnicas de control de ansiedad y salir a caminar (**ver Anexo 7**).

Una vez que se trabajó sobre la cadena conductual de la última recaída, se volvió a reestablecer meta de abstinencia, sugiriéndole a la usuaria que se comprometiera por un periodo de tiempo más pequeño que pudiera cumplir con más facilidad y que eso le iría dando más motivación para seguir abstinentes (**ver Anexo 8**).

SESIÓN 4, 5 y 6 EN CONSULTA EXTERNA 04/04/07 al 18/04/07

#### COMPONENTE: METAS DE VIDA COTIDIANA

Se revisó el auto-registro, reforzándole la segunda semana de abstinencia después de la firma del segundo compromiso de muestra de abstinencia. Se le explicó la importancia del componente de metas de vida como una herramienta útil para que identifique qué áreas de su vida le causan más satisfacción y cuales menos y establezca metas específicas para cada una de ellas: “Es importante que establezcas una meta para mejorar aquellas áreas en las que te sientas menos satisfecha, para



que con el tiempo aumente tu calidad de vida y poco a poco el consumo vaya perdiendo peso en tu vida”.

Para tener un parámetro y saber qué áreas necesitaba mejorar se le pidió que contestara nuevamente el Cuestionario de Satisfacción. En general las áreas en las que la usuaria presentó menor satisfacción fueron: Consumo, Progreso en la escuela, Manejo del dinero, Vida social y recreativa y Relaciones familiares (**ver Anexo 9**).

Posteriormente se le guió en el llenado del formato de Metas de Vida, para lo cual se le preguntó: ¿Qué necesitas hacer para sentirte más satisfecha en cada área? El llenado de la forma tomó 3 sesiones, durante cada sesión se sondeaban los logros para cada área, si los había cubierto se le reforzaba y si no se trabajaba sobre planes de acción para lograr la meta propuesta. El formato consta de 10 áreas, para cada una se sondea: planes de acción, cronograma y logros (**ver Anexo 10**). Las áreas en las que presentó mayores logros son: consumo, manejo del dinero y relaciones familiares. Sin embargo le fue muy difícil identificar meta para vida social y recreativa, así como para progreso en la escuela. En cuanto a la vida social, sus relaciones se limitaban a convivir con sus familiares: *“No me interesa convivir con la gente, me molesta que me volteen a ver”*, por lo que la meta para esa área fue mostrar mayor apertura ante los comentarios de sus tías y de su mamá.

Este fue un componente que movilizó mucho a la usuaria, se le veía más motivada y decidida a mantenerse en abstinencia, así como a mejorar su calidad de vida. Los logros que tuvo fueron: entrar a una clase de vitrales junto con su tía cada sábado, apegarse más a tratamiento, traer sus tareas hechas y los materiales leídos, mejorar su comunicación con sus familiares, el dinero que le daban lo gastaba en cosas saludables no relacionadas con la droga, sus familiares comenzaron a confiar más en ella, así como cumplir su primer mes de abstinencia sin recaída. Se le volvió a aplicar el Cuestionario de Satisfacción, mostrando un aumento significativo en los puntajes de todas las áreas, puntuando 9 en todas las áreas.

Al finalizar el trabajo con este componente la usuaria cumplió el primer mes en abstinencia por lo que se volvió a establecer compromiso por otro mes más, del 18 de abril al 18 de mayo del 2007 (**ver Anexo 11**).

SESIÓN 7 y 8 EN CONSULTA EXTERNA 25/04/07 al 02/05/07

#### COMPONENTE: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Se revisó el auto-registro, reforzándole la abstinencia y el uso de las técnicas de control de ansiedad para mantenerse tranquila, así como cambiar los pensamientos precipitadores por otros que no precipiten el consumo.

Se reflexionó junto con la usuaria la importancia de aprender a resolver problemas, se le explicó que generalmente las personas resolvemos problemas de manera automática pero que en ocasiones existen problemas que requieren de una mayor evaluación, por lo que es útil conocer los pasos para resolverlos de manera planeada y por lo tanto más satisfactoria. Se explicaron los pasos de la solución de problemas: 1) identificar el problema, mencionando que es importante no mezclar varios problemas y ser específicos en la definición del problema; 2) generar alternativas de solución, se le explicó que entre más alternativas mejor, se deben anotar todas las posibles soluciones que vengan a la mente sin criticarlas, una vez que se escribieron todas las soluciones se eliminan las que de entrada son poco probables; 3) analizar ventajas y desventajas, se analizan las ventajas y desventajas de cada solución; 4) tomar una decisión, en base al análisis anterior, se toma una decisión sobre qué solución se iba a llevar a cabo y se desarrolla un plan de acción; y 5) evaluar los resultados, en este paso se lleva a cabo la solución del problema y la usuaria evalúa que tan satisfecha se sintió (**ver Anexo 12**).

Es importante mencionar que tanto el ejemplo que se trabajó durante la sesión como el que trajo de tarea (**ver Anexo 13**) estuvieron relacionados con solucionar discusiones con su mamá, así como controlar su enojo, por lo que se evaluó la necesidad de aplicar el componente de Habilidades de comunicación y control de enojo.

Se cerró la sesión dejando de tarea que la usuaria llevara a cabo la solución que eligió y evaluara los resultados.

SESIÓN 9, 10 y 11 EN CONSULTA EXTERNA 09/05/07 AL 23/05/07

#### COMPONENTES: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y REESTABLECIMIENTO DE MUESTRA DE ABSTINENCIA

Se revisó el auto-registro y se le motivó para cumplir su meta de abstinencia, reforzándola para que siguiera utilizando las habilidades adquiridas durante el tratamiento. Se le explicó que este componente le sería de mucha utilidad para mejorar la comunicación con su mamá, con sus familiares o con otras personas: “El objetivo de esta sesión es que aprendas nuevas habilidades para comunicarte con los demás y puedas empezar a hacer nuevas relaciones o retomar algunas que habías descuidado por el consumo”.

Antes de iniciar con el entrenamiento en las habilidades, se explicó a la usuaria la importancia del lenguaje no verbal, el tono de voz, el contacto visual como factores que influyen de manera directa en el proceso de comunicación con otras personas. Para que le quedara claro, se realizó un modelamiento de dichos elementos y después se le pidió a ella que realizara el mismo ejercicio.

Por la amplitud de componente, se utilizaron 3 sesiones para cubrir todas las habilidades, con el objetivo de que la usuaria practicara durante las sesiones todas y cada una de las habilidades: a) saber escuchar, 2) iniciar conversaciones, 3) compartir sentimientos positivos y negativos, 4) ofrecer entendimiento, 5) compartir o asumir responsabilidad, 6) ofrecer ayuda, 7) dar y recibir reconocimiento, 8) solicitar ayuda, 9) hacer críticas positivas, 10) recibir críticas y 11) expresar desacuerdo. La dinámica fue la siguiente: se explicaba la habilidad, después el terapeuta realizaba el modelamiento de la misma, una vez aclaradas las dudas, la usuaria practicaba mediante el rol playing la habilidad. Después de cada ensayo se le daba a la usuaria una retroalimentación de su desempeño, reforzándole los puntos bien ejecutados y sugiriendo algunas mejoras para que la habilidad lograra el impacto deseado.

Las habilidades que más se le facilitaron fueron dar y recibir reconocimiento, solicitar ayuda y expresar desacuerdo. Su tono de voz siempre fue tranquilo y seguro, sin embargo las habilidades que más trabajo le costaron fueron ofrecer entendimiento y ofrecer ayuda.

La mayoría de las situaciones en las que se ejemplificaban las habilidades estaban relacionadas con la interacción con su mamá, por ejemplo: pedirle disculpas por molestarla, entender su punto de vista o pedirle un favor. Al final del componente ya había situaciones que involucraban a otros, en especial a los compañeros de la clase de vitrales, lo cual fue muy relevante porque comenzó a interactuar con otras personas fuera del círculo familiar.

Durante las sesiones, se calificó el desempeño de la usuaria con una lista de cotejo, en las que cada habilidad fue evaluada. En general su desempeño fue bueno, sin embargo varias habilidades estaban en proceso de mejorar, aquellas que no dominaba se practicaban hasta lograr una ejecución satisfactoria (**ver Anexo 14**). Después de cada sesión, se hacía un repaso de las habilidades practicadas y se le pedía que las pusiera en práctica en situaciones reales y las anotara para comentarlas la sesión próxima (**ver Anexo 15, 16 y 17**).

Al finalizar este componente la usuaria cumplió el segundo mes en abstinencia, por lo que se volvió a reanudar la meta de abstinencia por un mes más (**ver Anexo 18**).

SESIÓN 12 y 13 EN CONSULTA EXTERNA 30/05/07 AL 06/06/07

#### COMPONENTE: HABILIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS

La importancia de dar este componente se debió a que las actividades de la usuaria estaban muy restringidas a la convivencia en casa con su mamá. El taller de vitrales la ayudó a convivir con otras personas, a interesarse en aprender la técnica y retomar habilidades que aprendió en la universidad como la geometría, sin embargo era necesario que creara nuevas redes de apoyo. El objetivo de este componente fue que la usuaria estableciera otras actividades satisfactorias que compitieran con el consumo y así fortalecer la sobriedad.

En un inicio eligió 4 actividades nuevas además de la clase de vitrales: 1) pintura al óleo, 2) círculos de lectura, 3) clases de yoga y 4) entrar a un grupo religioso. Se trabajaron los planes de acción para cada una de las actividades como: ir a pedir informes, pedir costos, horarios, etc. La usuaria fue a investigar dónde podía realizar cada una de las actividades y en la sesión siguiente se analizó junto con ella las opciones más viables. Las opciones 1 y 3 fueron descartadas porque no contaba con los recursos económicos para realizarlas. La opción 2 se descartó porque fue

difícil que encontrara un grupo de lectura y eso desanimó su búsqueda; sobre el grupo religioso dijo: *“Ahorita no me siento lista para convivir con otras personas”*.

Se continuó el proceso de búsqueda de actividades que fueran acorde con sus intereses y situación actual, la usuaria eligió 2 actividades nuevas: leer cada noche y cocinar con su mamá. La lectura la realizaría cada noche, mientras que el cocinar con su mamá lo harían cada 15 días. Se sondeó que realizara las actividades y se mostraba muy entusiasmada con los resultados: *“Estoy leyendo a Nietzsche, el libro de Aura, me gusta mucho porque aprendo cosas y con mi mamá estamos haciendo gelatinas, pasamos un rato juntas y además también aplico las habilidades de comunicación”*.

Al finalizar el componente se le aplicó la Escala de Satisfacción General, la usuaria se sintió muy satisfecha en todas las áreas de su vida, puntuando con 10 excepto en el área de vida emocional que la calificó con 9.

SESIÓN 14 y 15 EN CONSULTA EXTERNA 13/06/07 al 20/06/07

COMPONENTE: CONTROL DE LAS EMOCIONES [ENOJO]

Se revisó el auto-registro y se le motivó por estar a una semana de cumplir su tercer mes en abstinencia. Se comentó con la usuaria la importancia de trabajar el control del enojo: *“Es algo que necesito, me enojo fácilmente y le contesto mal a mi mamá”*.

El entrenamiento en las técnicas de control del enojo (tiempo fuera, auto instrucciones positivas y distracción del pensamiento) se simplificó porque al hacer uso de las habilidades de comunicación, es especial, expresar desacuerdos y hacer críticas positivas, la usuaria ya estaba desarrollando su capacidad de autocontrol de las emociones, por lo que poner en práctica el control del enojo fue más sencillo para ella.

Para entrenar a la usuaria, primero se realizó el modelamiento de las técnicas y después ella realizó el ensayo conductual. Las situaciones en las que se aplicaron las técnicas se relacionaban con la interacción diaria con la madre. Su desempeño fue satisfactorio dominando la mayoría de las técnicas (**ver Anexo 19**). Una vez practicadas las técnicas durante la sesión se le pidió que las

pusiera en práctica en su vida cotidiana (**ver Anexo 20**). Los resultados fueron satisfactorios, en general la técnica que más le funcionó fue darse auto instrucciones positivas como: “*Cálmate, no te enojés, respira profundo*”, así como detención y distracción del pensamiento. Llama la atención la habilidad de la usuaria para combinar las técnicas vistas en otros componentes como: respiración profunda (Control de la ansiedad) y expresar desacuerdo (Habilidades de comunicación).

Al finalizar este componente, la usuaria cumplió su tercer mes en abstinencia, se le reforzó su esfuerzo y se analizaron las conductas eficientes que la han hecho mantenerse sobria como: apearse al tratamiento, tomar su medicamento, realizar las técnicas de ansiedad y control de enojo, poner en práctica las habilidades de comunicación, así como realizar actividades alternativas no relacionadas con el consumo.

#### SESIÓN 16 EN CONSULTA EXTERNA 27/06/07

#### COMPONENTES: FORTALECIMIENTO DE PLANES DE ACCIÓN Y REESTABLECIMIENTO DE MUESTRA DE ABSTINENCIA

Esta sesión se dedicó exclusivamente a fortalecer los planes de acción porque la usuaria llegó con una situación de riesgo inesperada, que la puso en riesgo de tener recaída. Esta situación fue muy relevante ya que durante todo el tratamiento la usuaria no había tenido un episodio de deseo tan intenso, pero a pesar de eso fue capaz de auto controlarse y mantenerse en abstinencia. A continuación se describe la situación:

*“Eran las 6 de la tarde y me empecé a sentir nerviosa, dejé que pasara el tiempo y cada vez me sentía peor, no hice las técnicas. Ya eran como las 10 de la noche y mi mamá iba a salir con su pareja, y pensé: “ahora que se vaya me salgo y regreso antes de que ella llegue”. Como mi mamá se fue, no me tomé las medicinas antes por miedo a que cuando llegara viera que faltaban pastillas. Se fue con su novio y vi que dejó su celular y pensé en venderlo para comprar piedra, pero me puse a pensar que si lo vendía me iban a dar muy poco y que mi mamá se iba a poner muy triste. En mi mente solo escuchaba “piedra, piedra, piedra”. Me cambié de ropa y estaba apunto de salir de casa cuando de repente me vi en el espejo y pensé: “No, no echés a perder tu esfuerzo, tu mente es mas fuerte que esa cosa, resiste, resiste”. Me quite la ropa y me volví a*

*poner la pijama, me puse a ver la tele y empecé a rezarle a la santa muerte. Mi mamá llegó y me sentí muy bien de poder platicar con ella, me hizo un masaje y me tomé mi medicina y pensé: “Que bueno que no me fui, ahorita mi mamá estaría bien preocupada por mi, llorando, además mañana es mi terapia y si hubiera ido a consumir no hubiera podido ir”.*

Se analizó que fue lo que sucedió, explicándole cómo dejó que se encadenaran los precipitadores, desde el inicio dejó que la ansiedad se incrementara y además retrasó su toma de medicamentos, se le recordó la importancia de romper la cadena conductual desde el inicio para evitar que se encadenaran más y más elementos. Se trabajó en la necesidad de prever la toma de medicamentos y no esperar a que su mamá llegue, así como considerar a personas cercanas para hablar con ellas en esos momentos y pedir apoyo. Se le felicitó por tener la fortaleza de resistir, por darse auto instrucciones positivas, considerando las necesidades de los demás y valorando su esfuerzo, así como por distraer su pensamiento y retomar las consecuencias positivas que le trajo el no consumir.

Se reestableció la muestra de abstinencia, la usuaria decidió hacerla por otro mes más, se trabajaron nuevos pensamientos precipitadores, así como planes de acción para situaciones de riesgo futuras (**ver Anexo 21 y 22**). Es importante mencionar que los pensamientos que empezó a tener la usuaria se relacionaban con la necesidad de divertirse, asociando calles-piedra-diversión, se le hizo énfasis en la necesidad de retomar actividades o relaciones personales que le generaran ese bienestar y que no tuvieran consecuencias negativas. Al final de este componente la usuaria se puso en contacto con 2 viejas amistades, un joven y una chica, con quienes, a partir de ese momento, comenzó a realizar actividades agradables, como salir, ir al cine o a plazas públicas, lo cual le trajo mucha satisfacción.

SESIÓN 17 y 18 EN CONSULTA EXTERNA 07/07/07 al 11/07/07

COMPONENTE: CONTROL DE LAS EMOCIONES [TRISTEZA]

Se le revisó el auto registro y se le reforzó la abstinencia, recordándole los beneficios de alcanzar su cuarto mes en abstinencia: “Has ganado mayor estabilidad emocional, estás más tranquila, y la relación con tu mamá ha mejorado mucho, ¿tu qué cambios notas?”. La usuaria comparó su situación actual con las vivencias pasadas: “*Antes hablaba muy mal, hasta mi mamá se*

*sorprendía, ahora mi forma de hablar ha cambiado, disfruto de cosas que antes no me importaban, ahora me gusta convivir con mis amigos, platicar con mi mamá, disfruto el dormir en mi cama, calentita, porque antes estaba en el piso, mojada, junto a la basura y la gente”.*

El objetivo de esta sesión fue entrenar a la usuaria en técnicas de control de la tristeza, porque si bien su nivel de depresión se mantuvo bajo desde la evaluación, a raíz del cambio del medicamento (*Talpramin por la Fluoxetina*) se sentía más melancólica. Primero se reflexionó sobre la importancia de manejar la tristeza, después se le explicaron las técnicas (cambio de pensamientos equivocados, realización de actividades agradables y búsqueda de lo positivo), se realizó el modelamiento y luego la usuaria realizó el ensayo conductual. Al evaluar su desempeño se vio que manejaba muy bien las técnicas, porque el cambio de pensamientos equivocados se venía realizando desde las primeras sesiones, al cambiar los pensamientos precipitadores del consumo por otros no precipitadores, así mismo el realizar actividades agradables es algo que la usuaria venía haciendo ya desde que se le dio el componente de habilidades sociales y recreativas (**ver Anexo 23**). Se le pidió que pusiera en práctica esas estrategias en su vida diaria y las registrara (**ver Anexo 24**). La situación que le generó sentimientos de tristeza fue ver una fotos que le tomó un amigo cuando la golpearon en la calle, la usuaria aplicó las técnicas de búsqueda de lo positivo y realización de actividades agradables: *“Esas fotos me ponen triste, pero es algo de mi pasado, mejor voy a estar con mi mamá, su compañía me hace bien. Además estoy sin consumir, he logrado no drogarme”.*

El PSC incluye el trabajo con el otro significativo como un apoyo para el usuario en su recuperación, por lo que se le comentó a la usuaria si estaba de acuerdo en que se trabajara con su mamá para enseñarle algunas habilidades que fueran de provecho en su recuperación, y dijo estar de acuerdo.

SESIÓN 19, 20 y 21 EN CONSULTA EXTERNA 18/07/07 al 25/07/07

COMPONENTES: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS, REESTABLECIMIENTO DE MUESTRA DE ABSTINENCIA Y ENTRENAMIENTO AL OTRO SIGNIFICATIVO

Se revisó el auto-registro y se le reforzó el haber cumplido el cuarto mes en abstinencia, se le recomendó que se diera ella misma un premio o realizara una actividad gratificante y que



compartiera su satisfacción con su mamá, amigos u otros familiares. Se reestableció muestra de abstinencia por otro mes más (**ver Anexo 25**).

Se le explicó que el objetivo de este componente era que ella anticipara las situaciones de riesgo y se preparara para enfrentarlas sin consumo, evitando una recaída. Se le recordó que ella ya había enfrentado con éxito situaciones de riesgo, y se retomó el ejemplo de una reunión con amigos en la cual le ofrecieron consumir y ella se rehusó (**ver Anexo 26**). Se recordó el componente de análisis funcional de la conducta de consumo, repasando sus principales situaciones de riesgo (*Prueba de control, necesidad y tentación de consumo y momentos agradables*), haciendo énfasis en la necesidad de romper la cadena conductual antes de que se encadenaran demasiados elementos y fuera más difícil frenar la conducta de consumo.

Se le pidió a la usuaria que pensara en todas aquellas situaciones de riesgo que podría tener y que en un futuro la pusieran en riesgo de recaer e identificó tres situaciones precisas: *1) estar con su prima de ocho años que usualmente la irrita y le hace preguntas difíciles e incómodas, 2) encontrarse algún conocido(a) con el que consumía o 3) estar sola y ansiosa. Se le pidió que trabajara en los planes de acción.* Se revisaron junto con la usuaria los planes de acción para las situaciones de riesgo identificadas y se le dieron algunas sugerencias (**ver Anexo 27**). En general sus planes de acción contemplaron varias de las técnicas vistas durante el tratamiento, fue importante que incluyera el hablar con amigos y familiares para pedir apoyo, porque anteriormente se mostraba renuente a incluir a otros. Además de modificar pensamientos negativos, identificó la necesidad de retirarse físicamente de la situación, ya que anteriormente permanecía en el sitio a pesar del riesgo que corría.

El sistema de advertencia temprana es un elemento esencial para evitar una recaída, que consiste en pedir ayuda a un familiar cercano o al terapeuta ante la presencia de señales que pudieran anticipar una recaída. Para que la usuaria identificara estas señales se le preguntó: “¿Qué señales internas o externas te podrían indicar que estas por recaer?”, ella contestó que estar irritable y/o apática, o pedir muchos permisos para salir: “*Cuando le contesto mal a mi mamá o estoy muy desganada sin ganas de nada*”. Se le explicó que los familiares, en este caso su mamá, podían ayudar a prevenir la recaída porque ellos identifican fácilmente las señales y que además el tratamiento contempla el trabajo con personas cercanas al usuario para apoyar el proceso de

recuperación (**ver Anexo 1 C**). Por lo que se le preguntó si estaría de acuerdo en que se trabajara con su mamá para que la ayudara en caso de notar esas señales, y dijo estar de acuerdo.

Otro argumento para trabajar con la madre se relacionaba con quejas frecuentes de la usuaria por la falta de reconocimiento a su esfuerzo por mantenerse en abstinencia, así como por dificultades para negociar y controlar el enojo en las discusiones. Por lo que, una vez que la usuaria dio su consentimiento, se trabajó con la madre durante dos sesiones.

Para facilitar el trabajo con la madre se le proporcionó un material escrito hecho especialmente para los familiares de usuarios, con algunas sugerencias y ejemplos sobre las principales habilidades para trabajar. En general las habilidades que se trabajaron fueron: habilidades de comunicación (dar reconocimiento, ofrecer ayuda, negociar, expresar desacuerdo), establecer límites y reglas, así como algunas estrategias de control de enojo (cambio de pensamientos, auto instrucciones positivas, tiempo fuera) (**ver Anexo 28**).

El principal elemento que se abordó durante las dos sesiones de trabajo fueron las situaciones de riesgo más frecuentes de la usuaria así como las señales que podrían indicar una recaída. Se le explicó que las principales situaciones de riesgo para su hija eran: *1) querer probarse que puede usar la droga con moderación, 2) ver algo que le recuerde la droga y 3) momentos agradables asociados con diversión y fiestas.*

En cuanto a la primer situación se le explicó que si la usuaria llegaba a presentar algún pensamiento como *“una y ya”, “a ver que pasa”*, ella tenía que recordarle que no era posible controlarse: *“Hija recuerda que no es posible controlar tu consumo, si empiezas con una no vas a terminar, recuerda las consecuencias negativas que has tenido”, “Te has esforzado mucho, ese pensamiento se va pasar”* etc. Se le explicó que para que la usuaria compartiera sus pensamientos con ella era importante tener abierto un canal de comunicación, y hacer preguntas como: *“¿hoy como te sientes?”*, *“te veo desganada, ¿pasa algo?”*, etc.

Para apoyar a la usuaria en cuanto a la segunda situación de riesgo, se le explicó a la mamá que estuviera al pendiente de programas de televisión, películas o incluso programas de radio que se relacionaran con el consumo, para evitar, en la medida de lo posible, que su hija estuviera expuesta a señales que le pudieran recordar la droga: *“Te noté inquieta con la noticia sobre la*

gente que fuma piedra, que tal que mejor le cambiamos de canal a la novela que te gusta tanto”, etc. En cuanto a la última situación, se le aclaró que el objetivo no era prohibir salidas a fiestas o reuniones, si no más bien que juntas analizaran la situación en función de qué tan riesgoso era salir en esa situación: “Piensa hija, en esa fiesta hay riesgo de que te ofrezcan”, “Oye la fiesta por dónde es, recuerda que si van cerca de Tepito te vas a poner en riesgo”, “¿Qué tal si mejor sales de día y no tan tarde?” etc.

Una aclaración importante fue que no se trataba de convertirse en policía de su hija, si no que ambas formaran un equipo para mantener la abstinencia. Se le remarcó también la necesidad de continuar con su vida, porque en ocasiones los padres dejan su propia vida por estar al pendiente del usuario.

La actitud de la madre fue siempre de cooperación e interés por que su hija se mantuviera bien. Por momentos se mantenía demasiado pendiente de la usuaria, por lo que también se recomendó confiar en ella, y solo tomar las precauciones necesarias, sin sobreprotegerla.

### **SESIONES POST TRATAMIENTO 01/08/07 Y SEGUIMIENTOS**

Se citó a la usuaria una sesión más para realizar la aplicación post tratamiento, explicándole que el objetivo era que ella se diera cuenta de cómo había cambiado, por ejemplo en indicadores como su nivel de ansiedad y depresión. Así como analizar cómo habían perdido fuerza sus situaciones de riesgo y cómo había aumentado su auto confianza y autocontrol. Se realizó la aplicación de los instrumentos y se le dio cita para los seguimientos, explicándole que estos serían al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año para seguir reforzando planes de acción para mantener abstinencia y recordarle en caso de ser necesario, las habilidades vistas en el tratamiento.

Es importante mencionar que se realizaron pruebas antidoping al iniciar el tratamiento y al finalizarlo, resultando negativas para cocaína, marihuana y benzodiacepinas.

Entre las sesiones de seguimiento se mantuvo contacto telefónico con la usuaria dos veces por semana, principalmente se abordaron situaciones de riesgo, planes de acción, así como recordarle

el practicar algunas habilidades, y sondear avances en cuanto a las metas propuestas durante el tratamiento en las diferentes áreas de la vida cotidiana.

#### 1ER SEGUIMIENTO 31/08/07

Se llevó a cabo un mes después del último contacto. El objetivo de esta sesión fue revisar el auto-registro para reforzar el cumplimiento de los 5 meses en abstinencia y recordar la necesidad de renovar el compromiso por otro mes más.

Se analizaron aquellas conductas eficientes que le han permitido mantenerse sin consumo como: tomar los medicamentos recetados por el psiquiatra, detener pensamientos precipitadores del consumo y modificarlos por otros no precipitadores, darse auto instrucciones positivas para controlar el enojo, realizar la respiración profunda para relajarse y realizar actividades gratificantes como la clase de vitrales, leer, convivir con amigos etc. para elevar su calidad de vida. También se abordaron temas no relacionados con el consumo como la interacción diaria con su madre y los sentimientos que le provoca un amigo cercano.

Se aplicó nuevamente la batería de instrumentos aplicados durante la evaluación (CAD, ISCD, CACD, Inventario de depresión y ansiedad, Instrumento de calidad de vida y Escala de satisfacción) con el objetivo de que la usuaria pudiera observar los cambios que ha tenido desde que ingresó al tratamiento. El cambio más notorio fue la puntuación obtenida en el Inventario de Ansiedad, al iniciar el tratamiento obtuvo un puntaje de 57 puntos (ansiedad severa), al finalizarlo obtuvo 3 puntos (ansiedad mínima) y en el primer seguimiento no presentó ningún síntoma de ansiedad. Así como el aumento en la puntuación de la Escala de Satisfacción General reportando completa satisfacción en todas las áreas (10 puntos).

Se le recordó la necesidad de mantener contacto telefónico dos veces por semana para seguir sondeando progresos y para recordar la aplicación de las habilidades vistas durante el tratamiento.

## 2DO SEGUIMIENTO 31/10/07

Se llevó a cabo tres meses después de la última sesión de tratamiento. El objetivo de esta sesión fue monitorear los avances que había tenido la usuaria, así como revisar el auto-registro para reforzar el cumplimiento de los 7 meses en abstinencia y renovar el compromiso por otro mes más.

Se aplicaron aquellos instrumentos que monitoreaban el estado de ánimo ( ej: inventario de depresión y ansiedad), el CAD, las 2 escalas de funcionamiento cognitivo, el instrumento de calidad de vida y la escala de satisfacción, con el objetivo de que la usuaria pudiera observar los cambios que ha tenido desde que terminó el tratamiento. Al igual que en el primer seguimiento tanto el nivel de ansiedad como el de depresión se mantuvieron en un nivel mínimo (3 puntos y 1 punto respectivamente). Su satisfacción fue completa en todas las áreas, reportando completa satisfacción en todas las áreas (10 puntos).

Para tener un punto de vista de la participante sobre la intervención en la que participó, se realizó una entrevista en la que explicó su percepción sobre los diversos tratamientos recibidos y la jerarquización sobre la efectividad de las técnicas aprendidas (**ver Anexo 29 y 30**).

Se realizó la prueba antidoping en una muestra de orina que fue tomada el mismo día a la usuaria, los resultados fueron negativos para cocaína, benzodiacepinas, anfetaminas, y positivo a marihuana. Al comentarlo con la usuaria afirmó haber fumado unos “toques” de marihuana. Se le comentó sobre el riesgo de recaer, explicándole que existe una zona en su cerebro sensible a las propiedades reforzantes o agradables de la droga y que si iniciaba con el consumo de marihuana era posible que después se despertara el deseo por el crack y el rohipnol, por lo que era necesario que retomara su meta de abstinencia y analizara que fue lo que precipito el consumo de marihuana aunque fuera en una cantidad menor, para realizar planes de acción y evitar seguir aumentando el consumo.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN

Los efectos del programa se determinaron mediante una serie de indicadores adicionales al patrón de consumo de la usuaria, que se midieron antes y después de tratamiento y durante los seguimientos (uno y tres meses posteriores al tratamiento). Éstos fueron: a) la *satisfacción* en las distintas áreas de la vida cotidiana, b) el *nivel de dependencia* a las drogas, c) el nivel de *ansiedad*, d) el nivel de *depresión* y e) el nivel de satisfacción con la *calidad de vida*.

#### NIVEL DE SATISFACCIÓN

En esta sección se presenta una comparación del nivel de satisfacción que presentaba la usuaria en cada área que conforma la vida cotidiana (*satisfacción general, consumo, progreso en la escuela, manejo del dinero, vida social, hábitos personales, relaciones familiares, situación legal, vida emocional, y comunicación*), antes de iniciar el tratamiento, durante los componentes de la intervención, después y durante los seguimientos.

En la Figura 5 se observa el nivel de satisfacción general que presentaba la usuaria al llegar a tratamiento, el cual se mantuvo estable a partir el cuarto componente de tratamiento (*Metas de Vida*) en el cual hubo un aumento de la satisfacción, mejorando hacia el final del tratamiento, y manteniéndose “completamente satisfecha” tres meses después de finalizada la intervención (primer y segundo seguimiento).

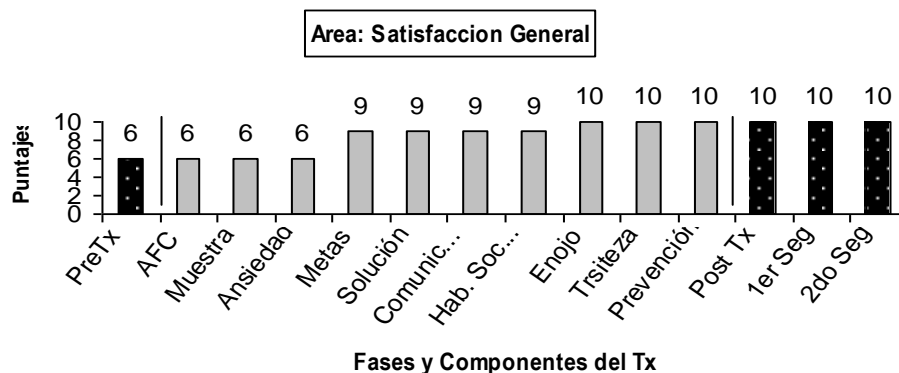


Figura 5. Resultados de la Subescala de Satisfacción General antes, durante y después del tratamiento y en los seguimientos.

La Figura 5(a) presenta cómo percibía la usuaria el área relacionada con el consumo antes de iniciar el tratamiento, mostrándose “completamente insatisfecha” con su situación. El nivel de satisfacción aumentó hacia el cuarto y quinto componente del tratamiento (*Metas de Vida* y *Habilidades de Comunicación*), y siguió incrementando hacia el final de tratamiento, manteniéndose “completamente satisfecha” durante los seguimientos.

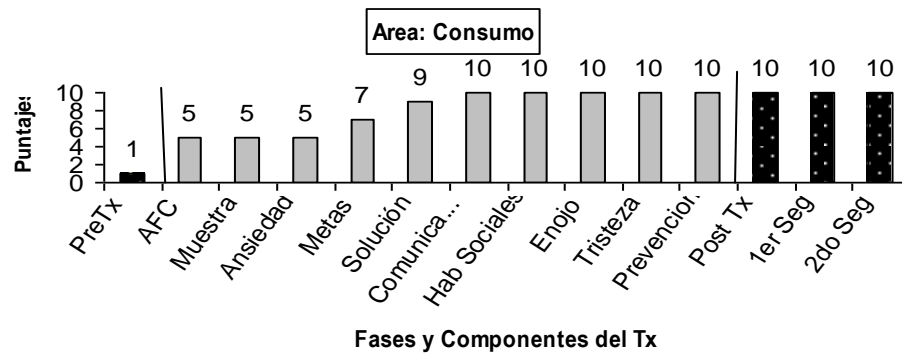


Figura 5(a). Resultados de la Subescala de Satisfacción con el consumo antes, durante y después del tratamiento y en el los seguimientos.

La satisfacción con el progreso en la escuela se representa en la Figura 5(b), la usuaria durante los tres primeros componentes del tratamiento se mostraba “completamente insatisfecha”, situación que cambió a partir del cuarto componente. El aumento en la satisfacción se mantuvo hacia el final de tratamiento y en los 3 meses posteriores.

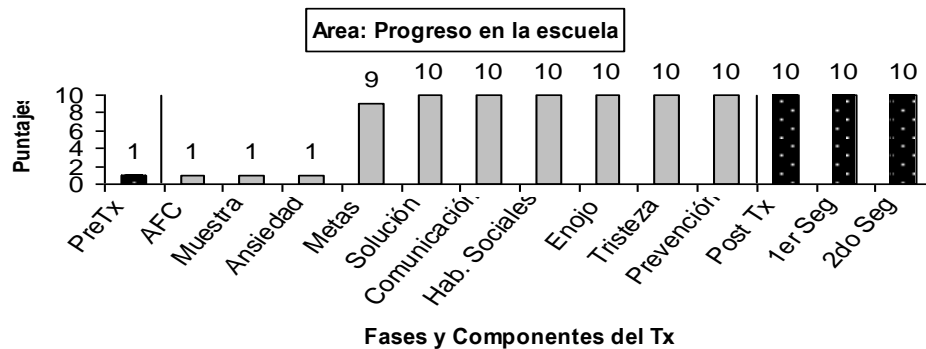


Figura 5(b). Resultados de la Subescala de Satisfacción con el progreso en la escuela antes, durante y después del tratamiento y en el los seguimientos.

La Figura 5(c) muestra la satisfacción de la usuaria con el manejo del dinero, afirmando sentirse “completamente insatisfecha” antes de iniciar el tratamiento y durante los primeros componentes.

La satisfacción aumentó a partir del cuarto y quinto componente, al afirmar estar “muy satisfecha” con el manejo del dinero, situación que se mantuvo así al finalizar el tratamiento y tres meses después.

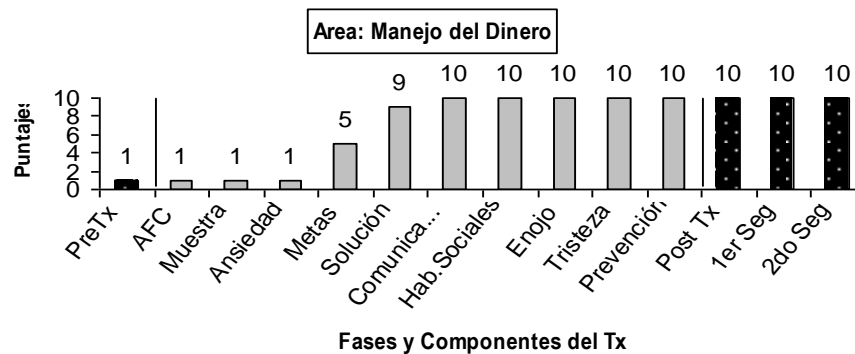


Figura 5(c). Resultados de la Subescala de Satisfacción con el manejo del dinero antes, durante y después del tratamiento y en el los seguimientos.

La satisfacción con la vida social y recreativa se observa en la Figura 5(d). Antes de iniciar el tratamiento la usuaria se percibía “insatisfecha” con el funcionamiento en esa área. A partir del sexto componente (*Habilidades de Comunicación*) comenzó a sentirse más satisfecha con esa área, presentando ligeras fluctuaciones en cuanto al puntaje de satisfacción, pero manteniéndose en general “satisfecha” con su vida social y recreativa al final y durante los seguimientos.

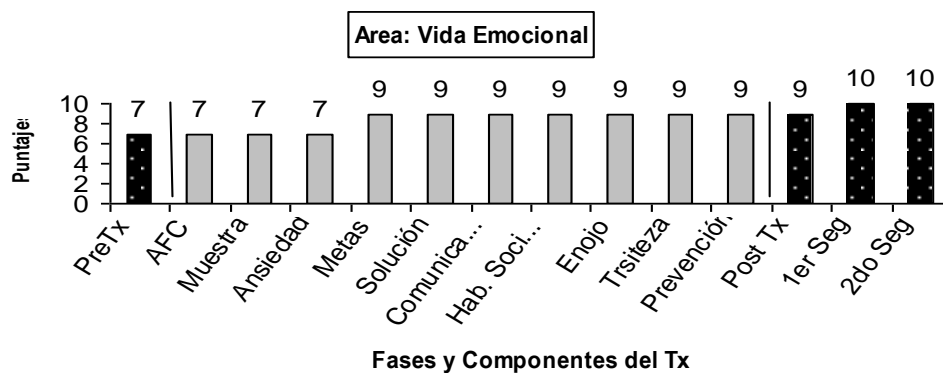


Figura 5(d). Resultados de la Subescala de Satisfacción con la vida social y recreativa antes, durante y después del tratamiento y en el los seguimientos.

En el caso de los hábitos personales, la Figura 5(e) muestra la satisfacción de la usuaria en esa área. El aumento de la satisfacción se notó desde el primer componente de tratamiento (*Análisis Funcional de la Conducta*), pasando de un puntaje de 1 que significa insatisfacción total, hacia



un puntaje de 8 que se acerca a la satisfacción completa; el incremento se mantuvo durante el tratamiento, al final y en los seguimientos.

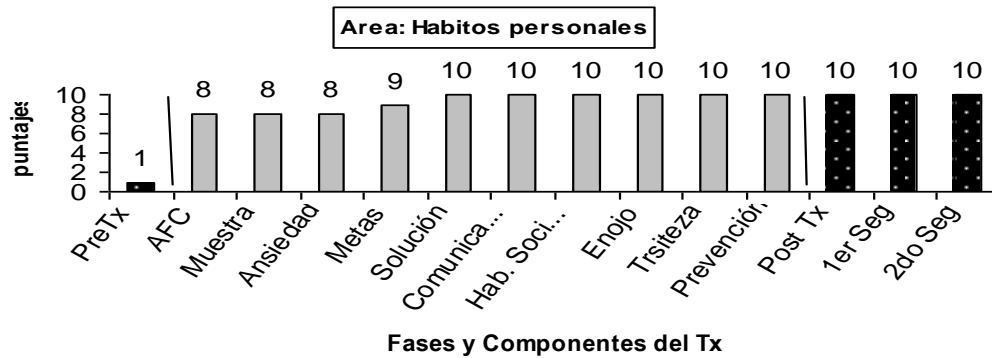


Figura 5(e). Resultados de la Subescala de Satisfacción con los hábitos personales antes, durante y después del tratamiento y en el los seguimientos.

La Figura 5(f) presenta la satisfacción de la usuaria con el funcionamiento en las relaciones familiares, pasando de un puntaje de 5 que implica una satisfacción mediana al iniciar el tratamiento, hasta un puntaje de 9 que se acerca a la satisfacción completa a partir del componente de *Metas de Vida Cotidiana*. El puntaje se mantuvo estable hacia los últimos componentes, llegando a la satisfacción completa al finalizar el tratamiento y durante los tres meses posteriores.

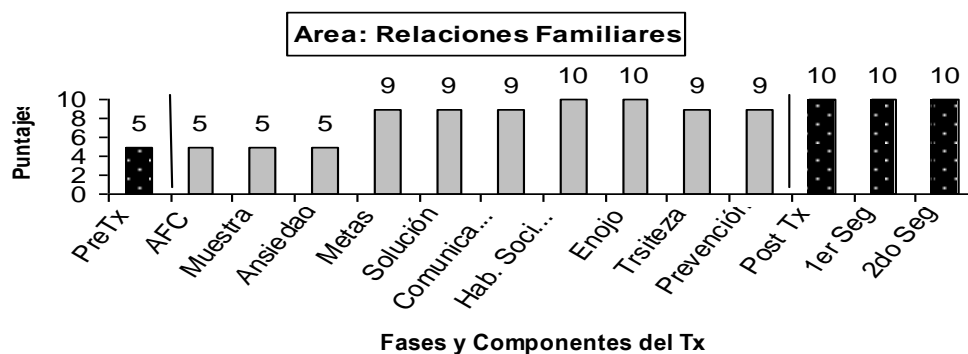


Figura 5(f). Resultados de la Subescala de Satisfacción con las relaciones familiares antes, durante y después del tratamiento y en el los seguimientos.

La situación legal es otra de las áreas que conforman la escala. En la Figura 5(g) se observa el nivel de satisfacción que presentaba la usuaria al llegar al tratamiento, y el aumentó que tuvo durante el tratamiento. El cambio se mantuvo estable a partir del cuarto componente de tratamiento, manteniéndose “completamente satisfecha” al finalizarlo y durante los seguimientos.

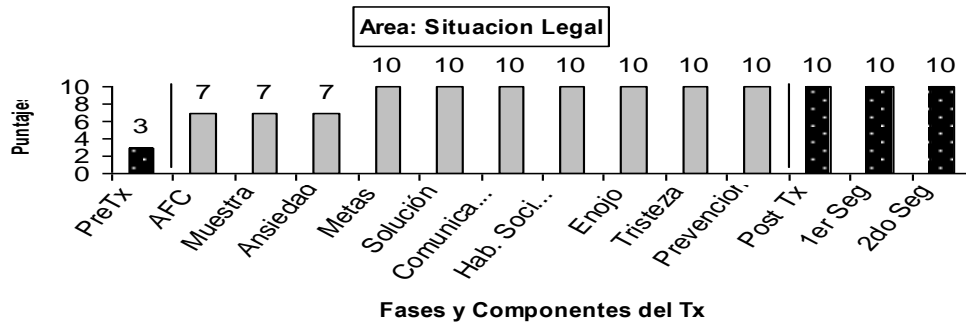


Figura 5(g). Resultados de la Subescala de Satisfacción con la situación legal antes, durante y después del tratamiento y en el los seguimientos.

La Figura 5(h) muestra la satisfacción de la usuaria con el funcionamiento emocional. En comparación con las otras áreas, ésta es la que ha sido evaluada con una puntuación mayor por la usuaria antes de iniciar el tratamiento y durante los primeros componentes. Sin embargo el puntaje se mantuvo estable durante el tratamiento y al finalizarlo. La satisfacción total fue reportada tres meses después de terminado el tratamiento.

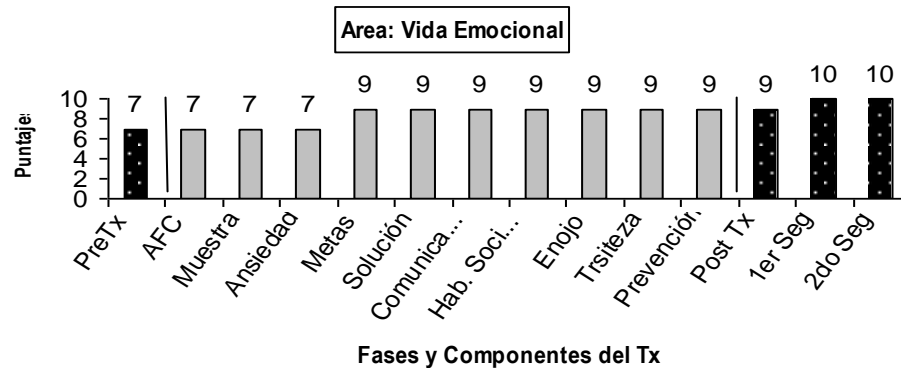


Figura 5(h). Resultados de la Subescala de Satisfacción con la vida emocional antes, durante y después del tratamiento y en el los seguimientos.

La satisfacción con la comunicación se muestra en la Figura 5(i). Antes de iniciar el tratamiento y durante los dos primeros componentes, la usuaria estaba medianamente satisfecha con su funcionamiento en esa área. A partir del componente de Control de la Ansiedad, su satisfacción comenzó a aumentar, manteniéndose el incremento hacia el final del tratamiento, percibiéndose “completamente satisfecha” a partir del componente de enojo, hasta el final de tratamiento y en los seguimientos.

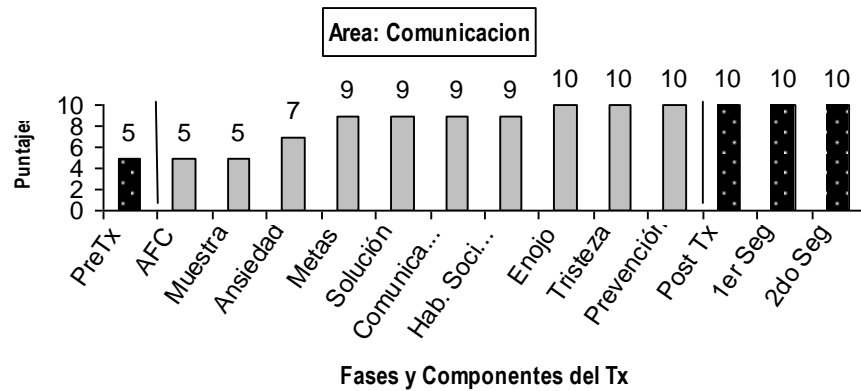


Figura 5(i). Resultados de la Subescala de Satisfacción con la comunicación antes, durante y después del tratamiento y en el los seguimientos.

### NIVEL DE DEPENDENCIA A LAS DROGAS

En la Figura 6 se muestra el nivel de dependencia de la usuaria al inicio del tratamiento, quien presentó un nivel de dependencia severo a drogas ilegales (17 puntos). Se puede observar que al final del tratamiento y durante los seguimientos hubo un decremento en el puntaje, que indica que al finalizar el tratamiento la sintomatología relacionada con la dependencia decrementó a un nivel mínimo.

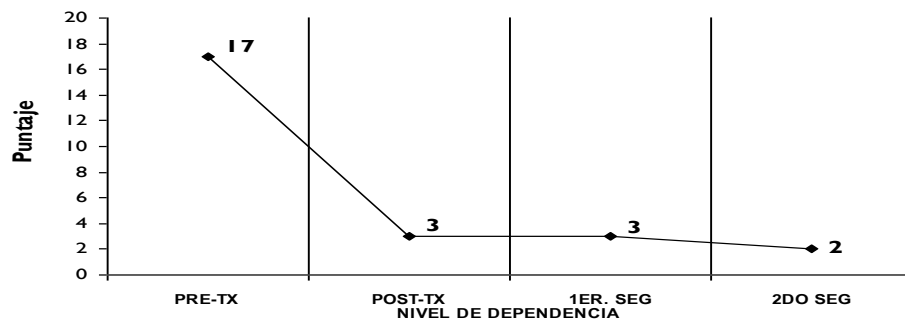


Figura 5. Resultados del Cuestionario de Dependencia a las Drogas [CAD] antes del tratamiento, después y en los seguimientos.

### NIVEL DE DEPRESIÓN

En la Figura 7 se puede observar los cambios en el nivel de depresión de la usuaria, antes, al final del tratamiento y en los seguimientos. Al iniciar el tratamiento el nivel de depresión de la usuaria

era mínimo (2 puntos), al finalizarlo y durante el primer seguimiento siguió disminuyendo la puntuación. Cabe señalar que aunque el nivel continuo siendo mínimo, durante el segundo seguimiento hubo un ligero incremento de la puntuación, lo cual indica un pequeño aumento en la sintomatología depresiva.

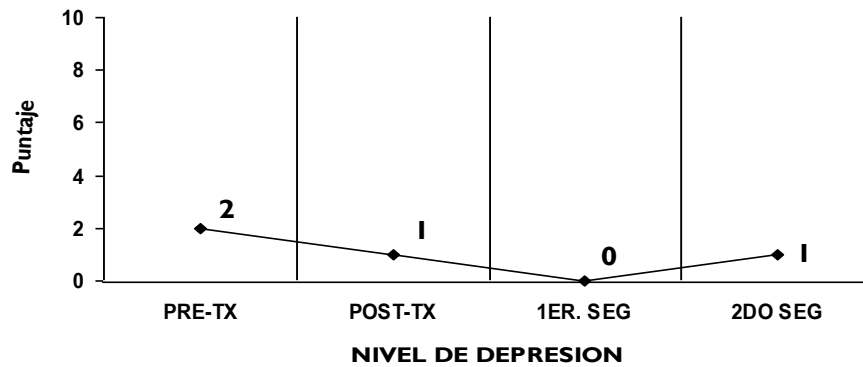


Figura 7. Resultados del Inventario de Depresión de Beck antes del tratamiento, después y durante los seguimientos.

#### NIVEL DE ANSIEDAD

La Figura 8 muestra que antes de iniciar la intervención el nivel de ansiedad que presentaba la usuaria era severo (57 puntos). Al finalizar el tratamiento y durante el primer y segundo seguimiento el nivel de ansiedad que presentaba era mínimo (de 0 a 5 puntos). Sin embargo también se encontró un ligero incremento en la sintomatología ansiosa hacia el segundo seguimiento.

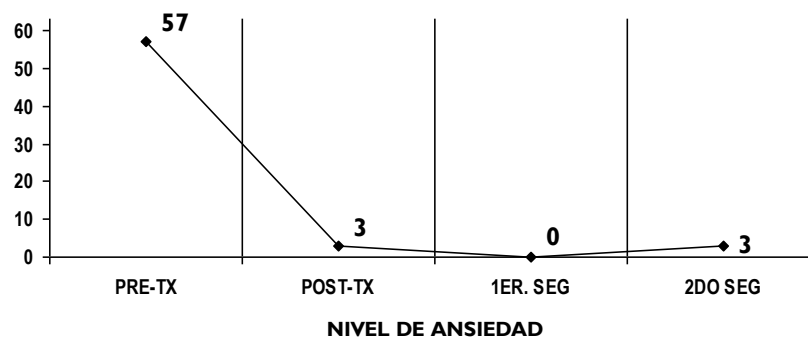


Figura 8. Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck antes del tratamiento, después y durante los seguimientos.

## CALIDAD DE VIDA

La Figura 9 muestra la calidad de vida de la usuaria antes del tratamiento, al finalizarlo y durante los seguimientos. Por inspección visual se observa cómo desde que la usuaria inicia el tratamiento, al finalizarlo y en los seguimientos la satisfacción con la calidad de vida fue en aumento. Pasando de una mediana satisfacción en el pre, post y primer seguimiento, a un nivel de satisfacción alto durante el segundo seguimiento.

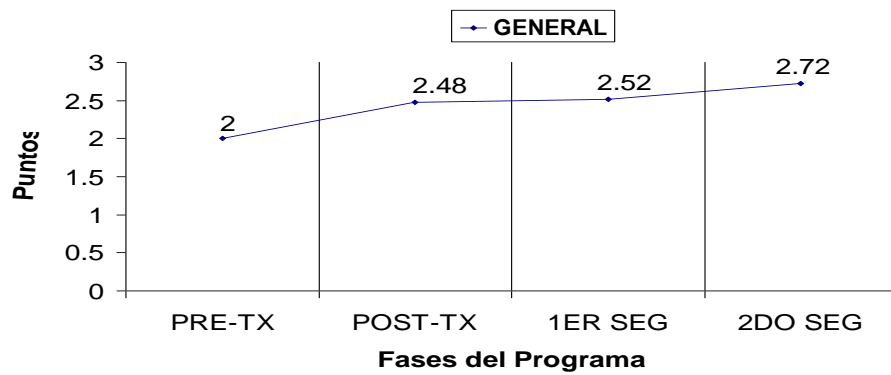


Figura 9. Resultados del Instrumento de Calidad de Vida General antes del tratamiento, después y en los seguimientos.

## 4.2 IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN EL PATRÓN DE CONSUMO

Para determinar el impacto del tratamiento se comparó el patrón de consumo de la usuaria antes de iniciarlo (línea base), durante las 27 sesiones (evaluación, tratamiento y auto-registro del tratamiento) y durante el seguimiento a un mes y tres meses (auto-registro del seguimiento).

### CONSUMO DE CRACK

En la Figura 10 se muestra la comparación entre el consumo de crack en la línea base, durante el tratamiento y durante los seguimientos. El promedio total obtenido en la línea base fue de 2 gr semanales durante las 52 semanas previas al tratamiento, durante el tratamiento solo hubo un episodio de consumo de 4 gr y durante el primer y segundo seguimiento no se presentó consumo de cocaína. Si bien la usuaria tenía 3 semanas de abstinencia antes de llegar al tratamiento, a través de la inferencia visual se puede concluir que el consumo disminuye de manera importante durante la fase de tratamiento, en comparación con la línea base. Es importante destacar que a pesar de que en 10 semana del tratamiento hubo una recaída, la usuaria retoma la meta de abstinencia, manteniendo el cambio durante el primer y segundo seguimiento.

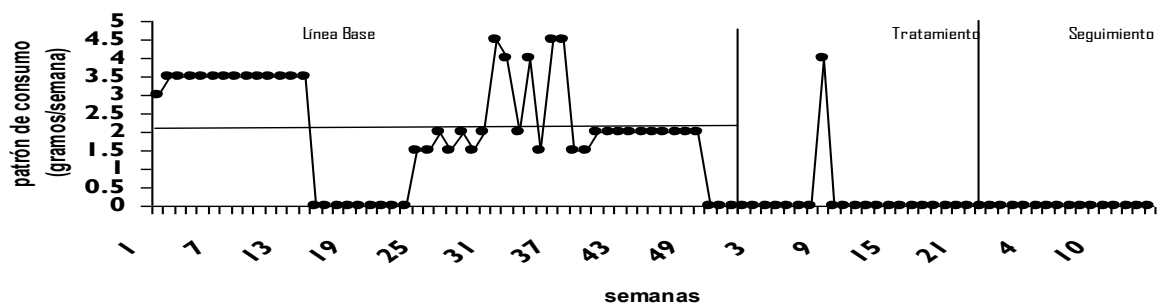


Figura 10. Patrón de consumo de crack. Cantidad en gramos consumido por semana un año antes del tratamiento (hasta la semana 52), durante el tratamiento (27 semanas) y en el primer y segundo seguimiento.

## CONSUMO DE MARIHUANA

En la Figura 11 se muestra la comparación del consumo de la marihuana en la línea base, durante el tratamiento y durante los seguimientos. El promedio total de marihuana obtenido en la línea base fue de medio cigarro a la semana durante las 52 semanas previas al tratamiento. A simple vista se puede observar como desde la línea base la usuaria venía disminuyendo su consumo de marihuana, sin embargo la diferencia se acentúa desde la 38 semana previa al tratamiento y el inicio de la intervención, manteniendo la abstinencia hasta el primer seguimiento. Durante el segundo seguimiento reportó haber consumido menos de la mitad de un cigarro de marihuana.

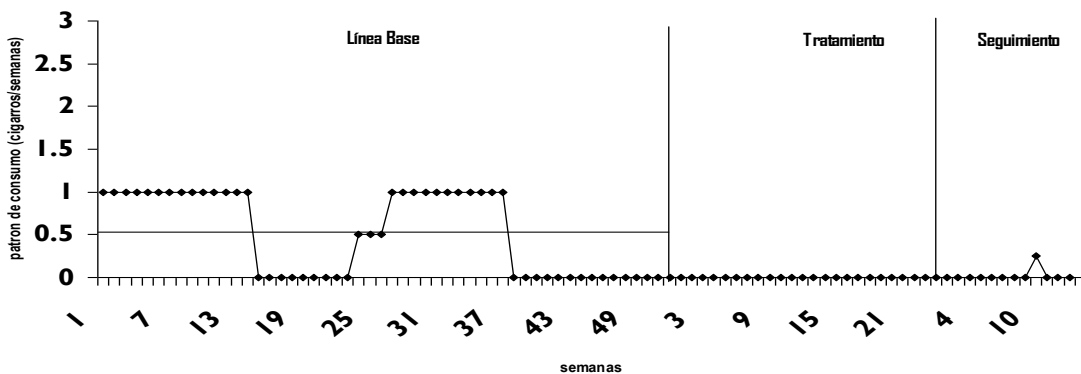


Figura 11. Patrón de consumo de marihuana. Cantidad en cigarrillos por semana un año antes del tratamiento (hasta la semana 52), durante el tratamiento (27 semanas) y en el primer y segundo seguimiento.

## CONSUMO DE ROHIPNOL

La Figura 12 presenta la comparación del consumo de rohipnol en la línea base, durante el tratamiento y durante los seguimientos. El promedio total obtenido en la línea base fue de 1 pastilla a la semana durante las 52 semanas previas al tratamiento. Durante el tratamiento solo se presentó un episodio de consumo de 2 pastillas y durante el seguimiento no se presentó consumo. Al igual que en el caso de las otras dos sustancias, la usuaria venía disminuyendo su consumo al final de la línea base, logrando la abstinencia total a partir de la 10 semana de tratamiento y durante el primer y segundo seguimiento.

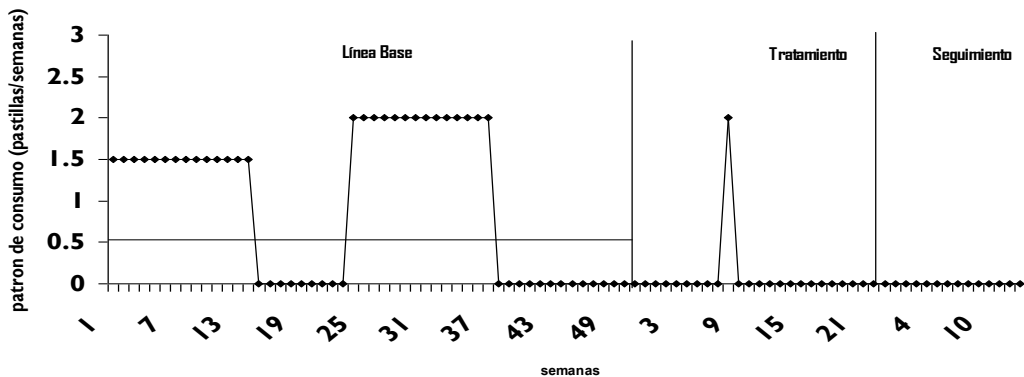


Figura 12. Patrón de consumo de rohipnol. Cantidad en pastillas consumidas por semana un año antes del tratamiento (hasta la semana 52), durante el tratamiento (27 semanas) y en el primer y segundo seguimiento.

### 4.3 OTROS INDICADORES

Existen otros indicadores importantes que se pueden emplear para evaluar el impacto del tratamiento como a) las *situaciones de riesgo* de consumo de drogas, b) la *autoeficacia* percibida por la usuaria para resistir el consumo y c) el *funcionamiento cognitivo*. A continuación se presentan dichos indicadores.

#### PRINCIPALES SITUACIONES DE RIESGO Y AUTOEFICACIA

Uno de los objetivos del tratamiento fue que la usuaria identificara las principales situaciones de riesgo donde presentaba los episodios de consumo excesivo para que mediante el entrenamiento en habilidades pudiera enfrentarlos sin consumo. Para determinar las situaciones de riesgo se aplicaron el ISCD y el CACD (p.81). En la Tabla 10 se presenta el significado de las abreviaturas usadas para señalar las subescalas de ambos instrumentos. Es importante tomar en cuenta que en el ISCD, entre más alto fuera el puntaje de la subescala, significaba que dicha situación se presentó con mayor frecuencia. Por el contrario, en el CACD, entre más bajo fuera el puntaje de la subescala, significaba que la usuaria tenía poca confianza de resistirse a consumir drogas en esa situación. Entonces lo esperado fue que la usuaria obtuviera al finalizar el tratamiento, porcentajes bajos en el ISCD y porcentajes altos en el CACD, lo cual significa que las situaciones de riesgo se presentaron con menor frecuencia y que aumentó su confianza de resistirse a consumir en esas situaciones.

**Tabla 10.** Abreviaturas de las Subescalas del ISCD y CACD



Abreviatura	Nombre de la Subescala
E.D	Emociones displacenteras
I	Incomodidad física
E.P	Emociones placenteras
P.C	Prueba de control personal
N.T	Necesidad y tentación de consumo
C.O	Conflicto con otros
P.S	Presión social de consumo
T.P	Tiempo placentero con otros

En la Figura 13 se puede observar que, las tres situaciones de riesgo que presentaron un porcentaje más alto de ocurrencia durante el pre tratamiento (*E.P*, *P.C* y *N.T*), mostraron una clara disminución de ocurrencia al término del mismo. Por lo que se concluye que la usuaria estuvo menos expuesta a dichas situaciones de riesgo y fue capaz de controlar el impulso por consumir como resultado de estar en tratamiento.

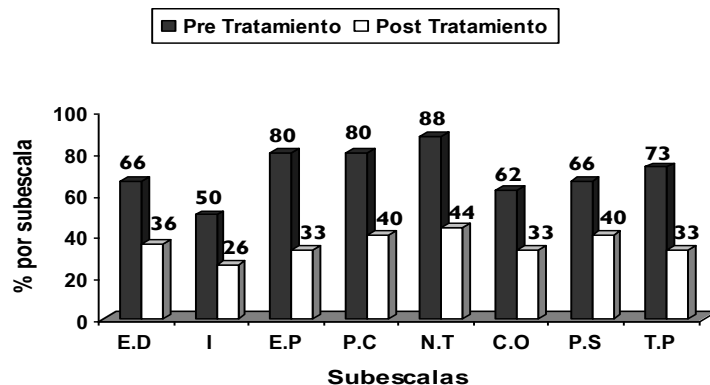


Figura 13. Resultados en el pretest y postest del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas [ISCD]

En la Figura 14 se puede observar que, en comparación con los puntajes obtenidos al inicio del tratamiento en el CACD hubo un aumento en los puntajes en las 8 categorías de auto confianza en el postratamiento, lo cual indica que la usuaria aumentó su confianza a resistir el consumo en todas las situaciones que representaban un riesgo de consumo. En especial, en aquellas que se

presentaban con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento como: emociones placenteras [E.P], prueba de control personal [P.C] y necesidad y tentación de consumo [N.T], las cuales obtuvieron los puntajes más altos en la escala de auto confianza con 100%, 98% y 98%, respectivamente.

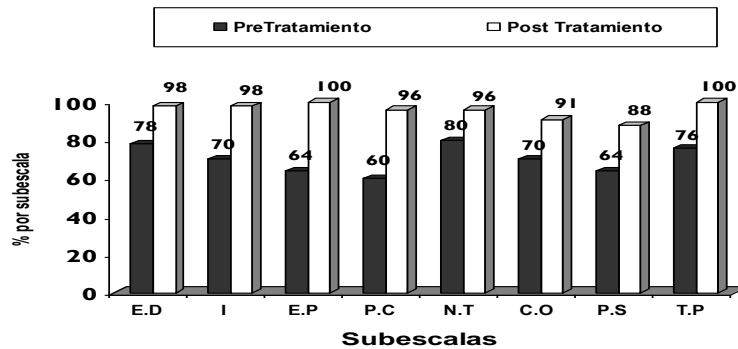


Figura 14. Resultados en el pretest y postest del Cuestionario de Auto confianza en el Consumo de Drogas [CACD]

## FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

El incremento en las puntuaciones de las escalas que miden funcionamiento cognitivo se puede apreciar en la Figura 15. Antes de iniciar el tratamiento, la usuaria obtuvo una puntuación normalizada de 6 en la escala de “repeticón de dígitos”. Al terminar el tratamiento el puntaje aumentó 4 puntos. Con respecto a la escala de “símbolos y dígitos”, antes de iniciar el tratamiento la puntuación obtenida fue de 6, mientras que para el post tratamiento la puntuación se elevó 2 puntos. En total la usuaria incrementó la puntuación total promedio, pasando de 6 a 8 puntos.

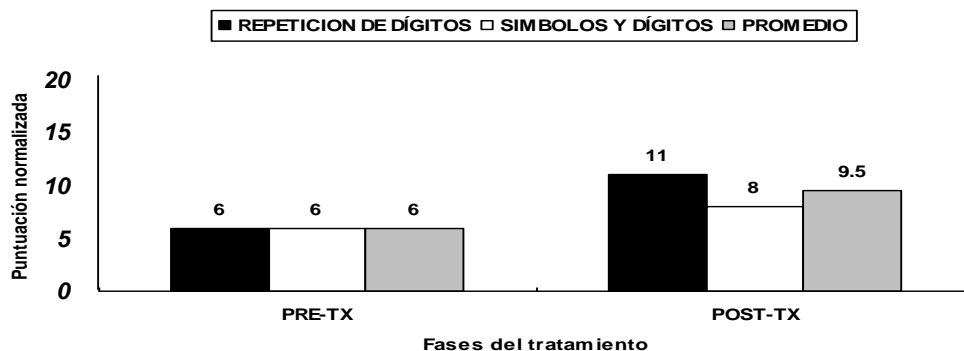


Figura 15. Resultados en el pretest y postest de las escalas de funcionamiento cognitivo.

## 5. DISCUSION

El principal objetivo del Programa de Satisfactores Cotidianos fue hacer que un estilo de vida sin alcohol y/o drogas fuera más satisfactorio que uno con el uso de sustancias, trayendo consigo un aumento de la calidad de vida del usuario (Barragán et al, 2006). Por lo tanto el aumento del nivel de satisfacción en cada área de la vida cotidiana y la calidad de vida de la usuaria son indicadores importantes del impacto de la intervención.

Al inicio del tratamiento la usuaria calificó la mayoría de las áreas de la vida cotidiana con puntajes que oscilaban entre 1 y 7. Esta situación cambió al finalizar el tratamiento y durante el primer y segundo seguimiento, presentando puntajes entre 9 y 10 en todas las áreas, lo cual indica una satisfacción alta en las distintas áreas de su vida. El cambio más relevante lo tuvo el área relacionada con el consumo, el manejo del dinero, la vida social y los hábitos personales; este cambio puede explicarse en función de que la usuaria logró mantenerse abstinente durante 7 meses, desarrollando la capacidad de autocontrol tanto con el consumo como con el manejo del dinero, lo cual le ha permitido experimentar un estilo de vida libre de sustancias. Así mismo el entrenamiento en habilidades de comunicación y control de las emociones repercutió de manera positiva en su interacción con las personas a su alrededor.

El aumento en la calidad de vida también se puede observar en el transcurso del tratamiento, pasando de una calidad de vida mediana antes y durante el tratamiento, a una alta calidad de vida a los tres meses de concluido el tratamiento. Dicho incremento se relaciona con la reestructuración de los reforzadores naturales (familiares, sociales, personales) presentes en el ambiente de la usuaria; principio que fundamenta dicho modelo de tratamiento propuesto inicialmente por Hunt y Azrin, (1973).

Respecto al nivel de dependencia de la usuaria, se encontraron diferencias entre el pretest, el postest y los seguimientos, pasando de un diagnóstico de dependencia severa a uno de dependencia mínima al finalizar el tratamiento y en los seguimientos. Por lo que se puede inferir que el tratamiento ayudó a disminuir la severidad de los síntomas y/o problemas relacionados con la dependencia a las drogas.

Acerca del nivel de depresión y ansiedad antes y después del tratamiento, se puede observar que hubo diferencias importantes en cuanto a la reducción del número de síntomas reportados por la

usuaria. La disminución en la severidad de dichos estados de ánimo pudo deberse a dos factores, por un lado el hecho de que la usuaria estuvo medicada durante el tratamiento y los seguimientos; y por otro lado, el entrenamiento en autocontrol de las emociones contribuyó a que la usuaria aprendiera a regular el estrés, la tristeza, y el enojo. Por lo tanto la combinación de la intervención psiquiátrica y psicológica tuvo como resultado una mejoría en cuanto a la sintomatología psiquiátrica asociada y el patrón de consumo, lo cual coincide con lo reportado por otros autores (Hall, Humfleet, Reus, Muñoz y Cullen, 2004; Moggi, Crosby Ouimette, Moos y Finney, 1999; Timko y Moos, 1998).

En cuanto al ligero incremento de la sintomatología depresiva y ansiosa a los tres meses de finalizado el tratamiento, se puede asociar con que la usuaria, por órdenes del psiquiatra, suspendió el medicamento anticonvulsivante (*Topamax*), medicamento que regula el estado de ánimo y controla la ansiedad (Decker y Ries, 1996), lo cual que pudo haber resultado en un ligero incremento del malestar físico y emocional reportado por la usuaria.

Un indicador fundamental para evaluar la efectividad de cualquier modelo de tratamiento para consumidores de sustancias es la disminución del patrón de consumo (Oropeza, 2003). En este reporte se utilizó el diseño de caso único, con el objetivo de evaluar los posibles cambios en el consumo en un continuo temporal que abarca la línea base, el tratamiento y los seguimientos, lo cual permite que el sujeto sea su propio control.

Para poder evaluar los cambios en el patrón de consumo con este tipo de diseño se utiliza la inferencia visual (Baer, Wolf y Risley, 1968 citado en Oropeza, 2003). Por lo que si los resultados del tratamiento son significativos, las diferencias entre antes y después del tratamiento deben ser evidentes a simple vista.

En el caso del patrón de consumo de la usuaria con respecto al crack, marihuana y rohipnol, se contrastaron los resultados obtenidos en la línea base con los del tratamiento y con los del seguimiento, hallándose una clara disminución (por inspección visual) en la frecuencia y cantidad de consumo de las tres sustancias. Es importante destacar que la usuaria llegó a tratamiento con 3 semanas de abstinencia, sin embargo se puede observar que hubo una disminución importante de una fase a otra, en cuanto a cantidad y frecuencia, manteniendo el cambio a lo largo del primer seguimiento (Ver Figura 10, 11 y 12). Cabe mencionar que durante el segundo seguimiento, la

usuaria resultó positiva en marihuana, afirmando haber consumido menos de un cigarro de marihuana en una reunión con un amigo.

La frecuencia del consumo también presentó modificaciones importantes. Durante la línea base el promedio de días de consumo durante el año previo al tratamiento representó el 70.6%, mientras que el porcentaje de los días de abstinencia fue de 29.3%. Durante el tratamiento solo presentó un episodio de consumo con una duración de 12 horas, manteniendo la abstinencia para crack durante los seguimientos, lo cual equivale a 4.3% de días de consumo versus 95.6% de días de abstinencia.

Este cambio en el patrón de consumo, se puede explicar como resultado de la motivación de la usuaria hacia el cambio, pasando de una etapa de contemplación al inicio del tratamiento, a una etapa de acción y mantenimiento al finalizarlo (Prochaska y Diclemente ,1986) al decidir por sí misma dejar el consumo y hacer uso de los recursos institucionales como la atención psicológica y psiquiátrica para rehabilitarse. Así mismo atender a sus citas, y apegarse al tratamiento, le permitió encontrar actividades no relacionadas con el consumo, para finalmente construir un estilo de vida libre de sustancias. Además de realizar los planes de acción para mantenerse en abstinencia.

El aumento en la auto eficacia también contribuyó de manera importante para que pudiera enfrentar con éxito las situaciones de riesgo que se presentaron durante y después del tratamiento. Este cambio puede observarse al comparar los puntajes obtenidos en el pretest y el postest del Cuestionario de Auto confianza en el consumo de drogas. Encontrándose que al inicio del tratamiento la usuaria presentaba poca confianza para resistirse a consumir en las situaciones de alto riesgo (con puntajes entre 60% y 78% de confianza), situación que se modificó al término del tratamiento, donde la usuaria presentó porcentajes altos de confianza que oscilan entre 88% y 100%, que indican que se sentía muy segura de no consumir ante las situaciones de riesgo.

El uso de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991) como un estilo terapéutico no confrontativo también contribuyó para que la usuaria se apegara al tratamiento y cumpliera con las metas. La importancia de incorporar estrategias de tratamiento que fomenten la motivación reside se debe a que reducen la deserción e incrementan la participación del cliente en el tratamiento (Bien, Miller y Tosigan, 1993; Sobell y Sobell, 1993).

Finalmente se puede concluir que, la combinación de la intervención psiquiátrica, y psicológica (entrenamiento en habilidades, identificación de situaciones de alto riesgo, análisis de precipitadores y consecuencias) para el tratamiento de esta usuaria con problemática dual,

contribuyó por una parte para que la sintomatología psiquiátrica disminuyera, y por otra parte para que desarrollara las habilidades de autocontrol y la auto eficacia necesarias para resistir el consumo, mantener la abstinencia y evitar posibles recaídas. Dicha información coincide con el discurso de la usuaria durante la entrevista en la que se le preguntaron algunas cuestiones relacionadas con la efectividad de los tratamientos recibidos, afirmando que los tratamientos multidisciplinarios fue lo que le ayudó a lograr 7 meses en abstinencia continua (Ver Anexo 30).

Retomando la información de los dos seguimientos, el pronóstico clínico de la usuaria es favorable, sin embargo el consumo de marihuana aunque en bajas cantidades, la pone en riesgo de recaída en el futuro, debido a que posiblemente esté experimentando algún síntoma emocional desfavorable, como la ansiedad, que la han llevado a consumir otra vez. Por lo que se recomienda ahondar en los próximos seguimientos, en los motivos que la llevaron a consumir y hacer planes de acción para atacar los precipitadores, recordando el uso de las habilidades aprendidas durante el tratamiento.

## **6. LIMITACIONES Y CURSOS ALTERNATIVOS DE ACCIÓN**

Los resultados del tratamiento permiten concluir que la participación de la usuaria en el programa y en las demás intervenciones (psiquiátrica y psicológica) recibidas en CAIS Torres de Potrero, hicieron posible la modificación del patrón de consumo y el aumento de la satisfacción y la mejora de la calidad de vida de la participante.

Por tal motivo, resulta difícil atribuir dichos cambios solo a este programa de tratamiento; se debe más bien reconocer el valor complementario del mismo junto con las demás intervenciones, lo cual refuerza la idea de que los tratamientos psicosociales y farmacológicos son complementarios, por lo que deben ser combinados para mejorar los resultados del tratamiento (O'Malley, Jaffe, Chang, Rose, Schottenfeld, Meyer y Rounsaville, 1996).

Las características de la participante son particulares debido a que cumplió el internamiento de 6 semanas dentro de la Unidad Residencial del Centro, y continuó en tratamiento durante 21 semanas más, sin suspender ninguna de las intervenciones. Por lo que para poder generalizar el impacto del programa a otros usuarios del Centro, sería necesaria su adherencia con las distintas intervenciones, debido a que la participación en éstas resultó muy importante para reportar avances en la situación general de la usuaria. Para lograrlo se sugiere sensibilizar a los usuarios y a sus familiares sobre los beneficios de adherirse al tratamiento psiquiátrico y psicológico durante y después del internamiento para mejorar el impacto del mismo en el mediano y largo plazo.

Con respecto a los instrumentos, la mayoría de las mediciones utilizadas en la investigación fueron auto reportes, por lo que están sujetas a la manipulación y a una serie de críticas asociadas a este tipo de medidas. Sin embargo este estudio contó con medidas fisiológicas (pruebas antidoping en muestras de orina) que monitorearon el consumo de la usuaria antes y después del tratamiento, lo cual incrementa la objetividad de los resultados. Por lo que se sugiere que, además de los auto reportes se utilicen medidas de este tipo, sobre todo durante la consulta externa para seguir monitoreando el consumo del usuario.

También se recomienda que el trabajo con el otro significativo se incorpore desde las primeras sesiones de tratamiento en consulta externa, con la finalidad de que el entrenamiento en habilidades no solo beneficie al usuario si no al familiar, impactando de manera positiva en la calidad de vida de ambos, porque se ha encontrado que la participación del otro significativo impacta de manera positiva en el tratamiento del usuario, y se relaciona con periodos de abstinencia más prolongados (Higgins, Budney, Bickel y Badger , 1994). En este caso y por así convenir a los intereses de la institución, solo fue posible trabajar con la madre de la usuaria durante dos sesiones al final del tratamiento.

El programa plantea que los usuarios sean atendidos dos veces por semana para mejorar el impacto del tratamiento, en el caso de esta usuaria solo se le atendió una vez por semana, por lo que los avances eran más lentos y los componentes eran abordados en más sesiones. Por esta razón se sugiere que la atención de los pacientes sea como plantea el programa para que los avances puedan ser monitoreados con mayor frecuencia y optimizar el aprendizaje de las habilidades. Esta recomendación sería de mucho beneficio durante el internamiento porque se podrían abordar más componentes de tratamiento, ya que se invertía mucho tiempo tan solo en las sesiones de evaluación que podían durar hasta 3 sesiones, quedando poco tiempo para abordar los componentes del tratamiento.

Finalmente, el hecho de poder incorporar programas de tratamiento de corte breve, estructurados y orientados a resolver la problemática inmediata derivada del consumo de drogas, en una institución como el CAIS Torres de Potrero, que proporciona un plan de tratamiento integral dirigido a rehabilitar usuarios de drogas, haría posible que buena parte de la población consumidora de bajos recursos contara con un servicio adicional para resolver su problemática.

## REFERENCIAS

- Abbott, P., Weller, S., Delaney, H., & Moore, B. (1998). Community Reinforcement Approach in the treatment of opiate addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24, 17-30.
- Allen, J., Litten, R., & Fertig, J.B. (1995). NIDA-NIAAA Workshop: Efficacy of therapies in drug and alcohol addiction. *Psychopharmacology Bulletin*, 301, 655-669.
- Ashton, H. (1994). The treatment of benzodiazepine dependence. *Addiction* 89 (11), 1535-1541.
- Ayala, V.H., & Echeverría, L. (1998). Detección temprana e intervención breve. En: M.E Medina-Mora (comp). *Beber de Tierra Generosa: Ciencias de las bebidas alcohólicas en México*. México, D.F: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Ayala, H.E., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1997). Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 113-127.
- Azrin, N. (1976). Improvements in the community reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research & Therapy*, 14, 339-348
- Azrin, N., Sisson, R., Meyers, R., & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105-112.
- Babor, T.F., & Grant, M. (Eds) (1991). Project on identification and management of alcohol related problems. Report on phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Geneva: World Health Organization.
- Babor, T.F., & Higgins-Biddle, J. (2000). Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 95 (5), 677-686.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baron, D.H., Sands, B.F., Ciraulo, D., et al. (1990). The diagnosis and treatment of panic disorder in alcohol: three cases. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16, 287-295.
- Barragán, L. (2005). *Modelo de intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes al alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. México D.F. Facultad de Psicología. UNAM.
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J., & Martínez, M. (2006). Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta. UNAM. CONADIC.
- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M.E., & Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28 (1), 61-71.
- Barry, K.L. (1999). *Brief interventions and brief therapies for substance abuse*. Therapy manuals for drug addiction. Rockville, MD: NIDA.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Becoña, E., & Lorenzo, M.C. (2004). Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones* 16 (2), 201-226.
- Beutler, L., & Guest, P. (1989). The role of cognitive change in psychotherapy. En Freeman, A; Simon, K, Beutler, L; Arkowitz, H. (Eds). *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. NY: Plenum Press.
- Bickel, W., Amass, L., Higgings, S., Badger, G., & Esch, R. (1997). Effects of adding behavioral treatment to opioid detoxification with buprenorphine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 803-810.
- Bickel, W., DeGrandpre, R., & Higgins, S. (1993). Behavioral economics: A novel experimental approach to the study of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 33, 173-192.
- Bickel, W. K. & Marsch, L.A.(2001). Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: Delay discounting processes. *Addiction*, 96, 73-86.
- Bien, T., Miller, W., & Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addictions*, 88, 315-336.



- Boulton, A. A., Baker, G.B., & Wu, P.H. (1992). *Animal models of drug addiction*. Totowa, N.J: Humana.
- Carreño, S; Ortiz, A; Medina-Mora, ME; Natera, G; Tiburcio, M; Martínez, N; Vélez, A; & Fauske, S. (2000). *Manual general del programa modelo de prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas en trabajadores y sus familias. Como introducir el programa a su centro de trabajo*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Carroll, K.M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. En G.A. Marlatt & G.R. Vandenbos (Eds). *Addictive Behaviors: reading on etiology, prevention and treatment*. Washington, D.C: APA, 697-717.
- Carroll, K.M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: treating cocaine addiction*. Therapy manuals for drug addiction. Rockville, MD: NIDA.
- Carroll, K.M. (1999). Behavioral and cognitive behavioral treatments. En B.S McCrady & E.E. Epstein. Addictions. A Comprehensive Guidebook. (Eds). Oxford University Press. 250-267.
- Castro, M.E., Llanes, J., Margain, M., & Carreño, A. (1999). Evaluación de planes de acción preventiva de riesgos psicosociales con el modelo CHIMALLI- DIF. *Psicología Iberoamericana*, 4.
- Childress, A., Hole, A., Ehrman, R., Robbins, J., McLellan, A., & O'Brien, C. (1993). Cue reactivity and cue reactivity interventions on drug dependence. En L.S Onken., J. D Blaine, & J.J Boren (Eds). *Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence* (NIDA).
- Consejo Nacional contra las Adicciones [CONADIC] (2000). *Construye tu vida sin adicciones. Modelo de Prevención*. Secretaría de Salud/CONADIC. México.
- Cox, W., Fadardi, J., & Klinger, E. (2006). Motivational processes underlying implicit cognition in addiction. En R. Wiers & A. Stacy (Eds). *Handbook of implicit cognition and addiction* (253-266). California: Sage.
- Cox, W., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (2), 168-180.
- Cox, W., & Klinger, E. (2004). A motivational model of alcohol use: Determinants of use and change. En W. Cox & E. Klinger (Eds). *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches and assessment* (pp. 121-138). Chichester, UK: Wiley.
- Cummings, C., Gordon, J. R., & Marlatt, G. A.(1980). Relapse: Prevention and prediction. In W. R. Miller (Ed.) *The Addictive Behaviors*.
- Decker, K., & Ries, R. (1996). Diagnóstico diferencial y psicofarmacología de los trastornos duales. *Revista de Toxicomanías*, 6, 8-18.
- Echeverría, L., Ruíz, G.M., Sañazar, L., & Tiburcio, M.A. (2004). Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. México. D.F: UNAM, Facultad de Psicología.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Seacacus, NJ: Lyle Stuart.
- Encuesta Nacional de Juventud (ENJ) (2000). Secretaría de Educación Pública/ Instituto Mexicano de la Juventud/ Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud.
- Fagerström, K, O. (1982). A comparison of psychological and pharmacological treatment in smoking cessation. *Journal of Behavioral Medicine* 5 (3), 343-351.
- Flores, M. (2005). *Evaluación el entrenamiento en habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ghodes, H. (1995). *Drugs and Addictive Behavior. A guide to treatment*. Cambridge: University Press.
- Goldberg, S.R., & Stolerman, I.P. (1996). *Behavioral analysis of drug dependence*. Orlando, FL: Academic Press.
- Gordon, D.A. (1987). An operational classification of disease prevention. En: J.A, Steinberg; & M.M, Silverman (Eds). *Preventing mental disorders*. Rockville, MD: U.S Department of Health and Human Services.
- Greeley, J., Swift, W., & Heather, N. (1993). To drink or not to drink? Assessing conflicting desires in dependent drinkers in treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 32(2), 169-179.
- Grimm, J., Hope, B., Wise, R., & Shaham, Y. (2001). After stopping cocaine use, drug craving gets stronger over time. *Nature*, 12, 07.

- Haddock, K., Rowan, B., Andrasik, F., Wilson, G., Talcott, W., & Stein, J. (1997). Home-based behavioral treatments for chronic benign headache: A meta-analysis of controlled trials. *Cephalalgia*, 17, 113-118.
- Halikas, J., Kemp, K., Kuhn, K., et al. (1989). Carbamazepine for cocaine addiction?. *Lancet I* (8638) 623-624.
- Hall, A., Humfleet, G., Reus, V., Muñoz, R., & Cullen, J. (2004) Extended nortriptyline and psychological treatment for cigarette smoking. *American Psychiatric Association*, 161, 2100-2107.
- Hammarberg, A., Wennberg, P., Beck, O., & Franck, J. (2004). A comparison of two intensities of psychosocial intervention for alcohol dependent patients treated with acamprosate. *Alcohol & Alcoholism* 39 (3), 251-255.
- Hazlett-Stevens, H., & Craske, M. (2002). Brief cognitive-behavioral therapy: definition and scientific foundations. En F. Bond, & W. Bryden (Eds). *Handbook of Brief Cognitive Behavior Therapy*. Wiley: Great Britain.
- Heath, D. (2000). *Drinking occasions: Comparative perspectives on alcohol and culture*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Heather, N. (1989). Psychology and brief interventions. *British Journal of Addictions*, 4 (4), 357-370.
- Heather, N. (1995). Brief interventions strategies. En R.K. Hester & W.R. Miller (Eds). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. (2<sup>da</sup> edición). Needham Heights MS: Allyn & Bacon.
- Heartherton, T., Kozlowski, L., Frecker, R., & Fagerström, K. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119- 1127.
- Higgins, S. (1997). The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse: A brief review. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 57, 419-427.
- Higgins, S. & Budney, A. (1993). Treatment of cocaine dependence through the principles of behavior analysis and behavior pharmacology. En L. S Onken, J.D Blaine & J.J Boren (Eds). *Behavioral Treatments for Drug Abuse Dependence* (NIDA).
- Higgings, S., Budney, A., Bickel, W., & Badger, G. (1994). Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 47-56.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Foerg, F.E., Donham, R., & Badger, G.J. (1994). Incentives improve treatment retention and cocaine abstinence in ambulatory cocaine-dependent patients. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568-576.
- Higgins, S., Budney, A., Bickel, W., Hughes, J., Foerg, F., & Badger, G. (1993). Achieving cocaine abstinence with behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 150, 763-769.
- Hunt, G., & Azrin, N. (1973). *A Community Reinforcement Approach to Alcoholism*. *Behavioral Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Julien, R., (1998). *A Primer of Drug Action*. (8<sup>th</sup>. ed.). New York: Freeman and Company.
- Kalivas, P. W., & Volkow, N. (2005). The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1403-1413.
- Kelley, A. E., & Berridge, K. (2002). The neuroscience of natural rewards: Relevant to addictive drugs. *The Journal of Neuroscience*, 22 (9), 3306-3311.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological review* , 82, 1-25.
- Klinger, E. (1977). *Meaning and void: Inner experience and the incentives in people's lives*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kuiper, A., & MacDonald, R. (1983). Reason, emotion, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 3, 297-316.
- Lazarus, S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129.
- Lira, J. (2002). *Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina*. Tesis de Maestría. ENEP IZTACALA. UNAM.

- Lira, J; González, F; Ayala, H; & Reidl, L. (2001). Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores. Manual sin publicar. UNAM: Facultad de Psicología.
- Longabaugh, R., & Morgenstern, J. (1999). Cognitive- behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence: Current status and future directions. *Alcohol Research and Health*, 23, 78-85.
- Lorenzo, P., Bobes, J., & Colado, I. (2003). Drogas de diseño (I). MDMA (éxtasis). En L. Lorenzo, J.M Ladero, J.C Leza & I. Lizasoain. *Drogodependencias* (2da edición). Madrid: Médica Panamericana.
- Machín, J. (2007). *Otra política de drogas es posible*. Consultado en septiembre 13, 2007, de <http://www.liberaddictus.org/>
- Malcom, R., Ballenger, J.C., Sturgis, E.T., et al (1989). Double-blind controlled trial comparing carbamazepine to oxacepan treatment of alcohol withdrawal. *American Journal of Psychiatry*, 146, 617-621.
- Marlatt, A. (1999). *Effective Relapse Prevention and Harm Reduction Therapy*. AABT Workshop Handout February, 20.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guildford Press.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Dimeff, L.A., Larimer, M.E., Quigley, L.A., Somers, J.M., & Williams, E. (1998). Screening and brief interventions for high-risk college students drinkers: Results from a two year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 604-615.
- Martínez, K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.
- Medina Mora, M.E., (2001). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En R, Tapia Conyer (Ed). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectiva*. México: Manual Moderno. 21-43.
- Medina-Mora, ME; Natera, G; Borges, G; Cravioto, P; Fleiz, C; & Tapia Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio: Las adicciones y la salud publica: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24 (4), 3-19.
- Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98. 84-107.
- Miller, W.R., Meyers, R.J., & Tonigan, J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (5), 688-697.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *La Entrevista Motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Moggi, F., Ouimette, P.C., Moos, R., & Finney, J. (1999). Dual diagnosis patients in substance abuse treatment: relationship of general coping and substance-specific coping to 1-year outcomes. *Addiction* 94(12), 1805-1816.
- Monti, P., Abrams, D., Kadden, R., & Cooney, N. (1989). *Treating Alcohol Dependence. Treatment Manuals for Practitioners*. New York: Guildford Press.
- Moreno, K; & Cuevas, J. (2000). *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Guía práctica para padres*. Panorama: México, D.F.
- Moro, M., & Lizasoain, I. (2003). Benzodiacepinas, barbitúricos y otros hipnóticos. En L. Lorenzo, J.M Ladero, J.C Leza & I. Lizasoain. *Drogodependencias* (2da edición). Madrid: Médica Panamericana.
- Natera, G., Tiburcio, M., & Mora, J. (2004). Cómo apoyar a la familia ante el abuso de alcohol y drogas. En: E. Dulanto Gutiérrez (Ed). *La Familia: Un espacio de encuentro y crecimiento para todos*. (pp. 463-469). México: D.F.
- Nateras, A. (2001). Jóvenes urbanos y drogas sintéticas: espacios alterados. *El Cotidiano 109: Revista de la realidad mexicana actual*, 18, 28-36.
- Nateras, A. (2003). Las políticas públicas de juventud en drogas o lo que las instituciones dejaron. *Revista Trabajo Social*, 7, 25-33.

- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2005). Las Drogas de Club. Consultado en Octubre 2007 de <http://.drugabuse.gov/Infofacts/ClubDrugs-sp.html>.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2006). El crack y la cocaína. Consultado en Octubre 2007 de <http://.drugabuse.gov/Infofacts/cocaine-sp.html>.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2006). La marihuana. Consultado en Octubre 2007 de <http://.drugabuse.gov/Infofacts/marihuana-sp.html>.
- Nevin, J. A. (1996). The momentum of compliance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 535-547.
- O'Malley, S., Jaffe, A., Chang, G., Schottenfeld, S., Meyer, E., & Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: a controlled study. *Archives of General Psychiatry* 49, 881-887.
- Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas (2003). *Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. Secretaria de Salud, Consejo Nacional contra las adicciones, México.
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína*. Tesis de Doctorado. México D.F. Facultad de Psicología. UNAM.
- Osborn, C. (2001). Brief interventions in the treatment of alcohol use disorders: Definition and Overview. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 21 (2), 76-79.
- Platt, J., & Hermalin, J. (1989). Social skill deficit interventions for substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3, 114-133.
- Prochaska, J.O., & Diclemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W.R. Miller, & N. Heather. *Treating addictive behaviors. Processes of change*, 3-27. New York: Plenum press.
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching Alcohol Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Rachlin, H. (1976). *Behavior and learning*. San Francisco: Freeman.
- Rachlin, H. (1995). The value of temporal patterns in behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 188-192.
- Reid, M.S., Mickalian, J.D., Delucchi, K.L., Hall, S.M & Berger (1998). An acute dose of nicotine enhances cue-induced cocaine craving. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 95-104.
- Rojas, E., Medina-Mora, M., Juárez, F., Carreño, S., Villatoro, J., Berenzon, S. & López, E. (1995). El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México. *Salud Mental*, 18(3). 22-27.
- Ross, H, E., Gavin, D.R., & Skinner, H.A. (1990). Diagnostic validity of the MAST and the alcohol dependence scale in the assessment of DSM-III Alcohol Disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 51.
- Sánchez, G.A. (1999). Modelo preventivo de centros de integración juvenil. *Marco referencial de información, orientación y capacitación*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Sánchez-Craig, M., & Wilkinson, D.A. (1989). Brief treatments for alcohol and drug problems: Practical and methodological issues. En T. Loberg, W.R Miller, P.E. Nathan, & G.A. Marlatt (Eds). *Addictive behaviors: Prevention and early intervention*, 233-252. Lisse, Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Siegel, S. (1975). Evidence from rats that morphine tolerance is a learned response. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 89 (5), 498-506.
- Siegel, S. (1999). Drug anticipation and drug addiction. The 19998 H. David Archibald Lecture. *Addiction*, 94(8). 1113-1124.
- Siegel, S., Hinson, R., Krank, M., & McCully, J. (1982). Heroin "Overdose" Death: Contribution of Drug-Associated Environmental Cues. *Science*, 216, 23. 436-437.
- Skinner, B.F. (1938). *The Behavior of Organisms. An Experimental Analysis*. New York: Appleton Century Crofts.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Free Press.
- Skinner, H., & Horn, J. (1984). *Alcohol Dependence Scale [ADS]: User's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.

- Smith, J., Meyers, R., & Delaney, H. (1998). Community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 541-548.
- Sobell, M. B., & Sobell, L.C. (1993). *Problem drinkers: guided self change treatment*. New York: Guilford.
- Stefian, G. (1999). Correction of normative misperceptions: An alcohol abuse prevention program. *Journal of Drug Education* 29(2). 115-139.
- Stolerman, I. (1992). *Drugs of abuse: behavioral principles, methods and terms. Trends in pharmacological sciences*, 13 (5), 170-176.
- Timko, C., & Moos, R.H. (1998). Outcomes of the treatment climate in psychiatric and substance abuse programs. *Journal of Clinical Psychology* 54 (8), 1137-1150.
- Tomkins, D, M., & Sellers, E.D. (2001). Addiciton and the brain: the role of neurotransmitters in the cause and treatment of drug dependence. *Canadian Medical Association*, 164 (6), 817-821.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Bérenzon, S., López, E., Rojas, E., & Carreño, S. (1996). Factores que predicen el consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de México. *La Psicología Social en México*, VI. 574-596
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro & Suárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la Encuesta de Estudiantes, medición otoño del 2002. *Salud Mental*. 1, 43-54.
- Vuchinich, R. E. & Simpson, C. A. (1998). Hyperbolic temporal discounting in social drinkers and problem drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 97, 181-195.
- Vuchinich, R.E., & Tucker, J. A. (1983). Behavioral theories of choice as a framework for studying drinking behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 408-416.
- Vuchinich, R.E., & Tucker, J. A. (1998). Choice, behavioral economics, and addictive behavior patterns. En W.R. Miller & N. Heather (Eds), *Treating addictive behaviors* (2da ed, 93-104). New York: Plenum.
- Watson, S.J. et al. (1989). Neuroanatomical and neurochemical substrates of drug-seeking behavior: overview and future directions. En: A. Goldstein (Eds). *Molecular and cellular aspect of drug adicctions*. 29 -92. Berlin: Springer-Verlag.
- Wildt, W., Schippers, G., Vand den brink, W., Potgieter, A., Deckers, F., & Bets, D. (2002). Does psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprosate in patients with alcohol problems?. *Alcohol & Alcoholism*, 37 (4), 375-382.
- Zabicky, G. (2003). La enfermedad dual conformada por el alcoholismo y la depresión, *Cuadernos FISAC*, 1, (018), 23-28.

*ANEXOS*

## LOS TRATAMIENTOS MULTIDISCIPLINARIOS EN EL ABORDAJE DE USUARIOS CON DIAGNÓSTICO DUAL

Actualmente existe una coincidencia significativa entre los trastornos psiquiátricos y el consumo de drogas. Los pacientes con un diagnóstico dual (aquellos que presentan consumo de sustancia más otro psicodiagnóstico mayor) representan un desafío, debido a la compleja relación entre las enfermedades psiquiátricas y los trastornos por abuso de sustancias. Generalmente el papel del profesional de la salud (psiquiatra y/o psicólogo) implica realizar un diagnóstico diferencial y psicofarmacológico además de una psicoterapia (Decker y Ries, 1996).

La relación entre trastorno psiquiátrico y uso de drogas se explica como una forma de automedicación en la que los pacientes utilizan sustancias, como el alcohol u otras drogas, como una forma de medicarse, no siempre adecuada, y aliviar los síntomas inherentes al padecimiento psiquiátrico. En el que el uso de una sustancia provoca, fomenta o perpetúa la psicopatología y viceversa, la psicopatología fomenta y perpetua el uso de una sustancia (Zabicky, 2003).

Debido a que la usuaria presentaba consumo de sustancias múltiples y ansiedad severa fue medicada con anticonvulsivantes (*Topamax*), antipsicóticos (*Sinogan*) y antidepresivos (*Talpramin* y *Fluoxetina*), en combinación con el apoyo psicológico; ambos tratamientos se dieron durante su estancia en el CAIS (6 semanas) y al finalizar el tratamiento en consulta externa (17 semanas); lo cual es consistente con lo reportado en la literatura sobre la importancia de combinar apoyo farmacológico y psicológico como una forma de dar un apoyo más comprehensivo a los usuarios con problemática dual (Bickel, Amass, Higgins et al, 1999; Ashton, 1994; Fagerström, 1982). Encontrándose que para tratar el síndrome de abstinencia a las benzodicepinas y a la cocaína se recomienda el uso de anticonvulsivos como forma de frenar la ansiedad (Malcom, Ballenger, Sturgis et al, 1989; Halikas, Kemp y Kuhn et al, 1989).

La prescripción de medicación antipsicótica se debe a que facilita la recuperación, tanto psiquiátrica como de los trastornos por abuso de sustancias, al disminuir el trastorno del pensamiento. La mejora cognitiva permite que los pacientes participen más intensamente en los tratamientos para la recuperación. Las propiedades bloqueadoras de la dopamina que causa esta medicación puede interferir con los efectos eufóricos de la cocaína (Decker y Ries, 1996).

Otros autores como Ashton (1994) proponen el uso de los antidepresivos, por ser drogas con muy bajo potencial de abuso y con un margen amplio de seguridad en dosis a largo plazo, para aliviar el síndrome de abstinencia a las benzodicepinas y a la cocaína (Baron, Sands, Ciraulo et al; 1990); así como el apoyo psicológico durante y después de la reducción o cese del consumo.

Al evaluar la efectividad de los programas psiquiátricos y de abuso de sustancias, se ha encontrado que aquellos que han sido mejor evaluados por los pacientes y por el equipo de tratamiento, son los que proporcionan un apoyo más activo y una orientación práctica, que se relaciona con un mejor funcionamiento de los pacientes, tanto en el tratamiento como en la comunidad, así como un mayor uso de los servicios de salud y mayor involucramiento en actividades recreativas (Timko y Moos, 1998).

En un estudio que evaluó la eficacia de enseñar estrategias de enfrentamiento generales y específicas relacionadas con el consumo de drogas, en pacientes con abuso de drogas y trastornos psiquiátricos, se encontró que a un año de terminado el tratamiento los pacientes presentaban una mejora en cuanto a la severidad del trastorno dual así como una mejora en su funcionamiento psicológico (Moggi, Ouimette, Moos y Finney, 1999).

Otros autores evaluaron la eficacia de tratar a pacientes con adicción a la nicotina con tratamiento farmacológico (placebo-activo) vs tratamiento psicológico breve o de mayor duración, encontrándose que aquellos que estuvieron en tratamiento con el medicamento activo y la intervención psicológica de mayor duración alcanzaron tasas de abstinencia mayores a los del grupo placebo con intervenciones breves (Hall, Humfleet, Reus, Muñoz y Cullen, 2004).

Bickel, Amass y Higgins et al (1997) encontraron que aquellos pacientes con dependencia a opiáceos que fueron tratados con buprenorfina más el enfoque del CRA tuvieron mejores resultados en cuanto a tasas de abstinencia que los tratados con medicamento bajo el tratamiento psicológico estándar. El 53% del grupo que recibió el tratamiento conductual alcanzó 12 semanas en abstinencia en comparación con 5% de grupo estándar.

Estos datos demuestran la importancia de combinar tratamientos psiquiátricos y psicológicos para tratar usuarios con problemática dual, sin embargo existen autores que no comparten este planteamiento, argumentando que el valor suplementario de las intervenciones psicosociales al tratamiento psiquiátrico no está plenamente comprobado (Hammarberg, Wennberg, Beck y Franck, 2004; Wildt, Schippers, Van den Brinck, Potgieter, Deckers y Bets, 2002).



<b>Anexo 1B.</b> Principales Drogas de Abuso de la Usuaría
--

## ***EL CRACK***

### ANTECEDENTES

La cocaína es un alcaloide que se obtiene de las hojas del arbusto de coca. La planta *erythroxylum coca*, crece en las regiones montañosas de Sudamérica (Colombia, Bolivia, Perú). Tradicionalmente, las hojas de dicha planta eran masticadas por los nativos para aliviar la fatiga, el hambre y el frío; esta práctica aún se mantiene en la actualidad. El compuesto fue aislado por primera vez en 1880 y su consumo se extendió por Europa y Estados Unidos, incluyéndose en tónicos, medicinas, bebidas refrescantes e incluso en el vino. Sus propiedades farmacológicas fueron investigadas por Sigmund Freud quien se percató de sus efectos anestésicos y psíquicos, además de recomendarla como cura para la adicción a la morfina, sin embargo años después notó sus potentes efectos adictivos (Ghodse, 1995).

### EL CRACK COMO UN TIPO DE COCAÍNA

La *cocaína hidrociorhídrica*, que comúnmente se conoce como “polvo” se descompone al ser hervida en una solución de amoníaco, obteniéndose la *cocaína base*, también conocida como *base libre* o *crack*. Al calentar los cristales de la base libre se obtiene un vapor que puede ser inhalado. El término “crack” se refiere al crujido que se oye cuando se calientan los cristales (Julien, 1998; NIDA, 2006).

En algunos casos el *crack* es “cocinado” con polvo para hornear y agua, el cual separa las impurezas de la cocaína base, obteniendo un tipo de cocaína pura y cristalina que se corta en astillas (Ghodse, 1995).

El *crack* se fuma generalmente en pipas de vidrio o puede ser espolvoreado en cigarrillos de marihuana o tabaco. Las inhalaciones se hacen de manera repetida cada 5 minutos durante las ocasiones de consumo que pueden durar horas (Ghodse, 1995).

Al ser fumada se evapora y algunas partículas quedan atrapadas en la nariz y otras pasan del puente nasal a la tráquea y a las paredes pulmonares, por lo que la absorción puede ser tan rápida como cuando se inyecta. Los efectos aparecen dentro de los primeros 5 minutos y pueden durar hasta 30 minutos. De la cantidad inicial inhalada, solo entre el 5 y 32% alcanza el plasma sanguíneo (Julien, 1998).

Se distribuye rápidamente a través de todos los tejidos y penetra la membrana hematoencefálica. Tiene una vida media de 30 a 90 minutos, y se metaboliza a través de las enzimas que se encuentran en el plasma y en el hígado. Aunque puede ser removida rápidamente del plasma, la cocaína permanece por más tiempo en el cerebro, por lo que puede ser detectada entre 8 y 12 horas después del último consumo. El *benzoylecgonine*, que es el metabolito activo de la cocaína, puede ser detectado en la orina en 48 horas o hasta 2 semanas después del último consumo en usuarios crónicos (Julien, 1998).

## MECANISMOS DE ACCIÓN

Farmacológicamente, la cocaína posee tres características principales que explican todos sus efectos fisiológicos y/o psicológicos: 1) es un potente analgésico local, 2) es un vasoconstrictor y 3) es un psicoestimulante con altas propiedades reforzantes (Julien, 1998).

La cocaína interfiere con el proceso de reabsorción de la dopamina, un mensajero químico asociado con el placer y el movimiento. La acumulación de dopamina resulta en una estimulación continua de las neuronas receptoras, lo cual está asociado con la euforia comúnmente reportada por los abusadores de la cocaína (NIDA, 2006).

## EFFECTOS TÓXICOS

Al ser un poderoso estimulante del sistema nervioso central, la cocaína produce aumento de la energía, estado de alerta, actividad motora intensa, confianza y aumento de la interacción social. El efecto más importante es que genera un intenso placer y euforia. En dosis no tóxicas (entre 25 y 100 miligramos) produce hiperactividad motora, taquicardia, vasoconstricción, hipertensión, broncodilatación, incremento en la temperatura corporal y dilatación pupilar. Los efectos psicológicos en dosis menores incluyen euforia instantánea, estado de alerta e incremento de la conciencia de uno mismo que dura solo 30 minutos. Este episodio es seguido por euforia y ansiedad moderada, que puede durar entre 60 y 90 minutos, seguido de un periodo de ansiedad prolongada que puede durar horas (Ghodse, 1995; Julien, 1998).

Durante la intoxicación hay una mayor cantidad de pensamientos y el habla se torna rápida, presionada, tangencial e incoherente. La fatiga y el apetito se posponen durante el consumo, pero luego se intensifican. Después de la fase de “elevación”, sigue un estado de ansiedad, depresión y paranoia. Conforme aumenta la dosis o continúa el consumo, todos estos efectos se intensifican, con una depresión subsecuente (Julien, 1998).

Dosis altas producen ansiedad, privación del sueño, hipervigilancia, paranoia, suspicacia y temores persecutorios. Los efectos a largo plazo incluyen conflictos interpersonales, depresión, complicaciones cardíacas, disforia y desórdenes psicóticos violentos y bizarros que pueden durar días o semanas incluso después de que una persona suspende el uso de cocaína. Se estima que una dosis tóxica de cocaína puede ir de 1 a 2 miligramos por kilo, por lo que una dosis entre 70 y 150 miligramos es tóxica para una persona de 70 kilos de peso, dosis más elevadas provocarían un estado de intoxicación fisiológica mayor (Julien, 1998). El consumo en dosis cada vez más altas puede provocar un período de psicosis paranoica total en la que el usuario pierde el sentido de la realidad y padece de alucinaciones auditivas, aunado a alteraciones del ritmo cardíaco, falla respiratoria, convulsiones, y complicaciones gastrointestinales por la falta de alimento (NIDA, 2006).

Las diferentes maneras de consumo de la cocaína pueden ocasionar diferentes efectos adversos. Por ejemplo, fumar crack puede causar pérdida del sentido del olfato, ronquera, dificultades pulmonares, y quemaduras en la boca y en los labios (NIDA, 2006).

## TOLERANCIA Y DEPENDENCIA

En el pasado se creía que era difícil desarrollar tolerancia a la cocaína debido al uso recreacional que tuvo durante algún tiempo, en el que los usuarios inhalaban la cocaína clorhídrica en bajas dosis y de manera intermitente solo en búsqueda de los efectos placenteros. Sin considerar que el aumento se debía a que las dosis pequeñas ya no causaban los mismos efectos. Sin embargo ahora

que en el mercado está disponible la *base libre* o *crack*, que es mucho más tóxica que la cocaína en polvo, la tolerancia se desarrolla con más rapidez, incluso existen reportes de usuarios que han consumido hasta 30 gramos en una ocasión sin complicaciones aparentes. Conforme aumenta la dosis y la frecuencia del consumo, incrementan los efectos disfóricos de la cocaína, tales como la irritabilidad, la suspicacia y la inquietud, sugiriendo que existe un efecto de techo en cuanto a los efectos físicos. Sin embargo aún no es claro si se desarrolla o no tolerancia a los efectos reforzantes de la droga (Ghodse, 1995).

Después de un período prolongado de consumo sobreviene el síndrome de abstinencia causado por la suspensión del consumo, los síntomas incluyen: aletargamiento, apatía, dolores musculares, trastornos del sueño y apetito, pérdida de los reflejos y una disminución progresiva del apetito por la droga. A esta etapa se le conoce como “crash” (Ghodse, 1995).

La dependencia psicológica se desarrolla rápidamente, aún cuando el consumidor no reconozca que su consumo es problemático, y se caracteriza por un deseo intenso por la droga (craving) y un patrón conductual enfocado en buscar la droga, que puede ser tan intenso que altera el patrón de vida de la persona, en el que la mayoría de las actividades se vuelven secundarias comparadas con el consumo. Con consumidores de crack o base se ha visto que repiten los mismos patrones conductuales de búsqueda que los modelos animales de auto administración, en los que los roedores prefieren el consumo de la sustancia en lugar del alimento. Se cree que este patrón de uso se debe a las altas concentraciones de cocaína en el cerebro que son resultado del consumo de crack o cocaína base, con efectos intensos y de corta duración, lo cual intensifica el deseo del consumo entre el “rush” y el síndrome de abstinencia (Ghodse, 1995).

Los síntomas de abstinencia causados por el consumo de cocaína pueden ser tan aversivos que el consumidor se ve en la necesidad de consumir otras sustancias depresoras del sistema nervioso (por ejemplo alcohol) para contrarrestar sus efectos, ocasionado que desarrolle una dependencia física a las otras sustancias, por lo que es común experimentar una intoxicación o sobredosis con dichas drogas (Ghodse, 1995).

## COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y TRATAMIENTO

La mayoría de los consumidores de cocaína presentan un trastorno psiquiátrico subyacente, incluyendo dependencia a otras sustancias, depresión mayor, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, personalidad límite, o trastorno antisocial de la personalidad (Julien, 1998).

La comorbilidad psiquiátrica es uno de los factores que ha complicado el tratamiento de la dependencia a la cocaína, así como el efecto y las propiedades reforzantes de la droga, aunado a la alta probabilidad de recaída causada por las señales ambientales asociadas con la actividad de consumo (Gold y Miller, 2001 citado en Julien, 1998). Por lo que para proporcionar una combinación óptima de tratamiento y disminuir el consumo de la droga, es importante considerar tanto la terapia farmacológica, como las intervenciones conductuales, en particular la terapia cognitivo-conductual (NIDA, 2006).

## LA MARIHUANA

### ANTECEDENTES

Se trata de una planta de origen asiático que puede actuar como alucinógeno en función de la dosis y que ahora se encuentra ampliamente distribuida en todo el mundo. Se reconocen tres especies: *Cannabis Indica*, *ruderalis* y *sativa*. De la *Cannabis sativa* deriva la marihuana, la cual es una mezcla de diferentes cantidades de flores, tallos resinosos, hojas y semillas.

A principios del siglo XIX, muchas farmacias vendían libremente tintura de marihuana para calmar el dolor. También se utilizaba para fabricar telas y cuerdas con su fibra. A partir de la segunda mitad del siglo XIX se empezó a utilizar marihuana por placer. En 1930 se le consideró como un “narcótico” y como una droga responsable de los crímenes de violencia. En 1940 se difundió la idea de que era una droga que hacía que la gente cometiera crímenes y que llevaba a la adicción a la heroína (Julien, 1998).

La fórmula química de la marihuana es el *tetrahydrocannabinol* (THC), que es el principal compuesto activo y produce diversos efectos en el cuerpo humano. Específicamente el delta-9-tetrahydrocannabinol es el principal químico contenido en la *cannabis sativa*.

Un cigarro de marihuana hecho a mano contiene aproximadamente 50 miligramos de THC, y una fumada contiene entre 12 y 25% de este ingrediente, de lo cual solo entre 0.4 y 10 miligramos se absorbe por el torrente sanguíneo. Los efectos conductuales del THC al fumar marihuana ocurren casi inmediatamente después de la primera fumada; si el consumo continúa pueden llegar a durar hasta 3 o 4 horas, aunque los niveles en plasma bajan a la mitad después de 2 horas de haber iniciado el consumo. Una vez que ha sido absorbido, el THC se distribuye a otros órganos, especialmente entre aquellos que tienen concentraciones altas de grasa, penetrando el cerebro y la barrera hematoencefálica. Se metaboliza lentamente en el hígado, por lo que el metabolito del THC puede persistir en el cuerpo varios días (2 o 3 días) incluso hasta por dos semanas. Este retraso tiende a intensificar y a demorar los efectos subsecuentes de la marihuana fumada en los días siguientes, formando un tipo de “tolerancia reversa”, en la que los niveles bajos se potencian con el consumo subsecuente (Julien, 1998).

### MECANISMOS DE ACCIÓN

Al fumar marihuana, el THC pasa rápidamente de los pulmones al torrente sanguíneo y al cerebro. En el cerebro, el THC se conecta a sitios específicos en las células nerviosas llamados receptores de *cannabinoides*, influyendo su actividad. Algunas áreas cerebrales contienen muchos de estos receptores, en especial aquellas zonas especializadas en el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, las percepciones sensoriales y el movimiento (NIDA, 2006).

Existe evidencia de que el delta-9-THC incrementa la actividad dopaminérgica en la vía mesolímbica que se proyecta desde el área ventral tegmental hasta el núcleo accumbens, el cual es un sitio prioritario para el desarrollo de la dependencia (Julien, 1998).

### EFFECTOS TÓXICOS

Los principales efectos producidos por la marihuana son: sensación de relajamiento, tranquilidad, mayor confianza y libertad, aumento del apetito, mayor percepción de los colores, sonidos y otras sensaciones, también se puede alterar la visión y la percepción del tiempo y el espacio. También

produce una menor coordinación motora, alteraciones en la memoria reciente, aumento de la frecuencia cardíaca y resequead de la mucosa oral. En cantidades mayores el consumidor puede presentar alucinaciones y psicosis paranoide, así como alteraciones de juicio (Moreno y Cuevas, 2000).

Debido a que la marihuana afecta la habilidad para aprender y recordar información, mientras más fume una persona, mayor es la probabilidad de que se retrase el desarrollo de las habilidades intelectuales, laborales y sociales. Las investigaciones han demostrado que el impacto adverso de la marihuana sobre la memoria y el aprendizaje puede durar días o semanas, incluso después de que los efectos agudos de la droga hayan desaparecido. Sin embargo existen datos que sustentan que una vez que se suspende el uso algunas habilidades cognitivas pueden ser restauradas (NIDA, 2006).

A largo plazo las mujeres pueden presentar reglas irregulares. La marihuana puede dañar seriamente al feto, ocasionando síntomas similares a los del síndrome de abstinencia y problemas de aprendizaje a largo plazo (Drill, Mc Donald y Odes , 2000). En los hombres puede haber una disminución de los niveles de testosterona, menor número de espermatozoides y dificultad para la fecundación. Tanto en hombres como mujeres puede haber una disminución del placer sexual (Moreno y Cuevas, 2000).

El uso crónico de esta sustancia puede provocan alteraciones en la percepción auditiva, táctil, olfativa y gustativa, así como alteraciones cardíacas y vasculares caracterizadas por taquicardia, arritmias y disminución de la presión arterial. Pueden presentarse inestabilidad emocional, ansiedad, euforia, agresividad e ideas suicidas; así como gastritis, náuseas, vómitos y mareos. Eventualmente pueden presentarse convulsiones o estados de coma (Moreno y Cuevas, 2000).

#### TOLERANCIA Y DEPENDENCIA

La tolerancia a la mayor parte de los efectos anticonvulsivos y locomotores del cannabis y sus derivados se desarrolla de forma rápida. Hay poca evidencia de la existencia de síntomas de abstinencia asociado al uso del cannabis, lo cual puede estar asociado a la extensión de la vida media que tienen los cannabinoides, lo cual previene que se presenten los síntomas de la abstinencia (Julien, 1998).

Otras fuentes afirman que el consumo a largo plazo puede llevar a un uso compulsivo de la droga. El deseo por la droga y los síntomas del síndrome de abstinencia hacen que aquellos individuos que la han fumado por largo tiempo, tengan problemas para dejarla. Quienes logran dejar la marihuana reportan irritabilidad, dificultades para dormir, ansiedad y agresividad (NIDA, 2006).

#### TRATAMIENTOS

Existen datos que sustentan beneficios similares entre un tratamiento cognitivo conductual de 14 sesiones y un tratamiento de dos sesiones individuales que incluía entrevistas de motivación y consejos sobre cómo reducir el uso de la marihuana. Otro estudio sugiere que el dar comprobantes canjeables a los pacientes por abstenerse puede mejorar los resultados. Aunque actualmente no existen medicamentos para tratar el abuso de la marihuana, existe la posibilidad de crear un medicamento que bloquee los efectos intoxicantes del THC (NIDA, 2006).

## **EL ROHIPNOL**

### **ANTECEDENTES**

El rohipnol (nombre comercial del flunitracepam) pertenece a una clase de drogas conocidas como benzodiazepinas, predominantemente depresoras del sistema nervioso central. Debido a que no tiene color, sabor ni olor, se puede añadir a las bebidas de tal manera que no puede ser detectada. Esta droga junto con el GHB (ácido gamma-hidroxibutírico) surgieron hace pocos años como drogas “para facilitar asaltos sexuales en citas”. Al mezclarse con el alcohol puede incapacitar a las víctimas, imposibilitándolas de resistir una agresión sexual (NIDA, 2005).

Las benzodiazepinas surgieron como una opción más segura que los barbitúricos, compuestos con características sedantes e hipnóticas con alto potencial para desarrollar dependencia y tolerancia. Las benzodiazepinas fueron introducidas en la práctica clínica en la década de los 60's. Al igual que los barbitúricos, poseen poderosas propiedades antiepilépticas, relajantes musculares y a pesar de consumirse en grandes dosis no causan depresión respiratoria. Su principal ventaja en comparación con otros fármacos es que alivian la ansiedad, en bajas dosis, y no causan sedación (Ghodse, 1995).

Al consumirse de manera oral, las benzodiazepinas se absorben normalmente, su mayor concentración en sangre ocurre aproximadamente una hora después de haberse ingerido. Se metabolizan en sustancias farmacológicamente inactivas, solubles en agua que se excretan vía urinaria. Existen otros compuestos que se bio transforman en productos intermedios y activos que tienen que descomponerse antes de poderse excretar (Moro y Lizasoain, 2003; Julien, 1998).

### **MECANISMOS DE ACCIÓN**

Todos los efectos clínicos y conductuales de las benzodiazepinas (sedación, relajación muscular, alivio de la ansiedad) son resultado de la facilitación del GABA (ácido gamma-aminobutírico principal neurotransmisor inhibitorio cerebral) que induce una inhibición neuronal en los diferentes sitios receptores del sistema nervioso central (Julien, 1998).

### **EFFECTOS TÓXICOS**

Los principales efectos secundarios se deben a que las dosis terapéuticas se extienden mayor tiempo que el indicado, y pueden ser: sedación, fluido nasal, ataxia, letargo, confusión mental, alteraciones motoras y cognitivas, desorientación, amnesia, alteración del habla e inducción de síntomas demenciales. En dosis más elevadas las alteraciones se mantienen y se propicia un estado de disfunción psicomotora y mental progresiva. La respiración no se deprime severamente aún en dosis altas, también afecta los patrones de sueño y la habilidad para conducir. El déficit cognitivo es significativo, interfiriendo con la capacidad para aprender, para ejecutar tareas académicas y con el funcionamiento psicomotor. El daño cognitivo e intelectual puede permanecer incluso después de discontinuar su uso, aunque por norma existen mejoras al suspender su uso (Julien, 1998).

El rohipnol puede producir “amnesia anterogada”, lo que significa que es posible que la persona no recuerde lo que pasó las primeras horas después de la ingesta (NIDA, 2005; Moro y Lizasoain, 2003).

## TOLERANCIA Y DEPENDENCIA

La tolerancia a los efectos hipnóticos se desarrolla rápidamente, incluso puede aparecer después de una semana de tratamiento, sin embargo, la tolerancia a los efectos ansiolíticos se desarrolla con más lentitud. Puede presentarse tolerancia cruzada al alcohol y a otros sedantes (Moro y Lizasoain, 2003).

Aunque ha sido polémico el desarrollo de la dependencia a las benzodiazepinas, existe una amplia evidencia de que aún en dosis terapéuticas puede desarrollarse dependencia. El síndrome de abstinencia es característico de un proceso de dependencia. En pacientes tratados crónicamente con benzodiazepinas, la retirada brusca produce un aumento de los síntomas de ansiedad junto con temblor y vértigo. En general la abstinencia incluye un regreso o incluso una intensificación del estado de ansiedad que propicio la medicación inicial; el insomnio regresa al igual que la inquietud, agitación, irritabilidad y sueños desagradables. Dichos síntomas aminoran después de una o 4 semanas. (Moro y Lizasoain, 2003; Julien, 1998).

## TRATAMIENTO

El tratamiento a las benzodiazepinas debe hacerse considerando tres puntos esenciales: a) Diagnóstico correcto de dependencia a la sustancia, b) Tratamiento de desintoxicación y b) Prevención de recaídas. Lo importante es la reducción paulatina de la sustancia, individualizar las dosis y evitar el consumo de otras sustancias depresoras (Moro y Lizasoain, 2003).

<b>Anexo 1C. Componente de Entrenamiento al otro significativo</b>
--

## **ENTRENAMIENTO AL OTRO SIGNIFICATIVO: UN COMPONENTE ADICIONAL DEL PSC**

Este componente es de especial relevancia debido a que el programa contempla la participación y entrenamiento de una persona allegada al paciente para apoyarlo en su camino hacia la recuperación. A continuación se presenta una breve revisión de cómo se conformó el componente, principales objetivos y características.

Originalmente, en el Modelo de Hunt y Azrin (1973) el terapeuta era quien ayudaba al paciente a superar la gran mayoría de los nuevos obstáculos que presentaba un estilo libre del uso de alcohol y drogas, como por ejemplo problemas en el área familiar, laboral y social. Incluso si era necesario pagar para obtener algún servicio (por ej. el seguro del auto, un teléfono), el terapeuta desembolsaba la cantidad requerida, porque se veía una forma de apoyar al usuario y comprometerlo a mantenerse en abstinencia. Sin embargo, en los estudios siguientes, se vio que esto implicaba para el terapeuta una gran inversión de tiempo por usuario y una inversión económica, por lo que Azrin (1976) se percató que la mejor forma de lidiar con las demandas del paciente era incluir a un consejero no profesional, que estuviera más accesible para el usuario, conformando un programa de pares.

Inicialmente el consejero debía ser un ex alcoholístico en abstinencia por lo menos durante un año, vivir cerca del usuario, tener la misma edad y estatus económico similar, así como ganas de ayudar y mantenerse en contacto con el usuario (Azrin, 1976). Posteriormente Higgins, Budney, Bickel y Bagger (1994) utilizaron el mismo sistema de incluir a un consejero u otro significativo con usuarios dependientes a la cocaína, como una forma de facilitar las fuentes de apoyo natural del usuario, en el que ambos se comprometían a hacer algo reforzante que fortaleciera la abstinencia de la cocaína. La diferencia con el sistema anterior, es que éste no se limitó a ex alcoholísticos, sino a cualquier familiar o pareja, que no utilizara drogas (excepto tabaco) y que fuera alguien cercano e importante para el usuario. Los resultados de este estudio indicaron que quienes participaron en el CRA e incluyeron a otro significativo lograron estar en abstinencia por un período 20 veces mayor que el grupo control (programa de 12 pasos).

Posteriormente, Miller, Meyers y Tonigan (1999) compararon tres enfoques diferentes para apoyar a los familiares: a) Al-Anon diseñado para incitar al familiar a que se una a un programa de 12 pasos; b) Intervención del Instituto de Johnson diseñada para confrontar al usuario en una reunión familiar y c) reforzamiento comunitario y entrenamiento familiar (CRAFT) que buscaba entrenar a los familiares en habilidades conductuales de enfrentamiento para usar en casa. Los resultados demostraron que el CRAFT fue el enfoque más efectivo para involucrar en un tratamiento a bebedores problema desmotivados (64%), comparado con la intervención de Al-Anon (13%) y la intervención Johnson (30%). Es importante mencionar que los autores reportaron que los tres tratamientos produjeron mejoras en el funcionamiento del familiar y la calidad de las relaciones del otro significativo.

Tomando en cuenta dichos resultados, el PSC incorpora el componente del entrenamiento al otro significativo (Barragán, 2005) que consiste en enseñar a un familiar o a otra persona significativa para el usuario habilidades de comunicación, de solución de problemas, el análisis funcional respecto a la conducta de consumo del usuario, y estrategias de advertencia temprana para prevenir recaídas en el usuario y mejorar la calidad de vida del familiar.





**ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO**



PRECIPITADORES EXTERNOS	PRECIPITADORES INTERNOS	CONDUCTA	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS
<p><b>Personas:</b> con adictos como yo, gente de los fumaderos.</p> <p><b>Lugares:</b> en Tepito, en las calles.</p> <p><b>Situaciones:</b> en las tardes entre las 15:00 y 16:00 pm.</p>	<p><b>Pensamientos:</b> “una y ya”, “solo con el dinero que llevo”.</p> <p><b>Sensaciones físicas:</b> me palpita el corazón, adrenalina, temblor de manos, “tengo ganas de rascarme los brazos”.</p> <p><b>Emociones:</b> nervios, ganas de divertirse.</p>	<p>Consumir diario medio gramo de piedra, cuatro pastillas de Rohypnol y 1 cigarro de marihuana. En promedio medio gramo lo consume en 10 minutos, las 4 tabletas las consume de golpe y 10 minutos el cigarro de marihuana.</p>	<p><b>Interpersonal:</b> No me gusta nada en particular de consumir con quienes lo hago.</p> <p><b>Física:</b> ganas de tomar alcohol, menos estrés, “se me quitaban las enfermedades”.</p> <p><b>Emocional:</b> muy emocionada, y muy contenta. “Pensaba que eso era divertido”</p>	<p><b>Interpersonal:</b> aislamiento de la familia y de los amigos, desinterés por las otras personas.</p> <p><b>Física:</b> descuidada, delgada, internamiento en el hospital, golpes por las peleas, alucinaciones visuales.</p> <p><b>Emocional:</b> miedo, ansiedad y depresión.</p> <p><b>Escolar:</b> dejar la escuela en primer semestre.</p> <p><b>Legal:</b> Estar en la cárcel 6 meses.</p> <p><b>Económico:</b> Mucho gasto.</p>

**ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE NO CONSUMO (CAMINAR CON SU MAMÁ)**

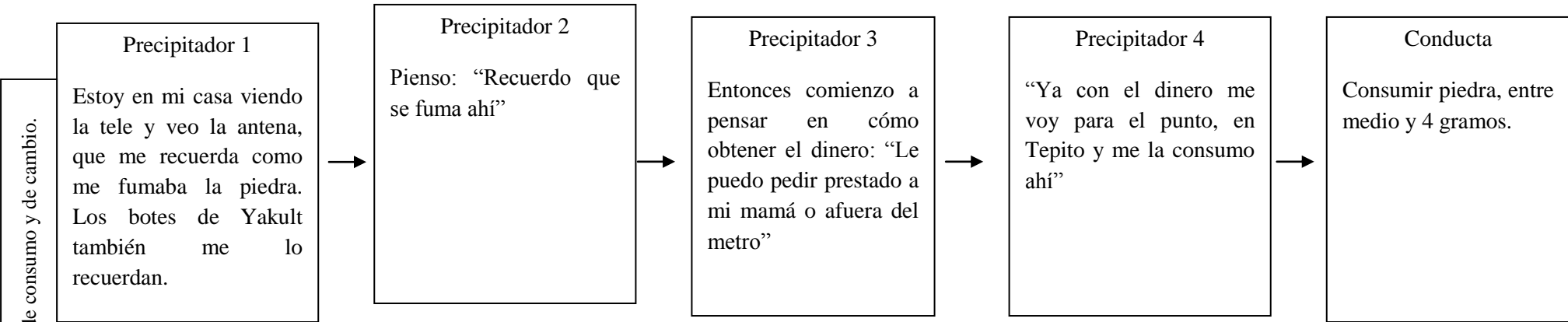
A  C  C

Anexo 2: Análisis Funcional de la Conducta de no Consumo.

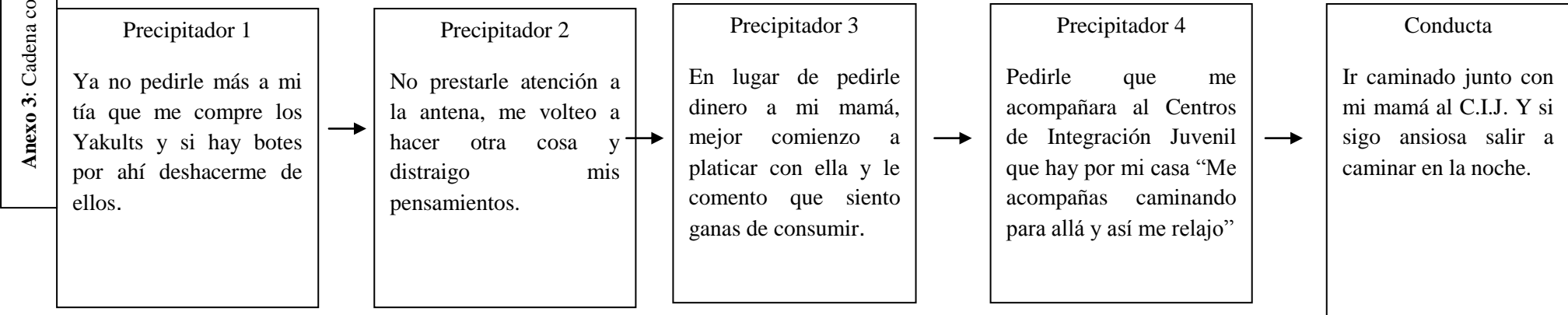
PRECIPITADORES EXTERNOS	PRECIPITADORES INTERNOS	CONDUCTA	CONSECUENCIAS NEGATIVAS	CONSECUENCIAS POSITIVAS
<p><b>Personas:</b> mi mamá</p> <p><b>Lugares:</b> por la cuadra de su colonia, por el mercado.</p> <p><b>Situaciones:</b> en la tarde o noche, entre 19:00 y 20:00 pm.</p>	<p><b>Pensamientos:</b> “me siento muy nerviosa, deprimida, sin ganas”.</p> <p><b>Sensaciones físicas:</b> entumecimiento de las piernas.</p> <p><b>Emociones:</b> indecisa, con ganas de ir pero a la vez de quedarse.</p>	<p>Salir a caminar con mi mamá una vez por semana durante 45 minutos.</p>	<p>“Lo que me disgusta de caminar es que a veces termino cansada, y está un poco lejos”, “En ocasiones prefiero ir sola”, “Con el frío se me entumen las manos y los pies”.</p>	<p><b>Interpersonal:</b> mejorar la comunicación con mi mamá. “Ya no andaría con malas compañías”</p> <p><b>Física:</b> “cansada pero bien”, se me quita el entumecimiento.</p> <p><b>Emocional:</b> aliviada, tranquila.</p> <p><b>Económica:</b> “Ya no gastaría en la droga”</p> <p><b>Legal:</b> “me alejaría de tantos problemas”.</p>

**CADENA CONDUCTUAL**

***DE CONSUMO***



***DE CAMBIO***



**MUESTRA DE ABSTINENCIA**

México, D F a 28 de Febrero de 2007

Por medio de la presente, yo *A..J* me comprometo a llevar a cabo una muestra de abstinencia, por un lapso de 90 días.

Del 28 de *Febrero* de 2007 al 28 de *Mayo* de 2007

Las técnicas que me comprometo a poner en práctica para alcanzar mi muestra de abstinencia son:

- ❖ Recordar la importancia del llenado de mi auto-registro.
- ❖ Prevenir precipitadores y hacer planes de acción para cada uno de ellos y llevarlos a cabo.
- ❖ Recordar las consecuencias negativas del consumo.
- ❖ Si tengo pensamientos precipitadores los modificaré por pensamientos de no consumo:

**PENSAMIENTOS PRECIPITADORES**

*“Nada más una”, “Se me antoja fumar piedra”.*

**PENSAMIENTOS NO PRECIPITADORES**

*Recordar las consecuencias negativas del consumo como la paranoia o todos los problemas que le ha causado. “Recuerda que vas a quedar mal , no lo puedes controlar”.*

- ❖ Evitar estar con: *los de Tepito, personas que se envician.*
- ❖ Evitar estar en: *Tepito o en los fumaderos.*
- ❖ Poner en práctica todas las estrategias que me sean enseñadas durante el tratamiento.

Nombre y firma del usuario

A.J

Nombre y firma del terapeuta

Mariana Linage R.

**FORMATO DE PLANES DE ACCIÓN**  
**COMPONENTE: MUESTRA DE ABSTINENCIA**

Usuario: A..J

Instrucciones: describa dos planes de acción que le permitan enfrentar situaciones de riesgo exitosamente.

**SITUACIÓN DE RIESGO 1**

*Sentirme ansiosa*

**PLAN DE ACCIÓN:**

*Salir a caminar en las noches como a las 8:00 pm con mi mamá. Ir hacia el mercado de la bola, no hacia el pescadito porque por ahí hay drogadictos. Caminar durante 40 minutos. Platicar con mi mamá sobre mis sentimientos. Si mi mamá no está, buscar a mi tía Noemí. Al llegar de caminar, descansar y cenar.*

**SITUACIÓN DE RIESGO 2**

*Estar en mi casa sin hacer nada y sentir el antojo al ver un bote de Yakult y pensar: “una y ya”.*

**PLAN DE ACCIÓN:**

*Ponerme a dibujar en mi escritorio y pensar: “Ahorita no, espérate”.*

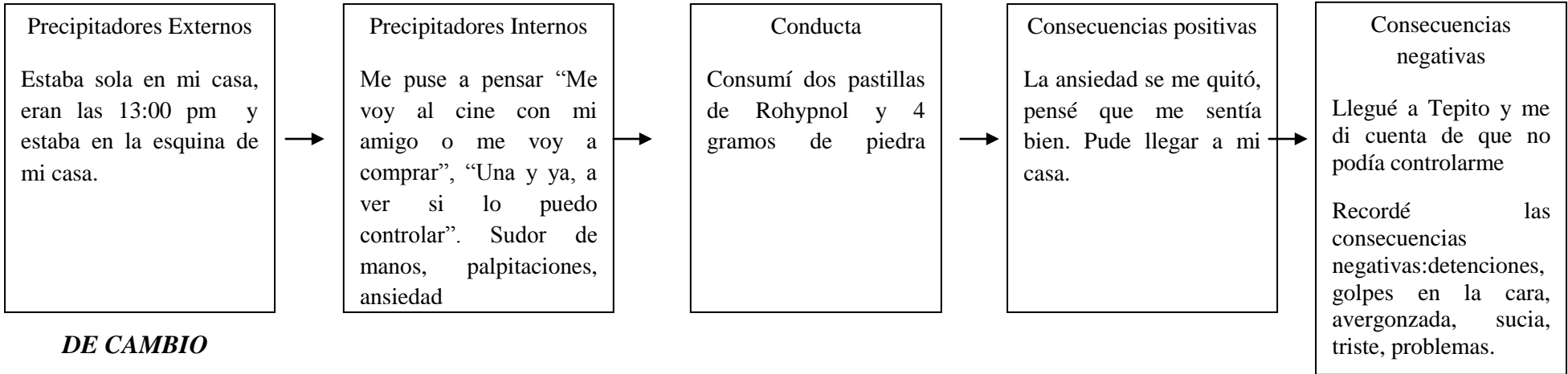
Se le hizo hincapié en que deben ser pensamientos más tajantes para que no deje abierta la posibilidad a un consumo posterior como: “Me hace mal, no puedo controlar una y ya”.

**AUTO-REGISTRO DE ANSIEDAD**

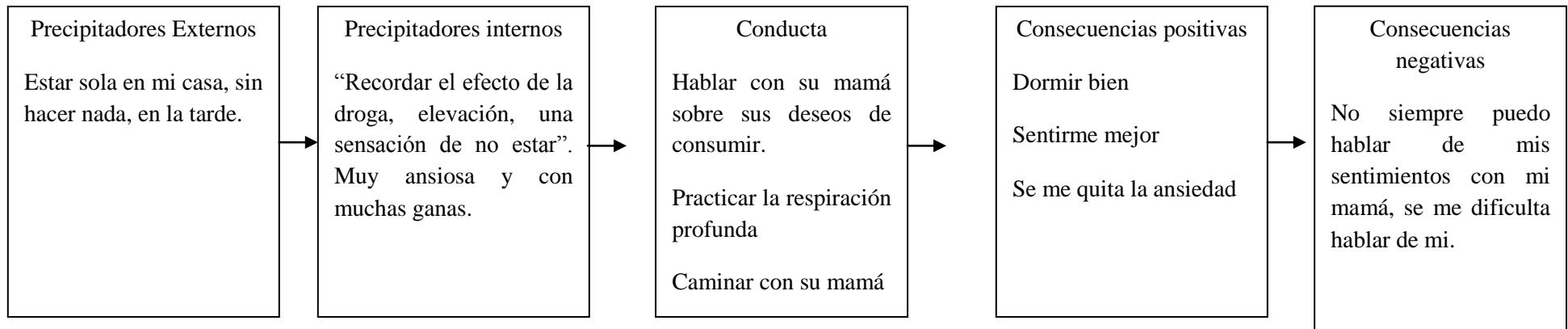
<b>SITUACIÓN</b>	<b>¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA Y EN QUÉ LUGAR?</b>	<b>ESTRATEGIA UTILIZADA</b>	<b>RESULTADOS OBTENIDOS</b>
1. <i>Recordé que tenía que practicar las técnicas.</i>	<i>Miércoles 14 de marzo del 2007 a las 6 de la tarde. Estaba sola en su cuarto</i>	<i>Tensión- Distensión o Relajación muscular progresiva y Respiración profunda.</i>	<i>Las hice durante 10 minutos pero no me funcionaron porque estaba pensando en otras cosas.</i>
2. <i>Estaba sola y me quería relajar</i>	<i>Lunes 26 de marzo, estaba sola en mi cuarto.</i>	<i>Respiración profunda y relajación mental (imaginería).</i>	<i>Las hice durante 10 minutos, puse inciensos y música, si me sirvió “sentí rico, me relajé”</i>
3. <i>Estaba ansiosa y recordé el efecto al estarla fumando.</i>	<i>Domingo 1 de abril a las 6 de la tarde, estaba en su cuarto escuchando música.</i>	<i>Respiración profunda, relajación muscular progresiva e imaginería</i>	<i>Las practiqué durante 20 minutos, sentí la relajación y me puse a pensar en otras cosas.</i>
4. <i>Recordé que tenía que practicar</i>	<i>Domingo 8 de abril, a las 8 de la noche, en su cuarto.</i>	<i>Respiración profunda y relajación muscular progresiva.</i>	<i>Durante 10 minutos, me relajé, pude dormir bien y se me quitó el dolor muscular.</i>
5. <i>Sentía mucha tensión en la espalda</i>	<i>Jueves 19 de abril a las 6 de la tarde</i>	<i>Relajación muscular y respiración profunda</i>	<i>Durante 15 minutos, se me quitó el dolor de espalda y me sentí tranquila</i>

### CADENA CONDUCTUAL

#### DE CONSUMO



#### DE CAMBIO



Anexo 7. Cadena conductual de consumo

**MUESTRA DE ABSTINENCIA**

México, D F a 28 de Marzo de 2007

Por medio de la presente, yo *A.J* me comprometo a llevar a cabo una muestra de abstinencia, por un lapso de 30 días.

Del 16 de *Marzo* de 2007 al 16 de *Abril* de 2007

Las técnicas que me comprometo a poner en práctica para alcanzar mi muestra de abstinencia son:

- ❖ Recordar la importancia del llenado de mi auto-registro.
- ❖ Prevenir precipitadores y hacer planes de acción para cada uno de ellos y llevarlos a cabo.
- ❖ Recordar las consecuencias negativas del consumo.
- ❖ Si tengo pensamientos precipitadores los modificaré por pensamientos de no consumo:

**PENSAMIENTOS PRECIPITADORES**

*“Una y ya”, “Si consumo una, se me van a ir las ganas”*

**PENSAMIENTOS NO PRECIPITADORES**

*“Una y ya, y ya me andaba muriendo, mi corazón empezó a latir más lento”*

*“No puedo controlarme, ni una”*

- ❖ Evitar estar con: *los de Tepito, personas que se envician.*
- ❖ Evitar estar en: *Tepito o en los fumaderos.*
- ❖ Poner en práctica todas las estrategias que me sean enseñadas durante el tratamiento.

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma del terapeuta

A.J

Mariana Linage R



**<sup>1</sup>ESCALA DE SATISFACCION GENERAL**

Nombre: A.J      Fecha: 04/04/07

Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción con respecto a cada una de las áreas de su vida; las cuales se enlistan a continuación. Por favor, encierre en un círculo el número que corresponda al nivel de satisfacción que usted tiene respecto a cómo está funcionando en cada una de las áreas. Los números más cercanos a uno, reflejan varios grados de insatisfacción, siendo el uno el nivel de mayor insatisfacción; mientras que los números más cercanos a diez reflejan los niveles más altos de satisfacción. Por favor, conforme lea cada área, pregúntese **¿Qué tan satisfecho me siento con mi funcionamiento en esta área de vida?** Es decir, establezca con base en la escala numérica (1-10) exactamente como se siente hoy con respecto a esa área. Evite pensar en lo satisfecho que se sentía ayer concéntrese solamente en la satisfacción que siente hoy en cada área de su vida. Por favor trate de que un área en particular no influya 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.

Insatisfecho

Satisfecho

- |   |          |          |   |   |          |   |   |   |          |           |
|---|----------|----------|---|---|----------|---|---|---|----------|-----------|
| 1. Consumo                                | 1        | 2        | 3 | 4 | <u>5</u> | 6 | 7 | 8 | 9        | 10        |
| 2. Progreso en el trabajo o en La escuela | <u>1</u> | 2        | 3 | 4 | 5        | 6 | 7 | 8 | 9        | 10        |
| 3. Manejo del dinero                      | 1        | 2        | 3 | 4 | <u>5</u> | 6 | 7 | 8 | 9        | 10        |
| 4. Vida social /recreativa                | 1        | <u>2</u> | 3 | 4 | 5        | 6 | 7 | 8 | 9        | 10        |
| 5. Hábitos personales                     | 1        | 2        | 3 | 4 | 5        | 6 | 7 | 8 | 9        | <u>10</u> |
| 6. Relaciones familiares                  | 1        | 2        | 3 | 4 | <u>5</u> | 6 | 7 | 8 | 9        | 10        |
| 7. Situación legal                        | 1        | 2        | 3 | 4 | 5        | 6 | 7 | 8 | 9        | <u>10</u> |
| 8. Vida emocional                         | 1        | 2        | 3 | 4 | 5        | 6 | 7 | 8 | <u>9</u> | 10        |
| 9. Comunicación                           | 1        | 2        | 3 | 4 | 5        | 6 | 7 | 8 | <u>9</u> | 10        |
-

## METAS DE VIDA COTIDIANA

Áreas de vida / Metas	Qué tengo que hacer para lograrlo	Cronograma	Logros
1. En el área de <b>consumo</b> me gustaría: controlarme, mantenerme sobria, sin consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alejarme de Tepito.</li> <li>-Usar las técnicas de ansiedad.</li> <li>-Seguir mi tratamiento (medicamento).</li> <li>-Cumplir mi muestra de abstinencia.</li> <li>-Comunicar mis emociones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Del 15 de marzo en adelante (fecha de la última recaída)</li> <li>-Diario.</li> <li>-Asistir a cada sesión del Tx.</li> <li>- Extenderla, un mes el 18 de abril</li> <li>- Cada vez que me siente mal o con ganas de hablar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ya no he ido allá, me he ocupado.</li> <li>-Sigo practicando mis técnicas</li> <li>-Sigo asistiendo.</li> <li>-Llevo dos semanas sin consumir después de mi última recaída.</li> <li>-He hablado con mis familiares, y he sentido apoyo y cariño.</li> </ul>
2. En el área de <b>progreso en la escuela</b> me gustaría: ingresar a un curso de dibujo, manualidades o de lectura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Buscar un CECATI y llevar los datos</li> <li>-Ir a la casa de Cultura Raúl Anguiano</li> <li>-Pedirle dinero a mi mamá</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ir al Cecati el 9 de abril</li> <li>-A partir del 9 de abril</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“Voy muy mal, tengo que aplicarme”, La próxima semana voy al CECATI, voy a ir con mi mamá.</li> <li>-Ya conseguí el curso de vitrales, empiezo en mayo.</li> </ul>
3. En el área de <b>manejo del dinero</b> me gustaría: evitar gastármelo en droga.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Administrarlo</li> <li>-Ahorrarlo y comprar una alcancía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-A partir de hoy (04/04/07)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ya he gastado el dinero en cosas positivas que disfruto.</li> <li>-Mi mamá me dio 10 pesos y no lo gasté en droga, compré un brillo.</li> </ul>

Anexo 10. Formato de metas de vida cotidiana

4. En el área de <b>vida social</b> me gustaría: Mantener una relación sana con personas que aporten algo a mi vida.	- Tomaré consejos de mi tía, de mi mamá.	-A partir de hoy (14/04/07)	-Acepté la recomendación de mi tía para ir juntas a la clase de vitrales.
5. En el área de <b>hábitos personales</b> me gustaría: Volverme más ordenada y tener presentes mis tareas del tratamiento.	-Tener iniciativa para hacer las cosas antes de que me las ordenen.  -Proponerme un día a la semana para arreglar mis cosas.  -Ayudarme con recados para no olvidar mis tareas.	-Hoy mismo (14/04/07).  -Hoy mismo  -Hoy mismo	-Pendiente  -Ya ordené mi cuarto y saqué cosas que no servían (18/04/07)  -Traje mi tarea hecha (18/04/07)
6. En el área de <b>relaciones familiares</b> me gustaría: Mejorar la comunicación con mi madre y que me tenga más confianza.	-Buscando encuentros con ella, en las tardes o a la hora de la comida y hablarle de cómo me siento.  -Cuando me sienta mal decírselo.  -Hacer las labores de mi casa y no salir.	-Hoy mismo (14/04/07)  -Hoy mismo  -Hoy mismo	-Mi mamá me ha empezado a tener confianza porque ya sale en las noches con su pareja y se va tranquila.
7. En el área <b>legal</b> me gustaría: alejarme de los problemas	-No ir a Tepito.  -Ir a las firmas cada día 12 de mes.	-A partir de hoy (18/04/07)	-Desde mi última recaída (15/03/07) no he ido a Tepito.  -He ido a firmar sin falta.
8. En el área de <b>vida emocional</b> me gustaría: Mantenerme tranquila.	- Relajarme con ayuda de las técnicas, tomarme las medicinas.  -Tener paciencia con el Tx.	- Desde el 14 de marzo y seguir hasta ahora.  -Desde el 28 de Febrero	-He sentido mayor relajación  -Voy entendiendo mis emociones, “Me voy limpiando”.

<p>9. En el área de <b>comunicación</b> me gustaría: tener un mejor entendimiento con mi mamá y con mi tía.</p>	<p>-Hablar con ellas de cómo me siento. -Confrontar mis sentimientos y preguntarme ¿cómo me siento?</p>	<p>-Desde hoy mismo (18/04/07)</p>	<p>-Mi tía me tiene más confianza, y me dejó regresarme unas compras a la casa, antes no lo hubiera hecho por miedo a que las fuera a vender.  -Me siento menos irritable</p>
<p>10. En el área de <b>satisfacción general</b> me gustaría: Llevar a cabo mi tratamiento.</p>	<p>-Llevar a cabo mi tratamiento sin recaída para que haya satisfacción y bienestar mental.</p>	<p>-Del 28 de Febrero a la fecha.</p>	<p>-El 18 de abril cumplí mi primer mes en abstinencia, no he tenido otra recaída.</p>

## MUESTRA DE ABSTINENCIA

México, D F a 18 de Abril de 2007

Por medio de la presente, yo *A.J* me comprometo a llevar a cabo una muestra de abstinencia, por un lapso de 30 días.

Del 18 de Abril de 2007 al 18 de Mayo de 2007

Las técnicas que me comprometo a poner en práctica para alcanzar mi muestra de abstinencia son:

- ❖ Recordar la importancia del llenado de mi auto-registro.
- ❖ Prevenir precipitadores y hacer planes de acción para cada uno de ellos y llevarlos a cabo.
- ❖ Recordar las consecuencias negativas del consumo.
- ❖ Si tengo pensamientos precipitadores los modificaré por pensamientos de no consumo:

### PENSAMIENTOS PRECIPITADORES

*“Qué pasaría si hubiera aquí droga”*

### PENSAMIENTOS NO PRECIPITADORES

*“Ya me hubiera salido de mi casa, estaría limosneando, podría quedar mal, la gente me haría humillaciones”, “Tengo antecedentes y puedo acabar en la carcel”*

- ❖ Evitar estar con: *los de Tepito, personas que se envician.*
- ❖ Evitar estar en: *Tepito o en los fumaderos.*
- ❖ Poner en práctica todas las estrategias que me sean enseñadas durante el tratamiento.

Nombre y firma del usuario

A.J

Nombre y firma del terapeuta

Mariana Linage R.

## SOLUCIÓN DE PROBLEMAS ¿CUÁL ES EL PROBLEMA?

**PROBLEMA:** *Necesito controlar mi explosividad porque puedo herir a la gente (mamá)*

**¿Qué podría hacer para solucionar el problema?**

**Opción 1:** *Respirar profundo*

**Opción 2:** *Antes de explotar pensar en que puedo herir a la gente*

**Opción 3:** *Pensar en otra cosa, como en una canción o prender el radio.*

**¿Cuál es la mejor opción?**

**Opción 1**

Ventajas: *Me ha ayudado a controlar la ansiedad.*

Desventajas: *En ocasiones no puedo respirar profundo porque el enojo ha sido muy grande, y comienzo a respirar cuando ya me enoje.*

**Opción 2**

Ventajas: *Pensar en eso me evitaría problemas, si lo combino con respirar me ayudaría más.*

Desventajas: *Si lo practico solo no sería suficiente para controlarme.*

**Opción 3**

Ventajas: *Me relaja y me distrae un poco, ya me ha funcionado, puedo combinarlo con el tiempo fuera.*

Desventajas: *Las personas se enojan porque las dejo hablando solas.*

**Decisión:** opción 1 y 3. Respirar profundo y distraerme oyendo música

**¿Cómo la llevaría a cabo?**

**¿Cuándo?** *Diario, cada vez que hay una discusión con su mamá.*

**¿Dónde?** *En la casa.*

**¿Cómo?** *Primero respirar profundamente, si mi mamá me reclama pedirle tiempo “Mamá no me siento bien, dame 5 minutos voy a recoger unas cosas ahorita regreso y platicamos”.*

**¿Cómo le fue con la solución?**

*Bien, utilicé la respiración profunda, y pensé “No voy a explotar ni a decirle cosas”.*

**En una escala del uno al diez, ¿qué tan satisfecho quedo con la solución?**

	1	2	3	4	5	6	7	8	<u>9</u>	10
<b>Completamente Insatisfecho</b>										
					<b>Completamente Satisfecho</b>					

**REGISTRO DE OCURRENCIA**  
**COMPONENTE: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Usuario: A..J    Fecha: 02/05/07.

Instrucciones: describa la situación en la que se soluciono un problema.

1.            DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

*Mi mamá se enojó conmigo por salir tarde y me gritó enfrente de otros familiares. Respiré profundamente y usé pensamiento positivo “no voy a explotar ni a decirle cosas porque es peor”. Salí de mi casa y cuando regresé acepté mi responsabilidad: “si me tardé, perdón”. Sin embargo quisiera pedirle que no me grite enfrente de todos.*

2.            DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

*El novio de mi mamá pasó tarde por nosotras para llevarnos a comer. Yo no había desayunado y ya eran las 3 de la tarde, me empecé a enojar y pensé: “Porque a mi regaña por salir tarde y de el no dice nada no es justo, mejor ya me quedo en la casa”. Pensé positivo: “Hoy es cumpleaños de mi mamá, no la voy a hacer enojar, mejor me como algo rápido y espero a que llegue”. Me tranquilicé, ya no le dije nada a mi mamá y preferí acompañarlos después de todo. Me la pasé bien, y mi mamá también, estuvo mejor acompañarla que quedarme en la casa.*



**LISTA DE COTEJO DE EVALUACIÓN DEL USUARIO**Nombre del Usuario: *A.J* Fecha: *9/Mayo/07***FASE DEL TRATAMIENTO: HABILIADES DE COMUNICACIÓN**

<u>LENGUAJE CORPORAL</u>	No la domina	En proceso	La Domina
Muestra tranquilidad			✓
Actúa con seguridad			✓
Mira directo a los ojos		✓	
Tono de voz firme		✓	
Muestra actitud relajada			✓
<u>HABILIDADES DE COMUNICACIÓN</u>	No la domina	En proceso	La Domina
Sabe escuchar		✓	
Inicia conversaciones		✓	
Comparte sentimientos		✓	
Ofrece entendimiento	✓		
Asume responsabilidad		✓	
Ofrece ayuda	✓		
Da reconocimiento			✓
Recibe reconocimiento			✓
Solicita ayuda			✓
Hace críticas positivas		✓	
Recibe críticas		✓	
Expresa desacuerdo			✓

**REGISTRO DE OCURRENCIA**  
**COMPONENTE: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN**

Nombre: A.J

Fecha: 18 de mayo del 2007

1. HABILIDAD DE COMUNICACIÓN EMPLEADA: *iniciar conversaciones*

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: *El maestro de la clase de vitrales (Henry) llegó a la clase y me hizo plática sorpresivamente, sin que yo supiera que era el maestro con un tema sencillo como: “Muy bien para ser la primera clase”, continué: “pero ya me corté” y le mostré mi herida, y así fluyó la conversación.*

2. HABILIDAD DE COMUNICACIÓN EMPLEADA: *ofrecer entendimiento, asumir o compartir responsabilidad y ofrecer ayuda.*

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: *Mi mamá estaba ya dormitando y era ya casi la una de la madrugada y yo no apagaba la luz t hacía ruido con las puertas y las cosas y las cosas le molestaban, entonces en su enojo me gritó y hablamos acordando no gritarnos para evitar problemas.*

3.HABILIDAD DE COMUNICACIÓN EMPLEADA: *saber escuchar*

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: *Fue todo una tarea platicar con mi tía sobre la descripción de la lista de materiales y la primera clase de vitrales, porque ese mismo día asistimos a clase y los compramos. Solo hacíamos preguntas relacionadas con la clase como: ¿dónde habrá una vidriería abierta? o ¿cuánto costará el cortador de vidrio?*

NOTA: Se le explicaba que era importante ser empática con su mamá como: “Mamá entiendo que estés molesta porque tengo prendidas las luces del cuarto, ahorita las apago”. También se le enfatizaba la necesidad de dar soluciones rápidas y no dar pretextos, así como mejorar su contacto visual con la otra persona.

**REGISTRO DE OCURRENCIA**  
**COMPONENTE: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN**

Fecha: 23 de mayo del 2007

**1. HABILIDAD DE COMUNICACIÓN EMPLEADA:** *compartir sentimientos*

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: *Hable con mi mamá sobre lo contenta que me encontraba porque mi tía Olga nos llevo a mi familia y a mi a pasear y mi tía Noemí me compró ropa, yo conversaba con mi mamá y le decía: “Me siento muy feliz porque me la pasé bien en Coyoacán con Olga” o “Me siento feliz porque Noemí me compró esta ropa”.*

**2. HABILIDAD DE COMUNICACIÓN EMPLEADA:** *recibir reconocimiento*

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: *El maestro de vitrales Henry nos mostró un catalogo de trabajos donde vimos que destacaba un trabajo que es de vidrio horneado con un terminado especial y un dibujo excelente y bonito y lo reconocimos entonces decíamos: “Este trabajo del artista es muy bueno”, “Que bueno que tocaron este tema de un artista tan especial” o “Las felicito por interesarse en el tema”*

**3. HABILIDAD DE COMUNICACIÓN EMPLEADA:** *dar reconocimiento*

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: *En la clase de vitrales nos pidieron pedacería y yo le pedí a mi mamá que fuera a la vidriería por ella. Hasta el segundo día se lo reconocí yo a mi mamá y mi tía pagándole, le dijimos: “cuanto te agradecemos”, su mamá les contestó: “Gracias me esfuerzo pues ya había prometido ir por tus vidrios”*

NOTA: Se le explicó que era importante que fuera ella quien recibiera el reconocimiento y que fuera más enfática en darlo como: “Mamá muchas gracias por ir por los vidrios, para mi es muy importante tu apoyo” etc.

**REGISTRO DE OCURRENCIA  
COMPONENTE: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN**

Fecha: 30 de mayo del 2007

**1.HABILIDAD DE COMUNICACIÓN EMPLEADA: recibir críticas**

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: *Al ir saliendo de la casa de la cultura de la clase de vitrales, mi tía Olga me comentaba al ir caminando que a ella le parecía que los colores que le quiero poner a mi trabajo le parecen muy coloridos y poco contrastantes y me lo dice con comentarios como: “creo que tu marco se vería mejor si emplearas otros colores”, yo le contesté que esos colores eran los que a mi me gustaban pero que le agradecía su comentario, no me enojé.*

**2. HABILIDAD DE COMUNICACIÓN EMPLEADA: solicitar apoyo**

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: *Al salir de la clase de vitrales mi tía Olga me invitó una paleta de hielo, yo me presté para cargar su chamarra y al poco rato, sin querer, la paleta se chorreo, entonces me comprometí a lavársela, yo le pedí de favor a mi mamá, porque ella es más cuidadosa para lavar y le dije: “Mamá, disculpa, quisiera saber si me pudieras ayudar con este problema y le mostré la mancha” y me dijo que si.*

**3.HABILIDAD DE COMUNICACIÓN EMPLEADA: expresar desacuerdo**

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: *Mi mamá tenía una cadena y le puso un adorno sobre puesto que a mi no me gustaba, yo le había dicho que podía mejorarla con unas pinzas y otra argolla, me la prestó al fin y se la arreglé y le dije mi desacuerdo empezando con: “Mamá yo opino que tu cadenita de otro luciría más bonita con una argolla del mismo tono porque esa no se ve muy bien”.*

**MUESTRA DE ABSTINENCIA**

México, D F a 16 de Mayo de 2007

Por medio de la presente, yo *A.J* me comprometo a llevar a cabo una muestra de abstinencia, por un lapso de 30 días.

Del 18 de Mayo de 2007 al 18 de Junio de 2007

Las técnicas que me comprometo a poner en práctica para alcanzar mi muestra de abstinencia son:

- ❖ Recordar la importancia del llenado de mi auto-registro.
- ❖ Prevenir precipitadores y hacer planes de acción para cada uno de ellos y llevarlos a cabo.
- ❖ Recordar las consecuencias negativas del consumo.
- ❖ Si tengo pensamientos precipitadores los modificaré por pensamientos de no consumo:

**PENSAMIENTOS PRECIPITADORES**

*“¿Seré yo o será el medicamento lo que me ha hecho no consumir?”*

**PENSAMIENTOS NO PRECIPITADORES**

*“Date crédito, es un 50% y un 50%”, “Tu compromiso con el tratamiento es lo que te ha hecho no consumir, con el puro medicamento no sería suficiente sin tu entrega y dedicación”, “La medicina no hace milagros, yo también tengo crédito”*

- ❖ Evitar estar con: *los de Tepito, personas que se envician.*
- ❖ Evitar estar en: *Tepito o en los fumadores.*
- ❖ Poner en práctica todas las estrategias que me sean enseñadas durante el tratamiento.

Nombre y firma del usuario

A.J

Nombre y firma del terapeuta

Mariana Linage R.

**LISTA DE COTEJO DE EVALUACIÓN DEL USUARIO**Nombre del Usuario: *A.J* Fecha: *13/Junio/07*

FASE DEL TRATAMIENTO: CONTROL DE LAS EMOCIONES: ENOJO

<u>ENOJO</u>	No la domina	En proceso	La Domina
<b>TIEMPO FUERA</b>			
Se aleja físicamente de la situación	✓		
Se alejó psicológicamente			✓
Utilizó la técnica “parada de pensamiento”			✓
Realiza alguna actividad que lo distraiga			✓
<b>DISTRACCIÓN DE PENSAMIENTO</b>	No la domina	En proceso	La Domina
Se concentra en lo que pasa a su alrededor	✓		
Practica alguna actividad mental			✓
Hace ejercicio físico	✓		
Realiza respiraciones lentas y profundas			✓
<b>AUTO INSTRUCCIONES POSITIVAS</b>			
Se dice así misma cosas positivas que le ayudan a contrarrestar el enojo			✓
Practica otras técnicas preventivas como hacer ejercicios de relajación, realizar actividades agradables, etc.			✓

### AUTO REGISTRO DEL ENOJO

SITUACIÓN	¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA Y EN QUÉ LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS
<p>1. Estaba con mi mamá intentando hacer la receta de la gelatina y ella se puso pesimista, diciendo que no la íbamos a poder hacer y empecé a molestarme.</p> <p>NIVEL DE ENOJO: 8</p>	<p>Con mi mamá, como a las 7:00 de la noche, en mi casa.</p>	<p>Detención del pensamiento y auto instrucciones positivas: “Alto.... Si tomas las cosas con calma, todo saldrá bien”</p>	<p>Como las cosas se tomaron con calma, todo se controló y la plática mejoró, pudimos arreglarnos y llegar a un acuerdo.</p> <p>NIVEL DE ENOJO: 3</p>
<p>2. Yo iba a salir y le pedí de favor a mi mamá que le colocara una cadena a un pantalón y no pudo, luego me enojé con ella.</p> <p>NIVEL DE ENOJO: 9</p>	<p>Con mi mamá, como a las 12:30 de la mañana, en mi casa.</p>	<p>Distracción del pensamiento: Realicé respiraciones lentas y profundas por unos minutos, me concentré en otras cosas.</p> <p>(peinarse, ver la tele, arreglar su cuarto)</p>	<p>Se me pasó un poco la molestia y me relajé, luego ya no me acordaba.</p> <p>NIVEL DE ENOJO: 4</p>
<p>3. Mi mamá me preparó una comida que le faltó algo y no me gustó.</p> <p>NIVEL DE ENOJO: 7</p>	<p>Con mi mamá, como a las 11 de la mañana, en la cocina</p>	<p>Auto instrucciones positivas: “Estoy exagerando.. . esta comida está rica, no está tan mal, no haré bien en enojarme por nada”</p>	<p>Me tranquilicé porque pensé positivamente desde el principio.</p> <p>NIVEL DE ENOJO: 2</p>

**MUESTRA DE ABSTINENCIA**

México, D F a 27 de Junio de 2007

Por medio de la presente, yo *A.J* me comprometo a llevar a cabo una muestra de abstinencia, por un lapso de 30 días.

Del 20 de *Junio* de 2007 al 20 de *julio* de 2007

Las técnicas que me comprometo a poner en práctica para alcanzar mi muestra de abstinencia son:

- ❖ Recordar la importancia del llenado de mi auto-registro.
- ❖ Prevenir precipitadores y hacer planes de acción para cada uno de ellos y llevarlos a cabo.
- ❖ Recordar las consecuencias negativas del consumo.
- ❖ Si tengo pensamientos precipitadores los modificaré por pensamientos de no consumo:

**PENSAMIENTOS PRECIPITADORES**

*“Me acuerdo que me la pasaba bien en las calles, cotorreando”.*

**PENSAMIENTOS NO PRECIPITADORES**

*“No lo puedo controla, la última vez no podía ni hablar, no reconocía a la gente”,  
“Me he esforzado mucho”.*

- ❖ Evitar estar con: *los de Tepito, personas que se envician.*
- ❖ Evitar estar en: *Tepito o en los fumaderos.*
- ❖ Poner en práctica todas las estrategias que me sean enseñadas durante el tratamiento.

Nombre y firma del usuario

A.J

Nombre y firma del terapeuta

Mariana Linage R.



**FORMATO DE PLANES DE ACCIÓN**  
**COMPONENTE: MUESTRA DE ABSTINENCIA**

Usuario: A.J

Instrucciones: describa dos planes de acción que le permitan enfrentar situaciones de riesgo exitosamente.

**SITUACIÓN DE RIESGO 1**

*Eran las 5:00 pm, un momento en el que no tenía nada que hacer, vino a mi mente: “Me la pasaba bien en la calles, cotorreando, me acordé de Tepito, de las calles”*

**PLAN DE ACCIÓN:**

*Pensar que “yo no lo puedo controlar”, hacer mis respiraciones, “me he esforzado mucho”, pensar en las consecuencias negativas de la última recaída (la gente me hablaba y no los reconocía, ni les contestaba). “Si esto no me deja nada, para que quiero seguir haciéndolo”. Llamar a Marisol o a Mauricio para pedirles apoyo, rezarle a la santa muerte.*

**SITUACIÓN DE RIESGO 2**

*Palpitaciones en el corazón por la noche que me recuerdan a la piedra, y pensar: “Oscuridad –calle –Tepito- piedra”, “Una y ya”.*

**PLAN DE ACCIÓN:**

*Aplicar las técnicas de relajación (respiración profunda), “Mi mente es más fuerte, si puedo”, “Soy capaz de controlarme, tengo 3 meses sin consumir”, “La oscuridad se acaba y la gente me va a ver toda sucia”, “Lupita, peligro, burlas”, “No pertenezco ahí”, “Problemas-peligro-calle”.*

**LISTA DE COTEJO DE EVALUACIÓN DEL USUARIO**

Nombre del Usuario: *A.J* Fecha: *11/Julio/07*

FASE DEL TRATAMIENTO: CONTROL DE LAS EMOCIONES: TRISTEZA

<u>TRISTEZA</u>	No la domina	En proceso	La Domina
<b>CAMBIO DE PENSAMIENTOS EQUIVOCADOS</b>			
Anota el pensamiento o suceso			✓
Anota el pensamiento que le entristece		✓	
Cuestiona el pensamiento negativo		✓	
Busca alternativas a los pensamientos negativos			✓
Construye pensamientos más realistas			✓
<b>REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES AGRADABLES</b>	No la domina	En proceso	La Domina
Lleva a cabo actividades agradables			✓
Lleva a cabo actividades formativas		✓	
Lleva a cabo actividades que fomenten relaciones sociales			✓
<b>BÚSQUEDA DE LO POSITIVO</b>			
Saca de sus vivencias diarias el lado positivo		✓	
Identifica los beneficios de las actividades que realiza diariamente			✓
Presta atención a los aspectos gratificantes de convivir con otros			✓

**AUTO-REGISTRO DE LA TRISTEZA**

Anexo 24. Auto registro. Control de la Tristeza

<b>SITUACIÓN</b>	<b>¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA Y EN QUÉ LUGAR?</b>	<b>ESTRATEGIA UTILIZADA</b>	<b>RESULTADOS OBTENIDOS</b>
<p>1. <i>Solamente me comencé a sentir triste porque estaba sola y porque vi unas fotos muy negativas de cuando me pegaron en la calle, por estar consumiendo.</i></p>	<p><i>Sola a las 9:30 pm, en mi casa</i></p>	<p><i>Cambio de pensamiento y búsqueda de lo positivo</i></p>	<p><i>Me puse a pensar que estar con mi mamá me distraía. “Esas fotos me recuerdan el pasado pero ahora estoy bien, me siento tranquila”, “Mi pasado se queda ahí, yo me estoy esforzando por mejorar y tener una mejor vida”.</i></p>

**MUESTRA DE ABSTINENCIA**

México, D F a 18 de Julio de 2007

Por medio de la presente, yo *A.J* me comprometo a llevar a cabo una muestra de abstinencia, por un lapso de 30 días.

Del 18 de Julio de 2007 al 18 de agosto de 2007

Las técnicas que me comprometo a poner en práctica para alcanzar mi muestra de abstinencia son:

- ❖ Recordar la importancia del llenado de mi auto-registro.
- ❖ Prevenir precipitadores y hacer planes de acción para cada uno de ellos y llevarlos a cabo.
- ❖ Recordar las consecuencias negativas del consumo.
- ❖ Si tengo pensamientos precipitadores los modificaré por pensamientos de no consumo:

**PENSAMIENTOS PRECIPITADORES**

*“Estoy nerviosa, me acuerdo de la piedra”, “Me siento sola”*

**PENSAMIENTOS NO PRECIPITADORES**

*“Calma, respira profundamente, piensa no lo necesitas, recuerda que tu mente puede más”, “Calma todo va estar bien”, “Tranquila, no pienses así, no estás sola, se que cuento con el apoyo de Mauricio”.*

- ❖ Evitar estar con: *los de Tepito, personas que se envician.*
- ❖ Evitar estar en: *Tepito o en los fumadores.*
- ❖ Poner en práctica todas las estrategias que me sean enseñadas durante el tratamiento.

Nombre y firma del usuario

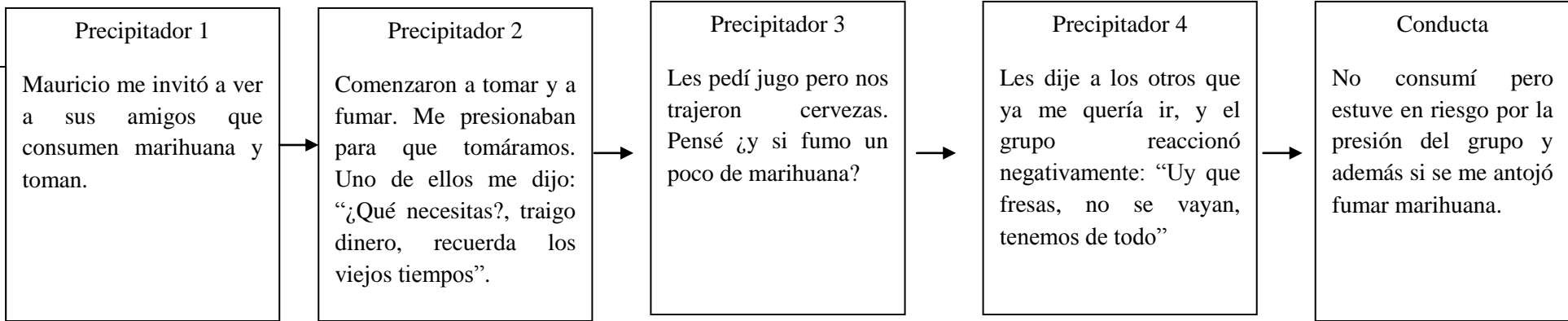
A.J

Nombre y firma del terapeuta

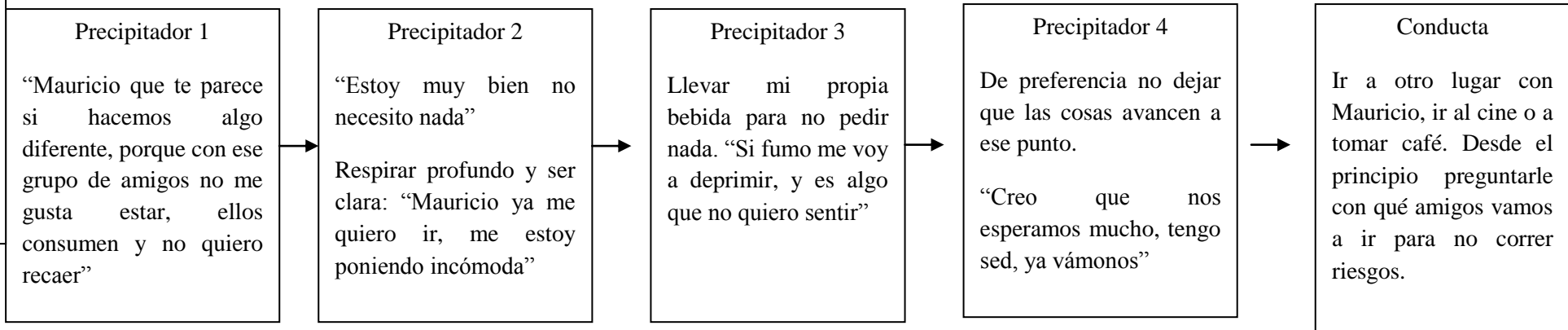
Mariana Linage R.

**CADENA CONDUCTUAL: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**

**DE CONSUMO**



**DE CAMBIO**



Anexo 26. Prevención de Recaídas, cadena conductual

**FORMATO DE PLANES DE ACCIÓN**  
**COMPONENTE: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**

Usuario: A.J

Instrucciones: describa dos planes de acción que le permitan enfrentar situaciones de riesgo exitosamente y prevenir una recaída.

**SITUACIÓN DE RIESGO 1**

*Estar con Ingrid y que me haga preguntas incómodas que me ponen triste, incómoda y enojada como: ¿por qué vives en este cuarto tan chiquito?, ¿Tu mamá no tiene dinero?, y ¿dónde está tu papá, porque nunca lo ves?*

**PLAN DE ACCIÓN:**

*“Calma, no te enojas”, distraer la plática: “¿Ingrid jugamos uno, o vemos la novela?”, “¿Quieres un vaso con agua?”, distraer mi pensamiento, dejarme llevar por el programa de televisión, o ponerme a acomodar mis cosas. Pedirle que me deje sola un rato, alejarme de la situación y hacer mis técnicas de respiración.*

**SITUACIÓN DE RIESGO 2**

*Encontrar algún conocido con el que consumía o a una interna del penal.*

**PLAN DE ACCIÓN:**

*Primero debo recordar que me tengo que alejar de esa persona, si es un riesgo. Distraer mi pensamiento, oír música, voltear a otro lado, pensar que ya tengo que llegar a mi casa. Hablarle a algún familiar, a la terapeuta o con Mauricio, irme a algún lugar seguro.*

**SITUACIÓN DE RIESGO 3**

*Encontrarme sola o con ansiedad*

**PLAN DE ACCIÓN:**

*Primero intentar calmarme, pensar que no estoy sola, que tengo gente que me apoya, hacer las técnicas de respiración, llevar mis medicinas conmigo. Si no puedo calmarme hablar con la doctora Mariana, mi mamá o con algún familiar.*

## MATERIAL DE APOYO PARA FAMILIARES DE USUARIOS DE DROGAS

Como familiar del usuario es importante aprender a proporcionar el tipo de apoyo que necesita en diferentes momentos para favorecer su disposición a cambiar y dejar el consumo. A lo mejor te sientes cansado, desesperado, frustrado, enojado, porque ya son muchas las ocasiones en las que te ha dicho, y prometido que va a cambiar y no lo hace, o solo mejora por un período de tiempo y luego otra vez vuelve a consumir. Recuerda, no es fácil para él; y si te mantienes constante en el apoyo que necesita recibir de ti, es más probable que el problema no se haga más grande y empiece a tener mejoría.

Como primer paso es importante que logres estar tranquilo y relajado todo el tiempo para hacer un mejor ambiente en casa. Recuerda esa tranquilidad se transmite, y es más probable que si tu familiar se siente a gusto pretenda permanecer en casa por más tiempo y por tanto, no consumir. ¿Cómo puedes lograr sentirte de esta manera? Relájate: date con tu pensamiento, indicaciones cada vez que sea necesario: ¡Tranquilo!, ¡Ten Calma!, ¡Sé Paciente! (y estarás empezando a lograrlo) posteriormente y en poco tiempo practica el siguiente ejercicio: Inhala aire hasta tu vientre, luego tu diafragma (en donde están tus costillas) y finalmente tu pecho, retén el aire por cinco segundos (recuerda no te presiones a aguantar o detener el aire por más tiempo, porque entonces te vas a sentir más tenso) y ahora, sácalo por la boca poco a poco hasta liberarlo totalmente de tu cuerpo y con él permite que salga y liberes toda la tensión que tienes acumulada. Realiza este ejercicio tres veces diariamente y cada vez que te sientas tenso y preocupado, acompáñalo con indicaciones de mantener la calma y tranquilizarte.

Ahora haz lo siguiente cambia los pensamientos negativos que te hacen sentir desesperado, enojado, frustrado y sin esperanzas, cada vez que se te presenten, no los dejes estar en tu mente porque te harán sentir deprimido, estar de malas, sentir que no hay salida, no te dejen concentrarte en otra actividad y puedes acumular problemas en tu trabajo, tu estado de ánimo cada vez intensificará el malestar, te orillarán a aislarte; no lo permitas, aprende a ser más positivo y no sentir que todo es negativo y está fatal. A continuación se incluyen ejemplos de cómo puedes cambiar tus pensamientos para que tu estado de ánimo y tu conducta sean de bienestar y orientados a avances:

“Mi hijo nunca va a cambiar” puedes cambiarlo por cualquiera de estos otros pensamientos: “Mi hijo tiene un problema muy fuerte pero ya empezó un tratamiento para recibir ayuda”, ó “Mi hijo tiene un problema muy fuerte pero ya tiene días sin consumir”, ó “Mi hijo tiene un problema muy fuerte pero ya aceptó que quiere cambiar” o “Mi hijo tiene un problema muy fuerte pero ya ha logrado estar sin consumir hasta por varios meses”.

“Mi hijo siempre me toma el pelo” por “Mi hijo quiere cambiar pero luego se le dificulta ya que se siente débil para lograrlo” o “Mi hijo de pronto se pone muy firme de dejar la droga, empieza a cuidarse un tiempo y ahora sí logra dejar la droga por más tiempo y aunque luego vuelve a consumir ya aguanta más tiempo sin el consumo” ó “Mi hijo se esfuerza por mejorar y en momentos realmente quiere dejar esa vida”.

“Mi hermano nunca va a cambiar” por “A mi hermano le va a costar mucho trabajo lograr dejar la droga pero si se mantiene constante y lo apoyamos creo que lo puede lograr” ó “Mi hermano ha tenido problemas fuertes y ha logrado superarlos creo que si nos mantenemos mostrándole

nuestro interés de que cambie puede serle de utilidad” ó “Mi hermano tiene dificultad para dejar la droga pero de pronto sí tiene fuerzas para dejarla, por lo que algo se puede lograr”.

Si tu familiar hace comentarios negativos, ayúdale y funciona como su soporte para que los cambie, por ejemplo, cuando él diga: “Siempre voy a estar mal”, tú puedes comentarle “Yo creo que ya estás haciendo algo por ti como ir a tu terapia, si sigues procurando tu vida, tu salud, tu bienestar las cosas van a cambiar”; o si dice “No sirvo para nada, todo me sale mal” tu podrías comentarle: “Hay algunas cosas que se te dificultan como a todos, pero si tratas de mejorarlas sin darte por vencido, lo irás haciendo mejor” o “Otra vez volví a caer no puedo hacer nada bien” a lo que puedes comentarle “El proceso de recuperación no es inmediato, si vuelves a darte la oportunidad y cuidarte: ir a tus terapias, alejarte de personas, lugares, mantenerte ocupado, comunicarte con la familia, y procurarte en cada momento lo lograras de nuevo y será aún mejor”.

¿Cómo darle apoyo?

El apoyo se le va a dar de diferentes maneras, son fáciles de aplicar pero recuerda que tienes que ser constante.

1. Cuando tenga conductas eficientes, es decir todas aquéllas que le beneficien, entonces exprésale tu reconocimiento: “Me da mucho gusto que desayunes antes de irte al trabajo para que te sientas con energía, ánimo, procures tu salud física, no te dé gastritis, puedas atender mejor, que bueno mi hijo”, “Mira que guapa te ves te arreglaste muy bien, te ves muy bonita”, “Ahora que recogiste tu cuarto, se veía muy ordenado que bueno que aprovechaste el tiempo y cooperaste con tu responsabilidad en la limpieza de la casa”. Piensa en tres conductas eficientes en las que puedes darle tu reconocimiento:

1. *“Qué bueno que recogiste tu ropa y la ordenaste”*.

2. *“Felicidades por cumplir otro mes sin consumo”*

2. Interésate en él (ella): Ten la iniciativa y platica con tu familiar, pregúntale por sus intereses, sus actividades: ¿cómo te ha ido en el trabajo?, ¿cómo te sientes?, ¿cómo te fue en la junta?, pláticame ¿cómo van los pumas? ¿Qué cuentan los amigos? Platica sobre actividades conjuntas que realicen: una película, una fiesta. Si están con más personas dirígale la plática a él o has comentarios de él, para incorporarlo en la plática y que participe: ¿tú que piensas? El ya vio la película, cuéntales, ¿cómo te pareció?. Piensa en tres temas de conversación en los que puedes mostrar tu interés por tu familiar:

1. *¿Cómo te está yendo en la clase de vitrales?, ¿cuéntame que has hecho?*

2. *Pláticame sobre el libro que estás leyendo, ¿qué has aprendido?*

3. Escúchalo: Cuando te platique, no te distraigas. Préstale atención, dirígale la mirada, acércate a escucharlo, cuida tu tono de voz. Interésate en su plática, hazle preguntas de lo que te está platicando, dale tu punto de vista: ¿Qué preguntas te hicieron en el trabajo que fuiste a buscar? ¿Cómo sentiste el ambiente de trabajo?, ¿Cómo estuvo el juego de fútbol? Piensa en tres preguntas o comunicaciones que puedes proporcionar sobre temas que te comparte tu familiar y en las que puedes mostrar que lo escuchas y te interesas por su plática:

1. *¿cómo está Mauricio?, ¿qué va ha hacer hoy?*

2. *¿cómo te está yendo en tu terapia, siento que has mejorado mucho, tu que opinas?*



Si en algo no estás de acuerdo, no te enojas, ten calma y exprésate haciendo referencia a tu persona y a tu parecer y dile lo que tú piensas que implica respeto a sus ideas y su pensar: “Yo pienso diferente, creo que sí pueden tratar de influirte y podrías evitar quedarte a platicar con ellos”. Piensa en tres comentarios que te podría hacer tu familiar y que te hicieran enojar y qué vas a hacer para disminuir enojo, ganar calma y evitar conflictos con él:

1. *Que no quiera ir a su clase de vitrales por irse con una amiga. Decirme “Calma no te enojas, mejor con tranquilidad platico con ella”, “Hija a mi me parece que la clase de vitrales te ha hecho mucho bien, te has interesado en otras cosas, porque no mejor sales en la tarde para que puedas ir a las dos cosas”.*
4. ¡Entiéndelo y Ayúdalo! Ponte en su lugar y exprésale que lo entiendes, ofrécele tu ayuda: “Ha de ser difícil para ti aguantar las bromas y críticas de los vecinos, te has de sentir señalado, pero evita detenerte y te vente directo a la casa; eso me sirve a mí para no platicar con las vecinas problemáticas. Tú sabes que en casa te esperamos quienes te queremos y nos interesas”. Otro ejemplo sería: “Entiendo que estés muy cansado y te sientas presionado por el trabajo, a todos nos pasa que nos llegamos a sentir presionados, desesperados; llévatela con calma, si quieres en esta semana yo te ayudo con tu cuarto para que puedas descansar otro ratito y no vayas tan cansado a la chamba”. Piensa en tres situaciones en las que puedes darle tu entendimiento y ayudarlo para que no se sienta tan presionado:
1. *“Para ti ha de ser muy difícil aguantar las ganas de consumir pero vas muy bien, porque no damos una vuelta para que te relajés”*
  2. *“Entiendo que hayas salido tarde, pero que te parece si ponemos el despertador para que no se te vuelva a hacer tarde”*
5. Anímalo a sentirse en confianza para que comparta sus sentimientos tanto positivos como negativos. Pregúntale afectuosamente “¿Cómo te sientes?” No desapruebas, rechaces, ni te burles de sus sentimientos. “Hijo, ¿Cómo te fue? Te veo muy contento, triste, enojado, preocupado, cansado platicame, ¿qué te pasa?” Únete a su sentir; es decir acompáñalo en ese sentimiento para que pueda sentir tu apoyo: “Hijo estoy muy contenta de verte tan feliz, te merecías esa felicitación del jefe, que bueno que estás haciendo bien tu trabajo y te sientas satisfecho contigo mismo, déjame darte un abrazo”. Si es un sentimiento negativo puedes expresarle tu entendimiento y ayuda: “Hijo tienes razón en estar molesto, yo también estaría molesta, pero ahora tranquilízate vamos a ver una película, ya luego a solas con el jefe le puedes pedir que te indique lo que necesitas corregir sin gritarte”. Si lo terminó la novia: “Es doloroso, se siente uno muy mal pero ya se irá pasando poco a poco, hay que dejar que vaya disminuyendo el dolor, vamos a tomar un café para que salgas y te distraigas; importante es que tengas paciencia ya encontrarás a alguien quien te quiera y valore”. Piensa en tres expresiones verbales que puedes decirle si te tiene confianza y comparte contigo alguna noticia favorable o desfavorable y que al tú reaccionar adecuadamente te servirán para que te siga teniendo confianza:
1. *“Te veo muy contenta porque vas a salir con Mauricio, cuéntame como vas con él”*
  2. *“Hija gracias por contarme que tuviste ganas de consumir, sabes que cuentas conmigo, que bueno que no te dejaste vencer por las ganas, te felicito”*

6. Dale tu afecto positivo: Abrázalo, dile cuánto lo quieres, hazle cariños, riéte con él (ella). “Te quiero mucho, hijo descansa; (Beso) que tengas un buen día; (Abrazo) me da gusto verte bien”. Piensa en tres conductas eficientes en las que puedes darle tu afecto físico y verbal:
1. *“Que bueno que lavaste los platos eso me ayuda mucho (palmadita en la espalda)”*
  2. *“Te felicito por llegar temprano(beso)”*
7. Solicítale ayuda con amabilidad. Utiliza un tono de voz adecuado, no necesitas gritar para que te ayude en lo que le quieras pedir: “Te pido de favor hijo que me ayudes a sacar la basura los lunes, cuando oigas la campana júntala para que no se vaya el camión, así me ayudas en lo que lavo los trastes y puedo adelantar en ir haciendo la comida para que comamos a tiempo y regreses puntual al trabajo”. Si lo hace recuerda darle el reconocimiento y si no, mantén la calma, tranquilízate y recuérdale el acuerdo: “Hijo te acuerdas que habíamos quedado en que sacarías la basura, sé que se te pudo olvidar, o a veces no se organiza uno bien pero dime ¿cómo le vas a hacer para acordarte de sacar la basura?”. Piensa en tres conductas eficientes de ayuda que quisieras pedirle:
1. *“Te pido que te levantes temprano, recuerda que para mi es muy importante tu puntualidad y que estés lista a tiempo”*
8. No lo critiques, etiquetándolo “eres impuntual”, “eres tonto”, “vicioso”, “flojo”, “necio” Hazle peticiones positivas que le sean útiles para entender qué necesita cambiar y por qué. Al principio te sientes molesto cuando hace conductas inadecuadas y te desesperas o enojas. Lo primero es tranquilizarte, calmarlo, recuerda darle indicaciones: “Mantente tranquilo, ten calma”. Haz la petición hasta que te sientas tranquilo, recuerda que el objetivo no es hacerlo sentir mal sino que se comprometa a cambiar y corrija la conducta inadecuada y entonces hazle la petición. En lugar de eres impuntual decirle: “Yo sé que cuando dices que vas a hacer algo en casa lo haces y además lo haces bien; te quiero pedir que cumplas el tiempo en el que te comprometes a tenerlo listo; así no nos molestaríamos, ni estaríamos de malas contigo y no habría quejas o reclamos, más bien te lo agradeceríamos, y valoraríamos que cumplas tu palabra”. En lugar de eres un tonto, “Yo sé que estimas a tus conocidos, eres una persona que procuras a los demás; sería necesario que para que te procures y logres mantenerte sin consumir seas firme con ellos y no te debilites, ni te dejes influir, tu bienestar es primero puedes decirles que ya no estás consumiendo y alejarte lo más rápidamente; si no te respetan es que para ellos es más importante el consumo y duele pero eso no es amistad ya sabes que nosotros te queremos y puedes llegar a tener un grupo de amigos que te respeten y no pasen por encima de ti, de tu salud y de tu vida”. En lugar de eres un vicioso “Sé que te estás esforzando para estar sin consumo y lo has logrado, hemos escuchado antes muchas promesas y nos cuesta trabajo no tener dudas, quisiéramos que cada mes durante los próximos tres meses te hagas el antidoping para que tengamos tranquilidad de que estás cuidando tu vida”. En lugar de eres flojo, decirle: “Nos da gusto que ya hayas conseguido empleo, te pido que el sábado aunque no tengas que ir a trabajar te levantes más temprano, a las 10 para que todos empecemos a hacer el quehacer que nos toca y no se atrase a quien le toque sacudir tu cuarto, además podrías empezar y terminar más temprano tu quehacer dejándote más tiempo libre para descansar otro rato”.

Piensa en tres conductas eficientes que quieres que haga para beneficiarse a sí mismo o para favorecer a los demás:

1. *En lugar de decirle: “No pienses en tonterías”, mejor “Se que es difícil no pensar en drogas, pero mantén tu mente ocupada, lee tu libro, corta tus vidrios, o llámale a Mauricio para que venga a la casa un ratito”.*

9. Organízate para tener mayor convivencia con tu hijo, procura un momento semanal para realizar algunas actividades. Por ejemplo, irse a tomar un café, y aprovechar para platicar; compartir un juego de mesa; salir a caminar; ir a hacer ejercicio; ir al cine. Anímallo, propónselo y señala los beneficios o ventajas de hacerlo: “nos distraemos, descansamos de nuestras presiones y compartimos un momento a gusto juntos”. Piensa en tres actividades conjuntas que puedes tener con tu familiar para tener más convivencia:

*1. Hacer las recetas de gelatinas, pintarse las uñas, hacerse un masaje.*

Si empiezas a sentirte enojado con tu familiar por haber tenido consumo, por no cumplir sus responsabilidades, por tener olvidos, errores: Primero date la indicación de detener tus pensamientos negativos que te van a hacer sentir más enojado, si estás muy molesto indícale que luego hablan y aléjate de ahí, distráete y date la indicación de atender y concentrarte en otra actividad. Ejemplo: “Nuevamente consumiste. Sabes que me siento muy molesta, me tengo que tranquilizar, mejor descansa para que te repongas y en la mañana hablamos. Mientras me voy a dar un baño para descansar y reponerme con el agua caliente”.

Si tienen un problema, nuevamente ten calma, tranquilidad, y paciencia. No juntes varios problemas a la vez, no te desgastes pensando en lo mal que está la situación, y evita traer pensamientos negativos. Pregúntate, ¿qué podrían hacer para resolver la situación? Esfuérzate por pensar en muchas alternativas útiles para resolver la situación. Intenta considerar todas las opciones posibles:

El familiar puede ayudar a su usuario a no tener consumo, si usa su comunicación y le ofrece su ayuda. Las situaciones que llevan a un usuario a consumir incluyen 8 diferentes áreas:

- 1) Tener emociones desagradables: Sentir enojo, depresión, tristeza, frustración. Es necesario, darle un espacio a nuestro familiar para expresar este tipo de emociones y evitar que al no poder comunicarse se sienta todavía más presionado. Para facilitar la expresión de estas emociones podemos decirle: “¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes? Me da la impresión de que algo: te preocupa, te molesta, te está haciendo sentir decaído”. Una vez que te comenta la situación que lo está haciendo sentirse mal, lo más favorable sería hacerlo sentir que entendemos su molestia y ofrecerle formas de ayuda que puedan serle de utilidad, por ejemplo: “entiendo que te sientas molesto porque se refirió a ti con malas palabras, yo también me sentiría igual, pero hablarle de la misma manera solamente complicaría más el problema pudiendo llegar hasta los golpes lo que se me ocurre que podría funcionar para mí me ha servido es estar más tranquilo y con calma y de buena manera pedirle que te diga su molestia sin usar malas palabras para que se mantenga el respeto”. Incluso puedes proponerle ensayar contigo cómo se lo diría a esa persona para que se sienta más seguro al momento de hacerlo. También puedes preguntarle si otro tipo de ayuda podría serle de utilidad en ese momento: salirse a dar la vuelta, ver una película para que se distraiga, etc.

Si se siente triste de igual manera, utilizar su entendimiento y sugerirle ideas como: cambiar sus pensamientos pesimistas, por ejemplo si se siente muy desesperado por que tuvo recaída y piensa que ya nunca va a lograr dejar la sustancia, entonces puedes escucharlo y ayudarlo a cambiar ese tipo de pensamientos negativos por otros realistas como: te va a costar ahorita más trabajo porque te sientes decaído, inseguro y temeroso pero recuerda que ha habido

otras ocasiones anteriores en las que has podido recuperarte; piensa que va a ser difícil pero si te alejas de riesgos como le has hecho, vas a lograr mantenerte sin consumo; si quieres te puedo acompañar a la salida de tu trabajo para que no vayas a tener tentaciones. Si se siente con frustración porque algo no salió como él esperaba entonces podemos comentarle como a veces las cosas no salen como esperamos, pero que eso no lo debe llevar a abandonar su meta y darse por vencido, por lo que podríamos decirle: “que bueno que te dijo cómo debes de corregir la forma de hacer tu trabajo, porque así ya sabes cómo cambiarlo y finalmente sólo es necesario que lo corrijas y no empezar de cero, date un descansito y ya luego te concentras para llevárselo mañana y tenérselo listo a primera hora si quieres mientras preparo agua para que nos refresquemos y te distraigas y ya luego empiezas”. Otros tipos de ayuda que pudieras ofrecerle, ejemplo: “a lo mejor también te puedo ayudar al bajarle de volumen al radio cuando lo estés haciendo para que no te distraigas, o ¿si quieres para que no pierdas tiempo, yo te podría ir comprando las hojas para que tú mientras vayas avanzando; o tengo ganas de ayudarte, dime cómo te sería útil que lo hiciera?”

Puedes comentarle que siempre que sienta malestar o alteraciones en su estado de ánimo, te lo comente para que se tranquilice y que estas en la mejor disposición de ayudarlo en lo que puedas.

A continuación haz tu plan de acción de cómo podrías ayudarlo a tu familiar cuando tenga emociones desagradables:

a) Si se siente enojado, lo voy a ayudar al:

*“Hija estás muy irritable, pláticame que te hace sentir molesta, cambia tus pensamientos por otros que te hagan sentir bien: últimamente me siento muy clara y tranquila, el maestro me felicitó por mi vitral, he cumplido con mi tratamiento, se que puedo seguir adelante”*

b) Si se siente triste, lo voy a ayudar al:

*“Te veo triste, cuéntame porqué estás así”, “Te gustaría que saliéramos a pasea”, “Recuerda las indicaciones de tu terapeuta, usa tus técnicas”*

c) Si se siente preocupado, lo voy a ayudar al:

---



---



---

Si está muy deprimido y te comenta que tiene ganas de matarse, que la vida ya no tiene sentido. Es necesario tener supervisión directa y no dejarlo solo. Apoyarlo al cambiar sus pensamientos negativos y hacer que considere sus recursos y capacidades. Llevarlo al “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez” ubicado en Calzada San Buenaventura esquina Niño Jesús No. 2 Col. Belisario Domínguez, delegación Tlalpan, código postal 14000, teléfonos: 55 73 15 00, extensión 125 y 55 73 91 61.

O al Hospital Psiquiátrico del Seguro si dispone nuestro familiar del servicio del IMSS lo puedes llevar a: Calzada San Juan de Aragón No. 311, colonia San Pedro Chico, delegación Gustavo A. Madero, teléfonos: 55 77 44 19, 55 77 60 43 y 55 77 72 92. Si tiene servicio del ISSSTE puedes llevarlo a: “Hospital Psiquiátrico San Fernando, Av. San Fernando No. 201, colonia Toriello Guerra, delegación Tlalpan, teléfonos: 56 06 21 65, 56 06 84 95, 55 06 94 49.

No dejes de insistir aunque él te quiera convencer que no es necesario, coméntale que irán y el especialista les dará la indicación de si necesita el internamiento.

- 2) Tener Necesidad Física y Tentación de Consumo. Si tu familiar comenta que no puede detenerse, que su cuerpo se lo pide, que la necesidad es más fuerte que él. Puedes ayudarle al señalarle que son pensamientos que solo conducen al consumo y la recaída; por lo que debes comentarle que no se deje llevar por ese pensamiento y ayúdale a cambiarlos. “Ahorita tu pensamiento te dice que no puede más pero puedes contestarle que a pesar de que sientes que no puedes frenar en otras ocasiones te has frenado y has logrado evitar una recaída; o que quiere hacerte sentir pésimo para que termines consumiendo pero puedes hacer tu respiración profunda para calmarlo, tranquilizarlo y recuperarlo; o cambiar tus pensamientos al pensar que al consumir luego tu cuerpo se va a sentir mucho más desesperado; y eso va a hacer que no frenes y entonces vas a tener, mucho más angustia y desesperación; que incluso el darte un baño o descansar te ha servido en otras ocasiones para no consumir. Puedes ayudarle a hacer juntos la respiración profunda.

Si siente la necesidad de consumir una:

*“Recuerda que no puedes consumir una y ya, puedes perder el control, recuerda todo lo que te pasó la última vez, es solo un pensamiento, acuérdate que son pasajeros”*

- 3) Tener emociones agradables. El sentirse contento, con ganas de festejar. Tu familiar, ha tenido logros, avances y puede tener necesidad de que le den reconocimiento. Utiliza la habilidad de proporcionárselo, por ejemplo: “Me da mucho gusto que ya tengas tiempo cuidándote y manteniendo tu abstinencia, te invito a cenar para que lo festejemos”, o “deja que te dé un fuerte abrazo para que te felicite”; “me da mucho gusto que te felicitaron en tu trabajo por todas las ventas que hiciste”. Puedes decirle que te da gusto verlo contento y alegre. Puedes dejar que exprese y comparta toda su experiencia: “Cuéntame, dime, que gusto que tu esfuerzo te permita tener avances”. Puedes ofrecerle ayuda: “me gusta mucho que me tengas confianza y compartas conmigo lo bueno que te pasa”; “me gustaría compartir esa alegría contigo, dime qué te gustaría que hagamos para celebrarlo”. Si se siente muy contento, lo voy a ayudar al:

- 
- 4) Tener malestar físico. Hay que estar pendiente si tu familiar atraviesa molestias o dolores físicos. A veces el sentir cambios físicos en su cuerpo como palpitations aceleradas en el corazón, sudoración o dificultad para conciliar el sueño lo pueden llevar a consumir. Una ayuda que puedes ofrecerle es hacer con él el ejercicio de respiración profunda diariamente durante un mes para que todas esas molestias físicas disminuyan y para que pueda favorecer su hábito de sueño. Puedes incluso recordarle su compromiso de dormirse en una hora específica para que su cuerpo se acostumbre a descansar y pueda reponerse, y decirle cómo le gustaría que le hicieras ese recordatorio, por ejemplo: “hijo, ya son las 9: 50 recuerda irte a descansar para que tengas tiempo suficiente y tu cuerpo se recupere”. Preguntarle si quisiera que le prepares una leche caliente para favorecer su sueño; o cooperar todos en bajar el volumen de la televisión, el radio, o cambiar todos en casa el horario de sueño para apoyarlo. Si se siente con dificultad para dormir o con cambios físicos en su cuerpo, lo voy a ayudar al:
-

- 5) Querer Probar su Autocontrol sobre la sustancia. Si tu familiar tiene tiempo sin consumir puede tener la intención de probar que ahora puede ganarle a la sustancia y ya no seguir con el consumo una vez que lo inicio; o que su cuerpo ya se alivio y que ya puede permitirse consumir; o que ya puede exponerse a situaciones de riesgo y entrar a lugares o estar con gente que consume y no hacerlo. Lo que puedes hacer en esta situación para ayudarlo es pedirle que cuando tenga esos pensamientos en los que identifique la intención de probarse te lo diga para poder ayudarlo y lograr que se detenga e identifique lo poco realistas que son esos pensamientos; por ejemplo: “no es necesario que te evalúes, ni pruebes ya que tu mejor logro es seguir con tu abstinencia que has podido hacerla avanzar al cuidarte y no exponerte a riesgos” o ayúdale a cambiar el pensamiento al comentarle que su cuerpo va a seguir pidiendo el consumo y al hacerlo le va a pedir lo mismo a lo que estaba acostumbrado por lo que se expone a tener una sobredosis o a necesitar un internamiento; que por querer probarse se expone a riesgos al confiarse y que puede tener una recaída. Que no necesita evaluarse de esa manera que la mejor evaluación de su avance es seguir cuidándose y alejarse de la droga.

Si se siente con necesidad de probar su autocontrol, lo voy a ayudar al:

*“Recuerda que el pensar una y ya es una trampa, no puedes controlarte, te mente es más fuerte que las ganas, aparte éstas son pasajeras, ya has podido vencerlas, ya llevas 4 meses sin consumo, tu puedes”*

- 6) Conflicto con Otros. Si tu familiar tiene problemas, pleitos, conflicto con otros puede venir a su mente la necesidad de consumir para alejarse del problema. Una forma de ayudarlo puede ser primero permitirle que te diga qué problema es el que está atravesando para que no se contenga e incremente su molestia. Posteriormente puedes sugerirle recuperar la calma al darse indicaciones: “Mantén la calma, tranquilízate”. Posteriormente tener entendimiento con los otros: “Confiaba en que lo harías tal y como lo esperaba por eso se molesto mucho”; y sugerirle opciones para resolver la situación y el problema con la otra persona: “en próximas ocasiones te podría ser útil preguntarle cómo lo quiere para seguir sus indicaciones por si no te lo aclara; decirle que lo corregirás lo más pronto posible para que quede como lo espera”; sugiérele llegar a un acuerdo con la otra persona: “ofrecerle que una vez lo harás como uno lo quiere y en la próxima como el otro lo prefiere para que se procuren y quedan conformes”. Si atraviesa problemas con los demás, lo voy a ayudar al:

- 
- 7) Presión Social. Si los demás le insisten y lo presionan al querer que consuma con ellos puedes ayudarlo a no tener recaída, al sugerirle: “piensa que el que tú hayas decidido cambiar no significa que los demás lo quieran hacer, por lo que tienes que tener firmeza para no dejarte influir y rechazarles sus invitaciones y ofrecimientos. Desde que los veas venir, ya prepárate para rechazarles su invitación, les puedes decir”: “no, ya deje el consumo y tengo tiempo sin consumir, ya te dejo por que tengo prisa”. El hacerle énfasis en que se aleje es importante para no dejarse influir por lo que el otro le cuente y le lleve su pensamiento a tener antojo. Procurar alejarse del grupo de consumidores y no dejarse llevar cuando su pensamiento le indique que eso no es ser amigo, que han compartido muchos momentos juntos, qué clase de persona es al no procurarlos, debe cambiar esos pensamientos por otros realistas que lo procuren como: “él quiere consumir no mi amistad, lo que quiere es que alguien lo acompañe a consumir, o si soy buen amigo por que les he ayudado en lo que he podido; o no son ellos mis amigos porque no respetan mis decisiones, o no seré un buen amigo si lo acompañó aunque no consuma porque favorezco su consumo y si ya no quiero perjudicarme no voy a hacer que lo hagan los otros”. A veces nuestro familiar puede requerir tu ayuda para contestar el teléfono si lo buscan, para que no caiga

ante la insistencia de los demás en lo que adquiere fortaleza y logre rehusarse directamente; el darle ideas de cómo hacerlo y ofrecerle tu ayuda para que lo ensaye le puede servir para sentirse con mayor seguridad. Si atraviesa con presión social de los demás, lo voy a ayudar al:

---

- 8) **Momentos Agradables Con otros.** Si tu familiar al estar en reuniones con amigos, conocidos y familiares ve a otros consumir o simplemente se acuerda de que en ocasiones anteriores consumía en esos momentos, puede empezar a tener ganas de consumir; puedes ayudarle al decirle formas adecuadas de no dejarse caer y tener recaída por ejemplo: “si te sientes muy inseguro o presionado lo mejor será no ir y dar prioridad a que te cuides y no te exijas mucho en ese momento”. “Si te sientes seguro y decides ir, podrías avisarle al anfitrión que no consumes pero le agradeces la invitación y sólo quieres pedirle que no te invite el consumo para que te ayude en tus avances; así como llegar acompañado con alguien no consumidor, distraerte bailando, platicando, cambia tus pensamientos, si los demás consumen no quiere decir que tú estás mal y tengas que hacer lo mismo, piensa que los organismos son diferentes y respetas su decisión pero tu elegiste cuidarte y alejarte del consumo; verifica que tu bebida no tenga alcohol al olerla antes de tomarla o servirte por tu propia cuenta; puedes también retirarte en una hora prudente que no te exponga a más presión cuando los que se quedan solamente se dedican a consumir. Trata de estar ocupado, distraído y pasando un momento a gusto, así aprendes a divertirte en eventos sociales sin tener que consumir. Diviértete”. Ofrecele tu ayuda por si necesita que lo acompañes o le hables para saludarlo y ver cómo va; o quedar después de su evento en algún compromiso para que se proteja.

Piensa en tres formas de ayudarlo cuando va a tener reuniones, o fiestas para que no consuma:

1. *Piensa si en esa fiesta hay riesgos, si está cerca de tepito, si es de noche y puedes encontrarte a alguien con quien consumías. Si hay riesgo de que te ofrezcan, ofrece una justificación como: “No gracias estoy tomando medicamentos”.*
2. *Si alguien te ofrece, niégate, si insiste, aléjate rápido, no te esperes a ver que pasa, rompe rápido con esa interacción.*

Es muy importante que favorezcas la comunicación positiva con tu familiar para que puedas ayudarlo en cualquier situación de riesgo, recuerda mantener la calma, respirar profundamente y darte auto-instrucciones para no generar conflictos.

### Guía de preguntas

A continuación se presentan las preguntas que conformaron la entrevista realizada a la usuaria durante el segundo seguimiento (31/10/07), así como las respuestas que proporcionó.

1.- Si una amiga tuya estuviera en la misma situación ¿qué le recomendarías y porqué?

R= *“Que si la información está dada, que no experimente más, pensar con la cabeza y no dejarse llevar por la tristeza o por la felicidad, pensar las consecuencias. Yo le recomendaría todo los tratamientos juntos, el internamiento ayuda a darte cuenta del problema, el tratamiento posterior es más profundo, los psicólogos te tratan más a profundidad”.*

2.- ¿Cuál fue tu impresión de los 3 tratamientos que recibiste (psiquiátrico, psicológico y el programa)?

R= *“El psiquiatra me recetó un medicamento que ayudó más, a pesar de no ser abierta con él, la receta fue la adecuada, el medicamento fue el indicado para controlar mi ansiedad y mi estado de ánimo. La terapia individual me ayudó a darme cuenta del porqué de ciertas acciones y ayudó a comprender cómo se daban las relaciones personales, por ejemplo: entender el pasado, asociar el consumo con mi padre, como para rebelarme contra mi mamá, mi forma de ser. El programa contigo me ayudó a ver el problema de una forma organizada, metódica, no tanto a buscar en el pasado o el futuro, y corregir en el presente mediante habilidades mi forma de ser, por ejemplo las habilidades de comunicación, controlar el enojo, la ansiedad (técnicas de relajación), cambio de pensamientos. Mi impresión fue que el tratamiento psiquiátrico fue frío pero bueno, efectivo. Las psicólogas, una era más abierta, más libre y otra era más directiva. El programa me pareció preparado y estructurado y la planeación de las sesiones lo hace más efectivo, con un orden”.*

3.- ¿Crees que el medicamento hubiera sido suficiente para rehabilitarse, sin necesidad de la intervención psicológica?

R= *“No porque aún siguen llegando dudas, el apoyo psicológico ayuda a volverte a involucrar en la decisión de no consumir y el medicamento no es suficiente para aclarar dudas”*

4.- ¿A siete meses de estar sin consumo qué componentes y/o técnicas te sirvieron más? Dame ejemplos

R= *“ 1)Cambio de pensamientos, ej: “Voy por un rohipnol, solo por uno”, recordar las consecuencias negativas: “Tu sabes que te engañas y uno te va traer consecuencias, no*



*llegar a casa, preocupación de los familiares, decepción propia, resaca, culpa". 2) Anticipar situaciones de riesgo (Análisis Funcional y la cadena conductual), para saber con qué tipo de personas me involucro, antes pensaba que todas me ayudaban, ahora discrimino. 3) Planear las actividades diarias y realizar actividades agradable, distracción del pensamiento (Habilidades sociales y recreativas, control de enojo y la tristeza, planes de acción), por ejemplo, mantener mi mente despejada, ir a vitrales, hacer quehaceres y convivir con la familia. Y 4) Prevención de recaídas, porque ahora que tuve el antojo, cambié pensamientos y recordé el concepto de cadena conductual, de parar las situaciones antes de que avancen".*

5.- ¿Qué hubieras hecho si no hubieras estado en el programa?

R= *"Si no hubiera estado en el programa hubiera seguido igual, este era mi último recurso pero me fue útil, y de no haber llegado al CASI me hubieran metido a un anexo".*

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN****Parte 1**

**INSTRUCCIONES:** a continuación, se le solicita conteste de favor, cada una de las siguientes preguntas para poder identificar de acuerdo a su opinión qué tanto fue de su agrado el tratamiento del Programa de Satisfactores Cotidianos, por lo que es importante conteste en forma sincera a cada uno de los reactivos. Al final del cuestionario se le deje un espacio para que exprese sus comentarios y sugerencias que puedan servir para mejorar el modelo.

	<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>No estoy seguro</b>	<b>En Desacuerdo</b>	<b>Totalmente en Desacuerdo</b>
1. El participar en este tratamiento me ha permitido alcanzar mi meta de no consumo.	X				
2. Mi terapeuta llegó siempre puntual a las citas.	X				
3. El tratamiento me permitió identificar los precipitadores que guiaban mi conducta al consumo.	X				
4. Al participar en el tratamiento logré comprender qué ganaba y qué perdía con mi conducta de consumo.	X				
5. La explicación de las técnicas fue sencilla por parte de mi terapeuta.	X				
6. A partir del tratamiento he podido resolver mis problemas adecuadamente.	X				
7. El tratamiento me permitió tener claridad respecto a las metas que para mí son importantes de alcanzar en mi vida diaria.	X				
8. El tratamiento me sirvió para sentirme más capaz de poder comunicarme en forma eficaz con otras personas.	X				

9. El tratamiento me permitió identificar y poner en practica otras conductas eficientes para enfrentar situaciones dificiles sin consumir.	X
10. Mi terapeuta me permitió expresarme libremente.	X
11. A partir de mi asistencia al tratamiento he podido rehusarme con éxito a consumir.	X
12. A partir de mi asistencia al tratamiento he podido identificar y cambiar pensamientos negativos.	X
13. A partir de mi participación en el tratamiento he podido controlar mis emociones adecuadamente.	X

## Parte 2

INSTRUCCIONES: a continuación se presenta un listado de varias de las técnicas que utilizaste durante tu tratamiento, por favor en los recuadros de la izquierda numera las técnicas del 1 al 10 señalando qué técnica utilizaste más (el número 1 significa que esa técnica fue la más utilizada y el 10 que la técnica fue la menos utilizada). En los recuadros de la derecha señala que técnica fue la más efectiva para poderte mantener sin consumo (utiliza la misma numeración del 1 al 10).

Técnicas más utilizadas	Técnicas	Técnicas más efectivas
1	1. Rechazar ofrecimiento	4
9	2. Cambiar pensamientos negativos (deseo, ansiedad, necesidad física, tentación, autocontrol, etc.)	10
7	3. Planear actividades diarias.	8
6	4. Anticipar situaciones de riesgo.	9

---

<b>4</b>	5. Autocontrolar enojo para evitar precipitador.	<b>6</b>
<b>8</b>	6. Identificar logros para mantener un estado de ánimo favorable.	<b>2</b>
<b>5</b>	7. Cambiar pensamientos negativos de tristeza.	<b>5</b>
<b>3</b>	8. Cumplir con compromisos para tener logros.	<b>3</b>
<b>10</b>	9. Utilizar las técnicas de respiración y relajación.	<b>7</b>
<b>2</b>	10. Evitar el acceso a sustancias.	<b>1</b>

---