



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA PROFESIONAL  
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES**

## **REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

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

**JOSÉ LUIS VILLEDA TORRES**

**DIRECTOR DEL REPORTE: DR. ARIEL VITE SIERRA**

**COMITÉ TUTORAL: DRA LYDIA BARRAGAN TORRES  
DRA SILVIA MORALES CHAINE  
DR. SAMUEL JURADO  
DRA. SARA CRUZ MORALES**

**MEXICO, D.F.**

**2010**



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.

Dedicada:

A mi esposa Laura por ser una mujer muy valiente, entusiasta y con ganas de trabajar más haya de lo ordinario.

A mi hija Dianita por ser un ejemplo a seguir y hacer mi vida feliz.

A mi madre por creer en mí y por su constante apoyo incondicional en los momentos más difíciles.

A mis hermanas Maribel y Ángeles.

A todos mis sobrinos, Salmita, Marco, Gama, Derek, Fabricio, Pablo, Erik, Jennifer, Gonzalo, Mildret, Luis...

A todos mis alumnos de los Municipios de Valle de Chalco y Cocotitlan.

## Agradecimientos

A mi tutor Dr. Ariel Vite Sierra.  
A la Dra. Lydia Barragán Torres.  
A la Dra. Silvia Morales Chainé.  
Al Dr. Samuel Jurado.  
A la Dra. Sara Cruz Morales.  
Al Dr. Agustín Veles Barajas.  
Al Dr. Horacio Quiroga Anaya.  
Al Mtro. Cesar Carrascoza Venegas.  
A la Dra. Leticia Echeverría San Vicente.

A mi amigo el Dr. Miguel Ángel Parra Álvarez, por su apoyo incondicional.

Al supervisor de la zona s/114 Mtro. Urbano Sánchez Yescas, por su constante apoyo durante 15 años en el ámbito educativo, evaluando e impulsando mi práctica docente.

A mis amigas, Amalia, Alicia y Nancy.

## INDICE

RESUMEN .....	3
INTRODUCCIÓN .....	3
FORMULACIÓN DE PROGRAMAS .....	15
1. Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema .....	18
2. Tratamiento breve para usuarios de cocaína: un modelo cognitivo conductual .....	26
3. Programa de intervención breve motivacional para fumadores .....	42
4. Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas .....	54
REPORTE DE CASO .....	91
RESULTADOS Y CONCLUSIONES .....	127
REFERENCIAS .....	132

## RESUMEN

Este reporte se divide en tres sesiones. En la primera se hace una breve reseña de datos epidemiológicos en el consumo de sustancias adictivas, sus factores asociados, comorbilidad y tratamiento. En la segunda parte se describen las actividades realizadas en los Programas de Capacitación, sus objetivos y características principales, sus participantes, instrumentos, procedimientos y resultados. Por último se presenta el Reporte de un Caso obtenido en el Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) “Torres de Potrero” en el cual se atendieron a 31 usuarios, 30 hombres y una mujer, es aquí, cuando se describe su evaluación, intervención y resultados.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano ha recurrido al consumo de drogas desde épocas remotas; esta conducta ha sido transmitida de generación en generación y se explica en parte a factores culturales y de patrimonio nutricional. Sin embargo, en el mundo moderno esta conducta se ha constituido en una problemática severa de salud pública en la que 2 billones de adultos (48% de la población adulta) son actualmente usuarios de alcohol, 1.1 billones de adultos (29% de la población adulta) fumadores de tabaco y 185 millones de adultos (4.5% de la población adulta) usuarios de drogas ilícitas. Se considera que el uso de sustancias esta determinado por la fuerza del mercado, su precio y viabilidad. Entre los factores de riesgo en el uso nocivo de drogas se encuentran a las personas con desventajas socio – económicas, como aquellos que tienen un pobre ambiente familiar y aquellos que viven en comunidades con altos niveles de uso de sustancias. Este uso poco a poco se está incrementando (Anderson, 2006).

Mundialmente, la mitad de la población total adulta que consume alcohol, se distribuye en las ciudades desde un 18% hasta un 90% en adultos masculinos y desde un 1% hasta un 81% en adultos femeninos. Se estima que hay 76.4 millones de personas con desordenes por el uso del alcohol, 63.7 millones hombres y 12.7 millones mujeres (WHO, 2004).

En promedio los fumadores en el mundo consumen 14 cigarros cada día. La prevalencia es más alta en hombres (47%) que en la mujer (11%) y superior para las personas con una edad de 30 a 49 años (36 – 37%) (Shafey, 2003).

De los 185 millones de consumidores, 146.2 millones de adultos (3.7% de la población) usaron cannabis en el 2002, 29.6 millones usaron anfetaminas, 13.3 millones usaron cocaína y 8.3 millones usaron éxtasis. Se estima que 15.3 millones, o 0.4% de la población en el mundo con una edad de 15 – 64 años,

usaron opiáceos. La cannabis es la droga que se utiliza en todo el mundo. Los opiáceos se concentran en Asia y Europa y el uso de la cocaína se concentra en América y una parte de Europa.

Los opiáceos son la droga que causa mayor problema en el mundo en términos de impacto en salud pública y orden público. Se estima que hay 15.2 millones de usuarios que se la inyectan como medio de administración (Wodak, 2004). El mismo autor señala que en el mundo existen 15.3 millones de personas con desordenes por el uso de drogas, 11.7 millones hombres y 3.6 millones mujeres.

El uso del alcohol, tabaco y drogas ilícitas, acarrea considerables enfermedades. Cerca del 4% de la carga mundial en discapacidades se atribuye al consumo de alcohol y tabaco y el 0.8% a las drogas ilícitas. La mayoría de discapacidades se atribuye al uso de sustancias legales que al de drogas ilegales. Este tipo de sustancias están asociadas con 80 tipos de discapacidades reconocidas y con considerables costos sociales y de salud. El consumo excesivo de tabaco al igual que el del alcohol están relacionados con enfermedades crónicas y alto riesgo de mortalidad (Rehm, 2006).

Se puede observar que el consumo del tabaco causa mucho más muertes en el mundo que las ocasionadas por el consumo del alcohol y el de drogas ilícitas juntas. El alcohol y el tabaco están relacionados como carga mundial cinco veces más que a la carga atribuible al uso de drogas ilícitas.

En México, en un estudio de cohortes, se encontró que el alcohol es la sustancia de mayor uso (86%), seguida de la del tabaco (60%), que alcanza los mayores niveles de consumo en la vida en el grupo de edad de 45 – 54 años (63%). En relación al uso extra médico de drogas, incluidas las drogas ilegales y de uso médico sin prescripción, asciende a un 10%. El uso de cualquier droga ilegal, incluido el consumo de drogas médicas fuera de prescripción y, en particular, el de marihuana y cocaína, afecta a los más jóvenes y la prevalencia disminuye constantemente con la edad. Además se observa que los riesgos de algún accidente y/o enfermedad se concentran siempre en la cohorte más joven. Las diferencias de riesgo son especialmente marcadas para el uso de cocaína, con un incremento hasta cien veces mayor entre los sujetos de 18 a 29 años. Con esta información se muestra que la edad sigue siendo un factor de riesgo muy importante para el uso de sustancias fuera de prescripción, así como para el consumo de la marihuana, cocaína, alcohol y el tabaco. Por último se encontró que, en todas las sustancias, el consumo es mucho menor para las mujeres y para

las amas de casa, en comparación con el de los hombres y el de las mujeres que tienen otra ocupación (Fleiz, 2007).

A través de los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), se observa que el consumo de drogas está aumentando y que la marihuana sigue siendo la droga de preferencia, que el consumo de cocaína se duplicó y que el consumo de metanfetaminas, crack y heroína es significativamente menor, pero con tendencias importantes de crecimiento.

En relación al género, la ENA (2008) señala que el consumo entre las mujeres crece en mayor proporción que entre los hombres. Que los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad son los que están en mayor riesgo y que las generaciones actuales están más expuestas al uso de drogas, las consumen en mayor proporción y progresan hacia el abuso en una proporción mayor que las generaciones anteriores.

En relación a la prevención, los resultados muestran que la mitad de los jóvenes de entre 12 y 25 años han participado en programas preventivos.

En conclusión, la ENA (2008), señala la importancia de reforzar los programas preventivos que se imparten en las comunidades, dirigiéndolos especialmente a la población que ya no está en la escuela.

Que el inicio temprano del consumo de alcohol y tabaco incrementa la probabilidad de usar otras drogas. Por lo tanto, es necesario continuar con las campañas que limitan el acceso de los menores de edad al tabaco y reforzar los programas de prevención de abuso de alcohol en este grupo.

El consumo de drogas en el entorno juega un papel muy importante. Los esfuerzos de prevención deben enfocarse a fortalecer a los adolescentes y jóvenes en presencia del riesgo mediante el desarrollo de habilidades, tales como la comunicación, la resolución de conflictos, etcétera.

El abuso de alcohol en la familia es un factor de riesgo importante. La magnitud del problema de alcoholismo refuerza la importancia de aumentar los esfuerzos de tratamiento y de prevención del abuso de alcohol.

Los problemas emocionales entre los jóvenes incrementan el riesgo de que incurran en el consumo de drogas. Por lo tanto, es importante otorgar una atención integral.

Si bien ha aumentado la proporción de personas que busca ayuda por problemas de drogas, sólo una tercera parte de las personas adictas acude a tratamiento. Los grupos de autoayuda tienen una presencia muy importante y



constituyen un apoyo invaluable, especialmente en el mantenimiento de la abstinencia. Las personas con abuso y dependencia de sustancias tienen problemas de salud y conflictos sociales no atendidos. Por lo tanto, se han hecho esfuerzos importantes para aumentar la oferta de tratamiento (ENA, 2008).

Es necesario combatir la estigmatización que rodea a los adictos e informar mejor a la población sobre los mecanismos a través de los cuales se desarrolla la dependencia con el fin de que las personas afectadas se acerquen más rápido a tratamiento.

A partir de estos datos epidemiológicos es de vital importancia conocer los principales **factores asociados** al consumo de sustancias, su **comorbilidad**, y **tratamiento**, esto con la finalidad de proponer acciones que detengan el incremento del uso de sustancias.

## **FACTORES ASOCIADOS**

Existe gran variedad de factores que influyen para que las personas adquieran el hábito del comportamiento adictivo, algunos de ellos pueden ser, hereditarios, sociales, económicos, psicológicos, individuales o familiares. Por tal motivo, los especialistas aconsejan tomar cada caso en particular, para no cometer el error de obviar las singularidades de cada uno y su historia personal (Bodino, 2001).

### Herencia

Varias investigaciones, principalmente en casos de alcoholismo, concluyen que para desarrollar la dependencia de sustancias existe, previamente, un componente genético importante. La adicción está íntimamente ligada a los genes. De éstos dependen las cualidades y la cantidad de receptores que cada sustancia tiene en el cerebro. El alcoholismo se hereda, el individuo nace con una predisposición a convertirse en un adicto. Aquellos adolescentes que tienen un padre con dependencia al alcohol se incrementan los riesgos de desarrollar dependencia o algún desorden conductual.

### Familiares

Además del factor genético, el entorno social, principalmente la familia influye en el desarrollo y perpetuación de las adicciones. Por ejemplo; cuando los roles de la familia no están bien delimitados, se genera un ámbito de incomunicación que impide que los padres transmitan valores y actitudes, o que marquen límites. Esta situación se agrava en familias desmembradas, en las que la autoridad moral de los padres está ausente, no se demuestra apoyo y afecto a los hijos o se tienen pocas expectativas en cuanto al éxito que éstos puedan tener

en la vida. Los adolescentes que viven en familias con estrés, conflictos y sin disciplina es más frecuente que usen sustancias. Los padres quienes usan sustancias tienen adolescentes que usan más sustancias (Chassin, 2002).

Se menciona que la hostilidad y la falta de afecto, son características familiares asociadas con altos niveles del uso de alcohol y otras drogas. La calidad de las relaciones parentales fue un significativo predictor para usar marihuana.

#### Individuales

Muchos adictos buscan la droga para disminuir ciertos estados emocionales que se le presentan como dolorosos. Existen sentimientos de baja autoestima, es decir que el sujeto se ve imposibilitado de aceptarse tal cual es. Estas conductas se manifiestan mediante un aislamiento que la persona busca romper a través del consumo de sustancias. La poca tolerancia a la frustración también se relaciona con el uso de sustancias, esto se manifiesta con un rechazo hacia las figuras de autoridad.

#### Condicionantes Sociales

El hecho de vivir inmerso en una cultura consumista, que multiplica las tentaciones y propuestas para comprar, pero niega oportunidades laborales y económicas para acceder al consumo que fomenta.

Algunos factores del entorno, como las crisis políticas y económicas y la falta de expectativas en cuanto al desarrollo individual dentro de la sociedad.

Para Feldstein (2006), existen otros factores que se relacionan con el uso de sustancias, como por ejemplo: abuso físico, sexual. Los adolescentes con historias de violencia y negligencia tienen altas probabilidades de consumir drogas para enfrentar la ansiedad, depresión y síntomas postraumáticos que surgen del abuso.

Nation (2006), argumenta que los factores de riesgo en los adolescentes pueden resumirse en: 1.- funcionamiento psicológico. 2.- Ambiente familiar 3.- relación de pares y 4.- Eventos estresantes de la vida.

#### Funcionamiento psicológico, psiquiátrico y comorbilidad.

Estudios de factores y desordenes de comorbilidad sugieren que los problemas más frecuentes asociados con el abuso de sustancias son los desordenes conductuales (CD) como son: engaño, conducta agresiva, transgresión social y los Desordenes de Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD) tales

como: falta de atención, impulsividad... Los adolescentes diagnosticados con CD estaban asociados con el uso de alcohol y drogas. De igual manera se encontró que los problemas de atención estaban asociados con el uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

### Relación de Pares

El uso de alcohol y drogas entre amigos influye en el inicio y mantenimiento de drogas entre los adolescentes. Los resultados indicaron que el uso de la marihuana por los adolescentes se predijo por las creencias acerca del número de amigos que la usaron.

Wills (2001), encontró una correlación significativa entre los adolescentes que usaron alcohol y marihuana y el número de amigos quienes usaron esas sustancias.

### Eventos Estresantes de Vida

Entre los eventos negativos se encuentran el divorcio, presenciar violencia, problemas de salud personal o familiar. Wills en 2001, encontró que los eventos negativos estaban asociados con el nivel de inicio, uso de sustancias e incremento a través del tiempo.

### **Comorbilidad**

El termino “comorbilidad psiquiátrica” y “diagnóstico dual” se utilizan de manera similar para describir la coexistencia de desórdenes psiquiátricos y mal uso de sustancias, es decir, la presencia de dos enfermedades al mismo tiempo (Zabicky, 2003). La información obtenida señala que aproximadamente 30 – 50% de los pacientes psiquiátricos tienen problemas por el uso de sustancias y similarmente, aproximadamente 30 – 50% de pacientes con adicción presentan desórdenes psiquiátricos concomitantes (Crome, 2004).

En adolescentes con edad de 14 a 18 años, el 22% reportaron fumar diariamente en los últimos 6 meses, 135 usaron drogas ilícitas y 66% consumieron alcohol en el último año. De éstos el 6% tuvieron un diagnóstico de desórdenes por el uso de sustancias. Entre ellos, el 76% tuvieron ansiedad, desórdenes emocionales y conductas disruptivas. La mayoría de los estudios fueron conducidos en personas jóvenes con desórdenes afectivos, desórdenes conductuales y déficit de atención e hiperactividad. Se encontró que los desórdenes psiquiátricos, particularmente desórdenes por conductas disruptivas como son, inatención, impulsividad e hiperactividad, son mucho mayores entre adolescentes con desórdenes por el uso de sustancias (Kandel, 1997).

En relación al género, se ha demostrado que tanto hombres y mujeres con problemas bulímicos exhibieron más uso de alcohol en comparación a un grupo control (Suzuki, 1995).

Lipschitz (2000), describió cómo los síntomas del estrés pos-traumático y problemas por el uso de sustancias estaba asociado con las mujeres pero no con los hombres.

Las mujeres, en general, sufren más frecuentemente desórdenes de ansiedad y depresión que los hombres, mientras que los desórdenes de personalidad antisocial y desórdenes por el uso de sustancias como son agresiones físicas y robo, es más frecuente en hombres que en mujeres (Wittchen, 2005).

En general, las personas con desórdenes por el uso de sustancias presentan altos índices de comorbilidad mental y a la inversa, las personas con comorbilidad mental presentan desordenes por el uso de sustancias. Hay una fuerte dirección asociada entre la magnitud de comorbilidad y la severidad por el uso de sustancias. Hay evidencia que el alcohol es factor casual para la depresión, en algunos países Europeos el 10% de los hombres consumidores presentan depresión (Jane, 2006).

Existe una conexión entre los síntomas depresivos y la dependencia de sustancias. Individuos con estados emocionales negativos, incluyendo a la depresión, son más frecuentes a usar cigarros y alcohol. En Estados Unidos se encontró que uno de cada ocho individuos con desórdenes de ansiedad también sufren por desórdenes asociados al uso de alcohol (Grant, 2004).

“Los trastornos del estado de ánimo suelen aparecer frecuentemente como añadido a los trastornos por abuso de sustancias. La comorbilidad entre ambos va desde un 13.4% en alcohólicos, hasta un 26% en los trastornos por abuso de sustancias en general, pasando por un 30.5% específicamente para el abuso de cocaína” (Beck, 1999). Beck menciona la importancia de prestar atención a la presencia de depresión: primero, porque puede ser una causa de sufrimiento muy importante para el paciente; segundo, porque reduce el pronóstico de recuperación del abuso de sustancias; y tercero, porque es un signo muy claro de que se requiere la interacción con un profesional bien formado antes que un consejero.

Pero, ¿Cómo identificar otro trastorno concomitante?

Como lo menciona Torrens (2005), “Uno de los problemas principales que presentan los individuos con trastorno por uso de sustancias (TUS) es la dificultad de identificar de forma fiable y válida la presencia de otro trastorno psiquiátrico concomitante. Esto es relevante para los clínicos que necesitan tener criterios diagnósticos y entrevistas adecuadas para decidir cuando hay que iniciar un tratamiento específico para los trastornos psiquiátricos en pacientes drogodependientes...”

Torrens, plantea dos problemas: primero, el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales, dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente. Por otro lado, el hecho de que los trastornos psiquiátricos son más “síndromes” que “enfermedades” con una fisiopatología conocida, no se dispone de marcadores con suficiente sensibilidad y especificidad que sirvan como “patrón” para comparar las medidas de las entidades diagnósticas basadas en conjuntos de criterios y entrevistas clínicas estructuradas.

Al tener un mayor reconocimiento de la comorbilidad psiquiátrica en pacientes consumidores de drogas, los criterios del DSM-IV incrementaron el énfasis en la comorbilidad, sustituyendo la dicotomía “orgánico” versus “no orgánico” por tres categorías: “primario” (trastornos mentales que no son inducidos por sustancias ni debidos a una enfermedad médica), “efectos esperados” (síntomas considerados habituales que aparecen como consecuencia del consumo o la abstinencia de una sustancia) o “inducidos por sustancias” (síntomas considerados como excesivos en relación con los que suelen aparecer en los síndromes de intoxicación por o abstinencia a una sustancia), con la finalidad de poder facilitar un diagnóstico más preciso.

Actualmente se cuenta con tres entrevistas diagnósticas estructuradas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV que son: la “Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV (PRISM-IV). La “Structured Clinical Interview for DSM-IV” (SCID) para poblaciones clínicas y la “Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule DSM-IV versión” (AUDADIS) utilizada en estudios comunitarios.

#### Entrevista PRISM-IV

Es una entrevista estructurada basada en los criterios diagnósticos DSM-IV. Esta permite diferenciar los trastornos mentales primarios de los trastornos

inducidos por sustancias y de los efectos esperados de la intoxicación y de la abstinencia en sujetos con consumo elevado de alcohol y otras sustancias.

Evalúa 20 trastornos del eje 1 y 2 trastornos del Eje II según el DSM-IV. Tales como: trastornos relacionados con alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina... (ver DSM-IV).

#### Entrevista SCID-IV

Es una entrevista semiestructurada que requiere ser utilizada por clínicos con experiencia y es la más utilizada en psiquiatría general. Esta permite realizar los diagnósticos de trastorno primario o inducido por sustancias pero con la desventaja de que no proporciona unas guías específicas para la valoración de los criterios psicopatológicos propuestos por el DSM-IV. El tiempo de administración se sitúa entre una y dos horas. Existen dos entrevistas clínicas distintas, una para la valoración de los trastornos del I (SCID) y otra para los trastornos del eje II (SCID-II).

#### Entrevista AUDADIS-IV

Es una entrevista estructurada, utilizada en estudios comunitarios, permite ser administrada por investigadores poco expertos que pueden demorarse entre una y dos horas en la realización de la entrevista.

### TRATAMIENTO

Se observa que los resultados relativos al impacto de las principales formas de tratamiento estructurado son similares en todas las naciones y culturas.

El Programa de las Naciones unidas para la fiscalización internacional de drogas (2003). Presenta pruebas sobre la eficacia de la etapa de **desintoxicación y estabilización y de la etapa de rehabilitación y prevención de recaídas**. Esas etapas incluyen tratamientos con metas, objetivos y métodos distintos que se administran en entornos residenciales y comunitarios.

#### Desintoxicación y Estabilización.

La desintoxicación se define como un proceso de atención médica y farmacoterapia que tiene por objeto ayudar al paciente a lograr la abstinencia y alcanzar niveles de funcionamiento fisiológicamente normales con un mínimo malestar físico y emocional. Los objetivos principales de esta etapa son tratar sin riesgo las complicaciones médicas, lograr la abstinencia y motivar al paciente para que adopte estrategias cognitivas que favorezcan el cambio de comportamiento.

Se menciona que la estabilización de los problemas agudos de abstinencia se logra normalmente de tres a cinco días, pero puede prolongarse cuando se trata de pacientes con problemas médicos y psiquiátricos concomitantes, o con dependencia fisiológica de las benzodiazepinas y de otros sedantes (Weddington, 1992).

En relación al entorno terapéutico se ha debatido y estudiado acerca de la eficacia relativa del tratamiento de desintoxicación con hospitalización o en otros entornos residenciales, o en régimen ambulatorio o estructuras comunitarias. Los entornos residenciales se relacionan con los porcentajes más elevados de pacientes que terminan el tratamiento. Los estudios de programas ambulatorios de reducción de agonistas de corta duración generalmente han dado malos resultados, ya que muchos pacientes abandonan el tratamiento y pocos logran la abstinencia (Unnithan, 1992).

### Rehabilitación y Prevención de Recaídas

Esta etapa tiene por objetivo evitar que se reanude el consumo activo de sustancias y ayudar al paciente a controlar los impulsos que lo llevan a abusar de las drogas y a recuperar o mejorar la salud y su función social.

Se sugieren una serie de explicaciones sobre las causas de la pérdida de control, entre ellas, la predisposición genética, anormalidades metabólicas adquiridas, pautas de comportamiento negativo adquiridas, sentimientos de inferioridad arraigados, automedicación, falta de apoyo familiar y comunitario para el desempeño de una función positiva.

Existen estrategias que pueden utilizarse para corregir o mejorar los diversos tratamientos, por ejemplo, Medicaciones para reducir la necesidad imperiosa de usar drogas; farmacoterapias de sustitución para atraer y rehabilitar a los pacientes; sesiones de terapia y orientación, individuales y en grupo, encaminadas a ayudar a los pacientes a comprender su situación, orientarlos y apoyarlos para que puedan cambiar de comportamiento y participación en grupos de autoayuda, con la finalidad de prestar apoyo constante para que logren la abstinencia.

En relación a la duración, los programas de rehabilitación residencial de corta duración por lo general duran de 30 a 90 días; los programas en comunidad terapéutica residencial suelen prolongarse de tres meses a un año; los programas de orientación para la abstinencia, en régimen ambulatorio duran de 30 a 120 días y los programas de metadona pueden tener una duración indefinida.

Conforme avanza la rehabilitación, se reduce la intensidad del tratamiento a sesiones más cortas, de una a dos horas, dos veces por semana y luego a una vez por semana.

Todas las formas de tratamiento persiguen cuatro objetivos:

1. Mantener las mejoras fisiológicas y emocionales obtenidas durante la desintoxicación y la estabilización.
2. Reducir cada vez más el consumo de alcohol y drogas y mantener esos niveles (abstinencia).
3. Enseñar, modelar y apoyar comportamientos que fomenten el mejoramiento de la salud personal y de la función social y que reduzcan las amenazas para la salud y la seguridad públicas.
4. Enseñar y estimular cambios de comportamiento y de formas de vida que sean incompatibles con el abuso de sustancias.

### **Terapia Cognitivo- Conductual**

Las teorías de este enfoque que han contribuido al tratamiento son: el condicionamiento clásico, la operante, la del aprendizaje social y la de la economía conductual.

La teoría del aprendizaje social, se basa en la premisa de que la conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo ésta producto de la interacción de factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos. Esta teoría sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, favoreciendo de esta forma, el aprendizaje de determinadas conductas, pero así mismo es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo (Bandura, 1969).

Esta teoría sitúa a los comportamientos adictivos en una categoría de conductas inadecuadas, que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados del alcohol, la experiencia directa de los efectos del alcohol como recompensa y castigo y la dependencia física. Sin embargo, estos comportamientos son sujetos de cambio y pueden ser modificados por la aplicación de los principios de la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1969, 1978).

Bajo esta premisa, en México se han desarrollado Programas de intervención para usuarios moderados y crónicos de sustancias adictivas, los cuales incluyen instrumentación y evaluación sistematizada con mediciones a



mediano y largo plazo para constatar su efectividad, tales como el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2003). Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras Drogas (Martínez, 2003) y el Modelo de Intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas (Barragán, 2005).

A continuación se describen algunos de ellos.

## **FORMULACIÓN DE PROGRAMAS**

En este apartado se describen las actividades realizadas en los diferentes Programas de Capacitación, sus objetivos y características principales, sus participantes, instrumentos, procedimiento y resultados.

Desde hace varios años en la Facultad de Psicología de la UNAM, se ha avocado al desarrollo y evaluación de programas cognoscitivo conductuales para el tratamiento de las adicciones (Ayala, 2001). Entre estos programas se encuentran:

Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Este modelo se basa en el modelo de autocambio dirigido para bebedores problema. Su objetivo es incidir en el patrón de consumo y en el funcionamiento psicosocial del usuario (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1992).

Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Adolescentes de Comunidades Urbanas y Rurales que se inician en el consumo de alcohol y/o drogas: Modelo dirigido a adolescentes de comunidades urbanas y rurales que inician el consumo de alcohol y/o drogas. Busca incidir en la disminución del patrón de consumo y los problemas relacionados con el mismo (Martínez, 2003).

Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas. El objetivo de este tratamiento es ofrecer atención a aquellos usuarios poliusuarios de drogas que presentan un consumo crónico, para que alcancen la abstinencia y favorezcan un estilo de vida satisfactorio sin consumo (Barragán, 2005).

Tratamiento Breve para Usuario de Cocaína. Este modelo está dirigido a lograr la abstinencia de consumo de la cocaína, así como reducir los problemas relacionados con dicho consumo (Oropeza, 2003).

Una característica fundamental de estos programas es el componente de tipo motivacional, que implica que el usuario incremente su disposición al cambio y se comprometa a cambiar su conducta, a reorganizar y utilizar habilidades de autorregulación para prevenir los problemas relacionados con su consumo de drogas. Al respecto Yahne y Miller (1999) señalan, la mayoría de las intervenciones se han diseñado para aquella gente que está preparada para tomar acción y cambiar sus patrones de consumo. Sin embargo el que un individuo tenga disposición para cambiar su consumo no garantiza su ingreso al tratamiento. Otro factor importante que contribuye a que los individuos abandonen o nunca busquen tratamiento son los puntos de vista negativos sobre el tratamiento y la percepción sobre su pobre efectividad. Los individuos pueden tener una alta disposición para cambiar pero mantener sus puntos de vista negativos acerca del tratamiento y su eficacia, o sentir que este no es el adecuado para ellos.

Las estrategias utilizadas en este tratamiento se basan en los supuestos de la Entrevista Motivacional, los que se emplean con el propósito de que los usuarios de nicotina incrementen su disposición al cambio y acepten entrar y mantenerse en el tratamiento. Los componentes de la entrevista motivacional son: la retroalimentación, brindar un consejo activo, remover las barreras importantes para el cambio, brindar aproximaciones alternativas, analizar las consecuencias negativas y riesgos asociados, utilizar contingencias externas y desarrollar metas personales para cambiar una conducta y mantener un contacto periódico con el usuario.

Las razones por la que esta aproximación es útil son: la duración breve, el estilo terapéutico empático y no confrontativo y el énfasis puesto en facilitar en el cliente las consideraciones necesarias del efecto del uso de sustancias sobre diferentes áreas de su vida, así como de las distintas opciones para lograr el cambio (Tober, 1991)

Otro de los componentes fundamentales de intervención breve es el entrenamiento en autorregulación de la conducta adictiva que consiste en técnicas conductuales que incluyen el planteamiento de metas, auto registro, dirección y orientación para el logro de metas, análisis funcional de las situaciones de consumo y el desarrollo de alternativas de enfrentamiento. Es educacional en el sentido de que el cliente es introducido a componentes específicos, uno por uno y se establecen tareas entre las sesiones. Además el cliente mantiene la responsabilidad primaria para tomar decisiones a lo largo del entrenamiento.

Varios estudios han demostrado que los usuarios de alcohol y otras drogas tienen altos índices de recaídas posterior al tratamiento, por lo tanto es importante prevenir las posibles recaídas con base en el componente de prevención de recaídas (Marlatt & Gordón, 1985), que enfatiza : 1) la identificación de situaciones que representan un alto riesgo de recaída y preparan al usuario a tratar efectivamente con esas situaciones, 2) el entrenamiento del usuario para tratar constructivamente las recaídas que pueden ocurrir para minimizar consecuencias adversas y 3) el enseñar al usuario a considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de una falla personal importante.

A continuación se detalla las actividades realizadas en los programas en los cuales se participó.

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

### Participante

Usuaría de 21 años, soltera, estudiante que cursaba el 8º semestre de la Licenciatura en psicología. Esta fue la primera vez que acudió a tratamiento relacionado al consumo de alcohol. Vive con sus padres y su hermano. El papá tiene 73 años con secundaria terminada, actualmente es jubilado. La mamá tiene 59 años con bachillerato terminado de igual manera es jubilada. El hermano tiene 29 años, es soltero y pasante de ingeniería.

Como lo mencionó la usuaria, su principal motivo de consulta fue:

“Quiero dejar de consumir alcohol porque he tenido situaciones de alto riesgo, por ejemplo: en una ocasión tome vodka en las “islas” me sentí mareada, me dio hipo y en ese estado acudí a un centro de atención en la facultad de psicología, me dieron agua mineral y estuve sola en un cubículo y vomité... En otra ocasión bebí demasiado y un chavo me llevó al baño y ahí tuvimos relaciones sexuales”.

Su principal expectativa respecto a la ayuda que esperaba recibir del servicio fue: “Adquirir estrategias para no ceder ante la presión”

### Instrumentos

1. Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA).
2. Línea Base Retrospectiva (LIBARE).
3. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol.
4. Cuestionario Breve de Confianza Situacional.

#### ***Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA).***

Fue diseñada por Edwards y Gross (1986) para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Esta escala se diseñó como un instrumento de auto reporte, pero también puede ser administrada como parte de una entrevista estructurada. Requiere de cinco minutos aproximadamente para ser aplicada.

El puntaje obtenido en BEDA se interpreta de la siguiente manera:

- 1 - 10 = Dependencia Baja
- 11 - 20 = Dependencia Media
- 21 o + = Dependencia Severa

En este caso la usuaria obtuvo un puntaje de 10 indicando un nivel de dependencia baja.

**Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE).** Este instrumento fue desarrollado Sobell y Sobell (1992), y tiene como objetivo medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento, requiere que las personas estimen retrospectivamente el consumo diario de alcohol durante un período específico. Se les proporciona un calendario que abarca el período que debe ser reconstruido, y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día. Este instrumento ha sido probado en períodos de hasta 12 meses. Es apropiado para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tienen una severa dependencia.

Los resultados en este caso fueron:

Consumo total anual: 36 tragos estándar.

Abstinencia: 97%.

Excesivo: 3%

Días de consumo: 8.

Días de Abstinencia: 357.

Se observa que fueron pocos los días de consumo; sin embargo, fueron de alto riesgo, ocasionándole problemas personales.

### **Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol.**

Fue elaborado por Annis, Graham y Davis (1982), consta de 100 reactivos que miden frecuencia y cantidad de consumo durante el año anterior, fue adaptado a población mexicana (Echeverría, et al., 1998). Los reactivos se agrupan en 8 categorías; los puntajes de las ocho sub-escalas conformaron una distribución normal, mostraron confiabilidad y validez de contenido aceptable respetando el universo de situaciones de recaída en usuarios bebedores problema. Las ocho sub-escalas son 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 reactivo se contesta en una escala de 4 puntos: Nunca = 0, Ocasionalmente = 1, Frecuentemente = 2 y Casi Siempre = 3. Se obtiene el puntaje de cada sub-escala al sumar los puntajes de cada reactivo. Se puede obtener un índice del problema, dado que los puntajes porcentuales de cada sub-escala van de 0 a 100 e indican en cada usuario la magnitud del problema en esa sub-escala, por ejemplo; un puntaje de 0% indica que nunca bebió en exceso

estando en esa situación y no representa para el usuario un riesgo de consumo; en tanto que uno de entre 70% y 100% indica consumo excesivo frecuente ante esa situación y es de alto riesgo. Se jerarquizan los puntajes a partir de los más altos y los tres más elevados indican las áreas de mayor riesgo para el consumo en exceso.

Las tres situaciones más representativas reportadas por la usuaria fueron: Presión social con 60%, Emociones Agradables con 36.60% y Momentos agradables con un 33.30%.

### **Cuestionario Breve de Confianza Situacional.**

Este instrumento fue elaborado por Annis y Graham en 1987, evalúa el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo de alcohol ante ocho categorías situacionales, fue adaptado a población mexicana por Echeverría y Ayala en 1977. Las ocho categorías conformaron una distribución normal; la validez de constructo fue adecuada al correlacionar cada categoría con medidas de consumo pudiendo predecir situaciones de recaídas. Las ocho categorías fueron confiables para administrarse a individuos bebedores excesivos.

Este instrumento se fundamenta en la teoría de auto-eficacia de Bandura. La auto-eficacia es la percepción del individuo de su habilidad para afrontar en forma efectiva situaciones de alto riesgo que se desprenden de la clasificación de factores de riesgo.

Un cuestionario de auto-reporte de 100 reactivos se adaptó en una versión breve de ocho reactivos correspondiendo cada uno a los factores de riesgo: 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando Autocontrol, 5) Necesidad Física, 6) Conflicto con Otros, 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros.

Las situaciones más representativas son: emociones agradables, presión social y momentos agradables con otros con un 45% respectivamente.

### *Intervención*

La estructura de cada una de las sesiones del tratamiento fueron las siguientes:

#### Sesión 1. Balance Decisional

Objetivo: Que la usuaria lleve a cabo un balance decisional sobre las ventajas y desventajas de continuar bebiendo a partir de los resultados del análisis.

Procedimientos:

A través del Auto registro se analizaron las variables que están asociadas al consumo, estas fueron: “Disfrutar la sensación que produce el beber, facilitar la convivencia con amigos y novio, me divierte”.

Posteriormente se realizó una retroalimentación constructiva con el propósito de detectar las consecuencias positivas y negativas del consumo y generar una opción para manejar una situación específica.

Se detectaron las razones más importantes por las cuales la usuaria decidió cambiar su forma de beber estas fueron:

1. “Mejorar mi autoestima, como reflejo directo del control que tengo sobre mi comportamiento”.
2. “Mantendré mi integridad física”.
3. “Mejorará. Las relaciones con mi familia ya que seré percibida como una persona confiable”.

En establecimiento de Metas, la usuaria eligió: NO BEBER EN ABSOLUTO “Pero tengo miedo porque no confío en mi control personal por tiempos prolongados” “Planeo NO BEBER EN ABSOLUTO en las siguientes circunstancias: bares, fiestas y antros”.

## Sesión 2. Identificación de situaciones de riesgo

Objetivo: Que la usuaria identifique las situaciones que le precipita el consumo de alcohol, a través de un análisis funcional de su conducta, identificando los antecedentes y consecuencias de su consumo.

Procedimientos:

Se revisaron los auto registros, lo que permitió realizar un análisis de las variables asociadas al consumo detectando las siguientes:

- 1.- “Con mi amigo en Coyoacán, fue mi primera borrachera y fuimos con toda la intención de embriagarnos. El me iba a cuidar, compramos 2 cubetas y estábamos platicando y riéndonos muy felices... Posteriormente fue con mis amigas y novio”.
- 2.- “En mi fiesta de despedida, con los amigos de mi trabajo”.
- 3.- “Estaba en las islas con mis amigos”. (En C.U.)



Se discutió y analizó con la usuaria las situaciones de riesgo, antecedentes de su consumo, consecuencias inmediatas al consumo de alcohol.

### Sesión 3. Plan de acción

Objetivo: La usuaria aprenderá una estrategia de solución de problemas en el cual planteará las opciones para cada situación de riesgo, señalando las consecuencias probables y los planes de acción más factibles y realistas.

Procedimientos:

Análisis de los auto registros. Esto permitió detectar las variables asociadas al consumo y desarrollar planes de acción.

Describió las opciones y probables consecuencias para las situaciones de consumo:

#### **“cuando me fui al cafetal y me puse mi primera borrachera”**

A). Describe las OPCIONES Y PROBABLES CONSECUENCIAS para esta situación de consumo excesivo.

OPCIÓN No. 1 : “No salir con mi amigo”

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN No. 1: “Tener un amigo menos con quien salir, no solo a tomar porque dudo que me quiera acompañar a otros lados”.

OPCIÓN No. 2: **“salir con mi amigo, pero que vayan otras personas”**.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN No. 2: “mi amigo puede tomar todo lo que quiera y yo evitar mi consumo sin que se enoje...”

OPCIÓN No. 3: **“Salir con mi amigo y beber poco”**.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN No. 3: “disfrutaría la situación pero no estaría cumpliendo con mi meta”.

#### **“MI MEJOR OPCIÓN es la número 2”**

**PLAN DE ACCIÓN:** “invitar a otros amigos cuando vallamos a salir el y yo, incluir amigos que no tomen y amigos que tomen poco. Ir a lugares donde se pueda bailar para no estar todo el tiempo con la tentación al alcance de la mano. Ir con alguien (hermano o novio) que me apoye en mi decisión de no consumir, pedir bebidas sin alcohol, llevar poco dinero...”

La siguiente situación fue:

### “Cuando me puse ebria en mi fiesta de despedida”

A). Describe las OPCIONES Y PROBABLES CONSECUENCIAS para esta situación de consumo excesivo

OPCIÓN No. 1: “no beber nada en la fiesta”.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN No. 1: “sentiría feo que muchos beben y yo no, pero me sería auto afirmativo. Mis amigos me presionarían.

OPCIÓN No. 2: “Beber poco”.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN No. 2: “tendría ganas de beber más, probaría mi auto control. Mis amigos me presionarían”.

OPCIÓN No. 3: “no ir a la fiesta”

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN No. 3: “me sentiría mal por no haber ido a una fiesta que me invitaron”.

“Mi mejor opción es la Número 1”

PLAN DE ACCIÓN: “ Decirle al que prepara las bebidas que me sirva refresco, que me prepare jugos, comer botanas, pasar el tiempo bailando y platicando con los amigos que no estén tomando, recordar los momentos desagradables que he vivido a consecuencia de la bebida y por último si siguen insistiendo retirarme del lugar...” La usuaria aprendió a desarrollar planes de acción..

### Resultados

Los resultados obtenidos se presentan a continuación, abarca la fase de evaluación inicial y final.

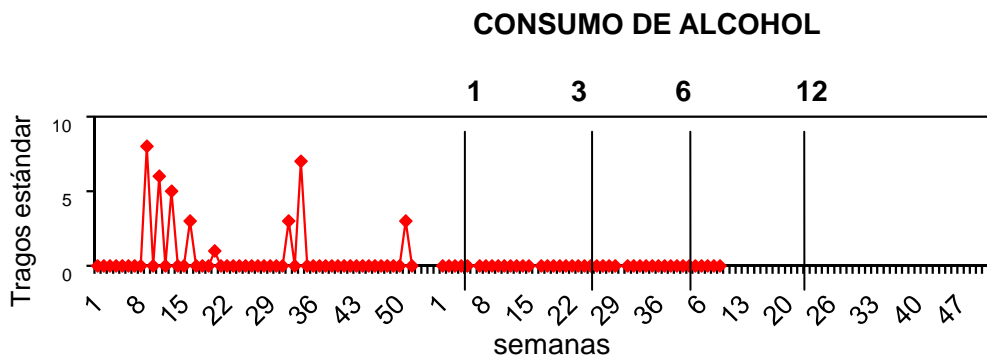


Figura 1. A través de la línea base de los últimos 12 meses, se observa el decremento del consumo de alcohol.

Cuando se inicia el tratamiento, el consumo de alcohol decremento, solo presento una recaída. Posteriormente, durante los seguimientos de uno, tres, seis y doce meses la usuaria no consumió ninguna sustancia.



Figura 2. Las tres principales situaciones en las que la usuaria tendrá que tener mayor atención y desarrollar planes de acción para enfrentarlas son: Presión Social, Emociones Agradables y Momentos Agradables con Otros con 60%, 36,6% y 33,3% respectivamente.

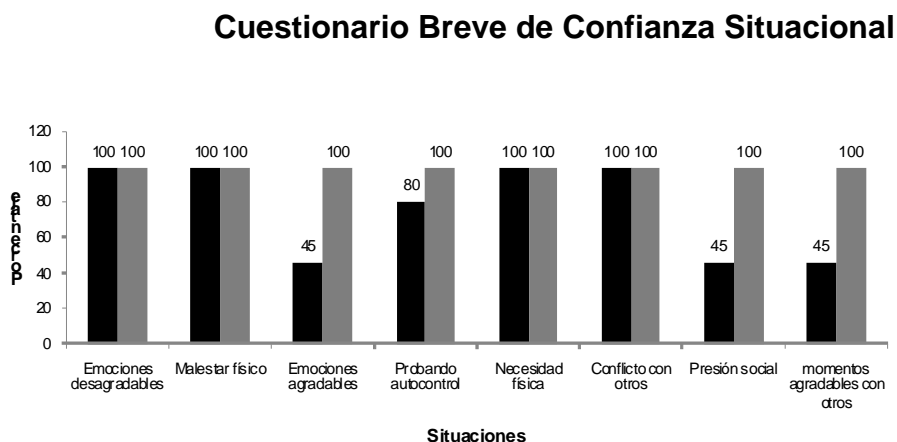


Figura 3. Se manifiesta un incremento en el porcentaje de confianza en Presión Social, Emociones Agradables, Probando mi Control y Momentos agradables. Se considera que ya tenía cierta seguridad, ya que había alcanzado la abstinencia desde antes del tratamiento.

## Conclusiones

Los resultados obtenidos señalan que el programa de intervención, propició cambios en el consumo de alcohol, en virtud de lograr la abstinencia, lo cual se ve reforzado por los datos de los seguimientos, en donde en una sola ocasión la usuaria consumió.

En este caso la usuaria, por su formación profesional, ya contaba con información la cual le permitió identificar las diferentes situaciones de riesgo y desarrollar planes de acción. Sus habilidades conceptuales y técnicas que la usuaria aprendió durante sus sesiones, tendrá que practicarlas una vez terminada la intervención. Se espera que la usuaria aprenda a ser su propia terapeuta aplicando las diferentes técnicas cognitivas y prevenir posibles recaídas.

## **Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína: un modelo cognitivo conductual**

### Participante

Se trabajó con un hombre de 26 años, que vivía en unión libre. Tenía como escolaridad primer semestre de Bachillerato, es católico, desempleado. Actualmente vive con su esposa, no tiene casa propia, rentaba un departamento. En los últimos 12 meses no ha cambiado de casa.

Su principal motivo de consulta fue: “Quiero dejar de consumir alcohol y cocaína crack...para estar bien con mi familia”. Como expectativas: dejar de consumir drogas, conseguir un trabajo y seguir estudiando”.

### *Instrumentos*

1. Cuestionario diagnóstico del consumo de sustancias.
2. Cuestionario de abuso de drogas.
3. Consentimiento de participación.
4. Auto registro.
5. Inventario de situaciones de consumo de drogas.
6. Línea base retrospectiva.
7. Cuestionario de auto confianza del uso de drogas

### **Cuestionario diagnóstico del consumo de sustancias**

Este cuestionario está basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV, American Psychiatric Association), consta de 13 preguntas cuyas opciones de respuesta son SI o NO. El objetivo del instrumento es conocer si el usuario tiene dependencia a la cocaína o si reúne los criterios de abuso de drogas. Las preguntas las hace el terapeuta y se refieren a situaciones de consumo durante los últimos 12 meses. La forma de calificación consiste en contar las respuestas SI en cada una de las siguientes tres categorías:

Abuso: este diagnóstico es propio para los usuarios que hayan contestado SI a las primeras 4 preguntas y hasta 2 de la 5 a la 13.

Dependencia: se infiere que existe dependencia si el usuario contestó SI a 3 o más preguntas de la 5 a la 13.

Dependencia fisiológica: esta categoría se emplea cuando el usuario contestó SI a las preguntas 5 a 8.

<b>RESULTADO:</b> obtuvo un puntaje de 10 por lo tanto se ubica en <b>DEPENDENCIA.</b>
--

## **Cuestionario de abuso de drogas**

Este cuestionario consta de 20 preguntas acerca del consumo de drogas de los últimos 12 meses, sin incluir alcohol ni tabaco (De la Fuente, Villalpando, Oropeza, Vázquez y Ayala, 2001), el objetivo es determinar el nivel de consumo. Las opciones de respuesta son SI o NO. La forma de calificación consiste en asignar un punto a cada respuesta SI, excepto a las preguntas 4 y 5, cuyo valor es de uno al contestar NO. Al final se suman los puntos y se obtiene el nivel de consumo que va de uno a 20. La equivalencia es la siguiente: de 1 a 5 se considera que el nivel de consumo es leve, de 6 a 10 el nivel es moderado, de 11 a 15 es sustancial, y de 16 a 20 se considera severo. Por tanto, una calificación de 0 equivaldría a la ausencia de problemas por el consumo. Con la información reunida hasta este momento de la sesión, el terapeuta debe decidir si el TBUC es una opción útil para el usuario entrevistado; en este caso, el siguiente paso es obtener el consentimiento del usuario para participar en el tratamiento.

En este instrumento se obtuvo un puntaje de 17. Lo cual indica un nivel de dependencia severo ya que fluctúa entre 16 – 20.

## **Consentimiento de participación**

Para poder proporcionar atención al usuario, fue necesario tener su consentimiento de participación por escrito. En este formato se describe de manera breve el tratamiento, se garantiza la confidencialidad de la información y se solicita el nombre de dos personas que puedan dar información sobre el usuario. Además, este formato se emplea como una manera de reforzar el compromiso del usuario y del terapeuta, por lo tanto ambos deben firmarlo. En este formato, se le pregunta al usuario si está de acuerdo en que se graben las sesiones de tratamiento en video o audio, únicamente con fines de supervisión o formación de terapeutas; si esto no fuera necesario, el formato debería de modificarse. Al terminar la aplicación del formato de consentimiento, se le explican al usuario las dos tareas que debe hacer para la siguiente sesión, donde se evaluará su consumo. Estas dos tareas son: el auto registro del consumo y del deseo por consumir; y el inventario de situaciones de consumo de drogas, que se describen a continuación.

## **Auto registro**

En el TBUC se emplea un auto registro del consumo de cocaína y del deseo de consumir diseñado por (Méndez, Vázquez y Oropeza, 2006), se le entrega al usuario desde la sesión de admisión y constituye una de las tareas a realizar, sesión a sesión, durante todo el tratamiento. El auto registro es la herramienta que permite monitorear la conducta y el contexto en el que se

presenta esa conducta. El terapeuta debe explicar al usuario la utilidad de contestar el auto registro diariamente (es preferible que lo haga por las noches, para que pueda evaluar el día completo).

### **Inventario de situaciones de consumo de drogas**

El inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD) basado en Annis y Martín (1985), y adaptado por De León, Pérez, Oropeza y Ayala (2001), consta de 60 reactivos. El objetivo de este inventario es conocer las principales situaciones de riesgo de consumo. Se le pide al usuario que en su casa, piense en cada una de las situaciones que se le presentan y conteste en cuáles de ellas suele consumir. Los resultados del ISCD se discuten con el usuario como parte de las actividades del primer tópico.

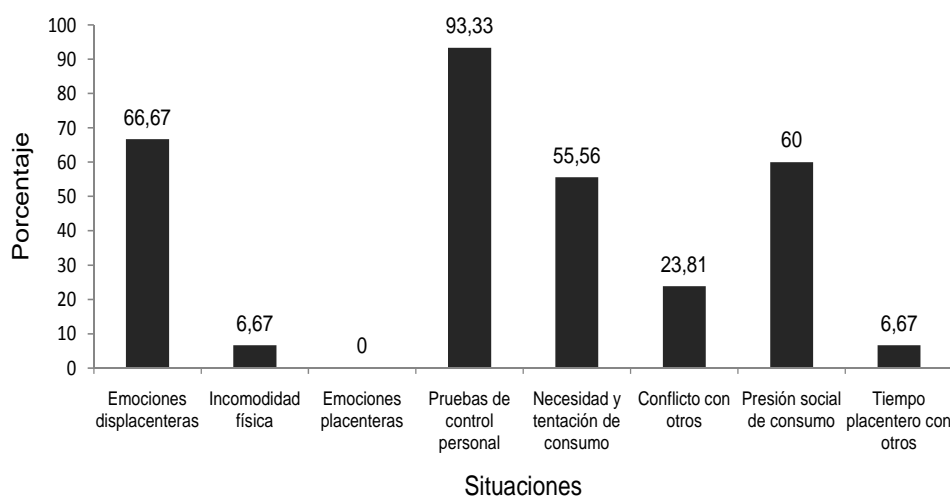


Figura 4. Las tres situaciones más significativas en las que el usuario consume cocaína son: prueba de control personal 93.3%, emociones displacenteras 66.6% y presión social de consumo con 60%.

### **Línea base retrospectiva**

La última actividad de evaluación del consumo, antes de explicar la tarea de la siguiente sesión, es contestar la línea base retrospectiva (Sobell y Sobell, 1992); su objetivo es conocer el patrón de consumo de cocaína de los últimos seis meses. La aplicación de este instrumento consiste en que el terapeuta pregunte al usuario la cantidad consumida por día, a partir de la fecha actual, hacia atrás. En

el caso de que el usuario no recuerde el consumo diario, se puede preguntar por semana o mes. El terapeuta debe registrar la cantidad en gramos. Para facilitar el recuerdo, se le recomienda al usuario basarse en fechas significativas como cumpleaños, días de pago, días festivos, entre otras.

Al finalizar el proceso de evaluación del consumo, se le explica al usuario que las siguientes sesiones se dedicarán a trabajar los tópicos del tratamiento. Se explica la tarea que consiste en: el llenado del auto registro, contestar los ejercicios del primer tópico, y el Cuestionario de Auto Confianza del uso de Drogas (CACD).

### Cuestionario de auto confianza del uso de drogas

El CACD fue elaborado por Annis y Martín (1985), se conforma por 60 afirmaciones sobre situaciones de consumo de drogas. El objetivo del CACD (De León, Pérez, Oropeza y Ayala, 2001) es conocer la confianza que tiene el usuario para rehusarse al consumo. Debido a la longitud del cuestionario se le pide al usuario que lo conteste en casa, en un momento en que esté tranquilo para que pueda imaginarse cada una de las situaciones que se le presentan. Los resultados del CACD se discuten con el usuario como parte de las actividades del primer tópico. La información obtenida del proceso de admisión y evaluación, es valiosa para entender aspectos del consumo del usuario y dirigir el tratamiento. También se pueden conocer los recursos actuales del usuario para el manejo de situaciones de riesgo y las áreas de déficit que demandan mayor atención.

### Situaciones de consumo y autoconfianza

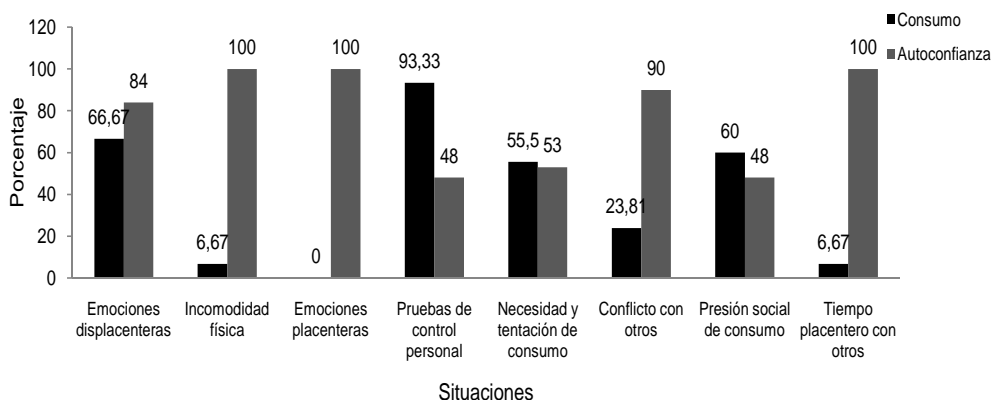


Figura 5. Aquí, se pueden observar las tres situaciones en las que el usuario tiene poca confianza para no consumir, estas son: Prueba de control personal, presión social con el 48% respectivamente y Necesidad y Tentación de consumo con el 53%.



### Intervención

La estructura de cada una de las sesiones del tratamiento fueron las siguientes:

Tópico I. Balance decisional y establecimiento de metas.

El objetivo de este tópico fue motivar al usuario a que abandone su consumo de cocaína, buscando la abstinencia desde ésta sesión.

Procedimientos:

A través de los siguientes ejercicios se analizaron las ventajas y desventajas de continuar consumiendo, sus razones y establecimiento de metas.

#### 1. BALANCE DECISIONAL

Ventajas.

Dejar el consumo	%	Continuar el consumo	%
1. Tener un trabajo estable.	80	1. Sentirme comprendido por la banda.	60
2. Tener más dinero.	80	2. Sentirme con éxito por fumar más.	80
3. Pasar tiempo de calidad con mi hijo.	90	3. Fumar la primera roca.	80
4. Mejorar mi salud.	50		
5. No perder cosas.	50		
6. Ser alguien de provecho.	50		

Desventajas.

Dejar el consumo	%	Continuar el consumo	%
1. Dejar de tomar.	90	1. Sentir el sentimiento de culpa.	70
2. Dejar de sentir la primera roca.	60	2. Ser rechazado por mis vecinos.	60
3. No hacer lo que quiera.	80	3. Ser rechazado por mi familia.	90
		4. Sentirme fracasado.	50
		5. Perderme tiempo con mi hijo.	90

Con este ejercicio el usuario reconoció que existe un mayor porcentaje en las ventajas en dejar de consumir e iniciar el proceso de cambio.

## 2. RAZONES PARA CAMBIAR

- a. "Mi familia depende de las decisiones que yo tome".
- b. "Por mi necesidad de superación... Conseguir escuela, tener un trabajo digno".
- c. "Ayudar a mi familia".

## 3. ESTABLECIMIENTO DE METAS

Meta:  abstinencia:  Reducción:

## 4. METAS VITALES A ALCANZAR DURANTE EL TRATAMIENTO

Áreas	Metas	Razones	Plan de acción	Obstáculos	Apoyo social
Social	Tener nuevas amistades.	He defraudado su confianza y ayuda de estas personas.	Frecuentar lugares que no estén relacionados con drogas, como mi trabajo.	Pensamientos negativos. Seguir con los mismos amigos consumidores.	Mis terapeutas Mi esposa.  Mi familia.
Familiar	Mejorar la relación con la familia de mi esposa.	Por irresponsable he dado a notar que no me interesa nada.	Mantener mi abstinencia, conseguir trabajo y alejarme de malas amistades.	Ser tolerante a los reproches de ellos.	Familiares.
Escolar y/o laboral	Permanecer más tiempo en un trabajo.	Por irresponsable no he podido mantener mi trabajo.	Terminar el tratamiento, hacer uso de las estrategias que me proporcionaron ser responsable y mantener mi abstinencia.	Deseos de consumir y llevarme cosas.	Familiar y Tratamiento
Personal	Mantener mi abstinencia.	Enfrentar mis propios errores y aprender de ellos.	Cambiar mis pensamientos negativos, cumplir con tareas y ser constante.	Confíarme de que estoy curado.	Familiar y tratamiento.

A través de los auto registros, el usuario aprendió a identificar los factores de riesgo y elaborar planes de acción, ejemplo:

¿Qué voy a hacer esta semana para no consumir o controlar mi consumo?

1. Situación de riesgo 1. **“Tener una discusión con mi esposa o mi madre”**.

**Plan de acción:** “Calmarme, salir a caminar acompañado de algún familiar para distraerme, dialogar internamente, decirme cosas que me tranquilicen”.

2. Situación de riesgo 2. **“Pasar por un lugar de consumo”**.

**Plan de acción:** “Cambiar de ruta, platicar con mi esposa, recordar que tengo una meta, mantenerme sin consumo.

3. Situación de riesgo 3. **“Ociosidad”**.

**Plan de acción:** “Pensar que el consumo me perjudica y que no me beneficia, acudir al tratamiento y cumplir con las tareas y manejar mis pensamientos negativos.

Tópico II. Manejo del consumo de cocaína.

El objetivo de este tópico fue enseñar al usuario a identificar y manejar los disparadores del consumo de cocaína.

Procedimientos:

Con las siguientes actividades el usuario identificó los principales disparadores para consumir. Posteriormente elaboró planes de acción.

### 1. DISPARADORES, CONSECUENCIAS Y RIESGOS DEL CONSUMO

Los principales disparadores fueron:

	ISCD	CACD
* Prueba de control personal.	<u>93,33</u>	<u>48</u>
* Emociones displacenteras.	<u>66,67</u>	<u>84</u>
* Presión social de consumo.	<u>60</u>	<u>48</u>

## 2. IDENTIFICACIÓN DE DISPARADORES DEL CONSUMO DE COCAINA

¿Qué ocurrió?	Lugar	Disparador
En una fiesta empecé a tomar y de regreso a casa, camine por donde venden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calle.</li> <li>- Casa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ver el alcohol.</li> <li>- Recordar la emoción placentera.</li> </ul>
Me enoje con mi esposa porque ella quería distribuir el dinero.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calle.</li> <li>- Casa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enojo.</li> <li>- Deseo.</li> <li>- Tener dinero.</li> </ul>
Pelear con la familia de mi esposa.	- Casa de la familia de mi esposa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Culpa.</li> <li>- Tristeza.</li> </ul>

## 3. EVALUACIÓN DE LAS SITUACIONES DE CONSUMO DE COCAINA

Situación y disparadores	Tipos	Consecuencias positivas	Consecuencias negativas	Riesgos	Evaluación.
En una reunión familiar. Tomando, discutí con mi esposa.	Tristeza y enojo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contento.</li> <li>Sensación de fortaleza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Me gasté todo el dinero.</li> <li>- Frustración.</li> <li>- Se empeoró la relación con mi esposa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que me golpearan.</li> <li>Incrementar el consumo.</li> <li>- Que me agarrara la patrulla.</li> </ul>	Pude haber tomado otra decisión. Para sentirme feliz no era necesario consumir.
En la calle, escuchaba cuando "chiflaban" los consumidores	Me emocionaba el poder comprar.	Sensación placentera.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Culpa por gastarme el dinero de la semana y peleas con mi mamá y esposa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que me deje mi esposa.</li> <li>- Que me endeude con el vendedor.</li> </ul>	El convivir con mi hijo, jugar con él y pasear también puedo tener placer.

#### 4. PLANES DE ACCIÓN

Situación	Actividades alternas al consumo	Jerarquía de esas actividades	Opción más efectiva	Plan de acción.
En una reunión familiar. Tomando, discutí con mi esposa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bailar con mi esposa.</li> <li>- Platicar con ella y con mis amigos.</li> <li>- Tomar refresco.</li> <li>- Irme a la casa.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Platicar con ella.</li> <li>2. Bailar con mi esposa.</li> <li>3. Tomar refresco.</li> <li>4. Irme a la casa.</li> </ol>	Bailar con mi esposa, tomar refresco y después de un rato irnos a la casa.	<p>Antes de asistir a la fiesta pedirle a mi esposa que no me deje solo y que me invite a bailar, comer y tomar refresco.</p> <p>Poner una hora para retirarnos a la casa.</p>
En la calle, escuchaba cuando "chiflaban" los consumidores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuchar música.</li> <li>- Jugar con mi hijo.</li> <li>- Ver una película.</li> <li>- Dormir.</li> <li>- Distraer mi pensamiento.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distraer mi pensamiento.</li> <li>2. Jugar con mi hijo.</li> <li>3. Ver una película.</li> <li>4. Escuchar música.</li> <li>5. Dormir.</li> </ol>	Lo mejor será distraer mi pensamiento practicando las otras alternativas, jugar con mi hijo...	<p>Por regular, es en la tarde cuando venden. En esos momentos puedo involucrarme en las actividades. Puedo pedirle a mi esposa que me ayude para distraerme.</p>

¿Qué voy a hacer esta semana para no consumir o controlar mi consumo?

1. Situación de riesgo: **No encontrar trabajo.**

**Plan de acción:** No desesperarme, buscar en el periódico varias opciones, acudir a mis familiares para pedirles su apoyo, pensar que no soy el único que no tiene trabajo pero que si persisto lo encontraré, recordar que en otros momento no he tenido trabajo pero que si he encontrado. Pero lo más importante mantenerme en abstinencia.

### Tópico III. Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína

El objetivo de este tópico fue enseñar al usuario a identificar y manejar, por medio de las técnicas de evitación y enfrentamiento, sus pensamientos relacionados con el consumo de cocaína.

Procedimientos:

Una estrategia importante fue que el usuario identificara sus pensamientos que precipitaban su consumo y la elaboración de planes de acción.

#### 1. DIARIO DE PENSAMIENTOS

Día	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo	lunes
Situación	No encuentro trabajo	Discusión con mi mamá	No tengo amigos que no consuman	Pelea con mi esposa	Pasar por donde venden	Encontrarme a personas consumiendo	Triste por no encontrar trabajo
Pensamiento automático.	“No sirvo para nada”	Mi familia no me quiere	Nadie quiere juntarse conmigo por mala influencia	Ya no me quiere, me puede dejar.	Con un papel es suficiente	“Necesito consumir para sentirme bien”	“No voy a encontrar trabajo”
% veracidad actual	100%	90%	80%	90%	100%	100%	80%
% veracidad posterior.	0%	30%	20%	40%	0%	20%	30%

Después de analizar la relación que existe entre situaciones de riesgo y pensamientos, el usuario aprendió a cambiar sus pensamientos, reduciendo el porcentaje a la veracidad de pensamientos negativos.

## 2. IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS ASOCIADOS AL CONSUMO

### Estados negativos y pensamientos asociados

Situación	Físico	Psicológico	Social
El sábado en una fiesta familiar.	Aburrimiento	Me enoja y me entristece de no divertirme sin alcohol y piedra.	Para pertenecer al grupo
	Pensamiento: para divertirme	Pensamiento: estar alegre y convivir.	Pensamiento: sentir que soy igual que los demás.
Discusión con mi esposa	Dolor de cabeza	El no poder solucionar el problema sin discutir.	Me uno más a mis "amigos"
	Pensamiento: Evitar el dolor	Pensamiento: olvidar el problema	Pensamiento: pensar que no hay problema.
No encuentro trabajo	Debilitamiento físico (sin ganas)	Me deprime no encontrar trabajo	Me uno al grupo para no sentirme mal
	Pensamiento: para fortalecerme.	Pensamiento: olvidarme y relajarme	Pensamiento: creer que no hay problema.

### 3. ENFRENTAMIENTO DE PENSAMIENTOS SOBRE COCAINA

Disparador	Pensamientos	¿Qué tan real?	Cambio	Otras actividades
Fiestas o reuniones	Necesito consumir para divertirme.	Después de los efectos me deprimó más. Por lo tanto no es tan real.	Pensar en todas las pérdidas que he tenido, principalmente con mi hijo y esposa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambiar mi pensamiento de negativo a positivo.</li> <li>- Salir a caminar.</li> <li>Jugar con mi hijo en un parque.</li> <li>- Trabajar en casa (barrer, pintar etc).</li> </ul>
No encuentro trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mi hijo no tiene buen alimento.</li> <li>- No sirvo para nada.</li> </ul>	No es real porque mi esposa consigue comida para mi hijo. Y en otras ocasiones me he quedado sin trabajo, pero luego encuentro.	Mantener mi abstinencia, acudir a mis citas, pensar que pronto encontrare trabajo porque ya tengo cita en una fábrica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recordar los momentos agradables que viví con mi familia, cuando no consumía y tenía trabajo.</li> <li>- Acudir a las delegaciones para conocer la bolsa de empleo.</li> </ul>
Discusiones con mi esposa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No me quiere.</li> <li>- Soy un estorbo.</li> <li>- Me va a abandonar.</li> </ul>	<p>En otros momentos me ha apoyado y ahora también lo está haciendo.</p> <p>- No me ha abandonado.</p>	<p>Mantener la calma, alejarme para controlar mi frustración y ya tranquilo regresar para pedir otra oportunidad.</p> <p>Demostrar mi cambio, manteniendo mi abstinencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distráer mi pensamiento organizando mis papeles.</li> <li>- Acudir a mis terapias.</li> <li>- Ser más responsable.</li> <li>- Practicar algún deporte.</li> </ul>



1. Situación de riesgo: “**Pensar en consumir para soportar la frustración**”.

**Plan de acción:** Recordar cuando platicaba con mi papá, jugaba con mis hermanas y mi mamá, cuando tenía dinero les disparaba algún antojo y se divertían. Pensar que pronto encontraré trabajo y recuperaré las actividades que antes disfrutaba. Si se presenta el deseo recordare las consecuencias negativas y practicare alguna otra actividad.

Programa de Satisfactores Cotidianos.

El objetivo fue que el usuario aprendiera las conductas necesarias para poder controlar su tristeza.

Procedimientos:

Uno de los precipitadores que elicitan el consumo fue la falta de control emocional, constantemente manifestaba tristeza por tal motivo se decidió trabajar el siguiente ejercicio retomado del Programa de Satisfactores Cotidianos.

AUTO REGISTRO DE TRISTEZA

Situación	¿Con qué personas, a qué hora, en qué lugar?	Estrategia utilizada	Resultados obtenidos
1. No podía ver a mi hijo a consecuencia de mi recaída.	Miércoles a las 6:00 p.m.  Con mi esposa.	Busque lo positivo, recordé que pronto le vería y aprovecharía el tiempo para estar con el. Dialogue conmigo diciendo que pronto recuperaría la confianza de mi familia porque me mantendría en abstinencia. Por último me dirigí a la casa de mi mamá.	Buen resultado. Porque no estuve tan triste como en otras ocasiones y no lo utilice como pretexto para consumir.
2. Estuve en lugares que había ido con mi papá.	Viernes a las 12:00 p.m. con mi mamá.	Al recordar los momentos agradables que pase con el me dio	Buen resultado. Porque me di cuenta que al realizar otras

		tristeza, pero cambie mi pensamiento centrando mi atención en las cosas de esos lugares. Por último me aleje de esos lugares y realice otras actividades como comer y platicar.	actividades se me olvida consumir para evitar las situaciones que me provocan tristeza.
3. No tengo dinero porque no he conseguido trabajo.	El domingo a las 19:00 hrs. con mi esposa.	Cambie mis pensamientos y busque alternativas realistas. Me di cuenta que la situación es difícil no solo para mi, sino para muchas personas. Pero confié en encontrar pronto trabajo.	Buen resultado. Porque ya no me angustie como en otras ocasiones. Me di cuenta que no consumiendo tengo mayores probabilidades de que me empleen.

### MENÚ DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA TRISTEZA

#### 1. “Me siento muy mal, estoy muy tenso y ya no puedo más”.

**Pensamiento Positivo:** “Este malestar va a pasar, siempre hay una salida, debo dar una respuesta diferente. En ocasiones me he sentido muy mal pero no me ha pasado nada. Es mejor recordar los momentos agradables que he vivido al lado de mi familia.

#### 2. “No puedo hacer nada bien, soy un fracaso”.

**Pensamiento Positivo:** “Debo tener paciencia, no soy un fracasado, si sigo trabajando recibiré una gran recompensa, encontrar trabajo”.

#### 3. “Todo esta mal, ya no tengo ganas de nada, quisiera mejor morirme”

**Pensamiento Positivo:** “Mi vida es muy valiosa, lo mejor es solicitar apoyo y ocuparme en mantener mi abstinencia”.

4. “Creo que soy un tonto, nadie me quiere contratar y tienen razón quien va a querer a un tonto como yo”.

**Pensamiento Positivo:** “Debo mantener la calma, mostrar las aptitudes que tengo, no soy un tonto, tengo que seguir buscando trabajo, entregare varias solicitudes y en algún momento me contratarán”.

5. “Estoy desesperado, ya no puedo más, siento que voy a morirme, necesito una piedra”

**Pensamiento Positivo:** “He pasado mucho tiempo de mi vida sin consumir y no pasa nada. Lo mejor será relajarme, respirar profundamente y planear algunas actividades para mantenerme ocupado, como por ejemplo: jugar con mi hijo, platicar con mi esposa”.

6. “Estoy muy solo, nadie me quiere, nadie quiere estar conmigo”.

**Pensamiento Positivo:** “Puedo sentirme así, pero mi deber es pedir ayuda y expresar lo que siento. Se que mi familia me quiere pero los he dañado en muchas ocasiones que ya yo confían en mi. Ahora tengo la oportunidad de recuperar su confianza”.

### Resultados y conclusiones.

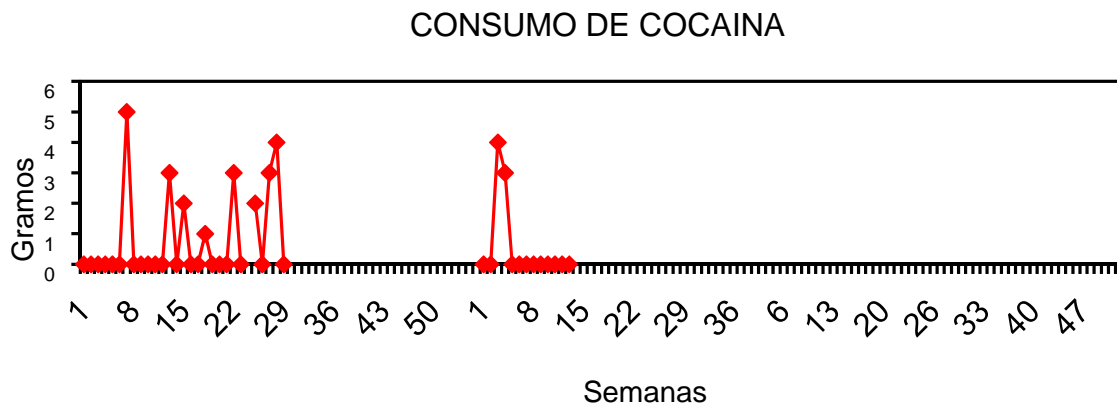


Figura 6. Durante el tratamiento el usuario presentó una recaída, consumió 4gr. de cocaína.

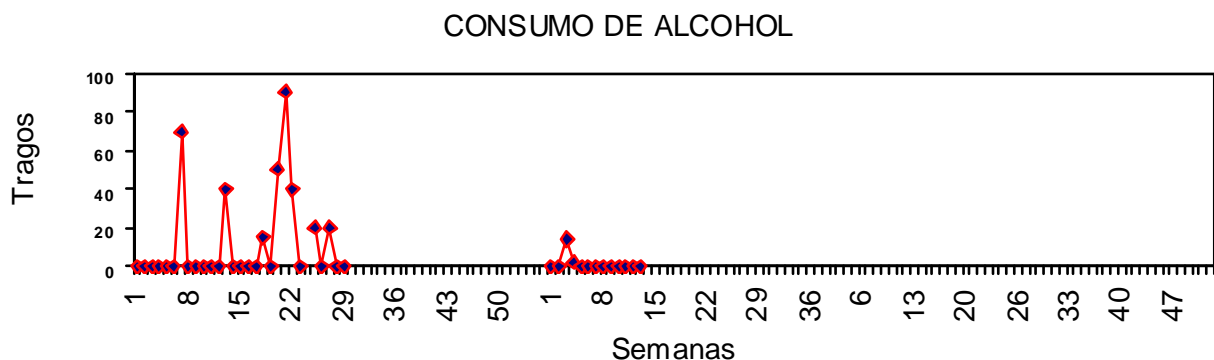


Figura 7. El usuario presentó una recaída al consumir alcohol, aprendió que esta sustancia elicit el consumo de cocaína.

Como se puede observar durante la primer semana de tratamiento, tuvo una recaída, esto permitió identificar las situaciones de riesgo e implementar sus estrategia aprendidas durante el tratamiento, logró hasta el momento, enfrentar situaciones con éxito.

Encontró trabajo, lo que implica sentirse satisfecho e incrementa su autoeficacia al darse cuenta que no necesita consumir para sentirse bien. Considera que es importante ser más responsable para mantener por más tiempo su trabajo.

Ha logrado controlar su tristeza, haciendo buen uso del cambio de pensamientos. Desde el primer día se identificó un alto nivel de depresión por lo cual se le canalizó al Instituto Nacional de Psiquiatría, esto se logró a través del análisis de las desventajas de seguir consumiendo. Ha asistido de manera regular y existe adherencia al tratamiento.

En relación a su salud, comenta que ha mejorado ya que su problema de insomnio está desapareciendo.

En relación a la familia, poco a poco está recuperando la confianza de su madre. En este momento el usuario está viviendo con su suegra pero a través de llamadas telefónicas se ha podido constatar que la madre tiene confianza en que su hijo por el momento no esta consumiendo.

Con su esposa ha mejorado la relación porque ya ha contribuido en el gasto familiar y ya no sale con sus antiguos amigos como solía hacerlo. Se da cuenta que el dinero destinado al consumo ha servido para vivir modestamente, sin deudas.

Se espera que las recaídas cada vez sean en menor grado, incrementando de esa manera su autoconfianza.

## **Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores**

### *Participante*

Mujer de 57 años, casada, primaria terminada, católica, pesa 57 kg. Nunca ha recibido ningún tratamiento para resolver problemas de alcohol o uso de otras drogas. Esta fue la primera vez que acudió a tratamiento relacionado al consumo de Tabaco. Vive con su esposo ya que sus dos hijos viven independientemente. Considera que se siente satisfecha con su estilo de vida en este momento, sin embargo; en una consulta con su médico familiar escuchó que probablemente tenía enfisema pulmonar motivo por el cual decidió acudir al Centro Acasulco para recibir tratamiento.

Su principal motivo de consulta fue: En una visita a su médico familiar escuchó que probablemente tenía enfisema pulmonar motivo por el cual decidió acudir al Centro Acasulco para recibir tratamiento, ya que considera que tiene un problema mayor. Como expectativas: “Quiero saber cómo dejar de fumar porque necesito vivir sanamente, evitando posibles enfermedades... En una ocasión me operaron de un ganglio y si continuo fumando me puede dar cáncer”.

### *Instrumentos*

1. Test de Fagestrom.
2. Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS).
3. Escala de Estados de Disposición al Cambio (SOCRATES 8D).
4. Línea Base Retrospectiva (LIBARE).
5. Inventarios de Beck Depresión y ansiedad.

### ***Test de Fagestrom.***

Fue elaborado por (Heatheron, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991). Permite conocer si el fumador tiene dependencia baja, media o alta a la nicotina. Una puntuación de 6 o más indica una dependencia alta, de lo contrario la dependencia es media o baja.

En este caso la usuaria obtuvo un puntaje de 6 ubicándose en un nivel de dependencia alta.

### ***Cuestionario Breve de Confianza Situacional.***

Su objetivo es obtener una medida que sensibilice 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 seguro se siente para poder resistir la necesidad de fumar (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

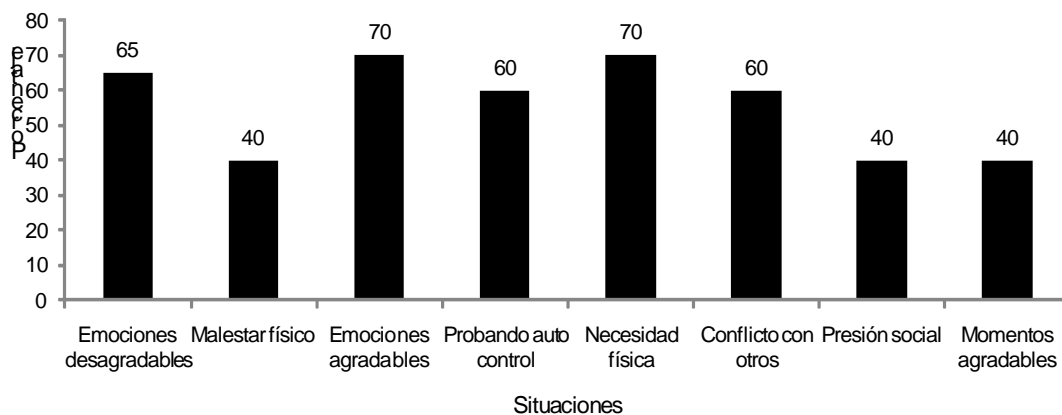


Figura 8. Se observa que las situaciones de mayor riesgo para consumir son: malestar físico, presión social y momentos agradables con 40%.

### ***Escala de Estados de Disposición al Cambio.***

Con este instrumento se evalúa la disposición al cambio, en función de tres indicadores: Reconocimiento, Ambivalencia y Acción (Miller, 1999).

Para obtener la calificación del usuario se tiene que anotar en los espacios correspondientes las respuestas de las personas, con los siguientes valores: Totalmente en desacuerdo= 1, En desacuerdo= 2, Indeciso= 3, De acuerdo= 4, Totalmente de acuerdo= 5.

La usuaria se ubico en la etapa de acción ya que fue el puntaje más alto.

### ***Línea Base Retrospectiva.***

A través de éste instrumento, se conoce el patrón de consumo en función del número total de días de uso, número total de cigarros consumidos, promedio de consumo por día, porcentaje de días de abstinencia, de bajo y excesivo consumo en los últimos 60 días.

A través de éste instrumento, se conoce el patrón de consumo en función del número total de días de uso, número total de cigarros consumidos, promedio de consumo por día, porcentaje de días de abstinencia en los últimos 60 días.

Instrucciones: Con este instrumento se debe registrar de forma retrospectiva el consumo día por día iniciando con el día anterior al día de la evaluación hasta completar sesenta días, Inicie preguntando “¿fumó ayer?, ¿Cuántos cigarros?, es importante que llene cada uno de los días del calendario identificando días festivos, días en los que asistió a alguna fiesta o celebró algo, o le sucedió algo que hiciera que se incrementara el consumo en ese periodo de tiempo.

## PATRON DE CONSUMO TABACO

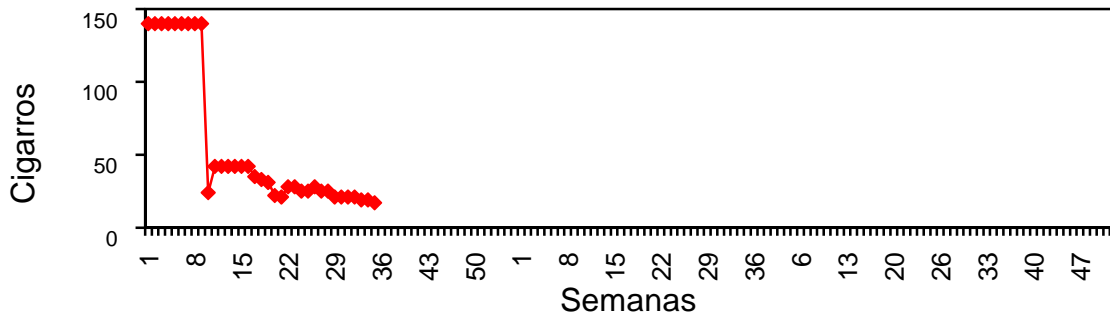


Figura 9. Se observa la reducción del consumo. En 2 meses llegó a consumir 1820, por día entre 20 y 30 cigarrillos. Actualmente consume 2 cigarrillos al día.

### ***Inventario de depresión de Beck***

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

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

### **Inventario de ansiedad de Beck**

Es un cuestionario de 21 reactivos elaborado por Beck, Epstein, Brown & Steer en 1988. Es de fácil aplicación y calificación y permite evaluar síntomas de ansiedad.

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

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

En depresión se indica un nivel severo ya que el puntaje fue de 34 el cual fluctúa en el intervalo de 30 a 63 puntos.

En ansiedad se puede observar un nivel moderada con una puntuación de 19 el cual se ubica en el intervalo de 16 a 30 puntos.

### *Intervención*

*La estructura de cada una de las sesiones del tratamiento fueron las siguientes:*

*Folleto No. 1: Tomando la decisión de dejar de fumar.*

Es aquí cuando se le proporciona a la usuaria información general sobre el consumo de tabaco a través del planteamiento de preguntas y respuestas generales sobre la supresión del cigarro, además se presentaron una serie de ejercicios que tienen como propósito el análisis de su consumo y el incremento de la motivación para el cambio.

Procedimientos:

Con los siguientes ejercicios se analizaron las ventajas y desventajas de continuar fumando.

¿Sabes cuanto vas a gastar en cigarros si continúas fumando?

Resta tu edad a 80 (que es el promedio de vida)	23
Multiplica por 365 (días del año)	8395
Multiplica por el número de cajetillas que fumas al día.	8395
Multiplícalo por el precio de su cajetilla.	209875
¡Esto es lo que gastaría en cigarros para el resto de su vida, si continúas fumando como hasta ahora!	209875



¿Qué podrías comprar si dejas de fumar?

Una caja por día en un mes = “Un celular o cosméticos”

Dos cajas por día en un mes = “Un celular de mejor calidad”.

¿Qué es un cigarro para mí? “Un gran amigo, un compañero”

¿Cuáles son los problemas (sociales, de salud, económicos, familiares) que he presentado en los últimos tres meses por fumar?

Salud: “tengo problemas porque me operaron de un ganglio y si continuo fumando me puede dar cáncer”.

Económicos: “No me alcanza el gasto”.

Familiares: “Las discusiones con mi esposo son constantes porque no soporto que me diga que ya no fume”.

¿Por qué necesito dejar de fumar?

- Sentirme saludable.
- Ser un mejor ejemplo para los niños.
- Para no tener molestias frecuentes en la garganta.
- Sentirme físicamente más saludable.
- Disminuir el riesgo de un ataque al corazón y regresar a la normalidad.
- Poder vivir más.
- Necesito dormir bien.
- 

Otra razón: “Para estar más tiempo con mis hijos”.

¿Cuáles son las 2 o 3 barreras o dificultades más serias que anticipas al dejar de fumar?

1. “El grupo de A.A., porque fuman mucho y porque me siento segura”.
2. “El deseo originado por mis emociones”.

¿Cuáles son los 2 o 3 factores más importantes de apoyo para dejar de fumar en este momento?

1. “Acudir a las terapias”.
2. “Mi esposo porque hacía comentarios y me recordaba el cigarro, ahora ya no lo hace”.
3. “Confiar en mí”.

¿Quiénes fuman de las personas con las que convives?

“Mis amigos y familiares”

Folleto No. 2: Identificando mis situaciones relacionadas con fumar.

La usuaria identificó las situaciones que precipitan el consumo de tabaco, realizó un análisis funcional de su conducta, identificando los antecedentes y las consecuencias de su consumo.

Procedimientos:

### PREPARANDOME PARA DEJAR DE FUMAR

La usuaria identificó sus principales situaciones que precipitan el consumo y desarrolló planes de acción.

- Cambiar mi rutina.
- Deshacerme de todos los ceniceros, encendedores, cajetillas de cigarros.
- Sentarse en el restaurante en la sección de no fumar.
- Tomar mucha agua.
- Cambiar mi estilo de vida, practicar algún deporte, caminar en el parque, etc.

¿Qué otra cosa puedes hacer?  
“Hacer uso de mi voluntad”

### ¡PREPARATE PARA LOS PRIMEROS DIAS!

Planea tu día:

- Evita las áreas de fumar.
- Realiza una caminata diaria de 15 minutos.
- Toma por lo menos dos litros de agua.
- Consume vitamina C y alimentos que contengan fibra.
- Realiza limpieza general de los lugares donde fumabas.
- Habla con tus amigos y familiares explicándoles que has dejado de fumar, pidiéndoles su apoyo.

### PARA DEJAR DE FUMAR ES IMPORTANTE IDENTIFICAR:

1. Las situaciones de alto riesgo de consumo excesivo de tabaco (factores precipitadores).
2. Los beneficios y malestares que esperamos obtener con el uso del tabaco a corto y largo plazo, es decir las consecuencias.

Señala cuáles son las características de la situación cuando fumas:

- Cuando quiero disfrutar el cigarro.

- Cuando extraño tener alguna cosa en las manos / tener las manos ocupadas.
- Estoy relajada en casa.
- Cuando termino de comer.
- Cuando estoy feliz o estoy celebrando.
- Cuando veo a otros fumar.
- Cuando estoy fastidiada o aburrida.
- Cuando tengo mucho trabajo, estoy presionada o estoy estresada.

## IDENTIFICANDO CONSECUENCIAS Y FACTORES PRECIPITANTES

A continuación, la usuaria describió tres situaciones en donde con mayor frecuencia fuma, para ello fue necesario que pensara en experiencias reales. Escribió los tipos de precipitadores y el tipo de consecuencias (positivas y negativas) usualmente asociadas con cada situación.

Situación 1: Por deseo
Precipitadores: "cuando termino de comer"
Consecuencias Positivas: "Me relajo"
Consecuencias Negativas: "Me lleno de culpa"

Situación 2: "Cuando estoy con amigos"
Precipitadores: "el que estén fumando"
Consecuencias Positivas: "me siento bien, siento que pertenezco".
Consecuencias Negativas: "siento culpa"
Situación 3: "cuando estoy aburrida"
Precipitadores: "pienso en fumar"
Consecuencias Positivas: "Me siento relajada"
Consecuencias Negativas: "Me siento enojada".

Ejercicio: Pregunta a 2 o 3 ex fumadores por qué dejaron de fumar y cómo fue que lo lograron.

Ex fumador N. 1

Nombre: Rosa María
¿Por qué dejo de fumar? “Su nieto se lo pidió”.
¿Número de años sin fumar? “Un mes”
¿Cómo lo logró? “A fuerza de voluntad”

Nota: no encontró a otro ex fumador.

Folleto No. 3: Planes de acción para dejar de fumar.

La usuaria aprendió un modelo general para la solución de problemas en donde planteó opciones para cada situación de riesgo y desarrolló un plan de acción con las opciones más factibles y realistas para llegar a la meta de abstinencia.

Procedimientos:

### ¿QUÉ PUEDO HACER PARA AFRONTAR EL DESEO DE FUMAR?

Cuando tengas muchas ganas de fumar puedes hacer lo siguiente:

- Respirar suavemente y profundo.
- Caminar por 5 minutos.
- Comer pepino, jícama, zanahorias con chile y limón.
- Tomar agua.
- Imagínate como una persona que se ha liberado de fumar.

### DEJAR DE FUMAR

Si fumas en los primeros 60 minutos después de despertarte por la mañana, ¡preparate!, este tiempo es de gran riesgo. Planea una noche antes: ¿Qué harás para estar sin fumar? Por ejemplo:

Lo que hacía cuando fumaba era:

Usualmente yo me despertaba y “pensaba en dónde había dejado mis cigarros”.

Me levantaba y “me iba al baño y prendía un cigarro”.

Antes de desayunar yo “ya había fumado unos dos cigarros”.

Después iba al trabajo y yo “llevaba mi cajetilla y en cualquier momento fumaba”.  
A la hora de la comida yo “No fumaba, lo hacia después de comer, para platicar”.

AHORA QUE VOY A DEJAR DE FUMAR, LO QUE VOY A HACER ES:

Me despertaré y “pensaré que ya no fumo y recordaré lo bien que voy a estar”.  
Me levantaré y “me bañaré, prepararé el desayuno incluyendo verdura y jugos”.  
Antes de desayunar yo “no fumaré cigarros, pensaré que puedo disfrutar comiendo”.

Después iré al trabajo y yo “Llevaré suficiente agua, jugo y dulces... no llevaré cigarros”.

A la hora de la comida yo voy a “platicar lo que he aprendido y que si se puede dejar de fumar”.

Revisa tus intentos pasados por dejar de fumar:

¿Qué fue lo que te ayudó?

“El pensar en mis hijos y que muchas personas han muerto por fumar”

¿Qué te llevó a una recaída?

“Pelear con mi esposo, enojarme, estar triste, ponerme nerviosa y pensar que con el cigarro serían más tolerantes los problemas”.

### PLAN DE ACCIÓN

Para desarrollar un PLAN DE ACCIÓN es importante que primero pienses en alternativas para una situación específica.

En el siguiente ejercicio, escribe 3 alternativas para cada una de las situaciones en la que con frecuencia identificaste y anotaste en el folleto 2.

PARA DECIDIR CUALES SON TUS MEJORES ALTERNATIVAS PIENSA: ¿Qué tan efectivas a largo plazo pueden ser estas alternativas? ¿Qué tengo que hacer para poder alcanzarlas?

Situación 1: “Por deseo”
Alternativa 1: “Pensar en otras cosas”
Alternativa 2: “Pensar que entre más tarde lo fume mejor”
Alternativa 3: “Ocuparme en otras cosas”
Mejor alternativa para la situación 1: “Ocuparme en otras cosas” por ejemplo: salir de compras, visitar a mis hermanas, salir a caminar, visitar a mi hijo...”

Situación 2: “Cuando estoy con amigos”
Alternativa 1: “Alejarme de ellos”
Alternativa 2: “Decirles que ya no fumo y no alejarme de ellos”
Alternativa 3: “Mejor quedarme en casa”
Mejor alternativa para la situación 1: “Alejarme de ellos, porque corro el riesgo de que continúen insistiendo y me vea obligada a consumir, mejor me pongo a leer..”

Situación 3: “cuando estoy aburrida”
Alternativa 1: “Visitar a mis familiares”
Alternativa 2: “Ponerme a escribir”
Alternativa 3: “Dormir”
Mejor alternativa para la situación 1: “Ponerme a escribir. Me gusta recordar las estrategias que ustedes me han enseñado y las que he aprendido con mis amigos de AA y después visitar a mis familiares”.

A continuación desarrolla un plan de acción para cada una de las situaciones de consumo excesivo a partir de la mejor alternativa para ti:

Situación 1: “Por deseo”.

Alternativa No. 3: “Ocuparme en otras cosas”.

Mi plan de acción para esta situación de consumo excesivo es: “En la mañana, cuando me levanto, durante aproximadamente cuatro horas, en diferentes momentos, se me antoja un cigarro, pienso en lo rico de su sabor y se me antoja más, así que lo primero es pensar en mis razones de dejar de fumar como son: mejorar mi salud y ahorrar, después hacer mi quehacer como: barrer, lavar, sacudir etc. Eso es lo que habitualmente hago. Si continua el deseo saldré a caminar a un parque que esta cerca de la casa, le hablaré a mis hijos y si continua el deseo le puedo hablar a usted?”

Situación 2: “Cuando estoy con amigos”.

Alternativa No. 1: “Alejarme de ellos”.

Mi plan de acción para esta situación de consumo es: “Como estoy asistiendo a A.A. y me gusta, no creo alejarme de ellos porque son los momentos que disfruto a su lado, no me siento sola; sin embargo puedo juntarme con las personas que no estén fumando, pedirles que no me inviten un cigarro porque estoy intentando dejar de fumar, pedir la palabra con más frecuencia y por último si veo que se me esta antojando lo mejor será alejarme y dirigirme a la casa...”

Situación 3: “Cuando estoy aburrida”

Alternativa No. 1: “Ponerme a escribir”

    Mi plan de acción para esta situación de consumo es: “Voy a ponerme a leer libros de superación personal y a escribir mi autobiografía de cómo empecé a fumar de tal manera que pueda identificar mis creencias y pueda buscar soluciones, porque ahora que ya estoy fumando 6 cigarros se me dificulta dejar a mis compañeros de grupo y pienso que no podré dejar de fumar, además porque estoy subiendo de peso...”

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se trabajaron 11 sesiones en las cuales se logró la reducción significativa del consumo habitual (una cajetilla diaria), actualmente consume de 2 a 3 cigarros diarios; sin embargo no se ha logrado la abstinencia. Analizando la autobiografía desarrollada como estrategia, se identificaron creencias significativas que limitan el alcance de la abstinencia por ejemplo:

“...los médicos me dicen que deje de fumar porque va de por medio mi vida. Pero en realidad yo de mi cuenta no lo dejaría jamás mientras viviera, pues me hace sentir bien. Aparte me ha acompañado por tantos años, casi toda mi vida pues cabe mencionar que empecé a fumar a los 15 años y ha estado conmigo en los momentos de soledad, de mucha soledad en esos momentos de dolor, de miedo, de ira y hasta en mis buenos momentos ha sido el mejor compañero de mi vida el inseparable compañero...”

“...siento que llena esos huecos que siempre he sentido dentro de mí esos que siento cuando estoy triste o cuando tengo miedo me tranquiliza, cuando estoy ansiosa, angustiada o enojada...”

“...en mi casa mi madre y mi abuela fumaban y yo había observado que cuando estaban enojadas o tristes se calmaban mucho, cosa que pude confirmar cuando yo estaba en una situación de enojo o tristeza lo que no sabía era que iba hacer muy continuamente pues regularmente me sentía así, con tristeza”.

Además de identificar la etapa de ambivalencia se identifican creencias nucleares que necesitan modificarse con otras técnicas diseñadas para tales fines.

Se concluye que el programa, para este caso, necesita complementarse con otras técnicas tales como “control de la tristeza, enojo, ansiedad, reestructuración cognitiva, rehusarse al consumo y prevención de recaídas. De igual manera se necesita la integración de otros servicios tales como psiquiatría para atender el aspecto neurológico.



## **Programa de Satisfactores Cotidianos Para usuarios con dependencia a sustancias adictivas.**

En este apartado se recopila y analiza la información relacionada a las actividades realizadas en el Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) Torres de Potrero, como actividades de la Maestría en Psicología en la Residencia en Psicología de las Adicciones. La intervención terapéutica se llevó a cabo a través del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC). Los sujetos que participaron fueron 31 usuarios, treinta hombres y una mujer. La sustancia principal de consumo fue la cocaína en crack, solo cuatro fueron diagnosticados como consumidores de alcohol. Para el análisis de los resultados se utilizó el programa SPSS.

A continuación se hace una breve reseña del CAIS y del PSC.

### **El Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) “Torres de Potrero”.**

En el mes de noviembre del año 2000 se inauguró la Unidad de Tratamiento Residencial para las adicciones “Torres de Potrero” para ofrecer a los habitantes de la ciudad de México con problemas de adicción, un tratamiento profesional y especializado, de calidad, accesible y eficaz que permitiera favorecer su recuperación y reintegración social.

La unidad de tratamiento forma parte de la Dirección General del Instituto de Asistencia e Integración Social, organismo dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal.

La atención que se ofrece es gratuita, el tratamiento de adicciones está dirigido a cualquier sustancia, para hombres y mujeres de 18 años en adelante.

Se abarcan las siguientes modalidades: 1. Consulta externa. 2. Área residencial (40 días de estancia) y una área de desintoxicación.

Se ofrece una diversidad de servicios tales como: Psicoterapia individual y grupal, Psiquiatría, medicina, grupos de ayuda mutua, servicio de enfermería, trabajo social, capacitación en temas relacionados con adicciones, alimentación, farmacoterapia, atención continua las 24 horas, orientación familiar, grupo de codependientes y de información y terapia familiar.

Desde su apertura, se ha atendido en las áreas de consulta externa y residencial a un importante grupo de la población en forma directa, conformado por adolescentes, adultos jóvenes y sus familiares que se han beneficiado de los servicios de orientación familiar, terapia y grupo de codependientes. La mayoría de los usuarios tratados en el área residencial han logrado reinsertarse socialmente e integrarse a actividades familiares, laborales y productivas.

En atención residencial el tratamiento que se brinda es bajo el modelo mixto (profesional y ayuda mutua) con una duración de 40 días de estancia. Durante ese tiempo los usuarios están integrados a psicoterapia individual, grupales y familiares, así como en actividades ocupacionales y deportivas. Al terminar su estancia en la institución se le invita al usuario a que continúe su tratamiento en consulta externa durante un año y permanezca integrado a un grupo de ayuda mutua.

Los requisitos de admisión son: tener problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas como alcohol y otras drogas. Acudir voluntariamente. No tener problemas legales ni enfermedades mentales graves. Respetar el reglamento de la institución. Que la familia participe de manera activa.

Los profesionales que imparten el servicio pertenecen a las siguientes áreas: Medicina interna, Psiquiatría, Psicología, Enfermería y Trabajo Social.

### **El Programa de Satisfactores Cotidianos**

Es la adaptación del *Community Reinforcement Approach* (CRA) a la población mexicana, este tratamiento ha sido desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Inicialmente, el programa busca restablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios. La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad cuando el usuario se encuentre sobrio o abstinentes de drogas, además de ser retirados o no estar disponibles si el individuo consume.

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) tiene como objetivo: hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas sea más probable que el del uso del alcohol o las drogas como eje primordial (Barragán, 2007)

En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, el PSC enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida pro social deseado.

El programa consiste de 12 componentes, que giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario se proponga. El programa se enfoca en los problemas percibidos durante la evaluación. En la mayoría de los casos, al no tener las habilidades necesarias y lidiar con diversos problemas en diferentes áreas de su vida, el usuario recurría inevitablemente al uso de sustancias por lo que se espera que ahora él decida cambiar su conducta y enfrentar el consumo, favoreciendo su aprendizaje y aplicación de nuevos hábitos.

## Los componentes y sus Objetivos:

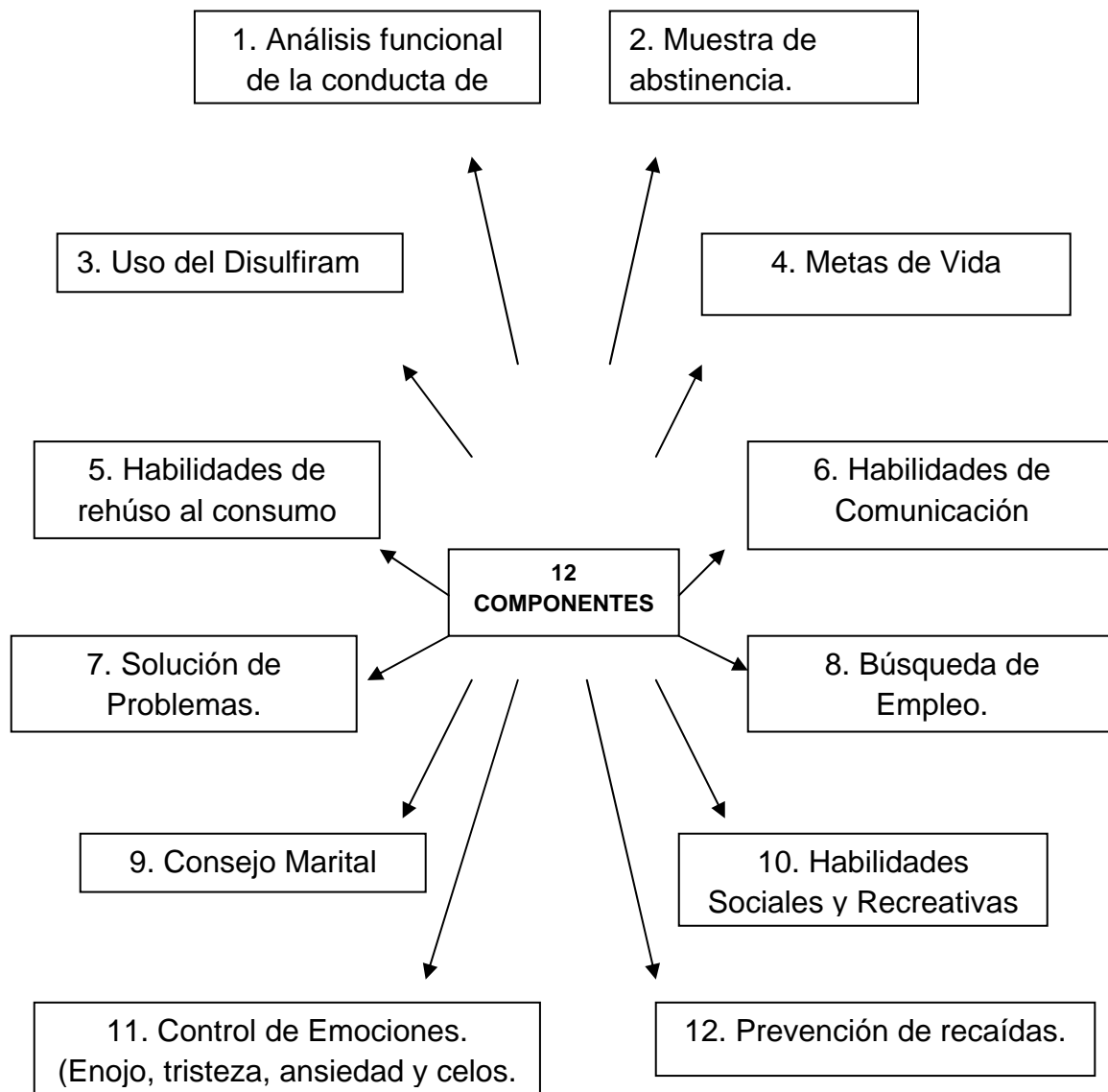


Figura 10. Se presentan los 12 componentes que contribuyen a identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario se proponga.

**1. Análisis funcional de las conductas de consumo y de no consumo.** Éste es una entrevista estructurada que permite al terapeuta y al usuario identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de consumo. Así, se logra identificar situaciones de alto riesgo, las consecuencias que pueden reforzar la conducta de consumo y pueden ser elegidas como metas a alcanzar mediante conductas alternativas de cambio. También se hace un análisis funcional de una conducta que no tenga que ver con el consumo y que el usuario disfrute; analizar

esta conducta le permite al usuario identificar aquellas conductas placenteras y pro – sociales que ya utiliza y que puede incrementar.

**2. Muestra de Abstinencia:** A través de ésta, el usuario experimenta los beneficios de mantenerse sin consumo y se facilita la negociación del mantenimiento de la abstinencia.

**3. Uso del Disulfiram:** Este es un componente adicional (medicamento disuasivo del consumo del alcohol), que se integra cuando el usuario no ha sido capaz de cumplir con la muestra de abstinencia haciendo uso de los planes de acción delimitados entre él y el terapeuta. El Disulfiram se utiliza a partir del trabajo Interinstitucional al requerir el trabajo del psiquiatra especializado en la problemática del comportamiento adictivo y puede complementarse con el involucramiento de otras personas no consumidoras e importantes para el usuario. La pareja o un familiar monitorean este proceso.

El Disulfiram (Antabuse) es un medicamento que sirve para desalentar el uso del alcohol. Una vez ingerido el medicamento es poco frecuente experimentar efectos colaterales, a menos que se ingiera alcohol. Tiene una estructura química diferente, no crea adicción ya que solo actúa en la sangre. Tomado en dosis indicadas y durante el tiempo que el médico señale, no causa ningún daño o malestar, pero si se usa durante mucho tiempo y sin supervisión de un médico, puede provocar daño hepático y/o disfunción eréctil temporal. Por esto, está contraindicado en casos de enfermedad hepática, enfermedades del corazón, historia de psicosis y embarazo. Es recomendable que inmediatamente después de haber tomado el Disulfiram ya no se tome alcohol, aunque la pastilla se absorbe en el organismo aproximadamente a las 24 horas. Es importante saber que sus efectos duran de 7 a 14 días después de dejarlo de tomar.

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

Los siguientes componentes del programa, enfatizan la variedad de habilidades que el usuario puede necesitar para mantenerse sin consumo. Cada componente se enfoca en un paquete de habilidades específicas.

**5. Habilidades de rehusarse al Consumo:** El usuario pide el apoyo de sus familiares y amigos para cumplir con su meta de abstinencia y aprende las estrategias necesarias para rehusarse al consumo.

**6. Habilidades de Comunicación:** El objetivo es mejorar la comunicación entre el usuario y las personas con las que convive para que logre una comunicación positiva y efectiva.

**7. Habilidades de Solución de Problemas:** Es aquí cuando se dota de estrategias al usuario para que aprenda a solucionar problemas en su vida diaria y así mejorar su calidad de vida.

**8. Búsqueda de Empleo:** Aquí el usuario aprende las habilidades necesarias para la búsqueda de un empleo satisfactorio.

**9. Consejo Marital:** El Objetivo es que el usuario y su pareja reconozcan la importancia que tiene el cambio positivo en su relación marital y aprendan una serie de habilidades para mejorar su relación.

**10. Habilidades Sociales y Recreativas:** El usuario adquiere conductas que le permiten establecer actividades que compitan con el consumo y que apoyen el no consumo al mismo tiempo que lo hagan sentir bien.

**11. Control de Emociones:** El usuario aprende las estrategias necesarias para el control de la intensidad y la duración de las emociones desagradables de enojo, tristeza, ansiedad y celos para favorecer el mantenimiento de su abstinencia.

**12. Prevención de Recaídas:** El objetivo es que el usuario aprenda a anticipar situaciones de riesgo para así prevenir recaídas.

El componente de Prevención de Recaídas consiste en entrenar al usuario a reconocer los signos que indiquen posibles recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento. Adicionalmente se incluye un componente para el otro significativo en caso de que el usuario haya decidido que un familiar o amigo suyo no consumidor participe en el tratamiento, para favorecer cambios en su ambiente inmediato y propiciar interacciones familiares y sociales favorables y de apoyo.

Es importante mencionar que los componentes de la adquisición y el desarrollo de habilidades no tienen un orden estricto en la impartición del entrenamiento. El orden en que el terapeuta proporciona el entrenamiento en los diferentes componentes de intervención, depende de las necesidades del usuario, identificadas por el terapeuta por medio de la evaluación, del componente de Metas de Vida Cotidiana y del reporte del usuario respecto a situaciones específicas de riesgo que necesite enfrentar en ese momento. También, es importante mencionar que en algunos casos no todos los componentes van a ser usados; por ejemplo, si un usuario ya tuviera empleo y no tuviera problemas relacionados con éste, no requiere que el terapeuta imparta el componente de Búsqueda de Empleo.

## **Participantes**

Los sujetos que participaron fueron 31 usuarios, 30 hombres y 1 mujer. La sustancia principal fue la cocaína en crack, solo 4 fueron diagnosticados como consumidores de alcohol.

## **Instrumentos.**

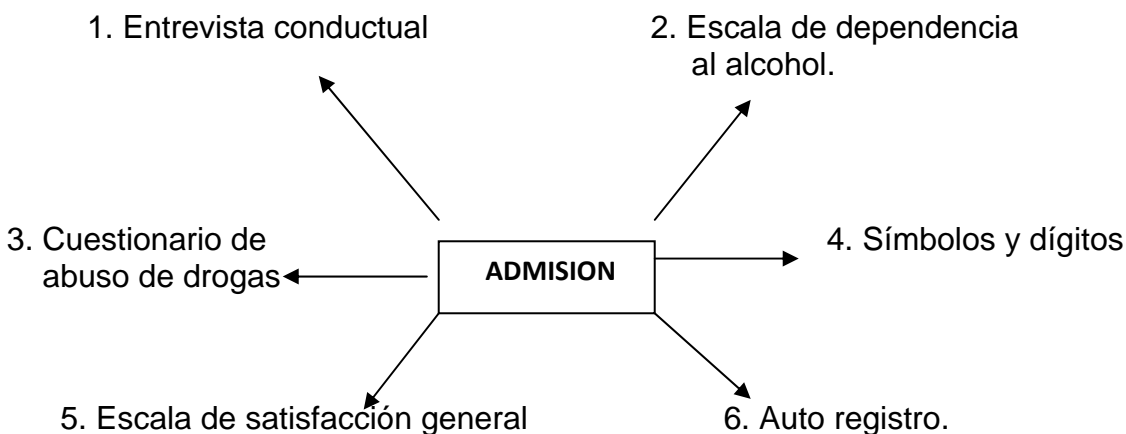


Figura 11. Son los instrumentos que se aplicaron para la admisión de los usuarios.

### **Entrevista Conductual.**

La entrevista inicial es básica ya que determina si el usuario acepta el tratamiento y con qué grado de cooperación y confianza lo hace. Su finalidad es recoger los datos clínicos fundamentales para formular un plan de tratamiento inicial que trate las necesidades individuales del usuario. Es aquí cuando se le solicita que explique brevemente cuál es el motivo de consulta además de obtener información respecto a datos demográficos como la edad, género, estado civil, ocupación, escolaridad, sustancia principal entre otros (Barragán, 2007).

### **Escala de Dependencia al Alcohol (EDA).**

La Escala de Dependencia al Alcohol fue desarrollada a partir de un instrumento más amplio llamado Inventario de Consumo de Alcohol desarrollado por Horn y Wanberg en 1969. Este instrumento mide desde dependencia baja hasta severa.

Esta escala puede ser administrada como cuestionario y como parte de una entrevista estructurada. Requiere menos de 10 minutos para ser contestada. Las respuestas de los 25 reactivos tienen diferentes escalas, pero la calificación para cada respuesta siempre será:

a = 0      b = 1      c = 2      d = 3

Se suman los reactivos y se obtiene un solo puntaje que puede ir de 0 a 47 puntos y puede ser interpretado de la siguiente manera:

- a) De 0 = No hay dependencia
- b) De 1 a 13 = Dependencia Baja
- c) De 14 a 21 = Dependencia Moderada
- d) De 22 a 30 = Dependencia Media
- e) De 31 a 47 = Dependencia Severa

En el PSC los criterios de inclusión van de 22 a 47 puntos que incluyen a la dependencia media y severa.

### **Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD).**

Este cuestionario fue desarrollado por Skinner, (1982) y adaptado por Fuentes y Villalpando en el 2001. Este instrumento de auto-informe esta compuesto por 20 preguntas con respuestas dicotómicas. Proporciona un índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas. El análisis factorial reportó cinco dimensiones de consecuencias:

1. Dependencia a las drogas
2. Problemas sociales
3. Problemas médicos
4. Poli-uso de drogas
5. Búsqueda de ayuda

El objetivo del instrumento es medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas, permitiendo discriminar clínicamente entre los más involucrados en el consumo y los menos, así como con fines de evaluación en el tratamiento.

Para calificarlo se suman las respuestas contestadas en la dirección crítica (que indican problemas en el uso de drogas), es decir, los reactivos 4 y 5 contestados negativamente valen un punto, y los demás contestados positivamente valen un punto. La calificación total es la suma aritmética de los puntajes de los 20 reactivos, la cual cae en un intervalo que va de 0 a 20.

Una calificación de 0 indica que no se encontraron evidencias de problemas de abuso de drogas. Calificaciones más altas corresponden al incremento que el usuario reporta en el grado de problemas relacionados con el abuso de drogas:

- a). De 0 = No reportó
- b). De 1 a 5 = Nivel bajo
- c). De 6 a 10 = Nivel Moderado
- d). De 11 a 15 = Nivel Sustancial
- e). De 16 a 20 = Nivel Severo.

Los usuarios que obtienen un puntaje de 11 a 20 (nivel sustancial y severo) son candidatos a participar en el PSC.

## **Símbolos y Dígitos**

Es un test de retentiva de fácil administración y calificación. Mide el funcionamiento cognitivo, la memoria para repetir, ya sean dígitos hacia delante o hacia atrás.

El puntaje mínimo para participar en el PSC es de 6.

## **Escala de Satisfacción General**

La Escala de Satisfacción General es la valoración cuantitativa respecto a la satisfacción actual de diversas áreas de vida cotidiana y fue elaborada por Azrin, Naster y Jones (1973). Consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (0-10 puntos) en nueve áreas de vida cotidiana y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción. Las áreas de vida evaluadas 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.

Este instrumento detecta el nivel de satisfacción general que identifica tener el individuo con su vida cotidiana, así como los diferentes niveles de satisfacción que percibe sentir en áreas específicas de su funcionamiento. Por lo que el instrumento arroja un criterio global de satisfacción, un promedio y medidas específicas de satisfacción.

Esta escala se utiliza para identificar las áreas en donde el usuario manifiesta poca satisfacción y establecer las estrategias necesarias para incrementar su nivel.



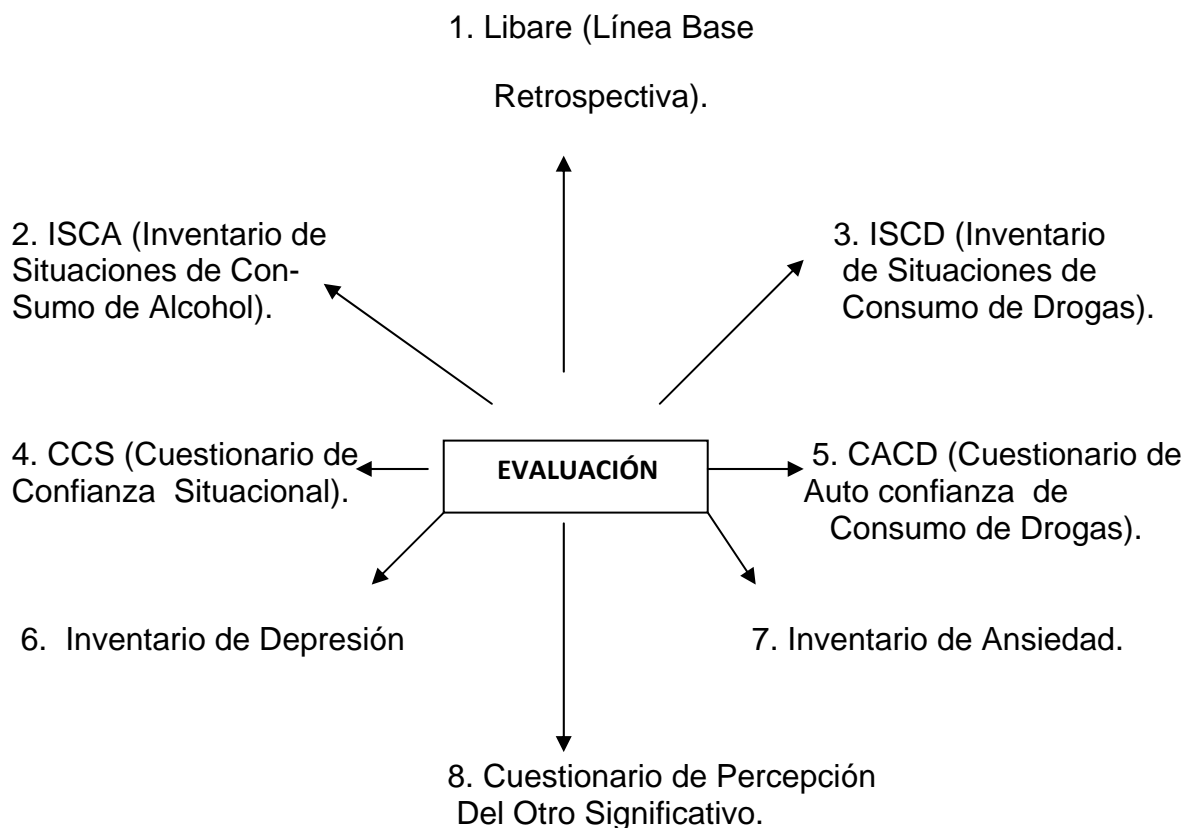


Figura 12. Son 8 los componentes que se utilizan como parte de la evaluación.

### **Línea Base Retrospectiva** (ver pag. 18).

**OBJETIVO:** Mide la conducta de consumo de sustancias adictivas antes, durante y después del tratamiento. Evalúa cambios específicos en el patrón antes del tratamiento; permite identificar datos como: los días/meses de mayor consumo y la frecuencia del consumo.

**Aplicación:** se le pide al usuario que registre la cantidad de tragos estándar que tomo día a día hasta un año antes de la fecha actual. Se puede auxiliar de apoyos como: días de asueto, fiestas, cumpleaños, celebraciones, vacaciones, periodos de abstinencia por juramento, internamientos. Sobell y Sobell (1992) recomiendan usar como medida universal el trago estándar, por lo que es indispensable que el usuario entienda y pueda aplicar dicha medida al reportar su cantidad de consumo. En el caso de otras sustancias adictivas como la marihuana se considero como criterio de cantidad estándar, el número de cigarrros, en el de la cocaína la cantidad de gramos, en la de los inhalables la cantidad en mililitros y en otras sustancias como las benzodiazepinas y anfetaminas el número de pastillas.

En el PSC, este instrumento permite tener criterios cuantitativos de cambio de la conducta, se puede analizar la dosis y frecuencia del consumo logrando de esta manera el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento.

### **Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)** (ver pag. 18)

Este inventario situacional tiene como sustento teórico el enfoque cognitivo-conductual acorde al trabajo empírico de Marlatt y colaboradores (1980) quienes definieron los antecedentes que llevan al abusador de alcohol a la recaída. Mide situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden considerarse de alto riesgo para una recaída. Es de utilidad para apoyar al tratamiento proporcionar un perfil de las áreas de mayor riesgo en el individuo.

Este instrumento se desarrolló con consumidores crónicos de sexo masculino, a través de entrevistas en las que identificaron las circunstancias que rodearon su primer episodio de recaída. Se trabajó con 274 pacientes en tratamiento para la obtención de sus características psicométricas; presentando las ocho sub-escalas una distribución normal y una adecuada validez de contenido como parte de su estructura interna; así como validez externa y confiabilidad adecuadas.

**OBJETIVO:** evalúa las situaciones de riesgo de consumo en el usuario.

### **Inventario de situaciones de consumo de drogas.**(ver pag. 27).

**OBJETIVO:** identificar las situaciones de riesgo al consumo en las que el usuario es más propenso a presentar una recaída.

### **Cuestionario de confianza situacional** (ver pag. 19).

**OBJETIVO:** valorar la auto-eficacia del usuario ante situaciones específicas de consumo de alcohol a partir del tratamiento.

### **Cuestionario de auto confianza de consumo de drogas**

El instrumento fue elaborado por Annis, H., Graham, J., & Martín, J (1988), consta de 60 reactivos que evalúan la auto-eficacia del usuario para resistirse al consumo de drogas ante ocho situaciones de riesgo. Se adaptó a la población mexicana por De León y Pérez en 2001; se obtuvo una consistencia interna de .99, en su confiabilidad test-retest y en su validez mediante la prueba "t" todos los reactivos obtuvieron una significancia de .000.

Este instrumento se sustenta en la teoría de auto-eficacia de Bandura y está basado en la clasificación de factores de riesgo de Marlatt (1985). Se integra por 60 preguntas de auto-reporte, diseñado para evaluar la confianza que tiene el usuario de poder resistir la urgencia de consumir drogas ante diversas situaciones.

**OBJETIVO:** estima la auto-eficacia del usuario en relación a situaciones específicas de consumo de drogas sobre el curso del tratamiento.

**Inventario de Depresión** (ver pag. 43).

**Inventario de Ansiedad** (ver pag. 43).

Estos inventarios son de suma importancia ya que permiten detectar la ocurrencia de problemas duales, identificando la necesidad de trabajar interdisciplinariamente. Permite identificar situaciones de riesgo ante la presencia de ideas suicidas para que el terapeuta le proporcione estrategias de enfrentamiento.

### **Cuestionario de Percepción del otro Significativo.**

Este instrumento se construyó como parte del Programa de Satisfactores Cotidianos. En la primera fase de construcción del instrumento se utilizaron las redes semánticas modificadas (Reyes Lagunes, 1993) aplicándolas a familiares de usuarios que estaban en tratamiento de alcohol o drogas. De esta fase se obtuvo un instrumento de 44 reactivos con una escala tipo Likert de cuatro puntos cuyas opciones son: (4) Completamente de acuerdo, (3) De acuerdo, (2) En desacuerdo y (1) Completamente en desacuerdo. El cuestionario pretende evaluar 6 áreas de cambio en el usuario: 1) Comunicación, 2) Solución de problemas, 3) Control del enojo, 4) Control de la tristeza, 5) habilidades sociales y recreativas y 6) logros.

En la segunda fase, participaron 100 familiares de usuarios crónicos de alcohol y drogas, de los cuales 29 eran hombres y 71 mujeres, que a su vez 29 eran padres, 42 pareja, 19 hermanos y otros diez familiares (tíos, primos, etc.). Estas personas fueron detectadas en el Centro Acasulco de la Facultad de Psicología y en los grupos de ALANON “Comenzando una Nueva Vida” y “Nueva Vida”. En esta fase se realizó el análisis estadístico. Se pudo observar que todos los instrumentos fueron contestados y que se tomaron en cuenta todas las opciones de respuesta. Por otro lado se observó también el sesgo que presentaron los reactivos (de .002 a .767) y los resultados de la prueba *t* de Student indicaron que solo hubo un reactivo que no discriminó que fue el reactivo número 21, el cual fue eliminado para efectuar la prueba de confiabilidad y el análisis factorial. En el análisis de confiabilidad se obtuvo un alfa general de .938, en el que todos los reactivos correlacionan con el total por encima de .334. Posteriormente se realizó un análisis de correlación de Pearson para saber que análisis factorial utilizar y se observó que todos los reactivos correlacionaron con los demás por debajo de .677.

## ***Intervención***

El trabajo terapéutico se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Asistencia e Integración Social “Torres de Potrero”.

Para las intervenciones se utilizaron los cubículos de la planta alta del Centro. Estos contaban con suficiente iluminación, dos sillas y un escritorio. A continuación se describen los componentes:

### ***Procedimientos:***

Los usuarios fueron asignados al azar.

#### **Antes de la sesión.**

Se puso atención a tres aspectos básicos:

1. Se preparó el material previo a la sesión.
2. Se utilizó un cubículo con bastante iluminación, sin ruido.
3. Para los usuarios que permanecieron en unidad residencial se acudía a su lugar de internamiento para llevarlos al sitio de la intervención. Terminando ésta se le integraba a su grupo. Para los de consulta externa se les recibió en la recepción. En ambos casos se les dio la bienvenida y se realizó el rapport.

#### **Durante las sesiones.**

El terapeuta realizó contacto visual, estableció rapport, mostró una postura relajada, interés, movimientos de cabeza, sonrió, proximidad física, moduló su tono de voz, escucho sin interrupción, realizó preguntas breves y aclaro dudas. En la mayoría de las sesiones se modelaron las técnicas, se realizaron ensayos conductuales y se proporciono retroalimentación.

Para la aplicación de los componentes se utilizaron las listas de cotejo como apoyo.

### **Análisis Funcional**

Se les explicó los conceptos, importancia y características del análisis funcional con ayuda del material didáctico. Se les indicó que es una herramienta que les va a ayudar a conocer su conducta de consumo y que al analizarla paso a paso podrán tener control sobre ella, evitar consecuencias negativas, detener alteraciones y daños en su vida diaria.

Para asegurarse de la asimilación de contenidos los usuarios realizaron un ejercicio de análisis funcional. Se les explicó que un precipitador es todo evento, estímulo o situación que favorece el consumo de sustancias adictivas. Estos antecedentes o precipitadores se dividen en externos e internos. Los externos son todos los estímulos o eventos que están en el medio ambiente, e incluyen: personas, lugares, momentos o situaciones. Los internos, son los que ocurren en el interior de uno mismo, es decir, emociones o estados de ánimo, pensamientos y cambios o sensaciones físicas.

Se les explicó que el objetivo del análisis funcional es identificar los antecedentes o “precipitadores” de la conducta de consumo de sustancias. Estos se refieren a la ocurrencia de ciertos pensamientos, emociones, sensaciones físicas, personas, momentos o lugares que preceden un episodio de ingesta de sustancias y que señalan al individuo la oportunidad de consumir. Con el apoyo de material didáctico se les proporcionó ejemplos de precipitadores externos de consumo de sustancias por ejemplo: “mis amigos consumidores, el bar, en mis cumpleaños, cuando termine con mi novia. Internos: “cuando me sentía triste, cansado pensaba “soy un tonto y la droga me permite olvidar”, al sentirse con ganas de ir al baño, tembloroso y con taquicardia.

Se les solicitó el llenado de un formato de análisis funcional de la conducta de consumo con la finalidad de identificar sus precipitadores de su conducta de consumo.

Aprendieron a identificar las consecuencias positivas a corto plazo y las consecuencias negativas a largo plazo. Los efectos positivos son: sentirse relajado, olvidarse temporalmente de sus problemas o desinhibirse, es aquí cuando se puso énfasis en que los beneficios percibidos son siempre de corta duración y que están relacionados con diversos problemas y accidentes.

Se identificaron las consecuencias negativas o los problemas asociados con la conducta de consumo en cada una de sus áreas de vida.

Para finalizar se realizaron planes de acción para enfrentar situaciones de riesgo, a través de un ejercicio llamado “cadena conductual”

En una segunda sesión se trabajó Análisis Funcional de la Conducta de No Consumo, aquí se les explicó que la finalidad es ayudarles a incrementar sus actividades que son positivas en su vida y que los hacen sentir satisfechos que consideraran que todavía tienen varias conductas positivas y que los hacen sentir bien sin necesidad de consumir sustancias.

## **Control de Emociones**

Los usuarios aprendieron las estrategias necesarias para el control de la intensidad y la duración de las emociones desagradables de enojo, tristeza, ansiedad y celos para favorecer el mantenimiento de su abstinencia.

Las técnicas para el control del enojo son: tiempo fuera, distracción del pensamiento y autoinstrucciones positivas.

Para tristeza: cambio de pensamientos equivocados, realización de actividades agradables y búsqueda de lo positivo.

Para ansiedad: Respiración profunda, *relajación muscular progresiva ó de tensión-distensión y relajación mental ó por imaginación.*

*Para celos: Cambio de conductas, cambio de pensamientos y otras técnicas preventivas.*

## **Rehusarse al Consumo**

Algunos usuarios aprendieron habilidades de rehusarse al consumo ante ofrecimientos externos. Aprendieron que el lenguaje corporal y verbal juegan un papel importante a la hora de rehusarse por ejemplo:

“Si el usuario comienza a sudar, tartamudear, no mira a los ojos de la persona que le está ofreciendo el consumo y luce nervioso, la otra persona identificará que no está seguro de lo que está diciendo y es muy probable que insista hasta lograr que el usuario consuma.”

Se les explicó y modeló las siguientes técnicas:

### ***Negarse asertivamente***

Consiste en negarse de una manera asertiva al consumo sin necesidad de dar alguna explicación del porqué no se quiere consumir. Por ejemplo: “No, gracias” ó “No, así estoy bien”.

### ***Sugerir alternativas***

Los usuarios sugirieron otras alternativas de consumo, por ejemplo: “no gracias, pero me gustaría mucho tomar una taza de café”. Fue necesario que los usuarios sugieran alternativas que realmente les agradaran y que probablemente las tuvieran, así mismo, se les sugirió estar preparados con más alternativas en caso de que alguna no estuviera disponible.

### ***Cambiar el tema de la plática***

La consigna fue dirigir la atención del otro hacia algún tema que fuera de su interés para lograr distraerlo y evitar que le siga ofreciendo el consumo. Por ejemplo: “no gracias, pero pláticame como te fue ayer en tu entrevista”. Los usuarios deberían estar preparados por si les volvían a ofrecer el consumo.

### ***Ofrecer justificación***

Esta técnica consiste en que los usuarios pusieran un pretexto para que les dejaran de insistir, por ejemplo: “no muchas gracias, ahorita no puedo por que estoy tomando medicamento”, “estoy jurado”...

### ***Interrumpir interacción***

Se les comentó que cuando se esta en “alto riesgo” esta técnica puede ser la más efectiva es decir, cuando el usuario ya ha intentado rehusarse al consumo por medio de las otras habilidades y no ha obtenido éxito porque le siguen insistiendo, es importante alejarse de la persona o del lugar en caso de ser necesario. Por ejemplo: “No gracias, voy a saludar a aquellas personas, con permiso”, “No gracias me despido ya tengo que retirarme, me dio gusto acompañarte, nos vemos”.

### ***Confrontar al otro***

Se les sugirió estar preparados para las ocasiones en las que a pesar de que se negaran, de que estuvieran seguros de sí mismos, de poner en práctica todas las habilidades anteriores habrá personas que seguramente seguirán insistiendo para consumir. En estos casos, los usuarios deberían confrontar al otro preguntándole por qué es importante para él que consuma si él ya decidió dejar de consumir porque es su derecho hacerlo y alejarse.

### ***Solución de problemas***

Los usuarios aprendieron habilidades en la solución de problemas:

1. Identificaron el problema lo más claro posible.
2. Generaron alternativas. Utilizaron la técnica “lluvia de ideas” para generar soluciones.
3. Analizaron las ventajas y desventajas de cada una de las opciones.
4. Eligieron la mejor solución.

Para la adquisición de estas habilidades se les proporcionó un ejemplo del procedimiento.

Para finalizar se enfatizó la importancia de considerar: a) Describir cómo se llevaría a cabo. b) Considerar posibles obstáculos. c) Generar planes de respaldo para enfrentar estos obstáculos. d) Comprometerse a llevar a cabo la solución seleccionada.

## **Metas de Vida**

Se analizaron las ventajas de establecer metas de vida cotidiana iniciando con la siguiente pregunta: ¿Por qué es importante aprender a establecer mis propias metas? Se le retroalimentó positivamente por la aportación de ideas y se mencionaron algunas otras ventajas.

Aprendieron a establecer metas en las diferentes áreas de su vida cotidiana y a elaborar planes y periodos para su logro. Para esto se utilizó el formato de metas de vida que contiene las mismas 10 áreas de la escala de satisfacción general.

Se puso énfasis en que: 1. Las metas se tienen que establecer a corto y largo plazo. 2. Planear los pasos para conseguir cada meta.

De igual manera se mencionó que existen 3 reglas básicas para establecer metas, las cuales se tenían que cuidar a la hora de establecerlas estas son:

1. Utilizar oraciones breves, para evitar confusión.
2. Establecer las metas y estrategias en forma positiva, es decir indicar qué se desea y que se hará, en lugar de lo que no se desea y no se hará.
3. Utilizar sólo conductas medibles y observables, es decir, hechos concretos que sean evidentes y que se puedan monitorear. Por Ejemplo: Ir a correr una hora entre semana por las mañanas.

Para finalizar se analizó una lectura llamada “los 12 Hilos de Oro” señalando la utilidad de las indicaciones ahí contenidas para alcanzar sus metas.

## **Muestra de Abstinencia**

Se inició reconociendo los diferentes periodos de abstinencia con la finalidad de incrementar su motivación y establecer un periodo de abstinencia. Se sugirió que la muestra podría establecerse por un periodo de 90 días, se les explicó los beneficios relacionados con los motivadores. Se les comentó que 90 días sería un comienzo excelente, pero en la mayoría de los casos se negoció la



meta. Siempre se evitó la confrontación directa y se estableció un plazo razonable a corto plazo.

Para finalizar se firmo la carta compromiso para reforzar al usuario.

Se les enseñó a identificar la ocurrencia de eventos precipitadores durante el periodo de abstinencia retomando los datos obtenidos durante la evaluación y a elaborar planes de acción.

### **Prevención de Recaídas**

La prevención de recaídas es una estrategia que se fue realizando desde que se inició el tratamiento, cuando con el análisis funcional se aprendió a identificar antecedentes y consecuentes de la conducta de consumo.

Se les solicitó a los usuarios que mencionaran todas las ideas que tuvieran con respecto a por qué es importante seguir manteniéndose en abstinencia aún y cuando ya no asista a sesiones semanales y por qué es importante aprender a anticipar las situaciones de riesgo o los precipitadores que a mediano plazo se le pudieran presentar. Se les retroalimentó y complementó las ideas del usuario señalando aspectos como mantener e incrementar los beneficios de la abstinencia que ha alcanzado a la fecha el usuario como: mejorar su salud física, su acercamiento y convivencia familiar, obtener empleo, sentirse más seguro, desarrollar su autocontrol, mejorar su economía, etc. así como enfrentar mejor situaciones de riesgo al planear la utilización de combinación de técnicas para mantener su abstinencia, solicitar apoyos que pudiera requerir con anticipación.

Se aplicó el ejercicio para romper la cadena conductual. Si los usuarios tuvieran una recaída después de salir de tratamiento es necesario analizar la situación del consumo identificando la cadena de precipitadores externos e internos que lo empujaron al consumo y que implicaron una serie de decisiones aparentemente insignificantes; describir la conducta de consumo y analizar las consecuencias positivas y negativas. Se les solicitó a los usuarios que realizaran el ejercicio de romper la cadena conductual mediante planes de acción que incluyeran conductas alternativas eficientes para que ante situaciones de riesgo que necesitara enfrentar lo hiciera manteniendo su sobriedad.

Se les solicitó que identificaran las señales que le anticiparían la ocurrencia de una posible recaída, es aquí cuando la participación del otro significativo es de mucha importancia ya que generalmente son las personas que conviven diariamente con el usuario las que identifican estas señales.

El objetivo es que el otro significativo pueda advertir de manera anticipada al usuario que se están presentando este tipo de señales y que el usuario pueda

prevenir una recaída haciendo planes de acción y poniendo en practica sus habilidades.

Otra actividad fue que los usuarios recordaran la estrategia de reestructuración cognitiva (cambio de pensamientos negativos a positivos) y que realizaran ejercicios.

### **Habilidades Sociales y Recreativas**

Se les explicó a los usuarios que en esta sesión se llevaría a cabo un entrenamiento en habilidades sociales y recreativas. Se les solicitó que expusieran sus ideas respecto a por qué es importante llevar a cabo este entrenamiento y las complementarían señalando otras ideas como la posibilidad de establecer actividades que compitan con el uso de alcohol y/o drogas y que apoyaran su abstinencia.

Los usuarios identificaron amigos y actividades alternativas que apoyaran su meta de abstinencia en lugar de mantener aquellas amistades y actividades que siempre se han asociado al consumo de alcohol o drogas.

Por lo tanto apoyándose del material didáctico los usuarios identificaron amigos y actividades recreativas asociadas al consumo. Posteriormente identificaron amigos y actividades recreativas no asociadas al consumo.

Se les proporcionó información respecto a actividades comunitarias cercanas a su comunidad.

Se les entrenó en la detección y resolución de obstáculos para iniciar la actividad social y recreativa. Es aquí y en cualquier momento que se hace uso de algunos otros componentes como por ejemplo solución de problemas para ayudarlos a resolver cualquier obstáculo futuro que reporten para asistir a la actividad.

Una vez que aceptaron realizar una nueva actividad, realizaron en la sesión un ensayo conductual de una llamada inicial a la Institución. Después de haber realizado suficientes ejercicios y proporcionado retroalimentación, se les solicitó que simularan la realización de una llamada telefónica en la sesión.

Para terminar, se estableció junto con el usuario la ocurrencia de dos actividades permanentes, sociales y recreativas que llevarían a cabo al salir del CAIS, y una esporádica a la semana, las cuales deberán registrarse durante el entrenamiento.

## Habilidades de Comunicación

Los usuarios reconocieron e identificaron la importancia de adquirir habilidades de comunicación.

Se les entrenó en conductas básicas que acompañan a la comunicación:

a) mantener contacto visual, b) modular tono de voz, c) proximidad, d) controlar gestos y postura corporal al utilizarlos para hacer congruentes.

Se les entrenó en algunas habilidades de comunicación: iniciar conversaciones, escuchar a otras personas, ofrecer entendimiento o empatía, asumir o compartir responsabilidades de la situación, ofrece ayuda, dar reconocimiento, recibir reconocimiento, compartir sentimientos, hacer y recibir

## RESULTADOS

### Datos demográficos.

La población fue joven, con un rango de 18 a 44 años. Se observó que el porcentaje más alto se ubicaba en la edad de 19 años con un porcentaje del 12.9%.

La ENA (2003) señalaba que de los consumidores de drogas ilícitas 2.697,970 fueron hombres y 810,771 mujeres, esto significa que el consumo de drogas ocurre en una proporción de 3.3 hombres por cada mujer. En esta población se pudo correlacionar esta información ya que el 96.8% fueron hombres y solo el 3.2% mujeres; sin embargo en la ENA (2008) se observa que en las mujeres se esta incrementando el consumo.

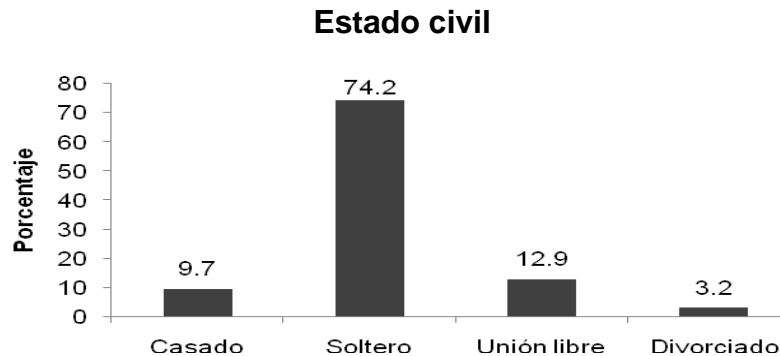


Figura 13. En esta población se pudo observar que no tienen bien definidas sus metas en cada una de las áreas de vida y que no existe un compromiso como jefes de familia. El 74.2% de la población estuvo constituida por solteros.

### Ocupación

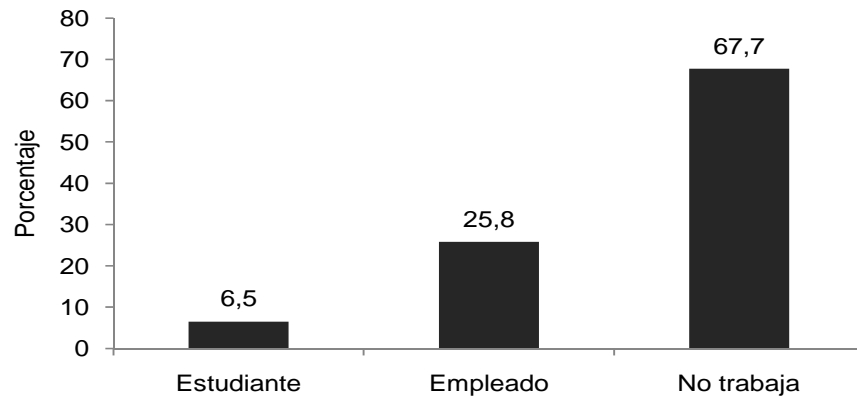


Figura 14. Aquí se puede observar que el 67.7% no trabaja, que el deseo irrefrenable por conseguir droga y consumirla fue primordial sin importar perder los empleos, esto se relacionó con actividades delictivas como robar para conseguir droga.

### Escolaridad

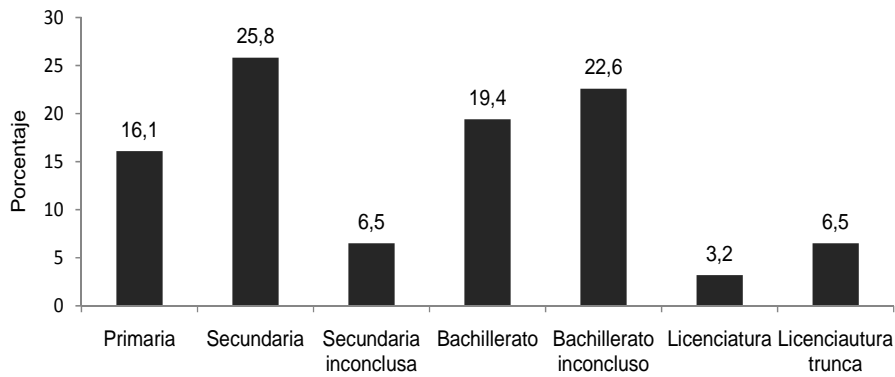


Figura 15. La secundaria y el bachillerato son los niveles de mayor prevalencia; sin embargo la primaria tiene un porcentaje significativo.

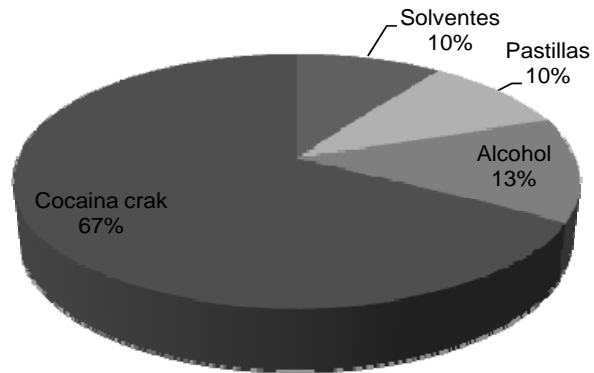


Figura 16. En la población se detecta que la cocaína crack con un 67% es la sustancia de mayor prevalencia en la población y que tiene mayor potencial adictivo.

### Importancia de dejar de consumir

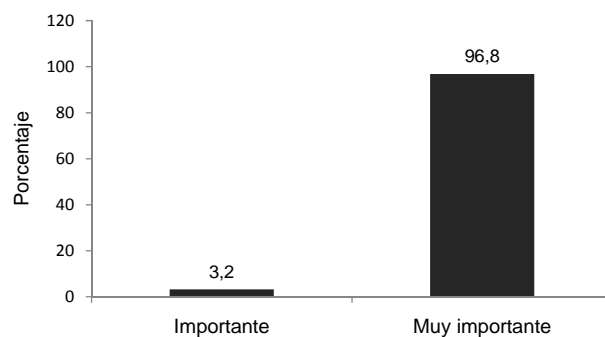


Figura 17. Se puede observar que el 96.8% de los usuarios consideran muy importante dejar de consumir porque ya no obtienen el placer que obtenían al inicio del consumo, ahora consumen para evitar los efectos displacenteros y porque existe un daño significativo en cada una de sus áreas de vida.

### Razones para cambiar

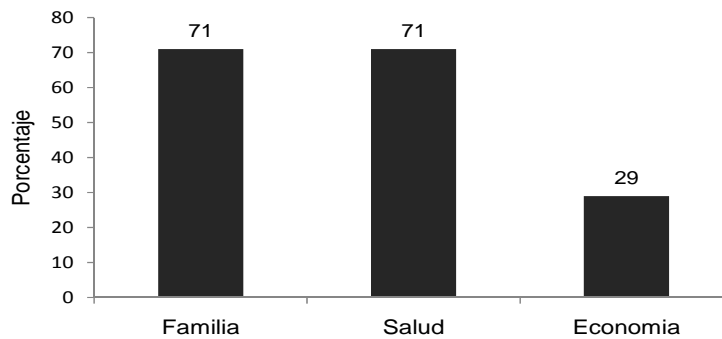


Figura 18. Las tres principales razones para cambiar son la familia, la salud y la economía. Se pudo observar pérdidas significativas como separación y pérdida de la familia, divorcios, desnutrición, alteraciones en la memoria entre otros.

### Percepción de problemática

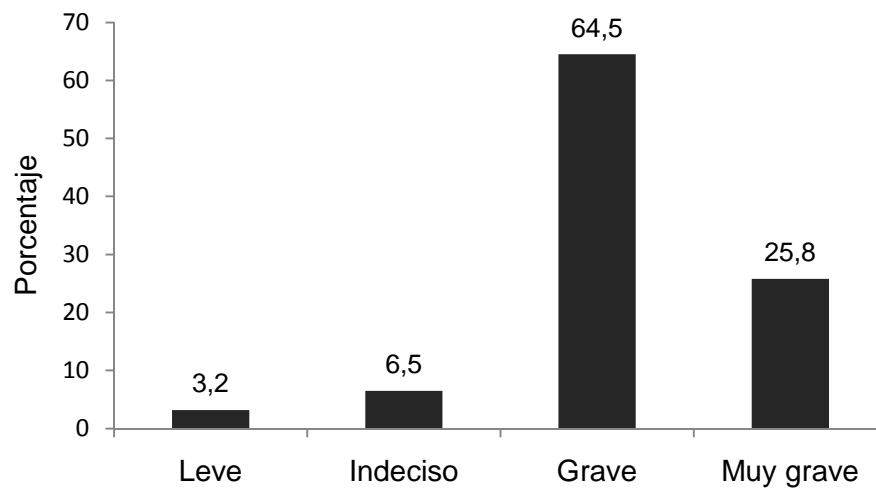


Figura 19. La mayoría de los pacientes acudieron a terapia por su propia voluntad ya que habían experimentado pérdidas significativas en diferentes áreas de su vida por ejemplo, con la esposa, hijos y padres. Por lo cual el 64.5% indicaron que su consumo era grave y el 25.8% muy gr

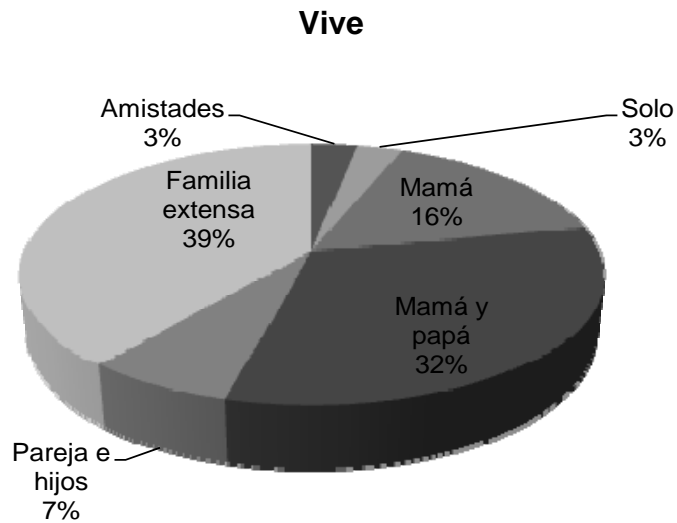


Figura 20. Se observa que la mayoría de los usuarios viven en familia extensa con un 39% lo que se relaciona con la pobre comunicación de padres e hijos, solo el 32% de la población informa vivir con ambos padres.

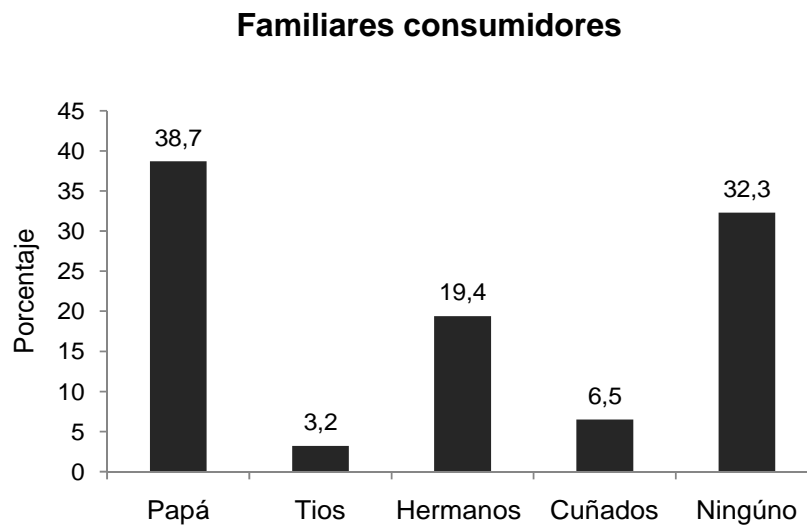


Figura 21. Aquí se puede observar que además de tener a un padre consumidor, por lo menos existe otro integrante que hace uso de alguna sustancia, por lo cual se convierte en un factor de riesgo importante.

### Otros tratamientos

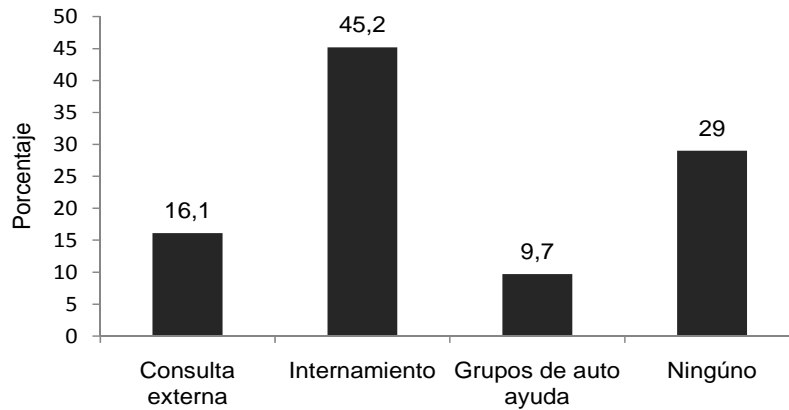


Figura 22. La mayoría de los usuarios ya habían estado en otros tratamientos, sin embargo sus expectativas no fueron las esperadas, dejar el consumo. Solo el 29% no había asistido a algún centro. El nivel motivacional se ubicó en la etapa de acción, ya que los usuarios mencionaban que el consumir drogas ya no les causaba la sensación de euforia, la mayoría consumía para evitar los efectos displacenteros.

### Resultados de otros tratamientos

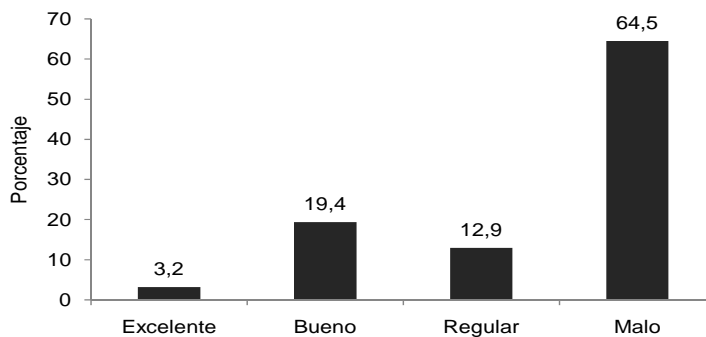


Figura 23. La mayoría de los usuarios mencionan que el resultado de otros tratamientos fue malo ya que sus padres los ingresaron en algún anexo en donde el trato fue malo utilizando castigos para corregir su conducta. Solo el 3.2% menciona que el tratamiento fue excelente.



### Edad de inicio del consumo

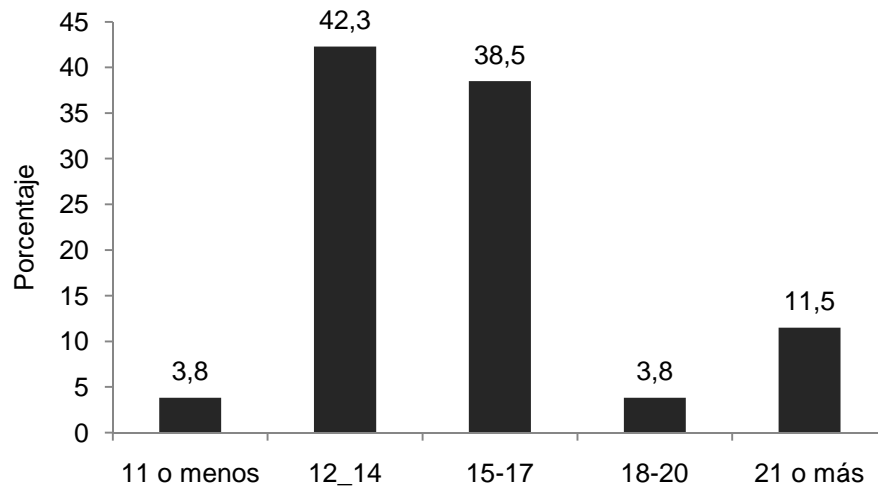


Figura 24. Los datos obtenidos indican que la edad de inicio del consumo se ubica en el rango de 12 a 14 años, con el nivel de escolaridad secundaria, le sigue la edad de 15 a 17 con el nivel educativo bachillerato inconcluso.

### Ideas suicidas

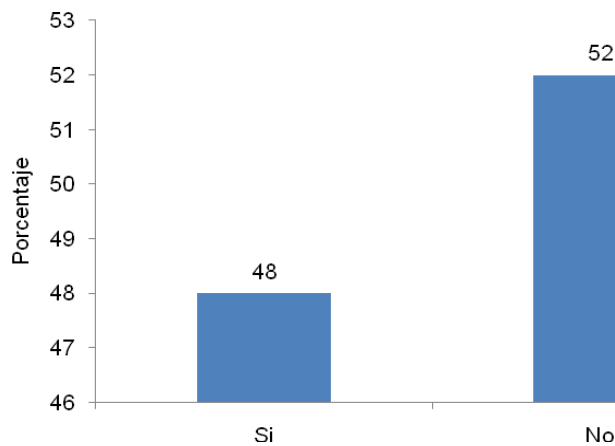


Figura 25. El 48% de la población en algún momento tuvieron ideas suicidas pero solo el 10% lo intentaron. Los resultados no se deben minimizar por tal motivo se trabajo con el componente control de emociones, proporcionando habilidades cognitivas y conductuales a los usuarios para enfrentar los precipitadores internos.

### Problemas familiares

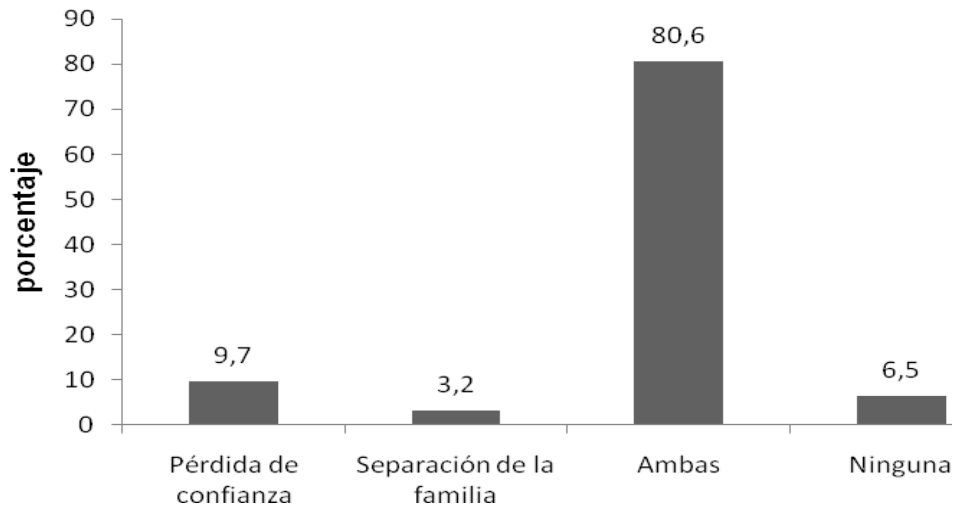


Figura 26. En la población se pudo observar que el 80.6% de los usuarios manifestó que en la familia se presentaron problemas de agresión física y verbal a los integrantes de la familia por parte del padre, principalmente cuando estaba bajo el influjo de alguna sustancia (principalmente alcohol). El 9.7% manifestó pérdida de confianza debido al hurto de cosas de valor dentro del hogar.

### Problemas laborales

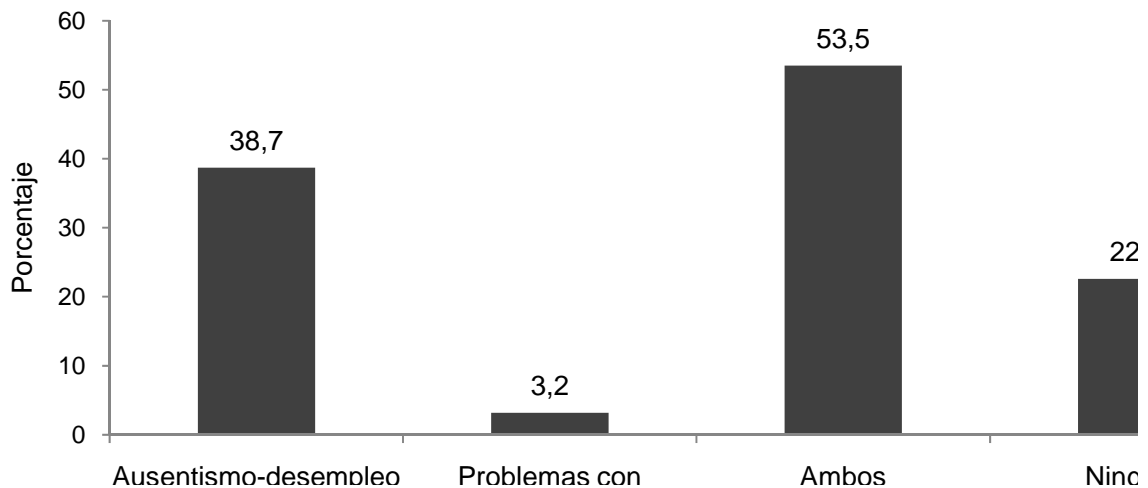


Figura 27. El ausentismo-desempleo con el 30% y problemas con compañeros con el 3.2% se asocia a problemas laborales debido al consumo de sustancias.

### Problemas de pareja

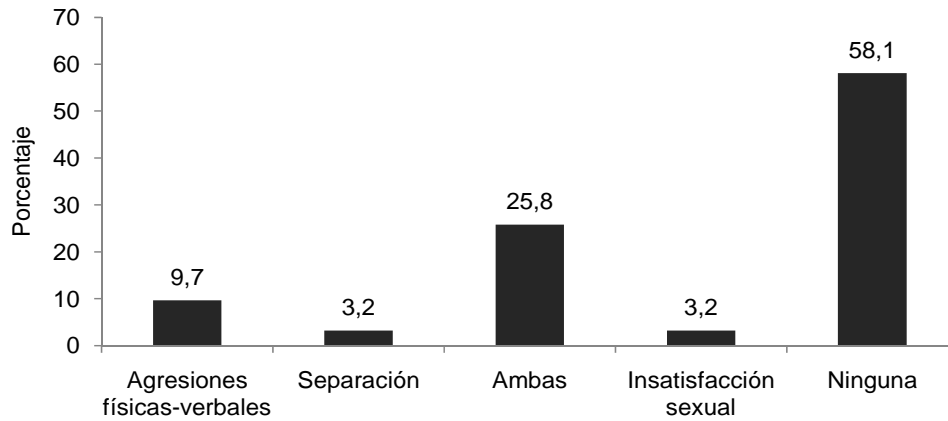


Figura 28. Se puede observar que los problemas de pareja se asocian al consumo de sustancias adictivas.

### Estar en prisión

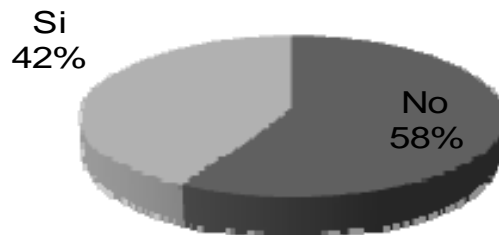


Figura 29. Los usuarios reconocieron que su consumo ya no causaba el mismo placer que provocaba al inicio y que ahora solo consumían para evitar los efectos displacenteros; además de manifestar diversos problemas a largo plazo, como estar en prisión y problemas sociales como: agresiones y aislamiento.

### Periodos de abstinencia

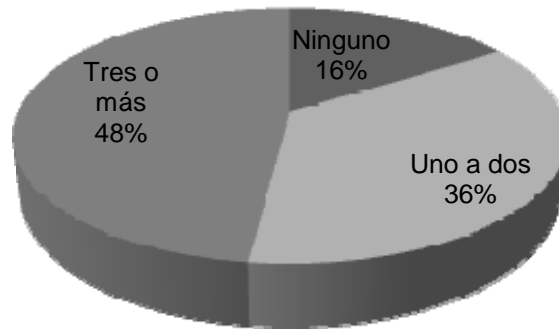


Figura 30. Se pudo observar que el 84% de la población, antes de ingresar ya habían tenido algún intento para dejar de consumir; sin embargo sus resultados fueron desfavorables. Esto motivo buscar nuevas formas de enfrentamiento.

Los resultados en los diferentes instrumentos fueron los siguientes:

### Escala de dependencia al alcohol

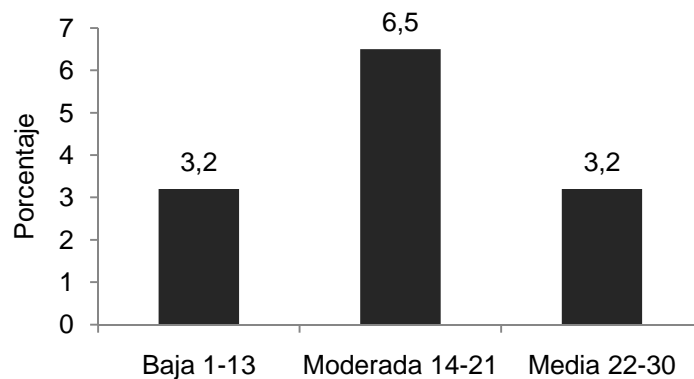


Figura 31. De los cuatro usuarios diagnosticados con dependencia al alcohol. Sus niveles de dependencia más significativos fueron moderada y media, solo el 3.2 % manifestaron un nivel de dependencia baja pero con consecuencias negativas en otras áreas de su vida.

### Cuestionario de abuso de drogas

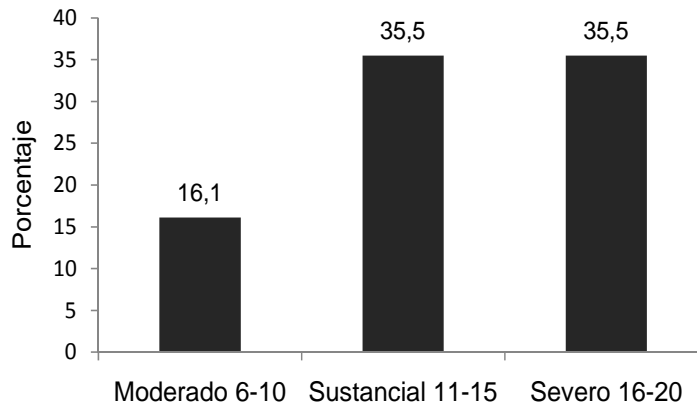


Figura 32. Otro de los criterios a considerar para trabajar con el PSC es que contaran con nivel sustancial o severo en dependencia a drogas. Aquí se observa que solo el 16.1 % no cumplía con el criterio; sin embargo contaban con efectos negativos en otras áreas de su vida.

### Tres principales situaciones de riesgo que les ocasionaron el consumo.

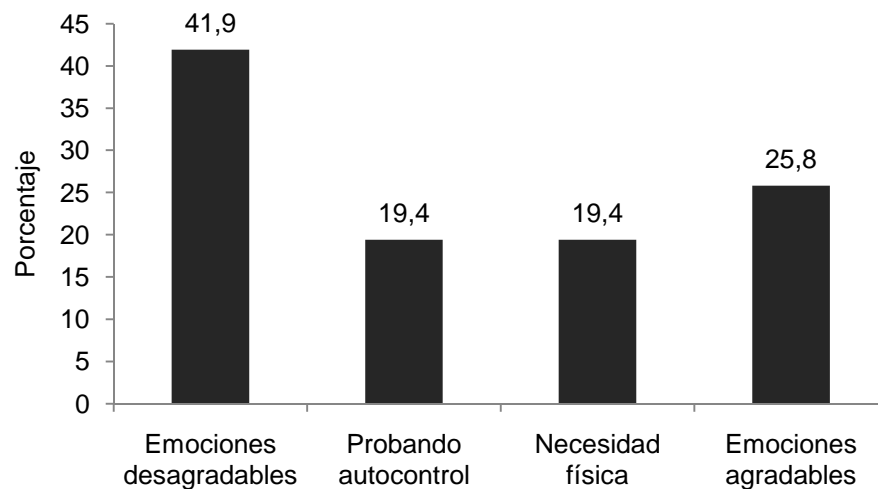


Figura 33. De los 31 usuarios se pudo observar que tanto las emociones agradables como las desagradables eran factores de riesgo significativos, de igual forma el probar autocontrol y necesidad física. Estos resultados justificaron el uso del componente de análisis funcional.

### Situaciones de menor confianza

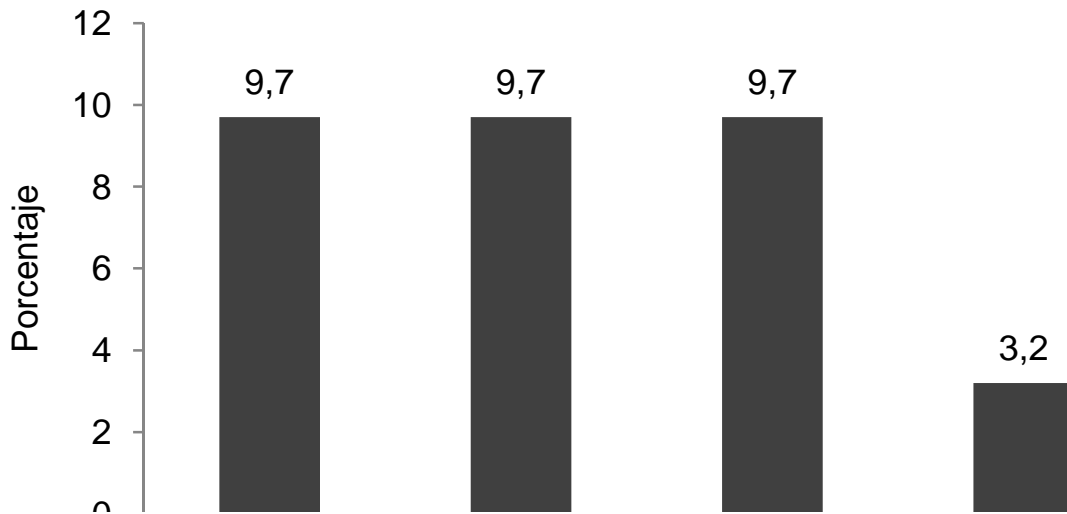


Figura 34. Aquí se puede observar la correlación que existe, ya que la mayoría de los usuarios manifestaron poca confianza para resistirse al consumo ante situaciones agradables, desagradables y presión social.

### Depresión

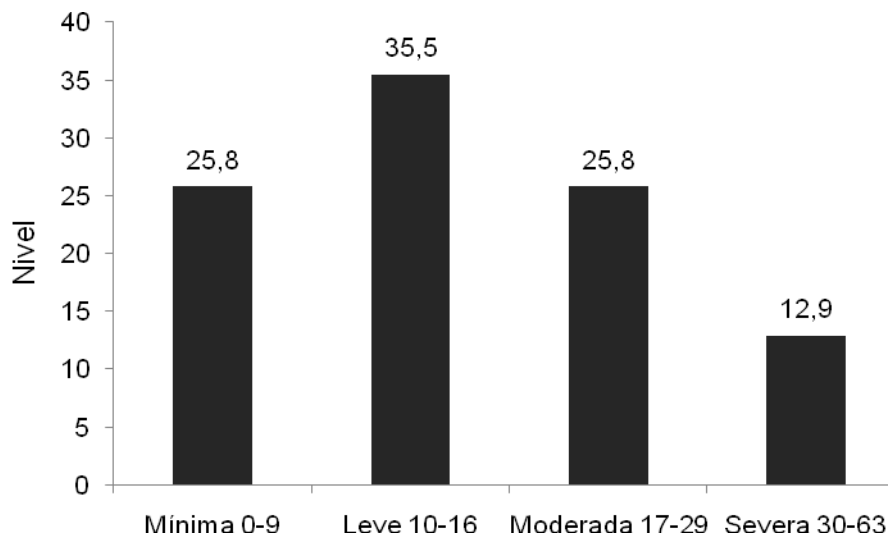


Figura 35. Durante el trabajo en el centro se pudo observar que en todos los usuarios existía comorbilidad, sin embargo en la gráfica solo se observa un 12.9% por lo tanto; el tratamiento farmacológico pudo influir en los resultados.

### Ansiedad

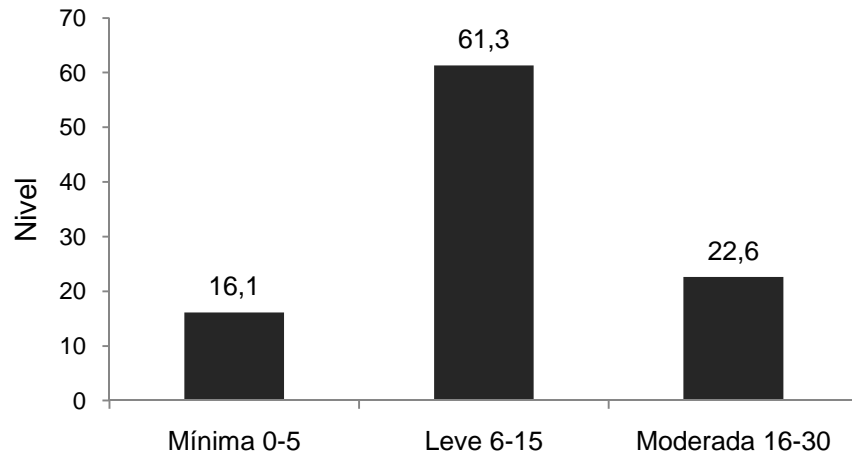


Figura 36. Aquí, se muestra la importancia de trabajar de manera multidisciplinaria, esperando el momento oportuno para la aplicación de los diferentes componentes, esperando una mayor asimilación de los contenidos.

### Tratamiento

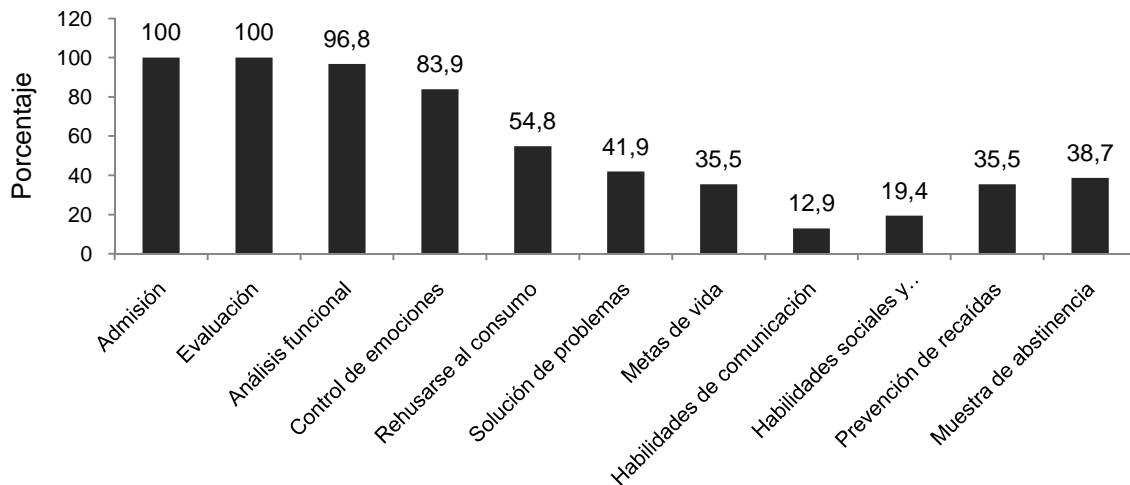


Figura 37. El 96.8% de la población aprendieron los conceptos básicos del Análisis funcional de la conducta de consumo y de no consumo. El 83.9% aprendieron el componente de control de emociones. Al 54.8% se les proporciono el componente rehusarse al consumo. Al 41.9% el de solución de problemas. Al 35.5% metas de vida. Al 38.7% se les impartió el de muestra de abstinencia. Al 35.5% el de prevención de recaídas. Al 19.4% se les proporciono el de habilidades sociales y recreativas y solo el 12.9% el de habilidades de comunicación.

Después de proporcionar retroalimentación a los usuarios en relación a los resultados obtenidos en la aplicación de los diferentes instrumentos se inicio con la aplicación de los componentes del PSC dependiendo de los resultados de la evaluación y atendiendo las necesidades y problemáticas de los usuarios.

### ¿Cuántos terminaron la Unidad Residencial?

De los 31 participantes de Unidad Residencial el 67.7% si terminaron su tratamiento de 40 días, el 19.4% no terminaron faltando de una semana a un día para terminar su internamiento. En consulta externa participaron 4 usuarios de los cuales, la única mujer termino el tratamiento.

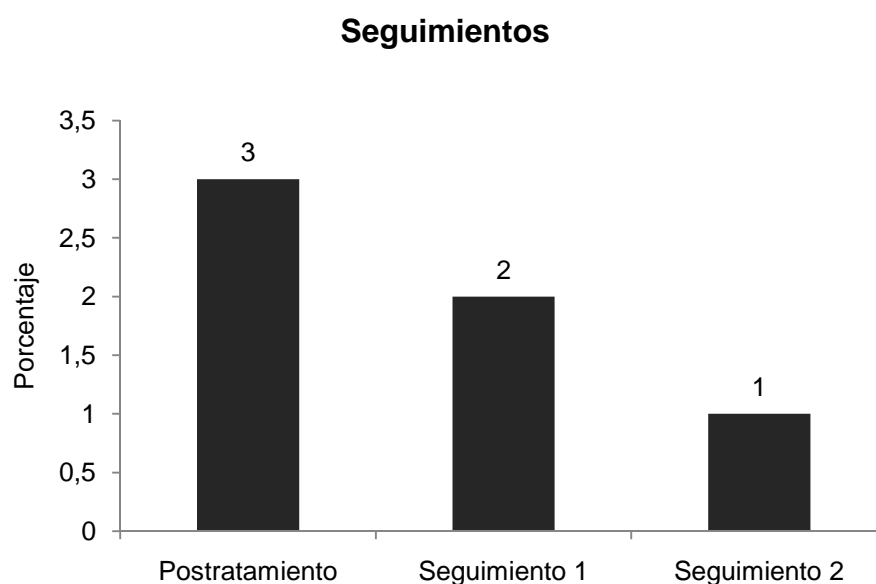


Figura 38. A tres usuarios se les aplicó el pos tratamiento de los cuales a dos se les aplicó el primer seguimiento y solo a uno el segundo seguimiento.



## Conclusiones:

Los datos obtenidos en usuarios que estuvieron internados en el CAIS, permiten identificar la necesidad de crear Programas preventivos dirigidos a los adolescentes ya que son en la secundaria y bachillerato los niveles escolares en los que se iniciaron e incrementaron el consumo; por lo tanto; es necesario proporcionarles habilidades, tales como la comunicación, la resolución de conflictos, etcétera. El SISVEA (2002) señala que la primaria y secundaria son los niveles de mayor prevalencia con un 86.6% y 13.1% respectivamente. Aquí se puede observar que en secundaria y el bachillerato inconcluso son los niveles de mayor prevalencia; sin embargo la primaria tiene un porcentaje significativo. Es así como surge la necesidad de adaptar los contenidos del material didáctico del PSC a esta población atendiendo tanto al nivel cognitivo como a su escolaridad.

Entre los factores de riesgo al consumo identificados en la población del CAIS están: el abuso de alcohol en la familia, la magnitud del problema de alcoholismo; indica la importancia de aumentar los esfuerzos de tratamiento a familiares del usuario. Estudios del ambiente familiar muestran que las características de su estructura y comunicación esta relacionada con el uso de alcohol y drogas.

Bodino (2003) menciona que el entorno social, en especial la familia, cumple un papel fundamental en el desarrollo y perpetuación de las adicciones. Cuando los roles de la familia no están bien delimitados, es decir, cuando no se sabe con claridad qué papel desempeña cada uno de los miembros el hogar, se genera un ámbito de incomunicación que impide que los padres transmitan valores y actitudes, o que marquen límites. Esta situación se agrava en familias desintegradas, en las que la autoridad moral de los padres está ausente, no se demuestra apoyo y afecto a los hijos, o se tienen pocas expectativas en cuanto al éxito que éstos puedan tener en la vida.

En la población del CAIS se pudo observar que el 80.6% de los usuarios manifestó que en la familia se presentaron problemas de agresión física y verbal en los integrantes de la familia por parte del padre, principalmente cuando éste estaba bajo el influjo de alguna sustancia (principalmente alcohol). El 9.7% manifestó pérdida de confianza debido al hurto de cosas de valor dentro del hogar.

Por lo tanto uno de los factores familiares más significantes; es la calidad de las relaciones entre los integrantes de la familia. Jonson y Pandina (1991), encontraron que la hostilidad y la carencia de cariño en algunas familias están asociadas con altos niveles de uso de alcohol y otras drogas. En esta población se puede observar que la mayoría de los usuarios viven en familia extensa con un

39% lo que se relaciona con la pobre comunicación de padres e hijo, lo cual favorece el consumo.

Además del componente genético, la crianza contribuye en la transmisión generacional de hijos consumidores. Adolescentes que viven en familias llenas de tensión y conflictos, con poca disciplina pueden más fácilmente usar sustancias (Chassin 2002). En los usuarios se puede observar que además de tener a un padre consumidor, por lo menos existe otro integrante que hace uso de alguna sustancia.

Los problemas emocionales entre los jóvenes se asocian con un alto índice en el consumo de drogas, por lo cual es importante otorgar una atención integral en la que los padres y demás familiares puedan aprender técnicas que les permitan apoyar la abstinencia de su familiar. Es indispensable trabajar interdisciplinariamente con aquellos usuarios diagnosticados con comorbilidad, ya que los estados de ánimo aparecen frecuentemente como otro problema asociado a los trastornos por abuso de sustancias. La presencia de depresión es fuente importante de sufrimiento, si no se trata se puede reducir el pronóstico de recuperación del uso de sustancias, pero para ello se necesita la asesoría del especialista (psiquiatra).

Existe evidencia de que los trastornos del estado de ánimo se añaden a los trastornos por abuso de sustancias, por ejemplo, Rounsaville y otros 1991 señalan que los problemas de comorbilidad en alcohólicos es del 13.4% y en abuso de sustancias en general un 26%. Pero es en cocaína donde hay un 30.5%.

Jane & Matytsina (2006) señalan que la depresión prevalece como desorden psiquiátrico y que en Europa es la tercer causa de discapacidad. Le siguen los desórdenes provocados por la ansiedad con un 9% con mayor prevalencia en mujeres que en hombres. Los desordenes por ansiedad están relacionados con desordenes por el uso de sustancias. En la población se puede observar que el 48% en algún momento tuvieron ideas suicidas pero solo el 10% las llevaron a cabo. Los resultados no se deben minimizar por tal motivo el PSC, con el componente de control de emociones, proporciona habilidades cognitivas y conductuales a los usuarios para enfrentar los precipitadores internos.

El desempleo es considerado como uno de los principales factores de riesgo debido a las consecuencias que ocasiona tanto al individuo como a la familia y la sociedad, éste es considerado como una problemática severa debido a las consecuencias que ocasiona tanto para el individuo como para la familia y la sociedad; se le ha correlacionado con tasas de alta criminalidad y con el consumo de sustancias adictivas (Nuñez, Rivera, Villavicencio & Molina, 2003). En esta población se pudo observar que el 67.7% no trabaja, que el deseo irrefrenable por

conseguir droga y consumirla fue primordial sin importar perder los empleos, esto se relacionó con actividades delictivas como robar para conseguir droga.

En cuanto al estado civil de los usuarios, quienes en su mayoría son solteros, coincide con el señalamiento referente al Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) México 2002, respecto a que el 60.2% de la población que acuden a centros de tratamiento gubernamentales como por ejemplo a Centros de Integración Juvenil (CIJ) son solteros, el 23.1% son casados, unión libre el 4.5% y separados el 10.1%. Aquí se puede observar que los solteros siguen siendo la población de mayor consumo con el 74.2%, le siguen los casados con un 9.7%, unión libre con 12.9% y divorciados con el 3.2%. En esta población se pudo observar que no tienen bien definidas sus metas en cada una de las áreas de vida y que no existe un compromiso como jefes de familia.

En lo que respecta a la droga de inicio, el SISVEA señala que los CIJ informaron que la cocaína se ubicó en el cuarto lugar entre las drogas de inicio (6.4%) y en el primero como la droga que los llevó a demandar tratamiento (32.2%). Los usuarios de cocaína como droga de inicio fueron en su mayoría hombres (87.5%), 33.0% estaban entre las edades de 15 a 19 años, 89.2% tenían educación primaria, 59.7% eran solteros, y 24.1% estaban casados. Más de la mitad (51.4%) pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo, 45.3% habían iniciado el uso de cocaína entre las edades de 15 a 19 años, y casi la mitad la usaban una vez a la semana (44.4%) seguidos por aquellos que la consumían a diario (40.2%). En los usuarios con quienes se trabajó en el CAIS se puede observar que la cocaína crack, también es la de mayor prevalencia en la población y que tiene mayor potencial adictivo.

Las tres principales razones para cambiar su patrón de consumo son: la familia, la salud y la economía. En estos usuarios se pudo observar pérdidas significativas como separación y pérdida de la familia, divorcios, desnutrición, alteraciones en la memoria entre otros.

La mayoría de los usuarios acudieron a terapia por su propia voluntad ya que habían experimentado pérdidas significativas en diferentes áreas de su vida por ejemplo, con la esposa, hijos y padres. Por lo cual el 64.5% indicaron que su consumo era grave y el 25.8% muy grave. Esto permitió aplicar la mayoría de los componentes del PSC fortaleciendo de esta manera sus habilidades de afrontamiento a situaciones de riesgo.

Muchos de los usuarios entran a tratamiento bajo la severa presión de sus padres o maestros. La motivación está asociada a la obtención de ciertos

privilegios como por ejemplo no perder la escuela, recuperar a su esposa o bienes materiales. En esta población se pudo observar que el nivel motivacional se ubicó en la etapa de acción, ya que los usuarios mencionaban que el consumir drogas ya no les causaba la sensación de euforia, la mayoría consumía para evitar los efectos displacenteros.

La mayoría de los usuarios mencionan que el resultado de otros tratamientos fue adverso ya que sus padres los ingresaron en algún anexo en donde el trato fue hostil al utilizar castigos para corregir su conducta. Solo el 3.2% menciona que el tratamiento fue excelente.

El SISVEA informa que la edad con la que con más frecuencia inicia el consumo se ubica en el rango de 10-14 años con un porcentaje del 47.8%, le sigue el de 15-19 con el 40.8%. Los datos obtenidos no se alejan ya que el mayor porcentaje se ubica en el rango de 12 a 14 años, con el nivel de escolaridad secundaria, le sigue la edad de 15 a 17 con el nivel educativo bachillerato inconcluso.

Se puede observar que el consumo de sustancias se correlaciona con diferentes problemas laborales y familiares. Es así que el PSC utiliza dos componentes para enfrentar estas situaciones ( búsqueda de empleo y manejo de relaciones interpersonales ).

Los usuarios reconocieron que su consumo ya no causaba el mismo placer que provocaba al inicio y que ahora solo consumían para evitar los efectos displacenteros; además de manifestar diversos problemas a largo plazo, como estar en prisión y problemas sociales como: agresiones y aislamiento.

Los 12 componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos pueden contribuir para un mejor estilo de vida sin alcohol o drogas. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, este Programa enseñó a los usuarios las habilidades necesarias para enfrentar situaciones de riesgo.

Más que forzar a los usuarios a aceptar sus problemas, el programa se enfocó en los problemas percibidos durante la evaluación. En la mayoría de los casos, al no desarrollar las habilidades necesarias y lidiar con estos problemas los usuarios recurrían inevitablemente al uso de sustancias por lo que se espera que ahora ellos decidan enfrentar sus conflictos favoreciendo su aprendizaje y aplicación de nuevos hábitos, logrando de esta forma un mejor estilo de vida.



# **REPORTE DE CASO**

# PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS PARA USUARIOS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS ADICTIVAS

## REPORTE DE CASO

### Datos Generales

Usuario de 21 años, sexo masculino, soltero, secundaria terminada, desempleado. Esta es la segunda ocasión que está internado en el CAIS. Es el menor de cuatro hermanos (dos mujeres y un hombre); los tres hermanos están casados y viviendo cada quien en su casa.

### Motivo de Internamiento

Se trata de usuario de reingreso que terminó tratamiento por mejoría del 10-10-05 al 18-11-05. Comenta que durante los ocho primeros meses de que egresa del TX residencial del CAIS permaneció en abstinencia y posteriormente recayó hasta el momento de internarse de nueva cuenta el 28-12-07.

El motivo por el cual volvió a recaer es por encontrarse con amigos y ambientes de alto riesgo, así como tener una excesiva confianza de que al consumir una o dos ocasiones no afectaría en su adicción.

### Motivo de Consulta

“Quiero dejar de consumir marihuana porque ésta me dispara otro tipo de sustancia, cocaína en crack”.

### Información obtenida en la entrevista

**Consumo de Marihuana:** inició a los 15 años consumiendo un cigarro a diario. A los 17 se incrementó a tres cigarros a diario. Actualmente consume un mínimo de cuatro durante el día. **Cocaína crack:** inicio a la edad de 15 años consumiendo un papel cada 3 días. A los 18 la consumió a diario de uno a dos papeles, dependiendo del dinero. Actualmente consume aproximadamente de dos a tres papeles diarios. No consume otro tipo de sustancia.

Inicia con el consumo de marihuana para posteriormente consumir crack cuyo consumo se estableció de manera cotidiana desarrollando una dependencia

a esta sustancia. El usuario señala como motivo de consulta la marihuana; sin embargo se trabajó para alcanzar la abstinencia de ambas sustancias.

Refiere que el padre fue alcohólico. Comenta que ya no le tocó vivir la etapa más fuerte del alcoholismo de su padre, pero le platican que el papá les pegaba a sus hermanos y a la madre. La relación con su padre es distante porque no hay comunicación. Con la madre se presentan discusiones frecuentes debido a que es ella la que frecuentemente le reclama su consumo. Mantiene poca relación con sus hermanos porque casi no se ven.

El usuario ha vivido varias veces solo porque lo han corrido. La última vez lo motivó a pedir ayuda por primera vez al CAIS.

Por prescripción psiquiátrica estuvo consumiendo fluoxetina ya que presentaba síntomas depresivos.

Problemas asociados al consumo:

#### *Área familiar*

Al salir del CAIS se incorpora a vivir con los padres con los cuales continúa con relaciones conflictivas. Comenta que la madre le desespera porque es muy nerviosa y se altera, que constantemente lo ofende por las consecuencias de su adicción. Con el padre no tiene confianza y lleva una relación distante. Durante tres ocasiones abandonó la casa para vivir solo, en periodos de dos a tres meses; pero regresa a casa porque se le acaba el dinero a causa de la adicción, se le dificulta pagar la renta.

#### *Aspectos escolares*

Refiere que no presentó problemas académicos. Dejó de estudiar por falta de recursos económicos y porque inició con el consumo de marihuana al juntarse con un grupo de amigos consumidores.

#### *Personales*

Los principales problemas que le ha ocasionado el consumo de drogas son: Insomnio, dolores de cabeza, peleas con padres, pérdida de pareja, problemas financieros, depresión, pérdida de trabajo por ausentismo y no seguir estudiando.



Considera que es importante conocer nuevas técnicas que le permitan enfrentar situaciones de riesgo y creencias negativas.

### *Legales*

Ha robado en su casa y a sus hermanos para continuar el consumo. Niega otro tipo de conducta.

### *Aspectos laborales*

Su último empleo fue de “garrotero” en un restaurant bar durante seis meses, dice abandonar el trabajo porque: “me daba flojera ir nada más por cumplirles a mis padres”. También ha trabajado como ayudante de pintor, ayudante de plomero, ayudante de barman y lavando coches.

### *Área psicosexual*

Hace un año terminó con su novia con la cual duró dos años. Inició su vida sexual activa a los 15 años. Refiere 6 parejas sexuales. Ha tenido relaciones de alto riesgo, usó preservativo irregularmente. En una ocasión tuvo una relación homosexual, situación que le incomoda pero que ha logrado comentarlo.

## **Evaluación**

Para efectos de la evaluación se aplicaron los siguientes instrumentos:

Escala de repetición de dígitos y símbolos y dígitos del WAIS: estas escalas pertenecen a un instrumento más amplio que mide la inteligencia de los adultos y fue desarrollado por Wechsler (1955). Se utilizan estas dos escalas para medir el funcionamiento cognitivo (memoria inmediata) de los usuarios y qué tanto ha sido afectado por el consumo de sustancias. Se obtuvo una puntuación de 9.5 lo que indica que es un usuario apto para aprender las estrategias y habilidades que ofrece el PSC que lo capacite para enfrentar situaciones de riesgo sin consumir.

Cuestionario de abuso de drogas: Se observó un nivel de dependencia de 16 puntos correspondiente a severo lo cual indica que ha abusado de más de una droga al mismo tiempo, sus familiares se quejan constantemente por su

involucramiento con el uso de drogas, ha tenido problemas en el trabajo, se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas, ha estado en tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas.

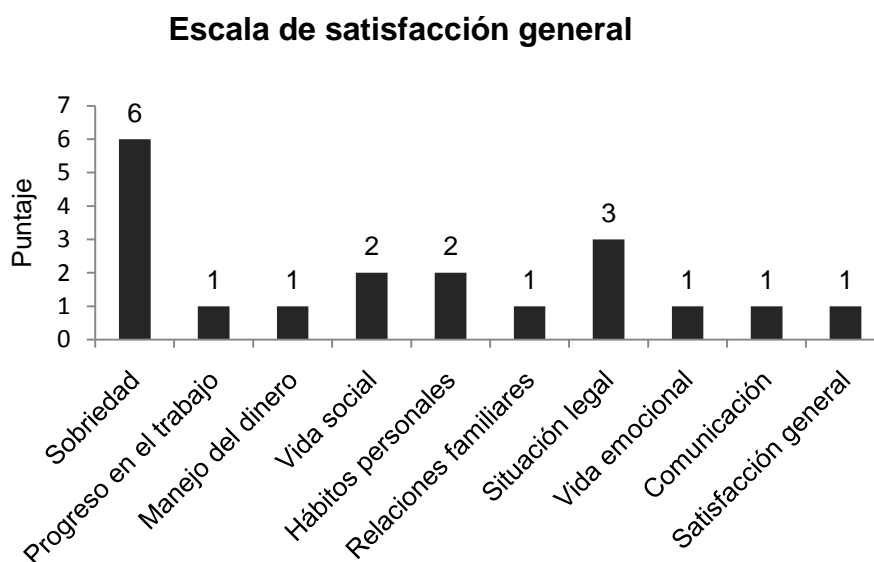


Figura 39. Las áreas señaladas con puntajes bajos (1, 2, 3) indican que su nivel de satisfacción es muy bajo.

La Escala de Satisfacción General (Azrin, Naster & Jones, 1973) es la valoración porcentual respecto a la satisfacción actual de diversas áreas de vida cotidiana. Consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (0-10 puntos) en nueve áreas de vida cotidiana y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción. Observa un nivel bajo de satisfacción respecto a su funcionamiento en su vida cotidiana. Se detecta un puntaje muy disminuido debido a que está muy insatisfecho respecto a su funcionamiento en: progreso en el trabajo, manejo del dinero, relaciones familiares, vida emocional, y comunicación.

## PATRON DE CONSUMO LIBARE

### CONSUMO DE MARIGUANA

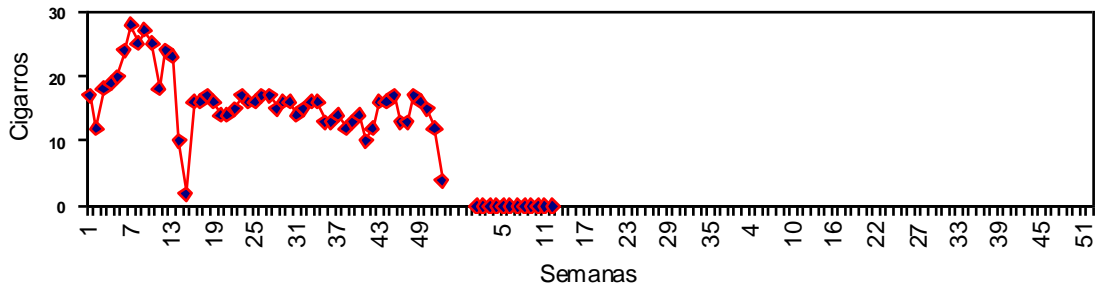


Figura 40. Durante los 365 días del año el usuario consumió mariguana, cuando ingresa al tratamiento deja de consumir.

### CONSUMO DE COCAINA

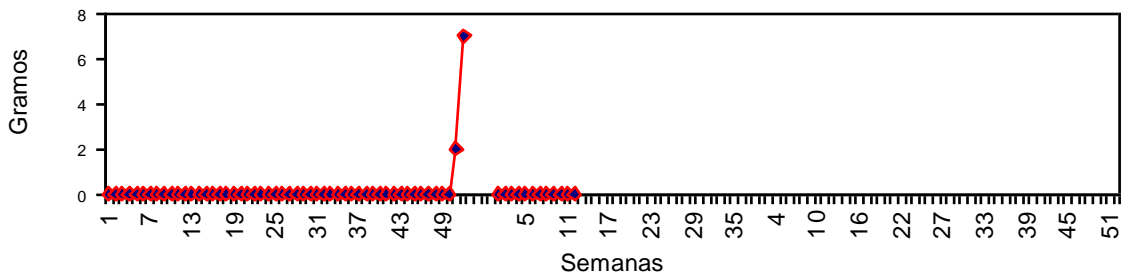


Figura 41. Durante 354 días se mantuvo en abstinencia, pero cuando se presenta la recaída consumiendo 11 días, con 2 días de mayor consumo (sábado y domingo) decide regresar al tratamiento.

Línea base retrospectiva (Sobell y Sobell 1992), es un registro retrospectivo del patrón de consumo del usuario un año antes de iniciado el tratamiento, aunque también puede utilizarse durante y después del tratamiento.

## Inventario de situaciones de consumo de drogas

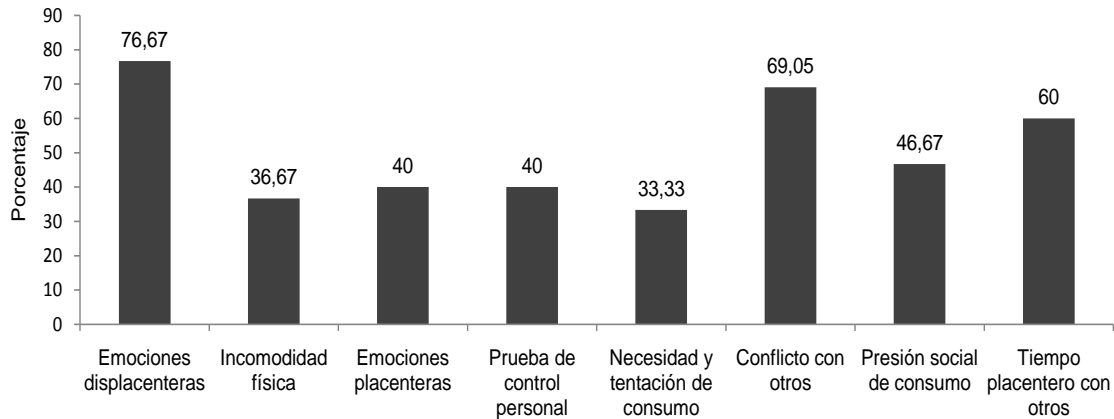


Figura 42. Se observa que las tres situaciones en las que con mayor frecuencia consumió marihuana y crack son: emociones displaceras con 76.6%. Conflicto con otros con 69.0% y tiempo placentero con otros con un 60.0%.

Algunos de los reactivos son: “cuando estaba deprimido por todo en general. Cuando estaba con amigos y quería divertirme más. Cuando otras personas me rechazaron. Cuando me sentí solo. Cuando había pleitos en mi casa”.

Este instrumento fue elaborado por Annis, Graham y Martín en 1988, consta de 60 reactivos; evalúa la cantidad porcentual (0% - 100%) de situaciones que precipitan el consumo de drogas ante ocho situaciones precipitadoras.

Se sustenta en los hallazgos relacionados a situaciones de riesgo al consumo desarrolladas por Marlatt, 1985.

## Cuestionario de autoconfianza

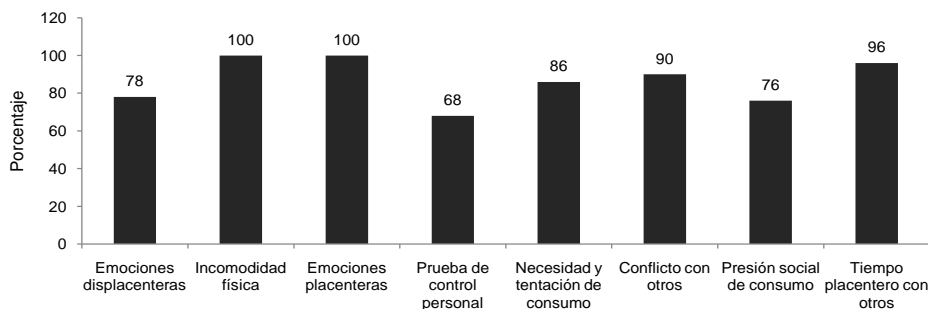


Figura 43. Las áreas en las que el usuario manifestó tener poca confianza para enfrentar situaciones de consumo fueron: emociones displaceras, prueba de control personal y presión social de consumo con 78%, 68% y 76% respectivamente.

Algunos de los reactivos son: “si quisiera probarme si puedo usar esa droga con moderación, si quisiera probarme si puedo consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto y si sintiera que me deje fracasar”.

El instrumento fue elaborado por Annis et al. (1988), consta de 60 reactivos que evalúan la auto-eficacia del usuario para resistirse al consumo de drogas ante ocho situaciones de riesgo. Se adaptó a población mexicana por De León y Pérez en 2001; se obtuvo una consistencia interna de .99, en su confiabilidad test-retest y en su validez mediante la prueba “t” todos los reactivos obtuvieron una significancia de .000.

Este instrumento se sustenta en la teoría de auto-eficacia de Bandura y está basado en la clasificación de factores de riesgo de Marlatt et al. 1985. el CACD es un cuestionario de 60 preguntas de auto-reporte, que fue diseñado para evaluar la confianza que tiene el usuario de poder resistir la urgencia de consumir drogas ante diversas situaciones.

Inventario de Depresión de Beck: (Beck, 1988), estandarizado con población mexicana por Jurado, et al. 1998; consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice en los síntomas de depresión. El individuo selecciona una o varias de las opciones que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación.

El nivel de los síntomas depresivos del usuario fue de 18 puntos lo que indica síntomas leves de depresión.

Inventario de Ansiedad de Beck: (Beck en 1988), es un cuestionario de 21 reactivos, estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), El nivel de ansiedad obtenido fue de 9, lo cual implica una ansiedad leve.

### **Recursos disponibles y déficits**

Recursos disponibles: Ha tenido logros importantes, ha enfrentado situaciones de riesgo manteniendo su abstinencia durante ocho meses. Muestra adherencia al tratamiento ya que después de permanecer durante cuarenta días de internamiento continua con sus consultas externas, verifica su consulta por vía telefónica un día antes a la cita.

Déficit: Hay constantes enfrentamientos con la madre porque ésta le reclama constantemente su consumo. Ante esta situación se le dificulta controlar sus emociones. La primera solución que encuentra es alejarse de la casa para olvidar los problemas y reunirse con “amigos” consumidores.

Cuando encuentra un trabajo, se le dificulta mantenerlo ya que no tolera que otras personas, que él considera inferiores, lo manden.

## **Diagnóstico**

Usuario con dependencia a marihuana y crack. Con un nivel de dependencia severo.

## **INTERVENCIÓN**

El objetivo del Programa de Satisfactores Cotidianos es propiciar un estilo de vida sin alcohol o drogas, en conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional; enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida pro-sociales deseados.

La intervención se llevó a cabo dos veces por semana en uno de los cubículos de la planta alta del CAIS, el cual contaba con dos sillas y un escritorio. Se acudía por el usuario en el lugar de internamiento y durante el trayecto al cubículo se realizaba el rapport.

### **SESIÓN 1: Análisis funcional:**

Al usuario se le explicó que un precipitador es todo evento, estímulo o situación que favorece el consumo de sustancias adictivas y que estos se dividen en externos e internos. Los externos son todos los estímulos o eventos que están en el medio ambiente como son: personas, lugares, momentos o situaciones. Los internos, son los que ocurren en el interior de uno mismo, es decir, emociones o estados de ánimo, pensamientos y cambios o sensaciones físicas.

Se le comentó que el objetivo del análisis funcional sería identificar los antecedentes o precipitadores de la conducta de consumo de sustancias, refiriéndose a la ocurrencia de ciertos pensamientos, emociones, sensaciones físicas, personas, momentos o lugares que preceden a un episodio de ingesta de drogas y que señalan al individuo la oportunidad de consumir.

Para continuar se le pidió al usuario que identificara los precipitadores de su conducta de consumo y se le solicitó el llenado del formato de análisis funcional para esta conducta por ejemplo:

**FIGURA 1. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO**

PRECIPITADORES EXTERNOS	PRECIPITADORES INTERNOS	CONDUCTA	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS
<p><b>Personas:</b> Solo.</p> <p><b>Lugares:</b> En mi casa, en las islas (CU), en el espacio escultórico.</p> <p><b>Situaciones:</b> En todo momento y todos los días.</p>	<p><b>Pensamientos:</b> “me voy a relajar”</p> <p>“para olvidarme de los problemas”</p> <p>“Para que se me quite el enojo”</p> <p><b>Sensaciones físicas:</b> “me siento con ansias. Tengo ganas de ir al baño y me sudan las manos.”</p> <p><b>Emociones:</b> “me pongo feliz.”</p>	<p>“Consumo marihuana, cuatro cigarros mínimo a diario, estos los distribuyo para que me alcancen todo el día”.</p>	<p><b>Personas:</b> “Que me ayuda a pensar y a relajarme.”</p> <p><b>Lugares:</b> “Se ve el cerro y que hay muchos árboles.”</p> <p><b>Situaciones:</b> “Que me relajo.”</p> <p><b>Pensamientos:</b> que cantaba en un grupo de rock.</p> <p><b>Sensaciones físicas:</b> cansancio, sueño.</p> <p><b>Emociones:</b> “me sentía feliz.”</p>	<p><b>Interpersonal:</b> Perdida de confianza por parte de mis padres, constantes riñas, incomodidad con amigos</p> <p><b>Física:</b> Agotamiento físico.</p> <p><b>Emocional:</b> Depresión, tristeza, enojo y ansiedad.</p> <p><b>Laboral:</b> Perdida de empleo por ausentismo.</p> <p><b>Legal:</b> Revisión por los polis.</p> <p><b>Financiero:</b> Robar para tener dinero, no contar con un capital para el futuro.</p> <p><b>Otro:</b> Perdida de pareja, descuido de mi persona y perdida de escuela por ausentismo.</p>

## SESIÓN 2: Cadena conductual.

Después de analizar con el usuario la conducta de consumo, y comprender que un episodio de consumo tiene eventos antecedentes que la precipitan, ambos identificamos las conductas que se encadenan hasta llevarlo a la conducta de consumo y que incluyen una serie de decisiones que al ir avanzando lo van colocando más en riesgo al irse intensificando la necesidad del consumo.

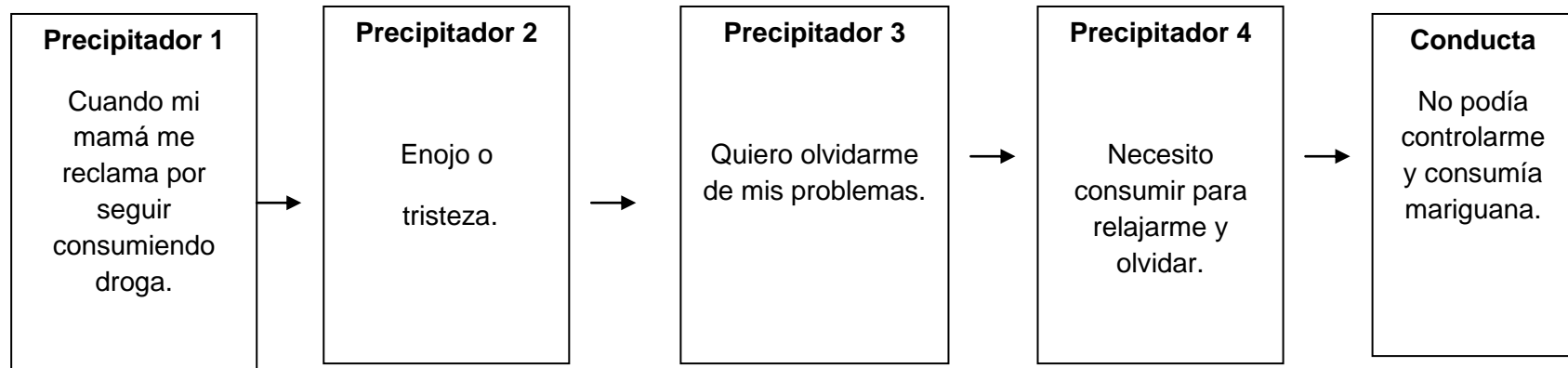
Se identificaron las conductas más apropiadas a las cuales puede recurrir el usuario, para interrumpir cada uno de los eventos que precipitan el consumo. Se le instigó a romper la cadena conductual de cada eslabón. El objetivo fue que el usuario contara con un repertorio de opciones conductuales que le permitiera romper con la cadena de conductas que lo llevan a la conducta de consumo. Ejemplo: Evento ocurrido: pelea con mi mamá. Me enojo y/o me da tristeza. Quiero olvidarme de mis problemas y pienso en consumir para relajarme y olvidar.

*Conducta de cambio:* Decido calmarme, respirar profundamente, salir un momento y distraer mi pensamiento en otra actividad por ejemplo, escuchar música y ya calmado regresar y ambos buscar una solución al problema. De no funcionar tendría otras oportunidades como se muestra en el siguiente ejercicio.

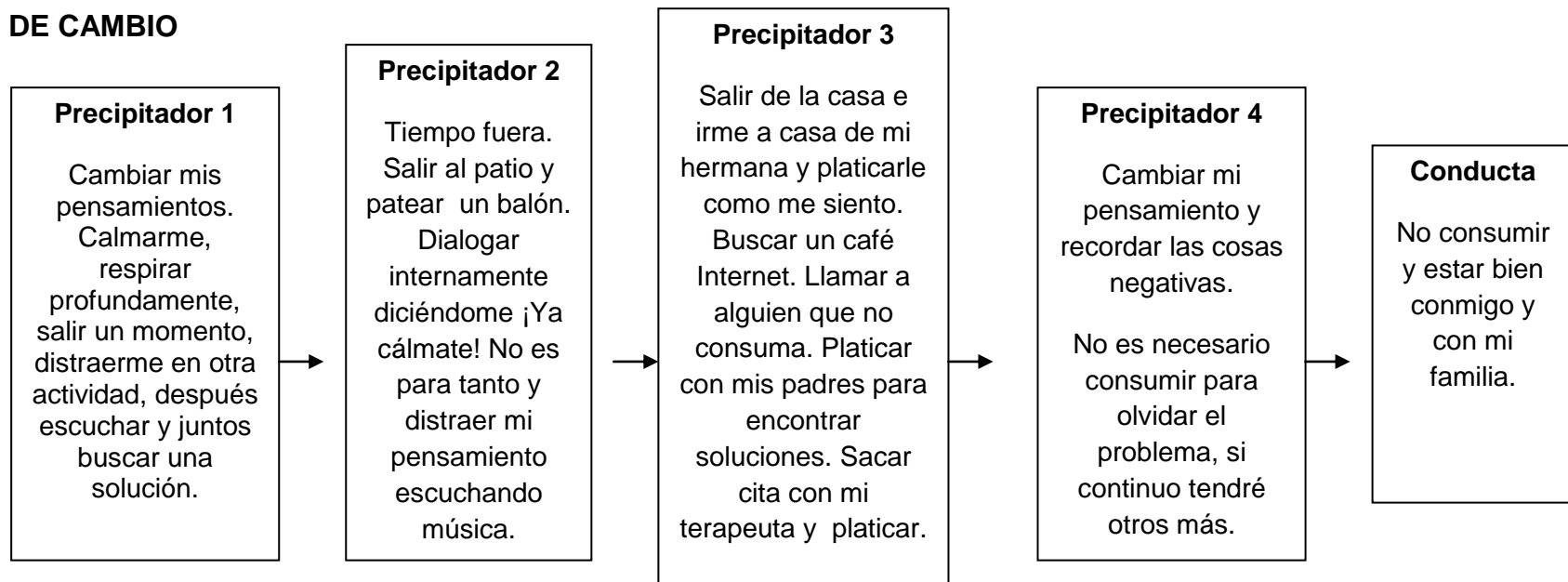


## CADENA CONDUCTUAL DE CONSUMO Y DE CAMBIO.

### DE CONSUMO



### DE CAMBIO



Como siguiente paso se identificaron tres situaciones de riesgo que precipitan el consumo de sustancias. Una vez identificadas el usuario diseño planes de acción que le permitieran enfrentar las situaciones de manera efectiva y sin llegar al consumo.

Ejemplo:

### **Registro de ocurrencia de situaciones de riesgo**

Describe tres situaciones de riesgo que haya afrontado sin consumo.

**1. Situación:** “Después de trabajar, regresaba como a las 6:00 p.m., y entonces pasaba por el lugar donde venden droga y como traía dinero y la calle estaba sola, pensaba en que podía comprar y nadie se daría cuenta.”

**1. Estrategia que empleo para no consumir:** No pasar por ese lugar. Tener algo específico que llegar a hacer al estar en casa por ejemplo bañarme, cenar y ver televisión. “Después de ese primer pensamiento, pensaba en el peor momento que pase hace años por consumir piedra y pensaba que me había costado mucho trabajo el ganar ese dinero y entonces no consumí.”

**2. Situación:** “En una fiesta estaba bastante aburrido y no conseguía relajarme ni distraerme, aunque había muchos cuates y pues solo pensaba en que con un toque de mota por lo menos me distraería más.”

**2: Estrategia que empleo para no consumir:** “Cuando estaba a punto de consumir llego una chava que conocía, fue hacia donde estábamos todos y pensé que si me veía marihuana se enojaría y ni siquiera platicaría conmigo. En ese momento reconocí que los amigos con los que me juntaba me motivaban a consumir y que con una novia podía pasarla bien sin consumir. Así por esa causa ya no fume.”

**3. Situación:** “Un día cuando me enoje con mi mamá por no permitirme asistir a una fiesta.”

**3. Estrategia que empleo para no consumir:** “Salí de la casa al patio y me puse a patear un balón y como no logré calmarme salí a caminar por un rato, en una tienda me puse a jugar maquinitas es decir distraje mi pensamiento y después que regrese a casa ya se habían calmado las cosas. Me di cuenta que no era necesario consumir”

### SESIÓN 3: Análisis funcional de la conducta de no consumo

Es aquí cuando se hace una comparación entre el análisis funcional de la conducta de consumo y el análisis de la conducta de no consumo. El usuario identificó que mediante la realización de actividades no relacionadas con el consumo puede alcanzar la obtención de diversos reforzadores y que este tipo de actividades de no consumo son conductas que compiten eficazmente con la conducta de consumo. Ejemplo: “Me gustaba patinar con amigos que no consumían. Pensaba en jugar con mis amigos, sentía ganas de correr y mucha alegría. Tenía muchas consecuencias positivas”, “Ahora visitaré a mis amigos que no consumen sustancias para involucrarme en otras actividades y así cambiar a un estilo de vida más saludable”.

A continuación se muestra el ejercicio del usuario

### ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE NO CONSUMO

PRECIPITADORES EXTERNOS	PRECIPITADORES INTERNOS	CONDUCTA	CONSECUENCIAS NEGATIVAS	CONSECUENCIAS POSITIVAS
<p><b>Personas:</b> Con los amigos que no consumían.</p> <p><b>Lugares:</b> En las canchas.</p> <p><b>Situaciones:</b> En cualquier momento.</p>	<p><b>Pensamientos:</b> “Quiero jugar divirtiéndome con mis amigos. <b>Sensaciones físicas:</b> Ganas de correr.</p> <p><b>Emociones:</b> “sentía alegría y euforia.”</p>	<p>Practicaba deporte (patineta) en cualquier momento, de dos a tres horas.</p>	<p><b>Personas:</b> “Que puedo perder.”</p> <p><b>Lugares:</b> “Que las canchas no están en buenas condiciones.”</p> <p><b>Situaciones:</b> “Que no me salían los trucos.”</p> <p><b>Pensamientos:</b> “No me va a salir bien el truco.”</p> <p><b>Sensaciones Físicas:</b> Cansancio.</p> <p><b>Emociones:</b> “Me sentía enojado y frustrado.”</p>	<p><b>Interpersonal:</b> “Que tenía buenos amigos.”</p> <p><b>Física:</b> “Mejoraba mi condición física”.</p> <p><b>Emocional:</b> “Me sentía alegre y relajado”.</p> <p><b>Laboral:</b> “Permanecía más tiempo en el trabajo.”</p> <p><b>Legal:</b> “No tener problemas.”</p> <p><b>Financiero:</b> “No gastaba mucho dinero.”</p> <p><b>Otro:</b> “Estar bien conmigo y causar admiración a la gente.”</p>

#### SESIÓN 4: Control de Emociones (enojo).

Se le explicó en qué consisten las manifestaciones del enojo, cuál es su función, cómo ocurren y se intensifican comenzando a afectar su relación con otras personas.

Se le pidió que mencionara las razones por las que es importante tener un control del enojo y las consecuencias asociadas como son, lesiones, problemas legales, daños irreversibles como el caso de homicidios etc.

Posteriormente se le explicó las tres estrategias para el control del enojo: Tiempo Fuera, Distracción del pensamiento y Auto-instrucciones positivas.

*Tiempo Fuera:* esta técnica consiste en alejarse de la situación física y psicológicamente. Una vez que el usuario se ha alejado físicamente no debe realizar conductas que lo pongan más enfadado y debe distraerse, puede utilizar la técnica llamada “parada de pensamiento” en la que debe decirse a sí mismo palabras que le ayuden a no pensar más en éste; por ejemplo: “ya basta!!!”, “no pienses más en eso!!”, “alto!!”, etc. Pero debe también realizar otra actividad que lo distraiga, por ejemplo el ejercicio físico, practicar algún deporte, leer, caminar, escuchar música, etc.

*Distracción del Pensamiento:* esta técnica consiste en saber distraer la mente para no prestar atención a los síntomas derivados del enojo, para ello es necesario: 1) concentrarse en lo que pasa alrededor (distraerse contando a las personas que van pasando, o el número de carros rojos que están circulando, o ver el movimiento de las ramas de un árbol, los lugares, tiendas, negocios que están en el camino, etc.; 2) practicar alguna actividad mental (el usuario puede contar del 1 al 100, de atrás para adelante, decir refranes o trabalenguas, etc.; 3) hacer ejercicio físico (es muy importante que el usuario pueda sacar la energía y la excitación que le provoca la emoción y el ejercicio es una buena manera de sacarlo sin dañar a los demás); y 4) realizar respiraciones lentas y profundas (es necesario que el usuario aprenda a relajarse y mantenerse tranquilo ante situaciones de estrés).

*Auto-instrucciones Positivas:* Se le explica al usuario que sus pensamientos son la causa de sus conductas, cuando se dice a sí mismo cosas negativas está provocando enojos, malas conductas que le pueden llevar a consecuencias negativas, a sentirse mal, a agresiones, conflictos, lesiones y hasta perder su libertad, etc. Por esto, es importante que el usuario aprenda a decirse cosas positivas que le ayuden a contrarrestar su enojo. Por ejemplo: “creo que estoy exagerando, tengo que calmarme”, “en realidad el trabajo no estuvo tan mal”, “tengo que saber escuchar y tranquilizarme”, etc.

A continuación se muestra el ejercicio que se realizó con el usuario.

“estaba sentado tejiendo y un compañero no dejaba de hablar y gritar puras tonterías y me estaba aventando bolitas. Esto comenzó encadenar pensamientos negativos: ya me tiene arto, le voy a pegar. Pero recordé la estrategia de tiempo fuera,

me fui a la cancha y cambie mis pensamientos, pensé en mi familia. Como resultado puse un puntaje de tres ya que permanecí enojado pero no discutí”.

#### AUTO REGISTRO DE ENOJO

SITUACIÓN	¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA, EN QUÉ LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS 1- 10
Estaba sentado tejiendo y un compañero no dejaba de hablar y gritar puras tonterías y me estaba aventando bolitas.	Compañeros del CAIS (A.I), a las 11:00a.m. En el pasillo.	Tiempo fuera: me fui a la cancha y cambie mis pensamientos, pensé en mi familia.	3  Porque permanecí un rato enojado, pero no discutí.
Estaba tejiendo y otro paciente no dejaba de cantar y decir groserías.	Con J.R. Aproximadamente como a medio día. En el pasillo.	Distracción del pensamiento: dialogar internamente, “no vale la pena pelear.	4.0  Me costó trabajo dejar de pensar en el suceso.
Cuando estamos en cine debate y algunos empiezan a hacer bastante ruido	Compañeros del CAIS. En la mañana (11:00 a.m.). En el comedor.	Distracción del pensamiento: salirme y respirar profundamente, regresar y cambiarme de lugar	4.5  No puedo estar siempre huyendo.

#### SESIÓN 5: tristeza

Se le explicó al usuario qué es la tristeza, cuál es su función en el ser humano y cuándo ésta comienza a afectar.

A través de la cadena conductual se le explicó cómo un evento se asocia a un pensamiento negativo y que se une a otros pensamientos negativos y disparan la tristeza.

Se le solicitó que mencionara las razones por las que es importante tener un control de la tristeza y complementara sus ideas haciendo referencia a la severidad de consecuencias asociadas como empezar a sentirse cada vez más mal consigo mismo, reprocharse, no considerarse a sí mismo, enfatizar sus defectos, errores, exagerarlos,

sentirse decaído, apático, insignificante, sin valía pudiendo incluso llegar a pensar que su vida pudiera no tener sentido o hasta a intentar dañarse.

Como siguiente paso se le explicó las tres estrategias para controlar la tristeza: cambio de pensamientos equivocados, realización de actividades agradables y búsqueda de lo positivo.

*Cambio de Pensamientos Equivocados:* esta técnica consiste en una serie de pasos que el terapeuta debe enseñar al usuario para lograr sustituir sus pensamientos de tristeza por pensamientos más positivos.

Paso 1: anotar el suceso, pensamiento y emoción que sintió el usuario. Por ejemplo: “En una ocasión, cuando pregunte que si mi familia ya había registrado la visita familiar me dijeron que todavía no”.

Paso 2: el usuario señaló los pensamientos automáticos relacionados con el pensamiento inicial: reflexionar y anotar pensamientos e ideas que contribuyen a entristecerse. Por ejemplo: “ya no les intereso”, “soy una carga para mis padres”, etc.

Paso 3: aprendió a cuestionar sus pensamientos negativos con la finalidad de que viera si eran realistas. Por ejemplo: ¿qué pruebas tengo de que ya no les intereso?, ¿en verdad soy una carga para mis padres?, etc.

Paso 4: el usuario buscó alternativas a los pensamientos negativos. Por ejemplo: “A lo mejor tenían otras cosas que hacer, pero si me quieren. Es natural que estén molestos pero no soy una carga para ellos”.

Paso 5: Se le guio al usuario a construir pensamientos más realistas. Por ejemplo: “Tengo que esperar para conocer el motivo de que mis familiares no se hayan registrado. Probablemente hay mucho tráfico y llegarán un poco tarde etc”.

*Realización de Actividades Agradables:* Se le enseñó al usuario que el llevar a cabo actividades positivas está altamente relacionado con un estilo de vida y ánimo favorables. Se le sugirió realizar actividades personales como practicar algún deporte, leer, oír música, platicar con amigos no consumidores, seguir estudiando y buscar un empleo.

*Búsqueda de lo Positivo:* Se le instigó al usuario a identificar y extraer todas aquellas cosas positivas y beneficios que aporta o recibe de cada una de las actividades cotidianas que realiza durante el día por ejemplo: una felicitación por parte de sus padres; los momentos de convivencia familiar, encontrarse con un amigo, haber recibido una llamada de su novia, haber ayudado a alguien, conocer a gente nueva, recibir una noticia positiva etc.

El siguiente registro muestra dos situaciones realizadas por el usuario.

#### AUTO REGISTRO DE TRISTEZA

<b>SITUACIÓN</b>	<b>¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA, EN QUÉ LUGAR?</b>	<b>ESTRATEGIA UTILIZADA</b>	<b>RESULTADOS OBTENIDOS 1- 10</b>
En una ocasión cuando pregunte que si mi familia ya había registrado la visita familiar me dijeron que todavía no.	Con la trabajadora social. En la mañana. En el CAIS.	Cambio de pensamientos equivocados: a lo mejor tenían otras cosas que hacer, pero si me quieren.	3.0 Recordé que siempre me han apoyado.
Cuando recuerdo a una novia que tuve me pongo muy triste.	A cualquier hora, en cualquier lugar.	Búsqueda de lo positivo y cambio de pensamientos equivocados.	3.0 Tengo la oportunidad de buscarla.

#### SESION 6: Rehúso al consumo.

Antes de la sesión se revisó el análisis funcional de la conducta de consumo del usuario y el inventario de Situaciones de Consumo de drogas, con la finalidad de recordar los precipitadores externos e internos asociados a presión social y a pensamientos precipitadores. También se revisó el Cuestionario de Auto-confianza Situacional para identificar qué tan confiado se sentía de no consumir en situaciones de presión social.

Todo lo anterior se realizó para preparar los ensayos conductuales de las situaciones de riesgo reales.

Con el apoyo de material didáctico se le enseñó al usuario las técnicas de rehusarse al consumo. Se puso énfasis en que las habilidades de rehusarse al consumo implican controlar el lenguaje corporal; ya que este debe coincidir con el lenguaje verbal. Ejemplo:

Si el usuario comienza a sudar, tartamudear, no mira a los ojos de la persona que le está ofreciendo el consumo y luce nervioso, la otra persona identificará que no está



seguro de lo que está diciendo y es muy probable que insista hasta lograr que el usuario consuma.

Posteriormente se le explicó y modeló las habilidades de rehusarse al consumo, con el apoyo del material didáctico.

A continuación se ejemplifica una situación presentando cada una de las habilidades:

SITUACIÓN: “encontrarme a mis amigos cuando salga del CAIS”

### ***Negarse de manera Asertiva***

Consiste en negarse de una manera asertiva al consumo sin necesidad de dar alguna explicación del porqué no se quiere consumir. Por ejemplo: “Primero respiro profundamente para tranquilizarme y decirles ¡No, gracias! sin dar más explicaciones. Tengo que ser congruente con lo que digo y mi expresión corporal, ser seguro de mi mismo”.

### ***Sugerir alternativas***

El usuario sugirió otras alternativas al consumo, por ejemplo: “muchas gracias, pero mejor invítame un refresco porque tengo mucho calor”. Aquí se le sugirió estar preparado con más alternativas en caso de que alguna no estuviera disponible, por ejemplo: tomar un café, agua, dulces etc.

### ***Cambiar el tema de la Plática***

El usuario debe dirigir la atención del otro hacia algún tema que sea de su interés para lograr distraerlo y evitar que le siga ofreciendo el consumo. Por ejemplo: “no gracias, mejor pláticame ¿Cómo te fue con tu novia? o “Necesito conseguir un trabajo ¿tú sabes de alguno?”

### ***Ofrecer Justificación***

Algunas veces es necesario que el usuario ponga un pretexto para que le dejen de insistir, por ejemplo: “no muchas gracias, ahorita no puedo porque estoy tomando medicamento. Entiendo que pueden seguir insistiendo y es indispensable que refleje mi firmeza en la justificación expuesta y no dejarme vencer por la insistencia de mis amigos”.

### ***Interrumpir Interacción***

Una estrategia efectiva es la de interrumpir la interacción, cuando el usuario ya ha intentado rehusarse al consumo por medio de las otras habilidades y no ha obtenido éxito por que le siguen insistiendo, es importante alejarse de la persona o del lugar en caso de ser necesario. Por ejemplo:

“Esta es la mejor opción porque me conozco y se que si me insisten voy a ceder, lo mejor será decir ¡No gracias! Tengo una cita, me despido y me retiro, aquí también puedo utilizar distracción del pensamiento por ejemplo: recordar los momentos agradables que pase con mi familia y decirme que tengo una nueva oportunidad de mejorar”

### ***Confrontar al Otro***

El usuario debe confrontar al otro preguntándole por qué es importante para él que consuma si él ya decidió dejar de consumir porque es su derecho hacerlo, ejemplo: “No me insistas ya de favor, ya te dije que no quiero tomar” ¿Porqué quieres que tome? Aquí puedo darme cuenta si realmente son mis amigos o solo buscan en mi a alguien que les coopere para el vicio”

*Después del modelamiento se trabajo con Reestructuración Cognitiva, con la finalidad de modificar sus pensamientos negativos que lo llevaban al consumo por pensamientos positivos ejemplo:*

Menú de reestructuración cognitiva  
componente: rehusarse al consumo  
(pensamientos negativos y pensamientos positivos)

1. “Me siento muy mal, estoy muy desesperado necesito un cigarro”.

**Pensamiento positivo:** “En ocasiones me he sentido muy mal y no me ha pasado nada, pero si me fumo un cigarro estoy seguro de que todo empeorara. Mejor platico con mis padres”.

2. “No puedo hacer nada bien, soy un tonto, voy a fumarme un churro para sentirme mejor”.

**Pensamiento positivo:** no es que no pueda hacerlo bien, si no que tengo que esforzarme más ¡se que puedo! Y si fumo un churro menos me podré concentrar. El estar aquí en el CAIS es muestra de que no soy ningún tonto porque yo si quiero mejorar”.

3. “Todo esta mal, nadie me quiere, necesito un churro”.

**Pensamiento positivo:** se que mi familia me quiere y no necesito fumar para sentirme querido y aceptado. Recuerdo que antes jugaba con mis amigos y me sentía querido ¿Por qué no recuperar esos momentos?

4. “creo que esto es muy divertido tal vez me pueda tomar solo un cigarro”.

**Pensamiento positivo:** me la estoy pasando muy bien no es necesario que arruine este momento fumando un cigarro. Además, ya aprendí que sus efectos son momentáneos y bailando con mis amigas también me estoy divirtiendo”.

5. “Estoy muy aburrido voy a hablarles a mis amigos para que fumemos”.

**Pensamiento positivo:** “estoy muy aburrido voy a hablarles a mis amigos para que vayamos al cine o al teatro”.

SESIÓN 7: Prevención de recaídas y muestra de abstinencia.

### **Prevención de recaídas.**

Considerando la buena disposición y pronto egreso del usuario; se proporcionaron estos componentes. El usuario aprendió que la prevención es una estrategia que siempre tiene que poner en práctica recordando los principios del análisis funcional.

Se le solicitó al usuario que mencionara todas las ideas que tuviera respecto a por qué es importante seguir manteniéndose en abstinencia aún y cuando ya no este internado y por qué es importante aprender a anticipar las situaciones de riesgo o los precipitadores que a mediano plazo se le pudieran presentar. Sus ideas fueron: “Primero, encontrar un trabajo, recuperar la confianza de mis padres, mejorar mi salud y sentirme más seguro”.

A continuación se trabajó con planes de acción para enfrentar situaciones de riesgo.

#### Registro de planes de acción para afrontar situaciones de riesgo Prevención de recaídas

1. Situación de Riesgo: “Encontrarme amigos consumidores”.

1. Plan de Acción: “Saludarlos y alejarme inmediatamente, porque si me quedo puedo recaer. Después dirigirme a mi casa y mantenerme ocupado, leyendo o dibujando y si tengo que salir pedir que me acompañen en lo que me acostumbro y ellos dejen de insistirme”.

2. Situación de Riesgo: "Pelea con mis padres".

2. Plan de Acción: "Platicar con mis padres y comentarles lo aprendido, establecer una mejor comunicación, darnos un tiempo fuera para tranquilizarnos, puedo distraer mi pensamiento pensando en cómo conseguir trabajo, salir a caminar cambiando la ruta para no encontrarme a mis amigos. Decirme cosas para tranquilizarme por ejemplo: recordar que en ocasiones hemos peleado y siempre solucionamos nuestras diferencias".

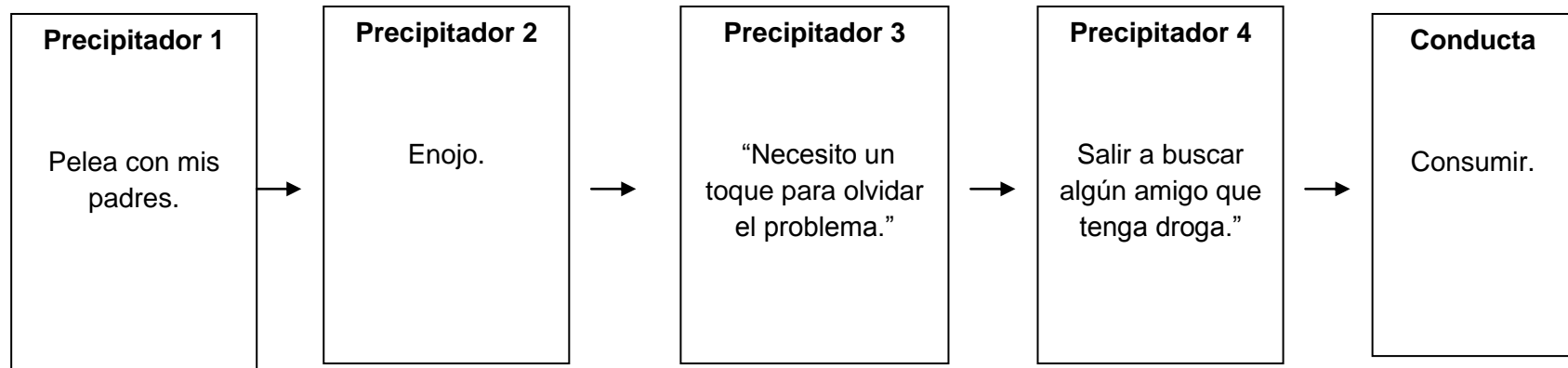
3. Situación de Riesgo: "No controlar mis emociones"

3. Plan de Acción: Revisar mis apuntes (folletos) para recordar las técnicas, respirar profundamente, cambiar mis pensamientos y practicar actividades agradables y distractoras.

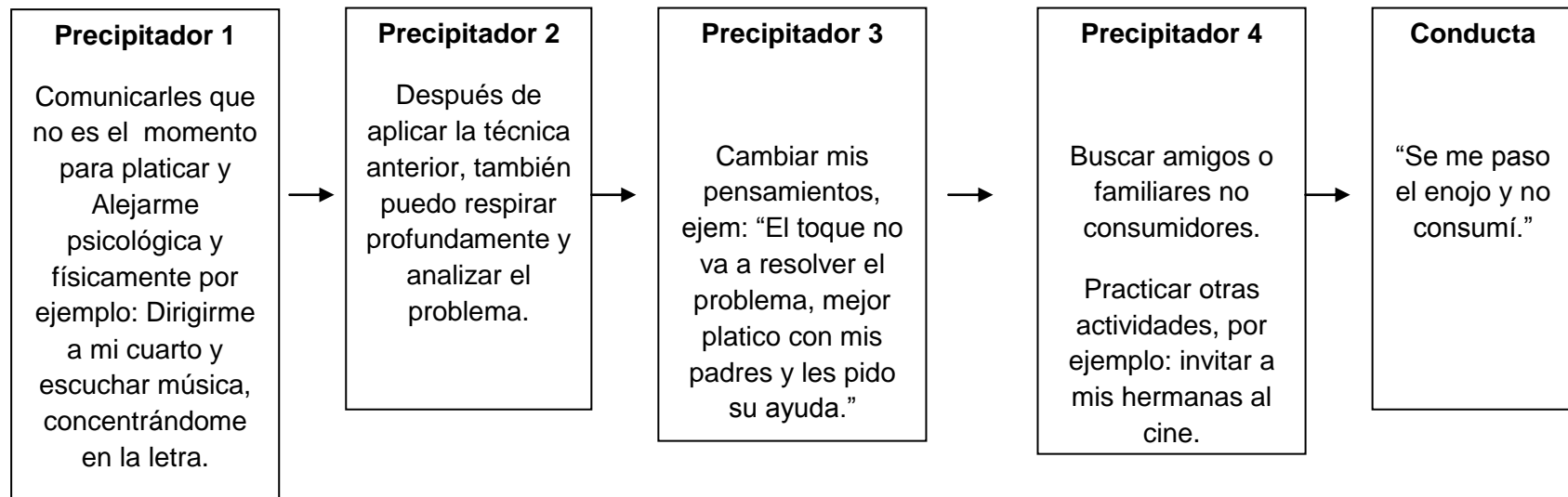
Como el usuario estaba a punto de salir del CAIS, se analizo una situación de riesgo que pudiera presentarse al salir del centro a través una "cadena conductual

## CADENA CONDUCTUAL

### DE CONSUMO



### DE CAMBIO



## **Muestra de abstinencia.**

Se le sugirió que la muestra debería establecerse preferentemente por un periodo de 90 días. Se le explicaron los “beneficios” que podría alcanzar y fortalecer con un período de abstinencia de esta duración.

Se le solicitó la firma de la carta compromiso en la que se establece el período de tiempo, en días en el que el usuario decidió establecer un compromiso para mantenerse en abstinencia. Ejemplo:

Por medio de la presente, yo X me comprometo a llevar a cabo una muestra de abstinencia, por un lapso de 6 meses.

Del 25 de enero de 2008 al 25 de julio de 2008.

- PENSAMIENTOS PRECIPITADORES.
  - Un toque y no va a pasar nada.
  - Llevo mucho tiempo de abstinencia, me merezco un toque.
  - Mis padres no me comprenden.
  
- PENSAMIENTOS NO PRECIPITADORES.
  - Se que si fumo un toque las consecuencias a largo plazo van a ser negativas.
  - Porque echarlo todo a perder por un toque.
  - Comprendo su molestia y logrando mis metas puedo demostrarles que ya cambie.

EVITAR ESTAR CON: las malas amistades. EVITAR ESTAR EN: C.U. solo en mi casa, en las canchas de Torres de Potrero.

## **Consulta Externa**

SESIÓN 8: solución de problemas.

La mamá se comunicó para informar que su hijo llegaría tarde, la cita era a las 11 y el se presentó a las 11:45. Comenta que está buscando trabajo y que mañana tiene una entrevista para ver si ya inicia a trabajar como almacenista; sin embargo, se notaba inquieto, el motivo fue que una muchacha lo rechazó al pedirle que fuera su novia. Este hecho se utilizó para recordar las técnicas para controlar la tristeza (cambio de pensamientos equivocados, practicar otras actividades y buscar lo positivo) y trabajar de el componente de solución de problemas.

Se le solicitó que comentara cuál sería la importancia de adquirir este tipo de habilidades por lo que contestó: “Puedo enfrentar los problemas de una mejor manera sin recurrir al consumo de drogas”.

### **¿Cuál es el problema?**

PROBLEMA: “Platiqué con una muchacha que me gusta y le dije que si quería ser mi novia pero no me acepta porque cree que puedo seguir consumiendo y eso me hace sentir triste y enojado.

### **¿Qué podría hacer para resolver el problema?**

Opción 1: Dejar pasar el tiempo y seguir visitándola para que se de cuenta de que en realidad estoy cambiando.

Opción 2: Hacerle un dibujo y una carta en donde le exprese lo que siento por ella.

Opción 3: Ponerme de acuerdo con su hermana gemela para darle una sorpresa. Comprarle rosas y adornar su estética.

Opción 4: Trabajar y tener mejor aspecto para que ella se sienta más atraída a mí y poderla invitar a algún lugar.

Opción 5: Hacer ejercicio para fortalecerme y que se sienta más atraída y se de cuenta de que llevo una vida sana.

Opción 6: Decirle que ya encontré una novia para que le den celos y se sienta desilusionada.

### **¿Cuál es la mejor opción?**

#### **Opción 1**

Ventajas: Puedo centrar mi atención en el trabajo y en la escuela.

Desventajas: En ese tiempo puede conocer a alguien que si la convenza y se de cuenta de que no me quiere. Que deje el DF. para irse a Aguascalientes.

#### **Opción 2**

Ventajas: Halagarla con comentarios bonitos y hacerla sentir bien para convencerla de que me acepte.

Desventajas: Que sus papás la lean y le provoque problemas. Que no valore el detalle. Que pierda la carta.

#### **Opción 3**

Ventajas: Que se de cuenta de que me interesa mucho. Que se de cuenta que mis intenciones son buenas y que vuelva a confiar en los demás.

Desventajas: Que se enoje porque le ensucie su estética. Que la ponga en ridículo.

#### **Opción 4**

Ventajas: Me daría seguridad y dinero para invitarla y ofrecerle detalles. Que se de cuenta de que soy responsable. Que le puedo ofrecer estabilidad económica y emocional.

Desventajas: Que este conmigo por interés. Que tenga dinero para comprar moto. Que no gane lo suficiente.

#### **Opción 5**

Ventajas: Sentirme bien conmigo mismo. Se daría cuenta de que llevo una vida sana. Puedo conocer a más chicas.

Desventajas: Que me sienta muy vanidoso. Que me lastime. Que ni le interese mi físico.

#### **Opción 6**

Ventajas: Que me ponga atención y me de una oportunidad.

Desventajas: Que piense que en realidad no me interesaba y pierda el poco interés que tenía por mí.

**DECISIÓN:** Trabajar y tener mejor aspecto para que ella se sienta más atraída a mí y poderla invitar a algún lugar.

### **¿Cómo la llevaría a cabo?**

¿Cuándo? En febrero del 2008.

¿Dónde? En la delegación Álvaro Obregón.

¿Cómo? 1. visitar la delegación y pedir informes. 2. Conocer las opciones. 3. Elegir una opción.

¿Cómo me fue con la solución?

Actualmente ya está trabajando en una empresa en donde elaboran hilos.

#### **SESIÓN 9: metas de vida cotidiana**

Es aquí cuando se le indica al usuario que el propósito es aprender a establecer metas específicas para cada área de su vida, así como enlistar el plan a seguir, el cual incluiría las conductas que le permitirán alcanzar su meta e incrementar su satisfacción cotidiana y su calidad de vida. Para esta actividad se utilizó el formato de metas de vida cotidiana.

Antes del llenado se le explicó que: a). las metas se establecen a corto y largo plazo. b). Se planean los pasos que hay que seguir para poder alcanzar cada meta.

Que existen tres reglas básicas para establecer metas:

1. Utilizar Oraciones Breves, para evitar confusión.



2. Establecer las metas y estrategias en forma positiva, es decir indicar qué se desea y que se hará, en lugar de lo que no se desea y no se hará.
3. Utilizar sólo conductas medibles y observables, es decir, hechos concretos que sean evidentes y que se puedan monitorear.

A continuación se ejemplifica el llenado del formato.

### METAS DE VIDA COTIDIANA

Áreas de vida / Metas	Qué tengo que hacer para lograrlo	Cronograma	Logros
<p><b>Sobriedad</b></p> <p>Me gustaría: Mantener mi abstinencia. Por lo pronto 6 meses y después establecer otra fecha.</p>	<p>-Mantenerme ocupado, alejarme de los “amigos”, saber controlar mis emociones, practicar algún deporte, identificar los precipitadores externos e internos.</p>	<p>A diario</p>	<p>Actualmente he tenido recaídas, he fumado mota; sin embargo ya no son tan frecuentes como antes. Ahorita tengo cuatro meses sin consumir.</p>
<p><b>Trabajo</b></p> <p>Me gustaría: Conseguir un trabajo.</p>	<p>Checar las opciones, acudir a entrevistas, ir presentable, tener seguridad.</p>	<p>05-02-08</p>	<p>Estoy trabajando en Morelia como jardinero. Pero en ese lugar me encontré con un compañero que fuma y hace cuatro meses fume un cigarro.</p>
<p><b>Manejo del dinero</b></p> <p>Me gustaría: ahorrar.</p>	<p>Utilizar solo lo necesario (pasajes, ropa, comida etc.). Dárselo a mi mamá para que lo guarde.</p>	<p>Cuando reciba mi sueldo. Cada semana. Cien pesos semanales.</p>	<p>Por lo menos ya pago mis gastos, no les quito a mis padres.</p> <p>En ocasiones he juntado \$200.00 semanales. Ya tengo \$3,000.00. Mi mamá me guarda el dinero.</p>

<p><b>Vida social</b></p> <p>Me gustaría: tener amigos</p>	<p>Tener seguridad en mí. Acudir a fiestas o reuniones familiares.</p>	<p>Cada 15 días o cuando haya oportunidad.</p>	<p>Tengo tres amigos pero uno de ellos fuma.</p>
<p><b>Hábitos personales</b></p> <p>Me gustaría: Hacer ejercicio. correr</p>	<p>Levantarme temprano y disciplinarme.</p>	<p>A diario en las mañanas. Desde hoy 05-02-08</p>	<p>Cuando Salí del CAIS. Lo cumplí durante tres semanas, pero mi trabajo en otra ciudad me altero el ritmo. Ahora tengo un mes haciendo pesas.</p>
<p><b>Relaciones familiares</b></p> <p>Me gustaría: - Convivir más con mis papás.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Platicar con ellos en la comida.</li> <li>- Solicitar ayuda cuando sea necesario.</li> </ul>	<p>A diario.</p>	<p>Está mejorando la comunicación con ellos, porque cada ocho días se comunican conmigo. Antes de trabajar mis padres me platicaban pero me sentía raro.</p>
<p><b>Situación legal</b></p> <p>Me gustaría: Evitar cualquier problema.</p>	<p>Portarme bien. No consumir</p>	<p>A diario</p>	<p>No he tenido ningún problema.</p>
<p><b>Vida emocional</b></p> <p>Me gustaría: Controlar mis emociones (enojo, tristeza, alegría, euforia etc.).</p>	<p>Recordar lo aprendido y revisar mis folletos</p>	<p>A diario.</p>	<p>He cambiado mis pensamientos negativos a positivos, sin embargo; no he revisado el material. Ya no me enojo tan fácilmente ya que mi trabajo me relaja.</p>
<p><b>Comunicación</b></p> <p>Me gustaría: Mejorar la</p>	<p>Trabajar y cubrir mis necesidades. Visitar a mis hermanos. Tener confianza con</p>	<p>Permanente</p>	<p>Mi familia ya me recibe con confianza y cuando los visito, mi mamá me consiente con comida. Ya hay</p>

comunicación con la familia.	mis papás.		más comunicación y copero con algo de dinero.
<b>Satisfacción General</b>  Me gustaría:  Mejorar mi estilo de vida.	Trabajar, estudiar, mantenerme ocupado y sin consumir drogas.	Permanente.	Ya trabajo, me mantengo ocupado; sin embargo todavía tengo que aprender a manejar a mi amigo consumidor. Creo que ya estoy un poco mejor.

### SESIÓN 10: habilidades sociales y recreativas.

Se le pidió que identificara a las personas y situaciones sociales que no estuvieran asociadas con el alcohol y drogas. Por ejemplo: reuniones familiares, jugar patineta, asistir al cine etc. El objetivo fue comprometer al usuario a establecer nuevas amistades que no estuvieran relacionadas con el consumo de sustancias.

Además se le invitó a investigar si alguien lo podría apoyar en su meta de mantenerse sin consumo.

Se le solicitó que programara dos actividades sociales y/o recreativas permanentes y una esporádica a la semana, las cuales deberán registrarse. Ejemplo:

#### HABILIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS REGISTRO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	HORARIO
Actividades permanentes:  1.- Correr.  2.- Dibujar.	Dependiendo de mi horario de trabajo.  1.- Solo.  2.- Solo. (En las tardes).
Actividad esporádica:  1.- Asistir al cine	Fines de semana  Con mis hermanas.

## SESIÓN 11: habilidades de comunicación.

Se le solicitó al usuario que identificara cuál sería la importancia para él la adquisición de estas habilidades y la utilidad para mantenerse en abstinencia.

Se le explicó cada una de las conductas básicas que acompañan a la comunicación:

a) mantener contacto visual que consiste en dirigir la mirada a la cara de la persona con quien se establece la comunicación, b) modular tono de voz que consiste en utilizar una entonación acorde a las emociones por lo que se puede bajar tono de voz si se está decaído, serios o con tono de voz firme si se siente molesto, mostrar interés, duda, preocupación, c) proximidad que consiste en estar cercanos a la persona con la que se está comunicando, d) controlar gestos y postura corporal al utilizarlos para hacer congruente la verbalización al mover las manos, incorporar el cuerpo hacia adelante para reflejar interés, sonreír ante la alegría o emoción de la otra persona o tener contacto físico positivo al abrazarla, tomarle la mano si la escuchamos con angustia o con preocupación.

*Las habilidades que utilizó el usuario fueron:* saber escuchar, ofrecer entendimiento, expresar desacuerdos, recibir críticas.

**Escuchar a otras personas.** Consiste en mostrar interés y entendimiento a la plática o conversación de otra persona.

*Ofrecer Entendimiento o Empatía.* Se le explicó al usuario que el propósito de ofrecer entendimiento o empatía a otra persona consiste en iniciar la comunicación y demostrar que está atento a los pensamientos y sentimientos del otro con respecto al problema o a la situación.

*Expresar Desacuerdo.* Se le modela al usuario expresar su opinión o no coincidencia con la otra persona respecto a alguna situación en la que le pudiera ser de utilidad al usuario aplicar esta habilidad, que requiere que el usuario: 1) utilice el pronombre personal: "Yo": "Desde mi punto de vista" "A mí me parece".

*Recibir críticas.* Se le explicó que recibir una crítica consiste en aceptar y negociar cambios en la propia conducta, ante la expresión de molestia por parte de otra persona; las críticas generalmente son observaciones de otra persona respecto a nuestras conductas que al modificarlas nos sirven para mejorar nuestras relaciones interpersonales y superarnos. Se le mencionó que para recibir una crítica es necesario: 1) no ponerse defensivo, no debatir, no contra-atacar; 2) hacer preguntas que le permitan aclarar y tener más información 3) identificar algo en lo que se pudiera estar de acuerdo con la crítica; y 4) proponer un compromiso.

Ejemplo:

Descripción de la situación: “Me peleé con mi madre y con mi hermana porque me echaron en cara su ayuda y me enoje y me iba a salir de la casa.

*“Después de mostrar interés a los comentario de mi madre y mi hermana. Intenté mostrar entendimiento, les comenté que entendía como se sentían por todo el daño que les había ocasionado y que probablemente tendrían pensamientos sobre si yo seguiría con el consumo, pero que yo merecía una nueva oportunidad. También expresé mi desacuerdo al decirles que yo necesitaba que no me echaran en cara su ayuda porque eso era bastante molesto. Pero tuve la oportunidad de aprender a recibir críticas, antes prefería escapar y refugiarme en las drogas, en esta ocasión acepte mi error”.*

### **Otro significativo**

Se utiliza este componente ya que el usuario reporta tener una recaída en el tercer seguimiento y al analizar las causas, se encuentra que las emociones displacenteras y conflictos con otros son los principales factores que elicitán el consumo. Se observa que la madre no cuenta con estrategias para apoyar a su hijo lo que origina constantes discusiones con el usuario motivo por el cual se disparan los deseos de consumo.

Por tal motivo, el objetivo fue enseñar al otro significativo, en este caso a la madre, conductas eficientes que apoyaran la abstinencia de su hijo, favoreciendo un ambiente de entendimiento, colaboración y apoyo. El otro significativo aprendió a controlar sus emociones ya que contantemente discutía con el usuario. A continuación se desarrollan las sesiones trabajadas.

### **SESIÓN 1:**

Se le explicó en qué consisten las manifestaciones del enojo, cuál es su función, cómo ocurren y se intensifican comenzando a afectar su relación con su hijo.

Se le pidió que mencionara las razones por las que es importante tener un control del enojo y las consecuencias asociadas. La señora menciona que ha vivido situaciones tan negativas con su hijo que esta a la defensiva, solo espera noticias negativas de su hijo. Por tal motivo siempre lo pelea.

Posteriormente se le explicó las tres estrategias para el control del enojo: tiempo fuera, distracción del pensamiento y auto-instrucciones positivas.

AUTO REGISTRO DE ENOJO

SITUACIÓN	¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA, EN QUÉ LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS 1- 10
<p>Cuando se sale mi hijo y este llega muy noche a casa. (llega a las 11:00pm.)</p>	<p>Con mi hijo a las 11:00pm. En mi casa.</p>	<p>Tiempo Fuera y auto instrucciones positivas: “me metí a la cocina para prepararle algo de comer, pensaba en tranquilizarme para apoyar a mi hijo y no presionarlo”.</p>	<p>Fueron favorables ya que se sorprendió que no lo peleara y que le diera de comer. Me comento que le gusta una muchacha y que por eso llega tarde, que le tenga confianza porque tiene planeado ya no consumir. Eso me hizo sentir muy bien.</p>
<p>Con mi hijo cuando no quiere ayudar en la casa (escombrar su cuarto)</p>	<p>Con mi hijo. En las mañanas. En mi casa.</p>	<p>Tiempo Fuera, auto instrucciones y distracción del pensamiento: “Me puse arreglar los arboles del jardín y pensar en el tipo de abono que necesitan.</p>	<p>“Creo que fueron buenos porque ya no le grite. Platique con él y le dije que necesitaba su ayuda porque me cansaba. El se comprometió a ayudarme con su ropa y a buscar trabajo”.</p>
<p>Le pedí a mi hija que dejara de fumar.</p>	<p>Mi hija. En la tarde. En mi casa.</p>	<p>Tiempo fuera: “Fui a la tienda a comprar algunas cosas que no eran tan importantes en ese momento pero pude distraerme”.</p>	<p>Cuando regrese le pedí a mi hija que me ayudara con su hermano y que no quería que el la viera fumando, ya que se le podía antojar. Ella apago el cigarro, no me dijo nada.</p>

## SESION 2:

Se mencionaron las razones por las que es importante tener un control de la tristeza y como esta puede asociarse a su malestar con su hijo. Las creencias que maneja Como: “mi hijo ya no tiene solución, como madre no puedo hacer nada bien”. Provocan que la señora pierda sentido a sus actividades cotidianas.

A continuación se le explicó las tres estrategias para controlar la tristeza: cambio de pensamientos equivocados, realización de actividades agradables y búsqueda de lo positivo.

### AUTO REGISTRO DE TRISTEZA

SITUACIÓN	¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA, EN QUÉ LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS
Me entristece que mi hijo no me escuche, cuando le digo que ya no consuma.	Con mi hijo, en la casa, a cualquier hora.	Cambio de pensamientos: “necesito tranquilizarme y esperar el momento oportuno para expresarle mis inquietudes. Atendí otras actividades dentro de la casa ejemplo: podar los arboles o salir a caminar con mi esposo.	Me sentí un poco más tranquila, porque recordé los momentos agradables que pasaba con mi esposo cuando salíamos a caminar con nuestros hijos. Comentamos que sería importante retomar esta actividad e invitar a nuestro hijo.
Mis hermanas se están alejando de mí.	Mis hermanas, en cualquier momento.	Búsqueda de lo positivo: “yo siempre las he apoyado y espero seguir haciéndolo. Voy a hablarles y preguntarles cómo están.	Cuando les hable se portaron amables, me invitaron a una reunión familiar, me dijeron que ya no me alejara de ellas. Yo estaba equivocada era yo la que me estaba alejando. ¡Me sentí muy bien!
Me siento mal porque mi hija me ignora, cree que toda la atención es para mi hijo.	Con mi hija, a cualquier momento.	Cambiar mi pensamiento: Mi hija no me ignora lo que pasa es que esta molesta porque solicita un poco de mi tiempo. Voy a esperar a que este tranquila y ya habrá momento para hablar. Agarre un libro y me puse a leer.	Poco a poco voy recuperando a mis hijos y a mi esposo, me doy cuenta que mi actitud los estaba apartando de mí. No estar sola hay personas que me están ayudando con mi hijo y eso me ayuda a no ponerme triste. Me siento cada día mejor.

Posteriormente se trabajó con Menú de Reestructuración Cognitiva para el Control de la Tristeza. El otro significativo aprendió a generar un pensamiento positivo alterno al pensamiento negativo. Ejemplo:

### MENÚ DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA TRISTEZA

1. “Me siento muy mal, estoy muy tensa y ya no puedo más”

Pensamiento positivo: “En otras ocasiones me he sentido muy mal pero no me ha pasado nada, voy a relajarme y a poner mayor empeño en mi hijo, he tenido logros importantes”.

2. “No puedo hacer nada bien, soy un fracaso”

Pensamiento positivo: “En ocasiones he tenido fracasos; pero también he tenido muchos éxitos por ejemplo: mi hijo se mantiene en abstinencia y estoy aprendiendo nuevas cosas para ayudarle, entonces puedo hacer muchas cosas”.

3. “Estoy muy sola, nadie me quiere, nadie quiere estar conmigo”

Tengo a mis hijos y a mi esposo que me quieren y quieren estar conmigo. Creo que estamos saliendo adelante. También mis hermanas me aprecian, era yo la que estaba apartándome de ellas.

### SESIÓN 3:

Se le explicó cómo es que un evento, se asocia a un pensamiento “negativo” que la hacen sentir que la situación está muy difícil de enfrentar o de que es incapaz de enfrentarla provocando la ansiedad y como consecuencia sentirse insegura, incapaz, con más temor y reproches hacia si misma.

Las técnicas que aprendió fueron las siguientes: Respiración profunda, relajación muscular progresiva y relajación mental o por imaginación.

Respiración profunda. Este tipo de respiración se divide en tres partes: 1) respiración abdominal, que llega hasta la zona del abdomen y es más profunda; 2) respiración pectoral, que se concentra en la zona media del pecho, su ritmo es más lento y 3) respiración clavicular, en la que se respira con la parte superior de los pulmones, el ritmo es rápido y superficial.

Relajación muscular. Esta consiste en ir tensando y relajando los diferentes grupos musculares, mejores resultados si se acompaña de la técnica de respiración correcta, al ir inhalando y exhalando respectivamente. El usuario debe aprender a diferenciar cuando sus músculos están tensos y cuando están relajados.



Relajación mental. Esta técnica es importante porque los pensamientos influyen de manera directa en la conducta y sentimientos; así que teniendo pensamientos placenteros el usuario puede llegar a una relajación completa

### AUTO REGISTRO DE ANSIEDAD

SITUACIÓN	¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA, EN QUÉ LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS
El pensar que mi hijo vuelva a consumir o este consumiendo me pone muy ansiosa.	Mi hijo. En cualquier momento. En mi casa.	Respiro profundamente y me relajo tensando mis músculos. Además, cambio mis pensamientos, mi hijo no va a consumir le ha echado muchas ganas y no va a recaer. Me pongo a realizar otras actividades.	Siento que todavía necesito trabajar mucho porque tengo miedo a que mi hijo recaiga; sin embargo he aprendido a relajarme y no preocuparme mucho. No puedo decir que me siento muy bien, ahora digo que estoy bien.
Me siento mal porque tengo asistiendo al neurólogo tres meses y cada vez que voy espero malas noticias.	Con el neurólogo. En la cita. En el consultorio.	Respiro profundamente y trato de buscar lo positivo: "necesito estar bien para ayudar a mi hijo. No tengo que preocuparme, es mejor esperar los comentarios del doctor".	Le comente al neurólogo las técnicas que estoy aprendiendo en acasulco y me dijo que esta muy bien y que las siga practicando. Me comento que los resultados de mi último estudio fueron negativos y que mi problema es emocional. ¡Me sentí muy bien!
Solo pienso en comer.	En mi casa a cualquier hora.	Trato de relajarme mentalmente y respirar profundamente: pienso en mi familia, principalmente en mi esposo que siempre me ha apoyado. También distraigo mis pensamientos: veo que mi casa necesita algunas composturas.	Cuando apliqué esas técnicas aprendí que distrayéndome no pensé en comer y eso me hizo sentir que mi tiempo no ha sido perdido y que las técnicas me están ayudando.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos durante las fases de línea base, intervención y seguimiento, son los siguientes:

### CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS

Al iniciar el tratamiento el usuario reportó un nivel severo con 16 puntos, ubicado en el rango de 16-20. En el Post tratamiento se reportó sin problema ya que había terminado el tratamiento, de igual forma en el primer seguimiento No reportó problema, sin embargo en el segundo seguimiento se observa una recaída obteniendo un puntaje de 8 ubicándose en un nivel moderado, pero después de incluir al otro significativo, se observa que en el tercer seguimiento retoma su abstinencia

#### Cuestionario de abuso de drogas

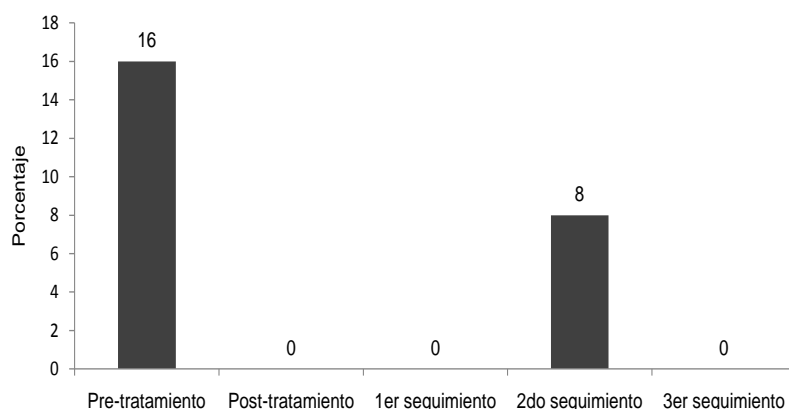


Figura 44. Se observa una recaída en el segundo seguimiento, como estrategia se incluyó el componente “otro significativo”.

### INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS

En la evaluación el usuario reportó a las emociones displacenteras, conflicto con otros y tiempo placentero con otros como las tres principales situaciones de consumo. En el post- tratamiento y primer seguimiento se observa buen manejo de las situaciones, sin embargo es en el segundo seguimiento cuando se observa que las principales situaciones que lo llevaron a recaer son: prueba de control personal con un porcentaje de 26%, emociones

displacenteras con el 23% y conflicto con otros con el 9%. Es en el tercer seguimiento cuando retoma su abstinencia.

### Inventario de situaciones de consumo de drogas

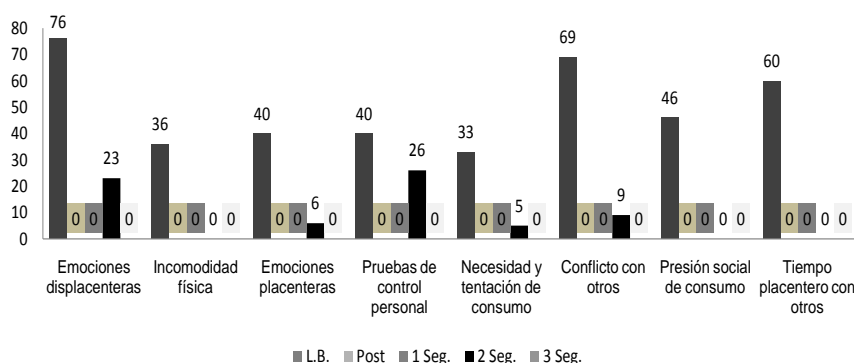


Figura 45. En el segundo seguimiento se puede observar las principales situaciones que influyeron para que el usuario presentara una recaída.

### CUESTIONARIO DE AUTOCONFIANZA DE CONSUMO DE DROGAS

Antes del tratamiento se observa que el usuario tenía poca confianza de no consumir principalmente en las situaciones de prueba de control personal, presión social de consumo y emociones displacentera con un porcentaje del 68%, 76% y 78% respectivamente. Es en el post-tratamiento y primer seguimiento donde se puede observar mayor autoeficacia para enfrentar todas las situaciones de riesgo, pero es en el segundo seguimiento donde se observa que en emociones displacenteras, en incomodidad física y necesidad y tentación de consumo con porcentajes de 70% y 80% respectivamente, son las situaciones en donde el usuario tiene poca confianza y por lo tanto se convierten en situaciones de riesgo. En el tercer seguimiento se retoma una mayor autoeficacia.

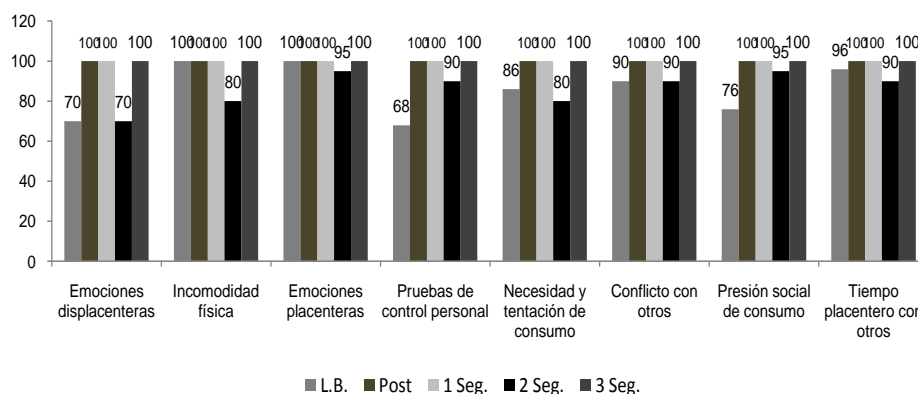


Figura 46. En el segundo seguimiento se observa que en emociones displacenteras, incomodidad física y necesidad tentación de consumo, presenta poca confianza ante situaciones de riesgo.

## ESCALA DE SATISFACCIÓN GENERAL

Como se puede observar al inicio del tratamiento el nivel de satisfacción en las diferentes áreas fue bajo, esto se entiende por el abuso de las sustancias. En el post-tratamiento y primer seguimiento se observa un incremento importante del nivel de satisfacción principalmente en las áreas de sobriedad, situación legal y hábitos personales, es de nueva cuenta en el segundo seguimiento cuando disminuye el nivel de satisfacción de manera significativa en progreso en el trabajo, esto se entiende porque el usuario perdió el trabajo como en otras ocasiones. En el tercer seguimiento se observa que poco a poco se va incrementando su satisfacción.

### Escala de satisfacción general

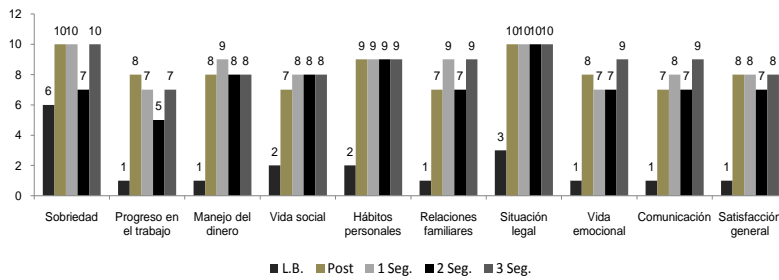


Figura 47. En el segundo seguimiento disminuye el nivel de satisfacción de manera significativa.

## PATRON DE CONSUMO

Se puede observar los diferentes cambios a través del tratamiento. Es en el segundo seguimiento cuando se observa una recaída; sin embargo al incluir el otro significativo retoma su abstinencia sin consumir cocaína.

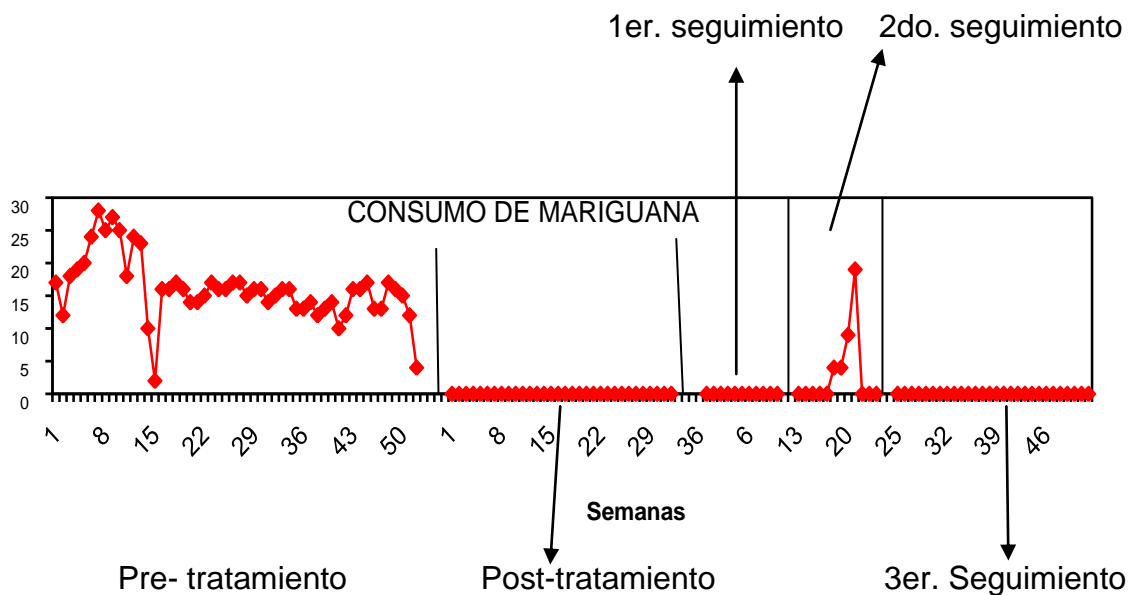


Figura 48. En el segundo seguimiento se presentó una recaída consumiendo marihuana.

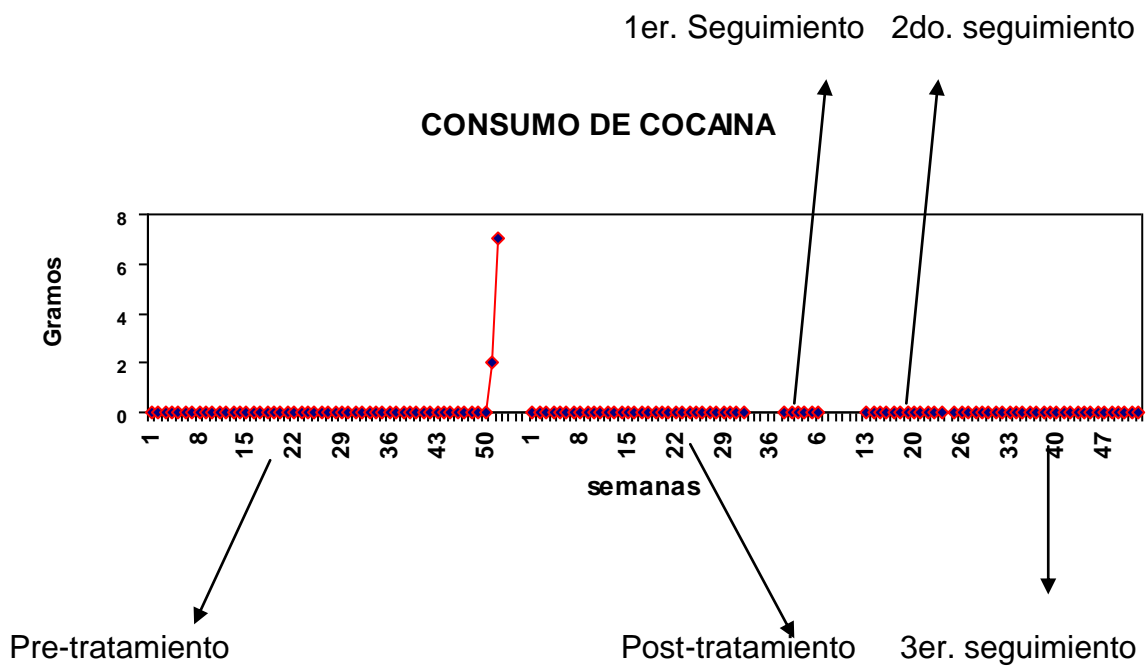


Figura 49. El usuario mantiene su abstinencia en el consumo de cocaína.

## CONCLUSIONES

Se puede observar que dos de las principales situaciones de riesgo para recaer son los conflictos familiares y el no encontrar trabajo. Al incluir a su madre como “el otro significativo” ayudo a fortalecer la abstinencia del usuario, ella aprendió a controlar sus emociones las cuales se convertían en situaciones de riesgo ya que constantemente manifestaba su enojo de manera agresiva, corriéndolo de su casa y reclamándole su mala conducta. Ahora los familiares y el usuario reportan una mejor convivencia familiar. Reconocen que existen otras actividades como el platicar y tener reuniones con otros familiares en las cuales encontraron importante apoyo, se dieron cuenta que existen otras personas en quien confiar.

Actualmente él usuario trabaja en una gasolinera, lugar en donde no puede fumar, el comenta que se siente momentáneamente satisfecho ya que esta actividad lo mantiene en abstinencia, ha reconocido que el mantenerse ocupado y el contar con sus familiares son sus principales reforzadores para no consumir; sin embargo al no sentirse satisfecho en ese empleo puede convertirse en factor importante para una nueva recaída para ello a través de llamadas telefónicas se ha podido dar seguimiento y verificar su progreso recordándole al usuario que cuenta con el apoyo de su terapeuta y que será importante seguir trabajando el componente metas de vida sin descuidar los demás.

Por el momento, se puede concluir que el tratamiento ha sido efectivo para mantener su abstinencia e incrementar su nivel de satisfacción. Se espera que no solo la madre se involucre en el apoyo de su hijo, el padre tiene la necesidad de conocer las diversas técnicas, de ser así se incrementaría el éxito de su abstinencia. Se espera que sus recaídas sean menos frecuentes y que pueda conseguir un grado de estabilidad, una abstinencia continuada. Es indiscutible que la recuperación más deseable es tener un mínimo número de recaídas, aprender a evitarlas y a recuperarse con éxito.

El usuario aprendió que una recaída no es el fin del mundo y que no es un error imposible de evitar. El usuario tendrá que esforzarse por elaborar mejores planes de acción, revisar los posibles factores de riesgo y corregirlos.

## REFERENCIAS

- Anderson, P. (2006). *Global use of alcohol, drugs and tobacco*. Drug and Alcohol Review, 25, 489-502.
- Annis, H. (1982). *Inventory of Drinking Situations*. Toronto: Addiction Research foundation of Ontario.
- Annis, H., Graham, J.M. & Davis, C.S. (1987). *Inventory of Drinking Situations (IDS): User's Guide*. Toronto Research Foundation of Ontario.
- Annis, H.M. y Martin, G. (1985). *Inventory of drug taking situations*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Annis, H., Graham, J., & Martín, J., (1988). *Situational confidence questionnaire (SCQ) user's guide*. Addiction Research Foundation.
- Ayala, H., Echeverría, L. Sobell, M. y Sobell, L. (2001). *Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México*. En H. Ayala y L. Echeverría (eds.) *Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, H. (2001). *Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: resultados iniciales*. En H. Ayala y L. Echeverría (eds.) *Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, V., Cárdenas, L. G., Echeverría, L., Gutiérrez, L. M. (1998). *Manual de auto ayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa. UNAM.
- Azrin, N., Naster, B., y Jones, R. (1973). *Reciprocity counseling: A rapid-learning based procedure for marital counseling*. Behavior Research and Therapy.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. NY: Holt, Rinehart.
- Bandura, A. (1978). *The self-system in reciprocal determinism*. NY: Holt, Rinehart.
- Barragán T. L., Flores, M. M., Medina-Mora, M. E., Reidl, M. L. (2007). *Adaptación del "Community Reinforcement Approach" para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas en población mexicana*. En Echeverría, S. V. L, Carrascoza, C. & Reidl, M. L. (Eds.) *Prevención y tratamiento de conductas adictivas*. UNAM.

- Barragán, T. L. (2005). *Modelo de intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, UNAM.
- Barragán, T. L., Flores, M. M., & Ayala, V. H. (2007). *Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana en Usuarios Dependientes de Alcohol y otras Drogas*. *Salud Mental*, Vol. 30, No. 3, pp. 29-38
- Beck A., Wright F., Newman C., Liese B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Bodino C. (2001). *Las adicciones, del uso a la dependencia*. Buenos Aires, Longseller.
- Chassin, L., Pitts, S.C., & Prost, J. (2002). *Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: Predictors and substance abuse outcomes*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 67-78.
- Crome I. (2004). *Comorbidity in Young people: perspectives and challenges*. *Acta Neuropsychiatrica*. 16, 47-53.
- De la Fuente, M. E., Villalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F. y Ayala, H. (2001). *Cuestionario de Abuso de Drogas. Adaptación de un Instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.
- Echeverría, L., y Ayala H., (1977). *Cuestionario de confianza situacional: Traducción y Adaptación*. México. UNAM.
- Echeverría, L., Oviedo, P., y Ayala, H., (1998). *Inventario situacional de consumo de alcohol*. En Ayala, H; Cárdenas, G; Echeverría, L; Gutiérrez, M, (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa y Facultad de Psicología.
- Edwards, G., & Gross, M.M., (1986). *Alcohol Dependence: Provisional description of a clinical syndrome*. *British Medical Journal*. 1, 1058-1061.
- ENA – *Encuesta Nacional de Adicciones* (2003). Drogas ilegales. México.
- ENA – *Encuesta Nacional de Adicciones* (2008). Drogas ilegales. México.
- Feldstein S., Miller W. (2006). *Substance use and risk-taking among adolescents*. *Journal of Mental Health*, 15, 633-643.



- Fleiz, C., Borges G., Rojas E., Benjet C., Medina M. (2007). *Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes*. Salud Mental, 30, 5, 63-72.
- Grant, B. Stinson, F., Dawson, D., Chou P., Ruan W., Pickering R.(2004). *Co – occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States*. Arch Gen Psychiatry. 61, 361-368.
- 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
- Horn, J.L. & Wanberg K. W, (1969). *Symptom patterns related to excessive use of alcohol*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol.
- Jane E. & Matytsina I. (2006). *Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs*. Drug and Alcohol review. November, 25, 515-536.
- Kandel D., Johnson J., Bird H. Canino G., Goodman S., Lahey B., Regier D., Schwab M. (1997). *Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents*. Findings from the Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. J Abnorm Child Psychol. 25, 121-132.
- Lipschitz D., Grilo C., Fehon D., McGlashen T. Southwick S. (2000). *Gender differences in the associations between post – traumatic stress symptom and problematic substance use in psychiatric in-patient adolescents*. J. Nerv Ment. 188, 349-356.
- 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.
- Marlatt, G., Gordon, J. (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Méndez, B., Vázquez, F. y Oropeza, R. (2006). *Autorregistro del deseo y del consumo de cocaína*.
- Miller, W. (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Rockville: U. S. Department of Health and Human Services.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Nation M., Anne C. (2006). *Risk Factors for Serious Alcohol and Drug Use: The Role of Psychosocial Variables in Predicting the Frequency of Substance Use Among Adolescents*. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 32, 415-433.

- Naciones Unidas. (2003). *Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas Viena. Tratamiento Contemporáneo del Abuso de Drogas*. Análisis de las pruebas científicas. Nueva York. 1-17.
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, Aplicación y Evaluación de un Programa de Tratamiento Breve Cognoscitivo Conductual dirigido a Consumidores de Cocaína*. Tesis de Doctorado. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, UNAM.
- Rehm J., Taylor b., Room R. (2006). *Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco*. Drug and Alcohol Review. 25, 503-513.
- Reyes Lagunes, I. (1993). *Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos* En: revista de psicología social y personalidad. 1, 84-97.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (2006). *Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud*. Dirección General de Epidemiología. Dirección de Investigación Operativa Epidemiológica.
- Sobell, L. & Sobell, M. (1992). *Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption*. In J. Allen & R.Z. Litten, Measuring alcohol consumption.
- Shafey O. Dolwick s. Gindon GE: *Tobacco control country profiles*. Geneva: World health Organisation. 2003.
- Skinner, H., (1982). *The Drug Abuse Screening Test/Addictive Behaviors*.
- Suzuki K. Takeda A, Matsushita S. (1995). *Co – prevalence of bulimia and alcohol abuse and smoking among Japanese male and female high school students*. 90, 971-975.
- Tober, G. (1991). *Motivational interviewing with young people*. In W.R. Miller & S. Rollink, Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guildford Press. 248-259.
- Torrens, M., Astals, M., Martín-Santos, R., Domingo-Salvany, Antonia. (2004). *Evaluación de la comorbilidad psiquiátrica*. Barcelona España. 463- 475.
- Unnithan S., Gossop M., Strang J. (1992). *Factors associated with relapse among opiate addicts in an out-patient detoxification programme*. British Journal of Psychiatry. 309, 103 y 104.

- Villatoro J., Medina Mora., Cravioto P., Fleiz C., Galvan f., Rojas E., Castrejon J., Kuri P., García A.: *Uso y abuso de drogas en México: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. Observatorio mexicano en tabaco alcohol y otras drogas 2003.
- Weddington W. (1992). *Cocaine abstinence: withdrawal or residua of chronic intoxication?* American Journal of Psychiatry. 149, 1761-1762.
- Wittchen H., Jacobi F. (2005). *Size and burden of mental disorders in Europe a critical review and appraisal of 27 studies*. Eur Neuropharmacol. 15, 357-376.
- Wills T. Sandy J., Yeager A., Cleary S. Shinar O. (2001). *Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: A latent growth analysis*. J. Abnor Psychol. 309-323.
- Wodak A. Sarkar S. Mesquite F.: *The Globalization of Drug Injecting*. Addiction. 2004.
- World Health Organisation. (2004). *Global status report on alcohol*.
- Yahne, C.E. y Miller, W.R. (1999). *Enhancing motivation for treatment and change Addictions: A comprehensive guidebook*. Oxford University Press
- Zabicky, G. (2003). *La enfermedad dual conformada por el alcoholism y ladepression*. FISAC.