



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON
RESIDENCIA EN ADICCIONES**

**PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA PARA LA
REDUCCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
VERÓNICA MONTES CASTRO

TUTORA: DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ
REVISOR: DR. CÉSAR CARRASCOZA VENEGAS

COMITÉ TUTORAL
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
MTRA. ROSAURA DE LA TORRE GÓMEZ



México, D. F.

Abril 2011



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.

Índice

	Página
Resumen	1
Introducción	2
I. Reporte de Experiencia Profesional	4
1. Contexto Psicosocial del Fenómeno de las Adicciones.	5
1.1 Tendencias del consumo de sustancias en México.	5
1.2 Factores de riesgo y de protección involucrados en el consumo de drogas.	6
1.3 Problemas asociados al consumo de drogas	8
1.4 El Enfoque Cognitivo-Conductual en el Comportamiento Adictivo	10
1.5 La Prevención de Conductas Adictivas	13
1.6 Implicaciones para el Tratamiento de Conductas Adictivas	17
2. Formulación de programas	23
2.1 Actividades de prevención de adicciones. Talleres Interactivos para la Promoción de la Salud	24
2.1.1 Método	24
2.1.2 Resultados	25
2.1.3 Conclusiones	30
2.2 Actividades de tratamiento de adicciones.	
2.2.1 Programa de Satisfactores Cotidianos. Modalidad Grupal	30
2.2.1.1 Método	31
2.2.1.2 Resultados	34
2.2.2 Programa de Satisfactores Cotidianos. Tratamiento Individual	40
2.2.2.1 Método	41
2.2.2.2 Resultados	47
2.2.3 Conclusiones	64
II. Sesión Típica del Ejercicio Profesional	67
1. Método	68
2. Resultados	77
3. Conclusiones	82
Referencias	86
Anexo	93

PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA PARA LA REDUCCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS

RESUMEN

En nuestros días el abuso de drogas constituye uno de los problemas de salud pública más importantes y tanto su consumo como sus problemas asociados son temas preocupantes y prioritarios para muchas naciones. Cada vez adquiere mayor importancia desarrollar programas preventivos y de tratamiento eficaces ante un problema de tal magnitud. Asimismo, es necesario continuar capacitando a profesionales de la salud con herramientas útiles que ayuden a la población, en particular a los adolescentes, a afrontar un ambiente competitivo y exigente como el actual sin necesidad de recurrir al consumo de sustancias.

El presente reporte tiene como objetivo mostrar las actividades de prevención y de tratamiento llevadas a cabo durante la experiencia en la Maestría en Psicología de las Adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM. En la primera parte se aborda el contexto psicosocial del fenómeno de las adicciones y su explicación desde el enfoque cognitivo-conductual, así como el desarrollo de los talleres de prevención de adicciones y la aplicación de un programa de intervención breve en sus modalidades individual y grupal. La segunda parte muestra un caso clínico de consumo de cocaína y su tratamiento a través del Programa de Satisfactores Cotidianos.

Los resultados sugieren que los talleres de prevención proporcionaron elementos para que los jóvenes reflexionaran sobre el abuso del alcohol y se formaran una actitud responsable ante el consumo. Por su parte, la modalidad grupal del Programa de Satisfactores Cotidianos cumplió con el objetivo de brindarle a un grupo de personas internadas un conjunto de habilidades complementarias en su proceso de tratamiento, en tanto que a través de la intervención individual fue posible ayudar a diversos usuarios a cambiar aspectos de su estilo de vida cuya insatisfacción les impedía mantenerse en abstinencia del consumo de drogas.

Por último, se describe paso por paso una sesión típica en la que se emplearon estrategias cognitivas, conductuales y motivacionales, por medio de las cuales un usuario abandonó el consumo de crack. El indicador más importante que se tuvo para determinar el éxito de la intervención fue la reducción del consumo de droga hasta llegar a la abstinencia.

INTRODUCCIÓN

En nuestros días el abuso de drogas constituye uno de los problemas de salud pública más importantes y tanto su consumo como sus problemas asociados son temas preocupantes y prioritarios para muchas naciones, algunas de las cuales destinan una considerable cantidad de recursos económicos y humanos en labores de prevención y tratamiento de conductas adictivas.

Cada vez adquiere mayor importancia desarrollar programas preventivos y de tratamiento eficaces ante un problema de tal magnitud. Asimismo, es necesario continuar capacitando a profesionales de la salud con herramientas útiles que ayuden a la población, en particular a los adolescentes, a afrontar un ambiente competitivo y exigente como el actual sin necesidad de recurrir al consumo de sustancias.

Por tanto, los psicólogos tienen la responsabilidad de promover su participación en el diseño e instrumentación de los modelos de prevención y tratamiento ya que sus conocimientos están sustentados en la investigación experimental por lo que su contribución sería muy significativa. Además, el psicólogo está capacitado para ofrecer intervenciones terapéuticas eficaces, regidas por un código ético y congruente con las condiciones personales y sociales del usuario. Asimismo, ha promovido una mayor participación de la comunidad en su propio beneficio, apoyándola en la planeación y en el desarrollo de programas preventivos.

Dentro de las medidas que ya se han tomado en consideración para favorecer un nivel de salud estable e impedir el problema del abuso de sustancias, se encuentran: contar con una visión integral del ser humano; construir una comunicación adecuada entre los profesionales de la salud; identificar a los grupos de alto riesgo y trabajar dentro de sus comunidades; desarrollar instrumentos que midan factores de riesgo; fomentar que la propia comunidad participe en el cuidado de su salud; profundizar en el estudio de las variables psicosociales que intervengan en la adicción a sustancias, así como trabajar bajo un enfoque de prevención más que de tratamiento (Sánchez-Sosa, 2001).

Por tanto, el psicólogo es un recurso humano muy importante, en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud y, que participa activamente junto a otros profesionales, abordando de una manera integral al individuo.

En este contexto, el presente reporte tiene como objetivo mostrar las actividades de prevención y de tratamiento llevadas a cabo durante la experiencia en la Maestría en Psicología de las Adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM. En la primera parte se aborda el contexto psicosocial del fenómeno de las adicciones y su explicación desde el enfoque cognitivo-conductual, además se presentan las tendencias del consumo de sustancias en México, los factores de riesgo y de protección involucrados en esta conducta, y las implicaciones en prevención y tratamiento del comportamiento adictivo.

Los resultados sugieren que los talleres de prevención proporcionaron elementos para que los jóvenes reflexionaran sobre el abuso del alcohol y se formaran una actitud responsable ante el consumo. A través de 21 talleres impartidos a jóvenes que se encontraban cursando el nivel medio superior, se brindó información a quienes estuvieran en riesgo de consumo explosivo de alcohol, sobre temas como el consumo moderado,

creencias en torno a las bebidas alcohólicas, así como datos epidemiológicos del consumo en nuestro país.

Asimismo, se presentan los alcances de la aplicación del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) en una muestra de 10 usuarios con dependencia sustancial o severa a drogas. La mitad de los casos permanecieron bajo una modalidad de tratamiento residencial en el CAIS "Torres de Potrero", mientras que el resto sólo estuvo en el área de consulta externa. Se observa como a través de la intervención individual fue posible ayudar a dichos usuarios a cambiar aspectos de su estilo de vida cuya insatisfacción les impedía mantenerse en abstinencia del consumo de drogas. Se emplearon las listas de cotejo del PSC para evaluar el grado de dominio de las estrategias.

Por su parte, la modalidad grupal del PSC cumplió con el propósito de brindarle a la mayoría de las personas internadas en el CAIS un conjunto de habilidades complementarias en su proceso de tratamiento. Si bien es cierto que algunos usuarios ya recibían el programa de manera individual no se alcanzaba a cubrir la totalidad de la población, lo que justificó la necesidad de impartirse al resto de los internos. El Cuestionario de Satisfacción aplicado proporcionó información respecto a la relación entre el expositor y los participantes, a la claridad con la que se abordó el componente, la utilidad del tema en la vida cotidiana, la duración de la sesión grupal, el apoyo en la solución de problemas y el fomento de la participación individual.

Por último, se describe paso por paso una sesión típica en la que se emplearon estrategias cognitivas, conductuales y motivacionales, por medio de las cuales un usuario abandonó el consumo de crack. El indicador más importante que se tuvo para determinar el éxito de la intervención fue la reducción del consumo de droga hasta llegar a la abstinencia. Además, la intervención reflejó su efectividad en la disminución del nivel de problemas asociados al consumo. En síntesis, los planes de acción ejecutados por el usuario y la guía proporcionada por el programa de intervención se conjugaron para el incremento en la confianza del usuario en mantenerse en abstinencia y por lo tanto, disminuir los problemas asociados al consumo.

I. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

1. CONTEXTO PSICOSOCIAL DEL FENÓMENO DE LAS ADICCIONES

1.1 Tendencias del consumo de sustancias en México

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, indicaron que casi 27 millones (26 828 893) de mexicanos toma alcohol con poca frecuencia pero cuando lo hace es en grandes cantidades. Alrededor de 4 millones (3 986 461) son usuarios consuetudinarios, es decir, toman grandes cantidades por lo menos una vez a la semana o con mayor frecuencia. En tanto, los usuarios que cumplen con los criterios de dependencia al alcohol son 4 168 063. El patrón de consumo diario es el menos frecuente en la población mexicana, puesto que 8 de cada 1000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer.

El tipo de bebidas preferidas por la población entre 12 y 65 años son, en primer lugar la cerveza, le siguen los destilados y, en menor proporción el vino de mesa y las bebidas preparadas. El segmento de la población en el que se observaron los niveles más altos de consumo de alcohol es entre los 18 y 29 años. Rebasando esta edad, disminuye el nivel de consumo. El riesgo para los adolescentes es que están aprendiendo estos patrones de los adultos.

Respecto al consumo de tabaco, se encontró que alrededor de 27 millones de personas de entre 12 y 65 años han probado por lo menos una vez en su vida el tabaco. En general, la edad a la que comúnmente empiezan a fumar es a los 17.1 años, sin embargo, al analizar al grupo de población adolescente, se observa que inician el consumo desde los 13.7 años.

Son dos las razones fundamentales para iniciar el consumo de tabaco: la curiosidad y convivir con familiares, amigos o compañeros fumadores. Un alto porcentaje de adolescentes empezó por curiosidad (68.6%), en tanto que un 24.1% fue debido a la convivencia con fumadores.

A nivel nacional, en la población de 12 a 65 años se observó que casi 13 millones de personas habían fumado alrededor de 100 cigarrillos en su vida, es decir, lo equivalente a 5 cajetillas.

En cuanto a las personas que no sólo han fumado alguna vez en la vida sino que han fumado durante el último año, la ENA 2008 señala que existen cerca de 14 millones de fumadores activos en la población de 12 a 65 años, de los cuales 27.8% fueron hombres y 9.9% son mujeres.

Los ex fumadores, es decir, quienes ya abandonaron el hábito hace más de un año fue el 17.1% de la población nacional, mientras que aquellos que nunca han fumado en la vida representan el 64.4% de la población de 12 a 65 años.

En cuanto al método para dejar de fumar, sólo el 2.6% de los adultos y el 0.6% de los adolescentes ha estado en algún tipo de tratamiento. Es más probable que lo intente un adulto que un joven (51.3% y 42.3% respectivamente).

Por su parte, drogas como la marihuana, los inhalables, la cocaína, entre otras sustancias ilegales ha aumentado de 4.6% (ENA, 2002) a 5.2% según la más reciente encuesta. Por cada 4.6 hombres que consume drogas ilegales lo hace una mujer. Sin

embargo el consumo de las mujeres se duplicó: de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, en tanto que el de los hombres aumentó de 8 a 8.8%.

Entre las drogas más usadas en México están la marihuana y la cocaína. Su consumo se incrementó en ambas, ya que la primera pasó de 3.5 a 4.2%, mientras que el uso de cocaína se duplicó: de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008.

El porcentaje de la población de 12 a 65 años que ha usado drogas ilegales alguna vez en la vida es de 5.7%. Se observó que los hombres presentan mayor consumo de estas sustancias que las mujeres en una proporción de 3.5 hombres por cada mujer.

El período crítico para iniciar el consumo de drogas ilegales es antes de los 26 años de edad, con un total de 89.7%. En el caso de los inhalables, la marihuana y las metanfetaminas, es común el inicio de uso antes de los 18 años (63.3%, 55.7% y 46.5% respectivamente). Las personas encuestadas entre 18 y 25 años mencionaron haber comenzado el consumo de cocaína a esta edad en el 48.5% de los casos, así como de alucinógenos (53.1%) y de heroína (45.7%).

Como se ha visto, el consumo de drogas se ha extendido a un sector importante de la población lo que puede conducir a la reflexión de que no existe un motivo único ni una manera exclusiva de involucrarse en una conducta adictiva a sustancias. Es producto de la interacción de diversos factores y sólo a partir de su consideración se puede ver de manera integral al fenómeno del consumo (Nató y Rodríguez, 2001; Castro, Tapia Conyer, 2001).

1.2 Factores de riesgo y de protección involucrados en el consumo de drogas

Los factores de riesgo son aquellos elementos que aumentan la probabilidad de que se presente una conducta, y a medida que se sumen varios de ellos también se incrementa la probabilidad de que suceda, en este caso, el consumo de drogas. Dichos factores están presentes a otros niveles partiendo del individuo mismo dada su vulnerabilidad biológica o bien a aspectos caracterológicos y contextuales. Por su parte, los factores de protección son los que disminuyen la probabilidad de que se presente el consumo de drogas.

Un factor de riesgo en el inicio del consumo de drogas ilegales es haber empezado a fumar tabaco o ingerir alcohol antes de los 18 años. De tal forma, el 17% de los que habían fumado siendo menores de edad experimentaron también con otras drogas. El porcentaje disminuye (6.9%) para quienes empezaron a fumar entre los 18 y 25 años. Respecto a alcohol, el 15.8% de quienes tomaron bebidas alcohólicas antes de los 18 años inició también el consumo de otras drogas. Sólo el 4.7% de los casos que empezaron a tomar entre los 18 y 25 años se involucró en otras drogas.

Respecto a los factores que están *asociados con la sustancia*, se ha observado que la droga adquiere importancia en la medida en que cumple determinada función para el usuario de la misma y otorgándole un significado concreto. Asimismo, deben considerarse sus propiedades farmacológicas, la vía de administración y la capacidad de generar adicción (Tapia, 2002).

Aunque el contexto social puede ejercer una intensa presión hacia el consumo de drogas, el individuo puede tener la posibilidad –si ésa es su decisión y dispone de las habilidades necesarias para mantenerla- de rechazar tal presión e incluso de modificar el ambiente. Algunos de estos *factores de riesgo individuales* se describen a continuación.

La autoeficacia o el sentimiento de ser capaz y competente es de gran importancia para enfrentar el ofrecimiento de drogas y resolver los problemas que la vida le plantea al individuo (Nató y Rodríguez, 2001). Asimismo, la asertividad le ayuda al individuo a mantener sus propias opiniones según su criterio.

Otros factores de riesgo asociados con la experimentación y el uso continuo de las drogas provienen de la esfera cognitiva. Así, la probabilidad de uso se incrementa cuando el adolescente no percibe riesgo de probar sustancias y, cuando presentan síntomas de depresión o ideación suicida (Medina-Mora, 1995). La Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes (2006) refiere que existe una parte considerable de la población adolescente que ve muy peligroso el uso de drogas tales como la marihuana (66.9%) y la cocaína (79.4%). No obstante, la percepción del riesgo en cuanto a alcohol o a tabaco es visiblemente menor, ya que 49% considera muy peligroso el uso frecuente de alcohol, en tanto que el 52% de los jóvenes ve muy peligroso el fumar 5 o más cigarrillos diarios (Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes, 2006).

Más factores de riesgo de tipo individual en el consumo de drogas, según Nató y Rodríguez (2001) son: ansiedad elevada; desconocimiento de las consecuencias del uso de drogas y poseer expectativas positivas respecto al consumo; actitudes de evasión de la realidad; bajo autocontrol; pobre satisfacción en diversas áreas de vida, dificultad en la toma de decisiones y en la solución de problemas.

Por su parte, los factores que protegen al adolescente de las conductas de consumo de drogas son: habilidades de autocontrol, tolerancia a la frustración, autonomía personal, uso del tiempo libre de modo gratificante, habilidad para la toma de decisiones y solución de problemas, manejo de estrés y ansiedad.

Un dato que refuerza la afirmación de que a mayor disponibilidad a las sustancias existe mayor probabilidad de consumo, es que casi la mitad de quienes han estado expuestos a la venta o compra (58% de los hombres y 53.1% de las mujeres) terminan por probarla (ENA, 2008). Incluso, una mujer tiene mayor probabilidad que un hombre de probar marihuana si se la ofrecen. Se encontró que los menores de edad encuestados tienen una mayor probabilidad de usar sustancias cuando están disponibles, que quienes tienen 18 años o más. Una vez que un adolescente consume abusivamente sustancias, avanza hacia la dependencia en 35.8% de los casos.

Entre los factores de protección en el ámbito social, se encuentran la generación de leyes que limiten o regulen la accesibilidad a las drogas. Tienen un efecto protector sobre los individuos e implica la articulación de mecanismos de control en la oferta y la demanda (Hualde, 1990). Además, la realización de actividades saludables en el tiempo libre, promoción de valores relacionados con la responsabilidad y fomento de actitudes prosociales (Macià-Antón, 2000).

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con el ámbito familiar, se ha demostrado que los hijos de familias muy cohesionadas tienen menor probabilidad de implicarse en el consumo de drogas (Nató y Rodríguez, 2001; Tapia Conyer, 2002).

A propósito de la influencia de figuras significativas como los papás o los hermanos, se observó que es 4.5 veces más probable que un adolescente se involucre en el consumo si dichos modelos usan algún tipo de droga. En tanto, la probabilidad es mayor

hasta por 10.4 veces cuando el mejor amigo consume (ENA, 2008). Dicha encuesta también señala que vivir bajo el amparo de la familia es un factor que puede evitar hasta en un 85% el ofrecimiento de drogas regaladas y, a la inversa, cuando no se vive en familia existe una probabilidad del 80% de que les ofrezcan drogas.

Un clima familiar conflictivo y/o violento (discusiones, ruptura familiar) o escaso de afecto (incomunicación, ausencia de expresiones de cariño, frialdad afectiva) puede favorecer la posibilidad de implicarse en un consumo de alcohol, tabaco o drogas ilegales (Berkowitz y Perkins, 1986; Otero et al., 1989; Piercy, Volk, Treper y Sprenkle, 1991; Friedman y Utada, 1992). Sin embargo, cuando el individuo ha pasado a consumir drogas como la cocaína o de diseño, existe una influencia superior de parte de las personas con las que convive, por encima del conflicto familiar (Muñoz-Rivas, 2001).

Cuando un adolescente se apoya en los padres en la solución de problemas personales y mantienen un adecuado nivel de comunicación familiar (Alonso y Freijo, 1996) y, cuando los padres se muestran no permisivos ante el consumo de sustancias entre sus hijos (Hansen, Olivarius, Beich y Barford, 1999), pueden indicar una menor implicación del joven ante cualquier tipo de sustancia.

Respecto al ámbito escolar, el asistir a la escuela es en sí un factor protector del consumo de drogas como lo es el desempeño en la escuela. Datos de la ENA 2008 documentaron que los jóvenes entre 12 y 25 años que acuden a la escuela están menos expuestos al ofrecimiento de drogas regaladas como la marihuana en un 12.2%, mientras que los que ya no están estudiando la probabilidad del ofrecimiento asciende a 19.1%.

En tanto, el consumo de drogas de los amigos es uno de los principales factores de riesgo de inicio al consumo de dichas sustancias, de forma que si los amigos de un joven consumen tabaco u otras sustancias, es mucho más probable que él también lo haga. Además, el riesgo aumenta notablemente si al consumo por parte de los amigos añaden otros factores como una alta dependencia del grupo, la falta de habilidades para enfrentarse a la oferta, por mencionar algunos (Nató y Rodríguez, 2001; Tapia Conyer, 2002). En general, el 18.8% los adolescentes señaló que su mejor amigo consume sustancias (19.1% hombres y 18.5% mujeres), según la última Encuesta en Estudiantes (2006).

Además de conocer los factores de riesgo del consumo, también es relevante conocer que los problemas asociados al empleo de drogas permite establecer una diferencia importante entre los individuos que dicen no haber tenido conflicto con su uso, y quienes sí. Aun cuando se ha abordado el asunto de las consecuencias del consumo, no ha sido tan profunda su investigación en contraste con el estudio del uso de drogas. Para autores como Villatoro, et. al. (1996) esto puede explicarse a partir de que se necesita de una muestra muy amplia para detectar a los usuarios que ya presentan problemas, lo cual implica un elevado costo.

1.3 Problemas asociados al consumo de drogas

Cualquier uso de drogas provoca modificaciones en las capacidades física, psicológica y conductual del consumidor, independientemente de la cantidad de sustancia presente en el organismo. Algunos de estos efectos no son advertidos fácilmente por el individuo y el grado de intoxicación puede ser variable. Se sabe que la magnitud de los efectos depende de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que se da el

consumo. Por lo tanto, es preciso diferenciar a aquellos consumidores ocasionales de los que presentan un uso problemático o con síntomas de dependencia (Tapia, 2001)

Las investigaciones señalan que sólo una parte de las personas que utilizan drogas llegan a desarrollar problemas, y que los factores que conducen a experimentar con una sustancia son distintos a aquellos que terminan en un uso problemático (Villatoro, Medina-Mora, López-Lugo, Juárez, Rivera, Espinosa y Fleiz, 1996). Esta información es relevante para desarrollar programas de acuerdo con las características de cada grupo, con sus respectivas medidas preventivas, ya sea para evitar que se presente el fenómeno o bien, para minimizar el daño de aquellos que ya viven alguna problemática.

En principio, cuando el consumo es frecuente puede haber *consecuencias médicas* de distinta intensidad. Por ejemplo los problemas de hígado por el consumo de alcohol pueden presentarse con mayor regularidad si se consume a diario. Se trata, entonces, de daños que perjudican directamente a la persona consumidora de la droga.

Sobre el reporte de los *problemas de tipo psicológico* (p. ej. dificultad en el control de consumo), pueden estar influidos por las actitudes ya sean permisivas o restrictivas del grupo social, por el momento histórico o incluso reportar tendencias distintas a los síntomas físicos (por ej. abstinencia, tolerancia). Así, se puede observar que cuando se reporta el incremento de un tipo de problema, el otro puede estar disminuyendo. El daño cognitivo implica lagunas mentales, confusión, olvidos, entre otras dificultades de pensamiento (Ashley, Ferrence, Room, Rankin y Single, 1994).

En cuanto a las *consecuencias sociales* y en el caso de ingesta de alcohol éstas ocurren más a menudo en aquellas sociedades en las que se consume en exceso, o hasta llegar al punto de intoxicación, aun cuando no se realice con regularidad. Por lo general, son problemas que no necesariamente están relacionados con dependencia, sino con consumo en ocasiones de riesgo. Si se conjuga la intoxicación episódica llevada a cabo en un ambiente peligroso, el resultado puede ser fatal, como en el caso de quienes manejan en estado de ebriedad y sufren un accidente automovilístico.

Otras consecuencias sociales se refieren al hecho de haber consumido en situaciones inapropiadas como puede ser antes o durante la jornada laboral, que conlleva al deterioro de la imagen del sujeto y considerarlo como poco confiable o irresponsable. Asimismo, el costo social también está en función de las expectativas culturales del grupo en torno al consumo y la intoxicación, ya que es el grupo el que delimita quién sí y quién no puede consumir alguna sustancia, así como las circunstancias en las que está permitido hacerlo (Tapia, 2001).

Algunos más de los problemas sociales derivados del consumo se refieren a las dificultades económicas (p. ej. gastos en exceso); las interpersonales (p. ej. con la familia, con los amigos, ya sea a nivel de discusiones o bien un serio deterioro en las relaciones); la agresión (verbal o física); legales (p. ej. acusaciones, detenciones); escolares; laborales, entre otros. Estas consecuencias dan cuenta de las fricciones entre el consumidor de droga y su entorno social.

En la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, se observó que dentro de los problemas asociados al abuso del alcohol, los más frecuentes fueron las dificultades con la familia (10.8%), seguido del involucramiento en peleas (6%). En tercer lugar están los problemas con la policía (3.7%), dentro de los cuales destaca haber sido detenido estando

bajo los efectos del alcohol. También se reportaron problemas laborales (3.7%) como son la pérdida de empleo (1.4%).

Una vez revisado el contexto en el que se expresa el consumo de drogas en nuestro país, se presenta una explicación del comportamiento adictivo desde una perspectiva cognitivo-conductual.

1.4 EL ENFOQUE COGNITIVO - CONDUCTUAL EN EL COMPORTAMIENTO ADICTIVO

La palabra adicción se deriva del verbo latino *addicere* que significa “dedicado a”; “consagrarse a” (Marlatt, 1996). La concepción actual de adicción está basada en las aportaciones de Griffith Edwards así como por su descripción de la naturaleza de la adicción (Edwards y Grows, 1976).

Las conductas adictivas a sustancias se han explicado como conductas que se adquieren por procesos de modelamiento, así como por la experiencia directa con las sustancias, los resultados esperados por la ingesta y los procesos neuropsicológicos subyacentes (Carroll, 1998). Se trata de conductas que pueden ser susceptibles de cambio, que pueden ser reemplazadas por el aprendizaje de conductas saludables.

Para promover el cambio de conductas como el consumo de sustancias es importante conocer los antecedentes y las contingencias de dichas conductas (Donovan y Marlatt, 1993). Al respecto, reforzamiento es el procedimiento en el que se proporcionan consecuencias para la conducta que aumentan o mantienen la probabilidad de ocurrencia de esa respuesta. Catania (1998) ha señalado que un procedimiento debe tener tres características para que se le pueda considerar como reforzamiento: primero, una conducta debe tener consecuencia; segundo, la conducta debe ir en aumento (p. ej., debe ocurrir con más frecuencia); tercero, su incremento debe ser el resultado de la consecuencia.

Existen dos tipos de procedimientos de reforzamiento. En el reforzamiento positivo, a una respuesta le sigue la aparición – o el aumento en la intensidad- de un estímulo. Éste es llamado reforzador positivo y comúnmente es algo que la persona busca obtener. En otras palabras, un reforzador se define por sus efectos sobre la conducta a la cual sigue. El efecto del reforzador positivo es fortalecer la conducta que lo precede. En el reforzamiento negativo, la respuesta se fortalece al eliminar o disminuir la intensidad de un estímulo, el cual se denomina reforzador negativo, generalmente es algo de lo que la persona trata de escapar o evitar.

Así, el abuso de drogas es reforzado negativamente cuando el individuo experimenta una reducción de la tensión y positivamente cuando experimentan las propiedades relajantes de la marihuana, por mencionar un ejemplo. Cuando el individuo fuma esta sustancia, se mantendrá en su consumo mientras compruebe que logra reducir el estrés con la droga, por lo que estas propiedades reforzantes lo llevarán a fumar mayores cantidades para poder alcanzar los mismos efectos que antes lograba con menor cantidad (tolerancia adquirida).

Al tiempo que aumenta el consumo de marihuana y continúa fumándola indefinidamente, el individuo corre el riesgo de desarrollar dependencia física y/o psicológica. En estas circunstancias, el consumo de marihuana puede ser reforzado negativamente, al evitarse los síntomas asociados a la abstinencia. La dependencia

psicológica se expresa cuando el consumidor emplea la marihuana como la forma de enfrentar los problemas de ansiedad o la carencia de habilidades sociales (Catania, 1998). El consumidor que tenga ante sí un cigarro de marihuana o que perciba el humo del mismo, tiene estímulos ambientales que le pueden generar un fuerte deseo o urgencia por consumir la droga.

Asimismo, los principios que gobiernan otras conductas controladas por reforzamiento positivo son aplicables a la auto-administración de drogas (McKim, 2000). En este sentido, las conductas adictivas se pueden analizar dentro de un continuo que iría desde un patrón de uso eventual no problemático o con pocos problemas, hasta un patrón de uso severo con numerosas consecuencias negativas.

Durante las décadas de 1960 y 1970 se realizaron estudios de laboratorio sobre auto-administración de drogas en animales y estudios de laboratorio y clínicos con dependientes a sustancias (Bigelow y Silverman, 1999). En estos estudios se demostró que la auto-administración de drogas, entre otras conductas operantes, son moldeables y que su frecuencia puede incrementarse o reducirse manipulando el mismo tipo de variables (por ejemplo, programa de reforzamiento, uso de castigos, reforzamiento de conductas alternativas incompatibles, etc.) que habían demostrado ser efectivas en la predicción y control de otras conductas operantes (Silverman, 2004).

De igual forma, otros estudios han demostrado que la conducta de la auto-administración de cocaína y otros estimulantes puede ocurrir sin la presencia de síntomas de abstinencia. Entonces, para explicar el consumo de drogas, la dependencia física puede ser importante pero no necesaria para que suceda la conducta de auto-administración. Esto significa que las drogas son reforzadores positivos, independientemente del síndrome de abstinencia y de la dependencia física. La auto-administración de drogas sin la presencia de síntomas de abstinencia se ha demostrado en diversas sustancias como el alcohol, la nicotina, los barbitúricos, las benzodicepinas, los opiáceos o los estimulantes (Pickens y Thompson, 1968).

Durante los años setenta, las intervenciones basadas en los principios de reforzamiento demostraron su eficacia en dependientes a alcohol y otras drogas. Además, se observó en usuarios severos de drogas que su patrón podría ser modificado por medio del empleo sistemático del manejo de contingencias (reforzamiento y castigo); (Hunt y Azrin, 1973; Miller, 1975).

Para explicar las conductas adictivas, además de los principios de reforzamiento existen aquellos implicados en los procesos cognoscitivos (p. ej. la prevención de recaídas). En el campo de la cognición se destaca la importancia de los pensamientos, creencias, actitudes y su relación con los sentimientos en la conducta de consumo de drogas. De esta manera, en los programas de intervención será necesario analizar cómo valora cognitivamente el usuario de drogas las situaciones estresantes y su habilidad para enfrentarlas (Marlatt y Gordon, 1985). Ante una situación difícil, una persona puede sentir que tiene las habilidades cognitivas, conductuales o emocionales para enfrentarla sin que le genere tanto estrés, pero también se presenta el caso de quien se valore sin ninguna de estas habilidades y esto lo lleve a estados de desesperanza, ansiedad o depresión, siendo el consumo de drogas un recurso para manejar el malestar.

Cuando el usuario de drogas comprueba los efectos reforzantes del consumo, la persona se crea expectativas de que su estado de ánimo y su comportamiento serán distintos con ayuda de la sustancia. Así, el consumidor de cocaína, puede creer

anticipadamente que su desempeño sexual mejorará una vez que ingiera la droga. Una de las estrategias cognitivo-conductuales consistiría en hacerle notar al usuario las consecuencias negativas como deterioro en sus diferentes áreas de vida (laboral, interpersonal, cognitiva, etc), lo cual contribuye en una disminución en la probabilidad de abuso (Jones y McMahon, 1996).

Adicionalmente, Bandura (1982, 1985) aportó explicaciones relacionadas con el aprendizaje vicario señalando particularmente que la conducta es básicamente aprendida y que es el resultado de factores biológicos, cognitivos, emocionales y ambientales. De esta forma, el principal mecanismo de adquisición de la conducta es la observación de un modelo, conocido como aprendizaje vicario o aprendizaje observacional. Si una persona aprendió a consumir sustancias, también es posible que aprenda (de otros modelos) diferentes conductas que favorezcan su desarrollo.

Una persona puede optar por el consumo de drogas si considera que su capacidad de enfrentamiento se ve rebasada por las exigencias del ambiente, si tiene una baja autoeficacia para realizar conductas alternativas de enfrentamiento, si tiene expectativas de resultados de que el consumo de droga le generará lo que estaba deseando y, si minimiza las consecuencias negativas que le puede acarrear el consumo a largo plazo.

La autoeficacia es el grado de confianza que tiene el usuario en su habilidad de evitar el consumo de sustancias en situaciones donde hay riesgo de ingerirlas (Bandura, 1977). Si la persona considera que tiene pocas habilidades de enfrentamiento, puede tener creencias negativas de sí mismo que lo desmotive para enfrentar las dificultades y pensar que nada va a poder cambiar, lo que incrementa la probabilidad de volver a consumir sustancias.

Si el usuario de drogas desea abandonar el consumo será necesario desarrollar habilidades personales alternativas que logren fortalecer su autoeficacia (o la capacidad de resistir la tentación de consumir); analizará e identificará por sí mismo los riesgos tanto ambientales (por ej. el ofrecimiento de la sustancia) como personales (por. ej. estado de ánimo desagradable) que ocurren antes del consumo. Conforme el individuo desarrolle la capacidad de autocontrolarse y logre demorar la gratificación, estará en mejores posibilidades de elegir conductas más adecuadas.

Por su parte, en los años noventa resurgió la investigación clínica sobre los principios del reforzamiento en el abuso de drogas. Dada la naturaleza de la dependencia a la cocaína y la necesidad de complementar los tratamientos farmacológicos y psicológicos, se consideraron enfoques alternativos.

Uno de estos enfoques se centró en la aplicación de los principios derivados de la teoría de la Elección Conductual (Vuchinich y Tucker, 1988) particularmente dentro de la teoría del descuento temporal y los modelos de economía conductual. Los principios derivados de la teoría del descuento temporal han sido útiles en los programas de intervención para el abuso de drogas y para la realización de políticas públicas (Bickel, DeGrandpre y Higgins, 1993). Existen tres conceptos relacionados con el modelo de la economía conductual: demanda, precio y costo de oportunidad. La *demand*a se refiere a la búsqueda y consumo de drogas. El concepto de *precio* se refiere tanto al valor económico de las drogas como a los esfuerzos que se requieren para obtenerlas, es decir, la cantidad de recursos empleados para consumirlas. El *costo de oportunidad* se refiere a aquellos reforzadores perdidos debido al uso de sustancias.

Lo anterior significaría que la conducta de búsqueda y consumo de sustancias se puede modificar en función del precio y el costo de oportunidad. Una estrategia para reducir el consumo de drogas consistiría en manipular estas dos variables. Por lo tanto, el aumento del precio y el costo de oportunidad provocarían un decremento en el consumo directamente proporcional.

Algunos estudios con animales y humanos han mostrado cómo la administración de drogas (demanda) varía en función del precio (Nader y Woolverton, 1992) y del costo de oportunidad (Higgins, Bickel y Hughes, 1994). Al examinar la influencia de los reforzadores diferentes a las sustancias sobre la preferencia y la elección de uso de cocaína, se ha encontrado que el efecto reforzante de esta sustancia puede disminuir debido al reforzador alternativo.

Dentro de la línea de investigación del descuento temporal se ha visto que los dependientes de sustancias le otorgan menos valor a los reforzadores demorados con más frecuencia que los no consumidores. De esta forma, los adictos muestran mayor preferencia por: a) reforzadores más inmediatos y de menor magnitud que por los más demorados y de mayor magnitud y b) los castigos o pérdidas más demoradas y de mayor magnitud que por los castigos más inmediatos y de menor magnitud (Bickel y Marsch, 2001). Asimismo, existe otro concepto importante para entender las conductas de consumo de drogas: la demora temporal. Sugiere que los individuos eligen con mayor frecuencia el consumo de drogas en el presente por encima de la renuncia del consumo y vivir las consecuencias positivas en el futuro. Se ha visto en estudios cómo la demora temporal disminuye la potencia del reforzador alternativo para competir con las consecuencias reforzantes inmediatas del uso de drogas.

Una vez comentados los principios conductuales, cognoscitivos y los derivados del descuento temporal que explican el comportamiento adictivo, y que ahora se cuenta con un conocimiento de las diversas variables que intervienen en el inicio o mantenimiento del consumo de sustancias, a continuación se muestra cómo los avances teórico-metodológicos se traducen en diversas estrategias de prevención.

1.5 LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS

En el tema de las adicciones, la prevención ocupa un lugar privilegiado en términos de costo-beneficio, pues es más útil realizar acciones que eviten la ingesta de drogas y sus daños asociados que invertir grandes recursos en su tratamiento. La prevención de adicciones, según la Organización Mundial de la Salud está sustentada en una aspiración de la humanidad a llevar una vida en un ambiente sano y de seguridad (Lavive, 1994).

De acuerdo con datos de la ENA (2008), la gran mayoría de la población (80.7%) requiere involucrarse en actividades preventivas de consumo de drogas. Se sabe que los esfuerzos en prevención en México se han reforzado en las últimas generaciones, según se expresa en la encuesta, ya que el 43.2% de los jóvenes encuestados entre 12 y 25 años han participado en alguna acción preventiva, fundamentalmente en el escenario escolar (82.7%). Generaciones anteriores se han visto menos favorecidas de medidas preventivas, ya que el 24.2% de quienes tienen entre 26 y 34 años señalaron haber participado, ya sea en espacios de la comunidad (26.7%) o en su lugar de trabajo (15.6%).

Hacia la década de los 60 se observó una evolución en los modelos preventivos con la propuesta de Leavell y Clark (1966). En su modelo dividían a la prevención en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria. Se trató de una propuesta que gozó de amplia aceptación en salud pública y fue utilizada por diversos organismos internacionales.

En 1994, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) desarrolló un nuevo marco teórico en prevención, cimentado en la clasificación hecha por Gordon (1983, 1987). Varios problemas de salud se vieron beneficiados con esta nueva propuesta, entre ellos el tema de las adicciones. Las intervenciones en prevención de consumo de drogas se clasificaron en: universales, selectivas e indicadas.

La *prevención universal* está orientada a todos los miembros de la comunidad. No distingue entre personas de alto o bajo riesgo de consumo. El objetivo es promover estilos de vida saludables y capacitar en habilidades sociales. Implementa estrategias generales bajo un marco teórico extenso, por ejemplo, difunde información acerca de las drogas y sus consecuencias, intentando aumentar la percepción de riesgo. Sus costos no son elevados y se aplican con menor intensidad.

La *prevención selectiva* se dirige a sectores de la población que son vulnerables al inicio del consumo de sustancias debido a que están constantemente expuestos a múltiples factores de riesgo. Las estrategias dependen de las necesidades del grupo que se va a intervenir; son de mayor costo e intensidad que las intervenciones universales. Tienen como propósito fortalecer habilidades tales como solución de problemas, relaciones sociales, entre otras.

Para diseñar y operar apropiadamente las estrategias de intervención, es necesario conocer los factores de riesgo dentro de la población. El tamizaje de dichos factores ayuda a la definición del tipo de programa a implementar, ya sea un programa de prevención selectiva o de prevención indicada. Una vez que se puntualizan los factores de riesgo del grupo, se diseñan las actividades particulares para reducir riesgos. En comparación con la prevención universal, se opera por periodos más largos, intensos y definidos.

En cuanto a la *prevención indicada*, está dirigida a todos aquellos que están rodeados de altas condiciones de riesgo o incluso que ya han consumido drogas de manera experimental u ocasional pero sin cumplir con los criterios de dependencia, según lo define el DSM-IV, con la finalidad de reducir los daños asociados a dicho consumo (Institute of Medicine, 1994).

Por tanto, la prevención indicada está encauzada a reducir el impacto del primer evento de abuso de drogas; acortar el consumo experimental y/o social; retrasar el inicio del abuso, y/o atenuar la severidad del consumo excesivo de drogas.

Al respecto de la combinación de las clasificaciones que se ha hecho a través de los años, por ejemplo, que la palabra tratamiento se asocia con las intervenciones preventivas indicadas, Gordon considera que existe una distinción entre estos conceptos. El propósito del tratamiento es ser inmediatamente terapéutico, en tanto que la prevención indicada es hacer intervención en una anormalidad asintomática, clínicamente demostrable que dé como resultado prevenir algunos síntomas o degeneraciones (Gordon, 1983).

Los tres tipos de intervención preventiva (universal, selectiva e indicada) tienen la intención de reducir la presencia de nuevos casos. Se puede lograr a través del modelo de reducción del riesgo.

Para la década de los 80 se comenzó a aceptar la necesidad de establecer programas de reducción de riesgos y daños, ya que se seguirían presentando consumos abusivos y dependencia de drogas, a pesar de los esfuerzos preventivos realizados. La propuesta fue hacer intervenciones preventivas en las que el consumo se realizara bajo condiciones menos nocivas (Solís, et al., 2006). De acuerdo con Minno (1993) vale la pena implementar políticas de reducción y eliminación de riesgos y daños. Se trata de un conjunto de medidas individuales y colectivas que buscan reducir los efectos negativos del uso de drogas a nivel físico, psicológico y social.

La principal fuente de riesgos asociados a las sustancias es la forma de empleo de las mismas de acuerdo con el enfoque de reducción de riesgos. De ahí la importancia de proporcionar información verídica a la población que incida en su toma de decisiones, lo que a su vez, coadyuve en la disminución de las consecuencias del abuso de drogas (Vega, 1992). Bajo este enfoque, el usuario es visto como una persona con poder de elección sobre su conducta.

Cada nivel de intervención preventiva deberá adecuarse a la naturaleza de las necesidades de la población objetivo con el propósito de reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección.

El enfoque de riesgo/protección, desde el punto de vista de la prevención del consumo de sustancias debe partir del conocimiento científico, para analizar qué factores llevan a algunos individuos al consumo, en qué grupos sociales, bajo qué condiciones y en qué circunstancias de tiempo y lugar (Bry, 1996). Con el análisis de los factores de riesgo y los factores de protección se puede explicar la susceptibilidad de los individuos en el inicio o mantenimiento del consumo de sustancias.

Castro (2006) indica que el consumo de drogas de las personas se debe a que han pasado por un proceso de vulnerabilidad en el que han acumulado experiencias riesgosas individuales y sociales lo cual les genera estrés psicosocial, y cuyo entorno familiar, escolar y comunitario no percibió.

Para el mantenimiento de la salud, la prevención del consumo de drogas se ha trazado el objetivo de ofrecer intervenciones efectivas para la población a la que se dirigen, así como reducir los riesgos del consumo. Parte de la labor preventiva es cambiar las conductas y las cogniciones del sujeto que impacten positivamente en su salud, así como llegar a las poblaciones más vulnerables.

Haciendo un breve recorrido histórico, se observa que en los años 60, los programas se encauzaban a dar información y educación, exaltando los aspectos negativos del consumo de sustancias. Esto solía originar temor entre los potenciales usuarios y los desanimaba para iniciar o continuar el consumo. Para la década de los 70, se planteó la necesidad de impactar a las variables que pudieran ser la causa de las conductas adictivas, tales como autoeficacia, autoestima, creencias, atribuciones, entre otras. En los años 80 se optó por combinar habilidades psicosociales con habilidades para la vida.

Al concluir los años 90 y en la época actual se han construido intervenciones centradas en las características, necesidades, intereses y recursos a nivel comunitario más que individual (SAMHSA, 1999). Son programas basados en evidencia científica, planeados e implementados con una metodología más sólida y que cuenta con mecanismos de evaluación más precisos.

Cabe mencionar que los conceptos de prevención y programa preventivo son diferentes. Prevención es un término genérico y programa preventivo es un procedimiento específico con objetivos concretos, dirigido a grupos previamente delimitados y cuenta con un diseño y sistema de evaluación. En su conjunto, estas acciones impiden o retrasan la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de drogas (Becoña, 1999, NIDA, 2008).

Las intervenciones preventivas deben tener como base un modelo teórico de tal forma que exista relación entre las variables a modificar y el programa implementado, y contar con un diseño que funcione como guía de la aplicación de la intervención.

Los objetivos de un programa preventivo en el tema de adicciones, según Becoña (1999) son: retrasar la edad de inicio del consumo; restringir el número y tipo de sustancias empleadas; impedir pasar del uso experimental al abuso y dependencia de drogas; reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo; reforzar los factores de protección y ofrecer posibilidades de vida saludables.

El CSAP (Center for Substance Abuse Prevention) de Estados Unidos ha evaluado varios programas de prevención, lo cual le ha permitido establecer algunos criterios a considerar para elaborar un programa preventivo, como son: estrategias que incrementen el conocimiento y cambien las actitudes respecto a las drogas; desarrollo de competencias para mejorar habilidades personales y de afrontamiento; o crear estrategias que regulen la accesibilidad a las drogas.

La detección temprana, según la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM-028-SSA2-1999), es una estrategia preventivo-terapéutica que combina la identificación de riesgos o daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, para su tratamiento oportuno (SS, 2000).

Asimismo, la canalización oportuna constituye el siguiente paso a la detección y tiene como propósito la derivación de casos a centros especializados en la atención de usuarios de drogas y/o problemas asociados al consumo. El tipo de intervención a la que sean remitidos los usuarios está en función de variables como la sustancia utilizada, patrón de consumo, daños asociados, edad, género, etc. (SS, 2000).

Dentro del proceso de detección temprana se encuentra el tamizaje que es un tipo de evaluación diagnóstica que identifica de manera precoz a personas que en apariencia están sanas, pero que probablemente tienen alguna enfermedad o problema, en este caso, propensión hacia el consumo de drogas, uso experimental, riesgos o daños asociados. Es una herramienta que ayuda a determinar el nivel de severidad y las opciones de intervención a prestar.

Aquellos individuos que ya necesiten ser atendidos en lugares especializados por consumo de drogas, pueden recibir tratamientos válidos y efectivos como se menciona en el siguiente apartado.

1.6 IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

El tratamiento psicológico es una cuestión central en el manejo de las conductas adictivas. El NIDA (National Institute of Drug Abuse, 1999) ha señalado dentro de sus principios de tratamiento efectivo que la intervención psicológica es fructífera en el corto, mediano y largo plazos.

En México existen aproximadamente 428 819 personas que necesitan someterse a algún tipo de intervención especializada en adicciones (excluyendo alcohol y tabaco), según la ENA 2008. La cifra aumenta a 3 869 093 usuarios quienes podrían recibir intervención breve, y evitar una escalada en el nivel de severidad en el consumo de sustancias. El porcentaje de usuarios en el país que acude a tratamiento es sólo del 16.1%. Habitualmente acuden a grupos de ayuda mutua (11.6%), mientras que el 5.5% solicita el servicio de un psicólogo y el 4% acude con el psiquiatra.

De acuerdo con la Asociación Psicológica Americana (American Psychological Association – Society of Clinical Psychology, 2000), se recomiendan las intervenciones de corte cognitivo-conductual por su validez para el tratamiento de las adicciones.

Los componentes más importantes dentro de la terapia cognitivo-conductual, de acuerdo con Carroll (1998) son: análisis funcional de la conducta de consumo de sustancias; identificación y manejo del deseo compulsivo por consumir; identificación de situaciones de alto riesgo de consumo; manejo de pensamientos positivos y negativos del consumo; entrenamiento en solución de problemas; identificación de decisiones que conducen al consumo; entrenamiento en habilidades de rechazo y, análisis de los aspectos cognitivos relacionados con el abuso. Entre sesión y sesión, el usuario tendrá que comprometerse a practicar las estrategias mostradas y, de ser necesario asistir a sesiones adicionales de repaso.

El punto de partida del tratamiento cognitivo-conductual es realizar una evaluación que permita dirigir y planear de manera más precisa las estrategias de intervención y asegurar su éxito. Con ayuda del análisis funcional de la conducta se revisarán los antecedentes y las consecuencias del consumo de sustancias que pueden fungir como factores que lo desatan. Los antecedentes pueden ser individuales (cognitivos, emocionales o fisiológicos) o sociales y ambientales (Miller y Mastria, 1977). La evaluación de las situaciones de alto riesgo se acompaña de un análisis de la tentación de consumo, grado de confianza de resistirse ante la oportunidad de consumo, la frecuencia con la que logró enfrentar de manera efectiva el deseo y qué efectos esperaba alcanzar con la droga (Donovan y Marlatt, 1988). Generalmente, se aprovechan las fortalezas de la persona para corregir los déficits de algunas habilidades.

Como se ha referido en párrafos anteriores, el consumo de drogas es abordado desde el enfoque cognitivo-conductual como una conducta aprendida que se encuentra mantenida por las consecuencias que el individuo obtiene a partir de ella. De ahí que el principal propósito de la terapia cognitivo-conductual sea que el individuo aprenda y desarrolle las habilidades conductuales, emocionales y de pensamiento para manejar de manera más adecuada los problemas (Carroll, 1998). Por ejemplo, un usuario puede requerir desarrollar una habilidad para manejar su deseo intenso por la sustancia mientras que otro necesite encontrar la forma como puede abordar su ansiedad ante situaciones laborales sin ayuda del consumo de droga.

Las estrategias de enfrentamiento que Litman (1986) describió son a nivel conductual y cognitivo. En el caso de las conductuales, éstas pueden ser de evitación de las situaciones en las que antes se ha consumido, o de búsqueda de apoyo social cuando se tiene la tentación de consumir. A nivel cognitivo, se trabaja solicitándole al usuario que evoque las consecuencias negativas que le ha traído el consumo que se convierten en motivos para no recaer, o bien, se le invita a que piense en los beneficios que empieza a experimentar cuando dejó de consumir.

En un estudio en el que participaron usuarios de alcohol (Moser y Annis, 1996) se encontró que a mayor número de estrategias de enfrentamiento empleadas, menor era la probabilidad de que el sujeto bebiera. Esto es, si se aplicaba una sola respuesta de enfrentamiento, la probabilidad de abstinencia era de 40%, pero que cuando se combinaban dos respuestas de enfrentamiento, subía la probabilidad a 80%.

Otro componente importante de la terapia cognitivo-conductual es la prevención de recaídas, que se basa en el modelo biopsicosocial el cual explica que las conductas adictivas a las sustancias tienen su origen en la interacción de una serie de elementos que influyen de manera constante entre sí (Donovan, 1996). Entre estos factores están (1) los individuales: biológicos (ej. genéticos, neurológicos y fisiológicos) y psicológicos (ej. pensamientos, expectativas); (2) la sustancia, con determinadas propiedades farmacológicas y, (3) la naturaleza del contexto sociocultural en el que ese consumo se produce.

Desde la perspectiva de la prevención de recaídas, el usuario requiere desarrollar estrategias específicas de enfrentamiento para abordar situaciones de alto riesgo y así evitar que se reincida en el consumo. Entre estas estrategias están el entrenamiento en habilidades, así como estrategias globales relacionadas con la modificación en el estilo de vida, considerando los antecedentes de recaída y alentando permanentemente su autoconfianza y un sentido de preparación individual (Marlatt y Gordon, 1985).

Annis y Davis (1988) implementaron un programa de prevención de recaídas de consumo de alcohol y encontraron que casi el 90% de los usuarios atendidos con este modelo disminuyeron su consumo de alcohol de manera significativa, después de un año de haber concluido el tratamiento. De esta forma, el 95% de los participantes reportaron estar satisfechos con la efectividad de su programa de tratamiento.

Un aspecto a considerar en materia del tratamiento de conductas adictivas es que el perfil de quienes acuden a los centros de tratamiento es muy variado. Esto se suma a la imperiosa necesidad de ofrecer una atención rápida y eficaz, en un sistema en el que hay una excesiva demanda asistencial. En estos casos la intervención breve puede ser adecuada.

Las intervenciones breves engloban una amplia gama de actividades y son practicadas usualmente por diversos profesionales de la salud. A este tipo de intervenciones pueden acudir usuarios que todavía no han expresado tener problemas con las sustancias, pero han sido identificados por algún medio (p. ej. un chequeo médico) como consumidores con riesgos o daños potenciales para su salud. Estas intervenciones hacen una labor de identificación temprana de problemas y contribuyen a la reducción de la alta prevalencia de consumidores de sustancias adictivas.

La intervención breve en conductas adictivas difiere de la terapia a largo plazo en que se enfoca en la situación actual del usuario, ponderando el uso de herramientas

terapéuticas en un tiempo más corto, incluye una evaluación rápida y promueve una pronta adherencia del usuario. Los cambios se centran en aspectos específicos de la conducta, en lugar de propiciar cambios a gran escala. Las intervenciones son flexibles en cuanto a su contenido, el cual dependerá del tipo de sustancia, la severidad del consumo y los resultados esperados. Su propósito es reducir el riesgo de los daños resultantes del consumo excesivo. Con frecuencia, estos usuarios ya presentan algún daño, por lo que los profesionales están obligados a informar sobre la necesidad de esta acción para prevenir otro tipo de problemas (Kristen, 1999).

Dichas intervenciones han ocupado un lugar importante ya que existía un hueco entre las estrategias preventivas y los tratamientos intensivos.

Los consumidores dependientes requieren tratamientos más intensivos y especializados de manera que se verían poco beneficiados de las intervenciones breves (Heather, 1995).

Como prueba de la investigación experimental de las intervenciones breves, está la realizada por la OMS, conocido como el *Proyecto Internacional de Cooperación para la Identificación y el Control de los Problemas relacionados con el Alcohol dentro de la Asistencia Sanitaria Primaria*. En su fase IV se pusieron en práctica las intervenciones breves dirigidas al consumo de alcohol, para comprobar la viabilidad de su manejo habitual y sus efectos duraderos, en los sistemas de asistencia sanitaria en diversos países (Córdoba, Delgado, Pico, 1998).

Asimismo, se ha probado la efectividad de las intervenciones breves como parte de los programas de detección. Esta investigación ha dado cuenta de los efectos a largo plazo de las acciones de intervención breve del consumo de alcohol (Babor y Grant, 1994).

La eficacia de las intervenciones breves se ha demostrado en diversos estudios clínicos aleatorizados hechos en los últimos 20 años. Un ejemplo es la revisión de 32 estudios controlados que llevó a cabo Bien, Miller y Tonigan (1993), en los que se analizó una muestra de más de 6000 pacientes, cuyos resultados sugirieron que las intervenciones breves practicadas en centros de Atención Primaria son tan eficaces como los tratamientos más intensivos.

Por su parte, Wilk, Jensen y Havighurst (1997), revisaron doce estudios controlados y aleatorizados en los que se concluyó que los bebedores que reciben una intervención breve eran dos veces más propensos a reducir su consumo en un periodo de 6 a 12 meses que aquellos que no recibieron intervención.

Al comparar la intervención breve con grupos control sin tratamiento o bien con tratamientos más prolongados en 12 estudios (Moyer, Finney, Swearingen, Vergun, en prensa), se encontró evidencia a favor de la eficacia de la intervención breve, sobretodo en usuarios con problemas menos severos. Los autores advierten que los tratamientos especializados no son sustituidos por las intervenciones más cortas pero éstas sí podrían funcionar como una estrategia de inducción para los usuarios dependientes.

Por su parte, los resultados de los ensayos aleatorizados que muestran la efectividad de las intervenciones son muy similares a pesar de las profundas diferencias en cuanto a diseños y metodologías:

Smith (1996) realizó un estudio comparativo en consumidores adolescentes de marihuana. Diseñó 8 sesiones impartidas en el ámbito escolar, en donde el grupo experimental recibió entrenamiento en habilidades, solución de problemas, habilidades sociales y automonitoreo, mientras que el grupo control no tomó ningún tratamiento. El consumo de marihuana medido a través del autoreporte disminuyó y, el funcionamiento académico y la relación con los pares mejoraron. Hawkins (1992) examinó a un grupo de adolescentes consumidores de drogas que acudían a un centro de tratamiento residencial. Encontró que el rechazo del consumo incrementaba al recibir una intervención en el que se les otorgó entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas interpersonales.

Azrin, Acierno, Kogan, Donahue, Besalel y McMahon (1996) llevaron a cabo dos estudios en los cuales compararon la intervención conductual con terapia de apoyo no directiva en un grupo de adolescentes. El primer estudio incluyó a una muestra intercalada de adultos y 14 adolescentes abusadores de sustancias. La condición de terapia conductual incluyó juego de roles, ensayos conductuales, tareas en casa y auto-registro. El tratamiento para cada grupo se otorgó una hora a la semana durante doce meses. La intervención conductual demostró ser superior a la terapia de apoyo en términos de la reducción del consumo de sustancias y problemas asociados. Azrin y colaboradores repitieron el estudio pero sólo participaron adolescentes ($n = 26$). El análisis diferencial de la eficacia de estas intervenciones reveló que los adolescentes que se sometieron a la terapia conductual reportaron menor frecuencia de uso de drogas y pocos resultados positivos en orina, en comparación con los que recibieron la terapia de apoyo.

Los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados, según la revisión de la literatura hecha por Hawkins, Catalano, Gillmore y Wells (1989) y Weinberg (1999), muestran que el tratamiento cognitivo-conductual es efectivo en la reducción de uso de sustancias y problemas asociados en adolescentes y adultos. Por ejemplo, Kaminer (1995) encontró evidencia consistente de la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales. En un estudio compararon la confiabilidad y utilidad de sesiones grupales de terapia cognitivo-conductual con terapia de grupo interaccional en adultos. Los sujetos se sometieron a 12 sesiones semanales de cada una de las condiciones. Se encontró que la terapia cognitivo-conductual era más eficaz en el corto plazo según lo indicaron medidas de auto-reporte como la Línea Base Retrospectiva (Sobell y Sobell, 1995) y análisis de orina.

El apoyo empírico de dicha eficacia en adolescentes también es similar a la evidencia de los tratamientos para adultos consumidores de alcohol y drogas (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001; Del Boca y Noll, 2000)

Los resultados de los más recientes ensayos clínicos en adolescentes y adultos para probar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, son particularmente importantes por contar con mejores diseños y metodologías, como son: comparación entre intervenciones; evaluación de las intervenciones con poblaciones claramente definidas y representativas; evaluaciones subsecuentes del tratamiento y del estatus de los síntomas durante el seguimiento y, el uso de manuales de intervención, entrenamiento de terapeutas y procedimientos de monitoreo. Sin embargo, existen algunas limitaciones en estos ensayos clínicos como la ausencia de grupos control. Un aspecto preocupante que se observa a lo largo de los estudios es la frecuencia con la que se presentan recaídas, por lo que las intervenciones cognitivo-conductuales deben hacer esfuerzos para refinar sus técnicas y evitar las recaídas (Kaminer, 1995).

Para conseguir una mayor eficacia de las intervenciones breves es preciso sondear las motivaciones relevantes que impiden que el usuario se incline al cambio. Lo anterior sugiere la necesidad de incluir la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 2002), para garantizar el éxito de la intervención (Plant, 1992).

Es así que los profesionales de la salud interesados en otorgar una intervención en adicciones, reconocen que el fenómeno de la motivación es central para el entendimiento de la conducta adictiva, como lo señalan Miller y Rollnick (2002). Estos autores desarrollaron la Entrevista Motivacional la cual es una técnica que se propone incrementar la motivación del usuario para que abandone el consumo de sustancias. La motivación es vista como un estado, por lo que es cambiante y no como un rasgo de personalidad. Por ello, el terapeuta evitará encaminar la intervención hacia las acciones cuando el usuario no esté lo suficientemente motivado para cambiar, de lo contrario, se generará rechazo o resistencia. El cambio deseado se puede lograr mediante los propios recursos del usuario y el aprovechamiento de los elementos de su ambiente. El terapeuta que emplee la entrevista motivacional evita asumir una postura de "experto" y, más bien, responsabiliza al usuario de su propio cambio, en medio de una atmósfera positiva.

Dentro de las técnicas motivacionales que puede usar el terapeuta para promover el cambio (Miller y Rollnick, 2002) están: (1) ofrecer consejo en el momento y la forma adecuados, para lo cual es necesario haber identificado el problema, explicar la importancia del cambio, así como especificar en qué consiste dicho cambio; (2) eliminar obstáculos que impidan el cambio, ayudando al usuario a resolver los problemas prácticos; (3) ofrecer alternativas logrando que el usuario se sienta con la libertad de elegir la más conveniente; (4) disminuir la deseabilidad de permanecer con una conducta inadecuada, a través del análisis de las consecuencias adversas de la conducta y aumentando las razones a favor del cambio; (5) practicar la empatía haciendo una escucha reflexiva con el objeto de comprender el significado de las experiencias del usuario; (6) ofrecer retroalimentación sobre su situación actual, así como de riesgos y consecuencias a partir de los resultados de la evaluación; (7) aclarar los objetivos, contrastando el estado vigente del usuario con sus metas personales y; (8) ofrecer ayuda activa, expresando interés sobre lo que le pasa al usuario y tomar la iniciativa para realizar algunas acciones que le faciliten continuar con el cambio.

La Entrevista Motivacional retomó el modelo de Etapas de Cambio, con el fin de explicar el proceso de cambio en las personas (Prochaska y DiClemente, 1983). Debido a que este modelo explicativo se extiende a diferentes perspectivas teóricas fue llamado "Modelo Transteórico de Cambio". La concepción central de este modelo es que el cambio conductual toma lugar en etapas diferentes. En la Tabla 1 se presenta la descripción de cada etapa así como su manejo durante la intervención.

Tabla 1. Etapas de Cambio e Intervención Breve

Definición	Etapas de Cambio	Elementos a enfatizar de la Intervención Breve
El usuario de sustancias no piensa en cambiar en el futuro cercano. No visualiza las consecuencias actuales presentes o potenciales del consumo en	PRE-CONTEMPLACIÓN	Otorgar retroalimentación de los resultados de la evaluación. Proporcionar información acerca de los daños ocasionados por las sustancias.

<p>caso de continuar con el mismo patrón.</p> <p>Es probable que el usuario se haya percatado de algunas consecuencias adversas del consumo, pero experimenta ambivalencia ante el cambio.</p> <p>El usuario ya ha decidido cambiar y planea realizar acciones en ese sentido.</p> <p>Las modificaciones en el consumo son notables (reducción o abstinencia) pero todavía el cambio no es permanente.</p>	<p>CONTEMPLACIÓN</p> <p>DETERMINACIÓN</p> <p>ACCIÓN</p>	<p>Resaltar los beneficios del cambio, abordando los problemas acarreados por el consumo.</p> <p>Se advierten los riesgos de aplazar el cambio.</p> <p>Plantear la posibilidad de reducir o abstenerse de la ingesta de sustancias.</p> <p>Proporcionar ánimo y apoyo.</p> <p>Ayudar a planear las estrategias con las que conseguirá su meta de consumo</p>
<p>El usuario ha conseguido reducir o abstenerse del consumo en forma relativamente estable.</p>	<p>MANTENIMIENTO</p>	<p>Dar apoyo</p>

Con base en las más recientes conclusiones de los ensayos clínicos aleatorizados realizados en la última década, las innovaciones en el tratamiento cognitivo-conductual de abuso de sustancias en adolescentes y adultos, se enfocarán a tener muestras más grandes, asignación aleatoria a las condiciones de tratamiento, la comparación directa de las condiciones de tratamiento, medición cuidadosa del abuso de sustancias, guías y manuales de intervención y seguimientos a largo plazo de los efectos del tratamiento.

Las personas con adicciones a sustancias se han favorecido del modelo biopsicosocial porque éste ha contribuido en la integración de diferentes perspectivas teóricas que derivan en intervenciones holísticas. Para abordar la historia natural de la adicción ha sido fundamental la práctica basada en la evidencia y la aparición de un pensamiento integrativo, estableciéndose una serie de tratamientos dirigidos a individuos con diferentes niveles de severidad en el consumo.

El diseño de un sistema de evaluación científica de las intervenciones breves constituye una necesidad para verificar su eficacia y eficiencia, lo que a su vez servirá para mejorar otros programas de intervención.

2. FORMULACIÓN DE PROGRAMAS

2.1 Actividades de prevención de adicciones. Talleres Interactivos para la Promoción de la Salud

Introducción

Los Talleres Interactivos para la Promoción de la Salud (TIPPS) de la Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. (FISAC) constituyen un programa preventivo que tiene por objeto fomentar hábitos de consumo responsable y moderado de alcohol (FISAC, 2001). Este modelo parte del hecho de que las personas pueden tomar bebidas alcohólicas en cantidades moderadas y prevenir problemas asociados a la intoxicación con alcohol tales como accidentes de tránsito, involucramiento en riñas o congestión alcohólica (Rosovsky, 2003).

El curso TIPPS tiene cuatro modalidades: 1) Formación de capacitadores dirigido a profesionales de la salud, maestros y líderes comunitarios (duración: 20 horas); 2) Curso para adolescentes y jóvenes (duración: 4 u 8 horas); 3) Curso-Taller dirigido a trabajadores (duración: 4 u 8 horas); 4) Curso-Taller para padres de familia (duración: 4 horas).

El Manual en el que están fundados dichos talleres consta de tres partes: Alcohol y Sociedad, Desarrollo Integral del Adolescente y Modelo Riesgo-Protección.

2.1.1 Método

Participantes

Los talleres se impartieron a un total de 840 alumnos de los Centros de Estudios Científicos y Tecnológicos (CECyT) del Instituto Politécnico Nacional con duración de cuatro horas cada sesión. En su mayoría acudieron del sexo masculino (96% hombres, N=812 y 12% mujeres, N=28), quienes se encontraban cursando el 1º, 3º y 5º semestres del nivel medio superior, con una media de 16 años de edad.

Instrumento

Los cursos fueron evaluados a través de un instrumento de 14 reactivos de escala Lickert, con respuestas que van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. El instrumento aborda aspectos tales como expectativas del curso, confianza para participar, suficiencia y utilidad de la información, materiales didácticos adecuados, dominio de los temas por parte del expositor, entre otros.

Procedimiento

Para obtener el consentimiento y dar los cursos a adolescentes y jóvenes primero fue necesario sensibilizar al director de la escuela acerca del contenido del taller. Éstos se llevaron a cabo en aulas de usos múltiples, durante los cuales se les pidió a los asistentes su participación activa con el fin de que ellos transmitieran la información a otras personas que lo requirieran.

En la impartición de los talleres se utilizaron diapositivas y técnicas de participación para facilitar la comprensión de los temas correspondientes al consumo responsable de alcohol. Los temas principales abordados en el curso dirigido a jóvenes fueron: características y desarrollo histórico de las bebidas con alcohol; moderación y exceso en el consumo; responsabilidad al consumir alcohol; consumo de bebidas con alcohol en México; mitos y creencias en torno al alcohol; pubertad, adolescencia y juventud; sexualidad; factores de riesgo, protección y resiliencia; autoestima; asertividad; valores; tiempo libre y proyecto de vida.

2.1.2 RESULTADOS

En promedio, se obtuvieron los siguientes resultados por reactivo a lo largo de los 21 talleres impartidos.

Como se observa en la Figura 1, el 62% de los asistentes estuvieron totalmente de acuerdo en que fueron satisfechas sus expectativas respecto al taller que tomaron.

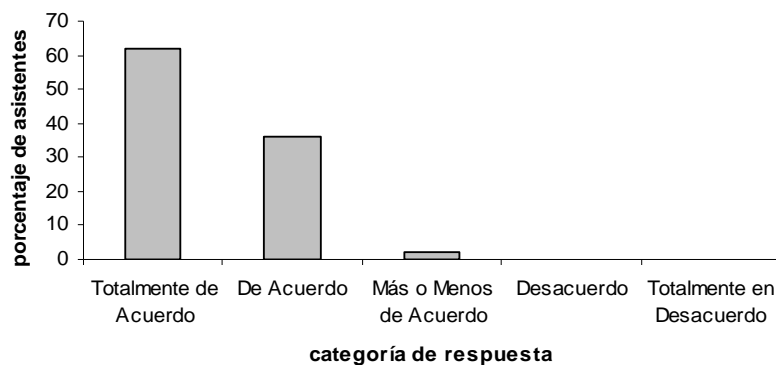


Figura 1. Promedio de respuestas pregunta 1. Fueron satisfechas las expectativas que tenías del curso.

Asimismo, más de la mitad de los participantes (66%) consideraron que el curso los había hecho reflexionar sobre el consumo moderado de bebidas alcohólicas, según se aprecia en la Figura 2.

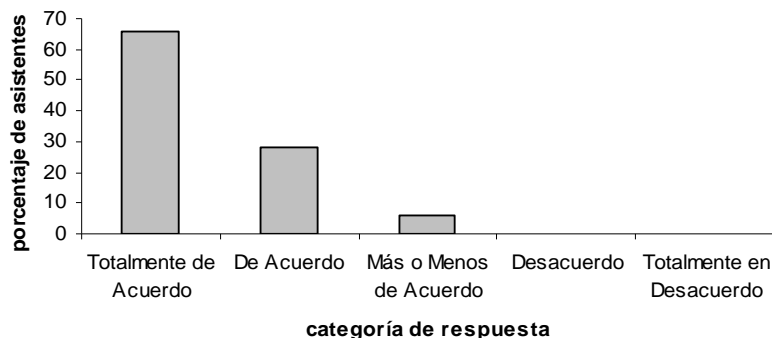


Figura 2. Promedio de respuestas pregunta 2. El curso te hizo reflexionar sobre los temas tratados.

En cuanto a la confianza que sintieron los asistentes para participar en el curso, casi la mitad (48%) manifestó estar en total acuerdo, como se ve en la Figura 3.

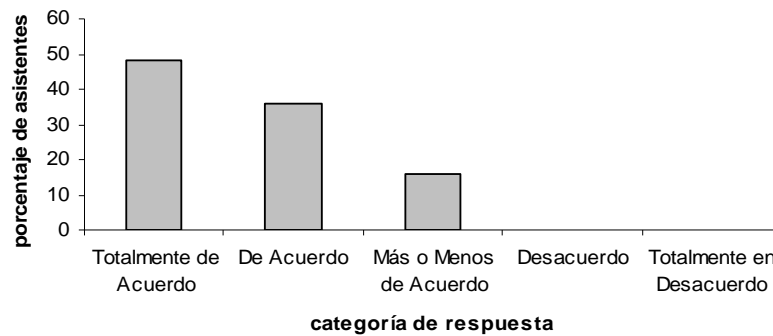


Figura 3. Promedio de respuestas pregunta 3. Durante el curso te sentiste con la confianza para participar

La Figura 4 indica que los participantes consideraron que fue suficiente la cantidad de información que se proporcionó en el taller (56%).

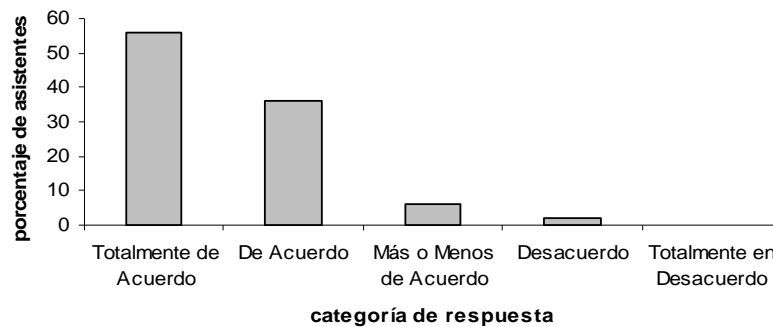


Figura 4. Promedio de respuestas pregunta 4. Fue suficiente la cantidad de información.

La mayoría de los asistentes (70%) reportó estar totalmente de acuerdo en que fue interesante la información presentada en el curso, como se muestra en la Figura 5.

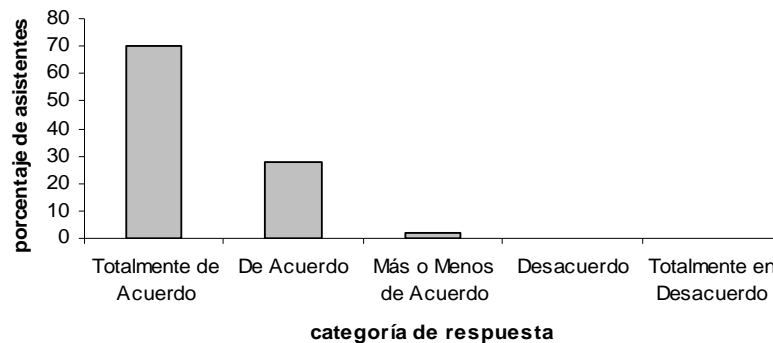


Figura 5. Promedio de respuestas pregunta 5. Fue interesante la información presentada

Además, el 60% de los participantes consideraron que fue adecuado el material didáctico y de apoyo, según la Figura 6.

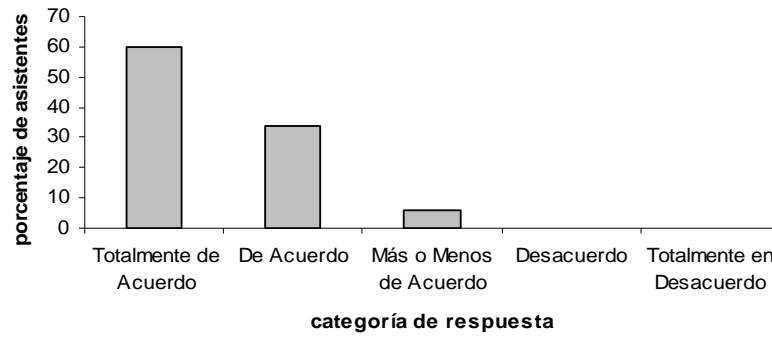


Figura 6. Promedio de respuestas pregunta 6. Fue adecuado el material didáctico y de apoyo.

De la misma forma, el 60% estuvo totalmente de acuerdo en que fueron adecuadas las técnicas realizadas en el grupo, como se observa en la Figura 7.

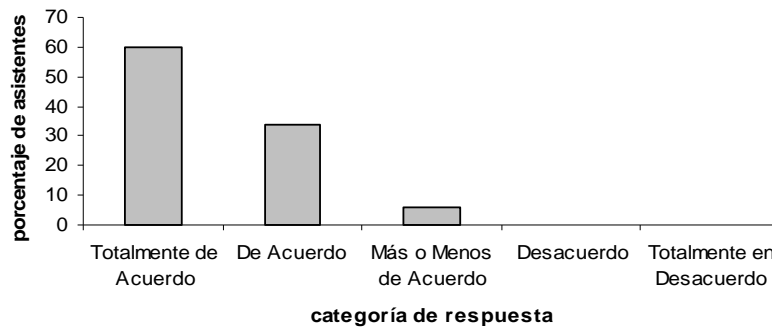


Figura 7. Promedio de respuestas pregunta 7. Fueron adecuadas las técnicas realizadas en el grupo

En la Figura 8, se muestra que un alto porcentaje (76%) de asistentes señaló estar de acuerdo totalmente en que los conocimientos recibidos les fueron útiles.

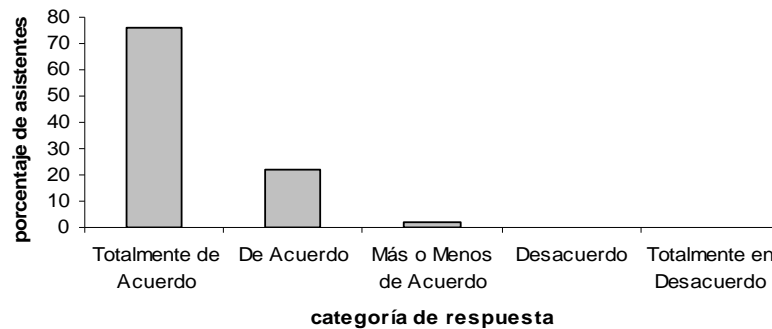


Figura 8. Promedio de respuestas pregunta 8. Fueron útiles los conocimientos recibidos

Se observa en la Figura 9 que la mayoría de los participantes (80%) consideró que el lenguaje empleado por el expositor fue claro.

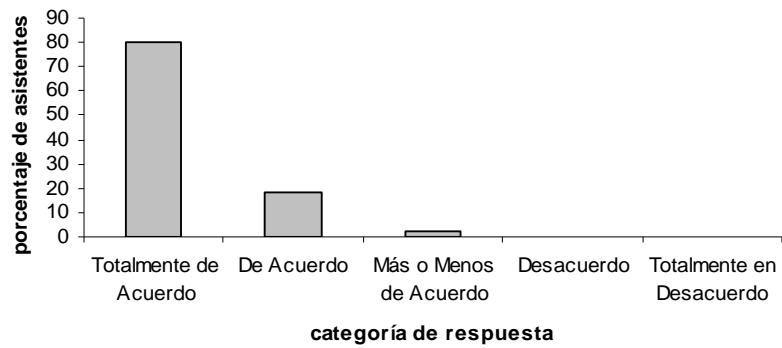


Figura 9. Promedio de respuestas pregunta 9. Fue claro el lenguaje empleado por los/las promotores (as)

De igual forma, un porcentaje elevado (80%) percibió que el expositor tenía un dominio de los temas abordados en el curso, según la Figura 10.

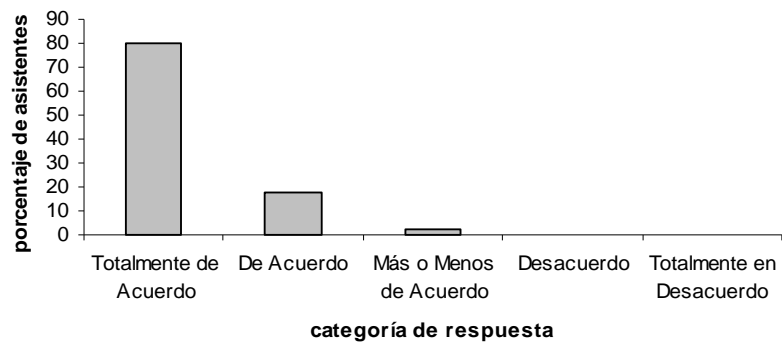


Figura 10. Promedio de respuestas pregunta 10. Los/las promotores dominan los temas tratados

En la Figura 11 se muestra que el 76% de los asistentes estuvo totalmente de acuerdo en que el expositor fue sensible a las inquietudes del grupo durante el taller.

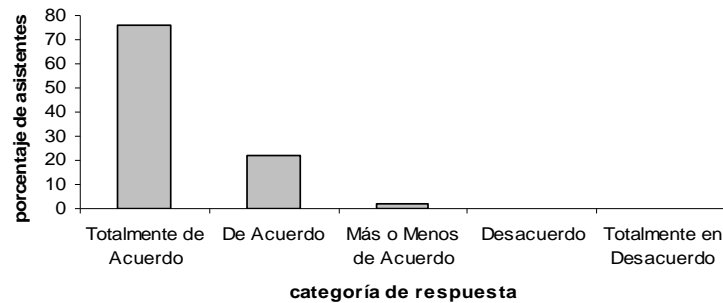


Figura 11. Promedio de respuestas pregunta 11. Los/las promotores(as) fueron sensibles a las inquietudes del grupo

La mayoría de los participantes (80%) estuvieron en total acuerdo respecto a que el expositor tuvo un buen desempeño ante el grupo, como se presenta en la Figura 12.

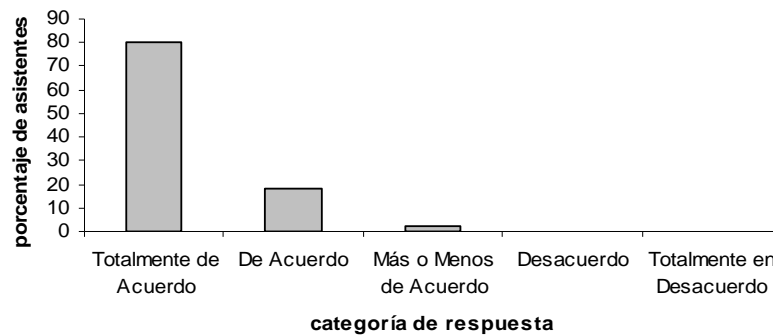


Figura 12. Promedio de respuestas pregunta 12. Los/las promotores (as) tuvieron buen desempeño ante el grupo

En la Figura 13 se aprecia que el expositor aclaró adecuadamente las dudas a los asistentes (72%).

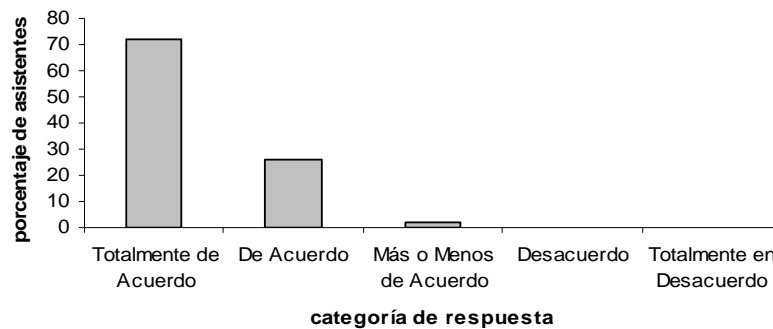


Figura 13. Promedio de respuestas pregunta 13. Tus dudas o las de tus compañeros fueron aclaradas adecuadamente

En términos generales fue satisfactorio el taller para el 74% de los asistentes, como se observa en la Figura 14.

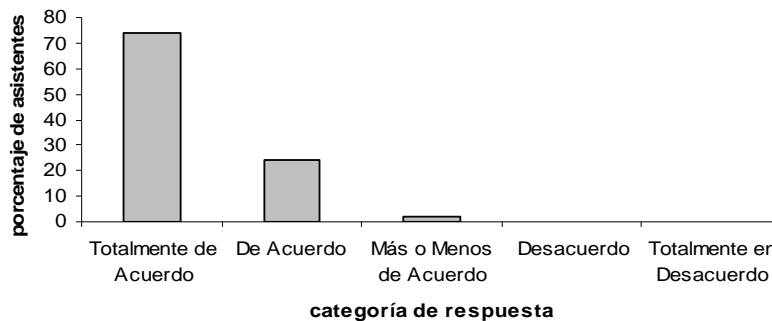


Figura 14. Promedio de respuestas pregunta 14. En general fue satisfactorio el curso-taller

2.1.3 Conclusiones

Los talleres otorgados del modelo preventivo de FISAC proporcionaron elementos para que los jóvenes reflexionaran sobre el abuso del alcohol y se formaran una actitud responsable ante el consumo. Los datos que se muestran en este trabajo, son de los 21 talleres a jóvenes que cursan el nivel medio superior.

Al respecto, se cumplió con el objetivo de brindar información a quienes estuvieran en riesgo de consumo explosivo de alcohol, sobre temas como el consumo moderado, creencias en torno a las bebidas alcohólicas, así como datos epidemiológicos del consumo en nuestro país. No obstante, se cuestiona sobre los alcances del programa en términos de lograr que los jóvenes adquirieran habilidades para moderar su consumo, o bien para rechazarlo en caso de haber decidido no beber. Como se ha referido en la literatura, el proporcionar información ayuda a hacer un cambio en las actitudes en torno al consumo pero no es suficiente para habilitar a las personas para hacer cambios en la conducta, en este caso, en sus patrones de consumo (Baron y Byrne, 1984).

Lo mismo se puede señalar sobre el tema de los factores de riesgo más comunes entre los jóvenes abordados en los talleres. La sola mención teórica de aspectos como asertividad, autoestima, valores, tiempo libre, entre otros, difícilmente logran un cambio de conducta, por lo que sería importante incorporar estrategias cognitivo-conductuales por medio de las cuales se dotara a los jóvenes de competencias útiles en su vida cotidiana.

Se observó que la mayoría de los asistentes estuvieron de acuerdo en que los contenidos del taller fueron interesantes, los hizo reflexionar sobre el tema de la moderación en el consumo y consideraron que la información fue útil. También se obtuvo información respecto a su percepción del desempeño de quien otorgó la plática, manifestando su aprobación en cuanto al dominio del tema, sensibilidad ante las inquietudes del grupo y solución de dudas, así como el manejo adecuado del material didáctico y de apoyo.

Asimismo, se reconoce la importancia de la labor de la implementación de este tipo de programas que contribuyen a que los jóvenes eviten beber, retrasen la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas o frenen su manera de tomar. Así pues, los talleres constituyen un esfuerzo para que la población juvenil se forme una actitud de un mejor cuidado de su salud.

2.2 Actividades de tratamiento de adicciones.

2.2.1 Programa de Satisfactores Cotidianos. Modalidad Grupal

Introducción

Ante la necesidad de llevar a la mayor cantidad de personas los beneficios del Programa de Satisfactores Cotidianos y con el objetivo de lograr que los usuarios construyan un estilo de vida sin alcohol u otras drogas, se impartieron algunos de sus componentes de manera grupal a la población de la unidad residencial del Centro de Atención e Integración Social "Torres de Potrero" como un apoyo adicional a su proceso de rehabilitación.

De esta forma, el PSC en su modalidad grupal coadyuva a que los usuarios aprendan habilidades útiles en la creación de estilos de vida prosociales, en una atmósfera motivacional.

2.2.1.1 Método

Participantes

Se impartió cada componente del PSC de forma grupal a un promedio de 35 asistentes por sesión. La población fue predominantemente masculina (92% fueron hombres y 8% mujeres). La media de edad fue de 34 años. Recibieron el programa los usuarios de la Unidad Residencial del Centro de Atención e Integración Social "Torres de Potrero".

Instrumento

Para conocer el nivel de satisfacción de los participantes con el desarrollo de los componentes, al final de cada sesión grupal se aplicó el Cuestionario de Satisfacción del PSC que evaluó en una escala del 1 al 10 los siguientes aspectos: (1) Relación del expositor con los participantes; (2) Claridad del tema; (3) Utilidad del tema en su vida cotidiana; (4) Tiempo de duración del taller; (5) Solución de dudas; y (6) Participación individual.

Además, el cuestionario contó con un espacio para escribir comentarios u observaciones generales del taller.

Procedimiento

La estructura general utilizada en el desarrollo de cada componente fue:

- 1) Organización de equipos.
- 2) Emisión de comentarios acerca de la función e importancia del componente.
- 3) Explicación de la (s) estrategia (s) con apoyo de material didáctico escrito.
- 4) Realización de modelamiento (s).
- 5) Ejecución de ensayos conductuales por parte de los usuarios.
- 6) Retroalimentación para cada equipo.
- 7) Aplicación del Cuestionario de Satisfacción del taller.

La Tabla 1 muestra la frecuencia con la que se impartió cada componente, así como el número de sesiones que se requirieron para completarlos.

Tabla 1. Frecuencia de componentes impartidos

COMPONENTE	FRECUENCIA	DIVIDIDO EN (SESIONES)	SESIONES IMPARTIDAS TOTALES
Metas de Vida	5	2	10
Habilidades Sociales y Recreativas	4	1	4
Rehusarse al Consumo	5	1	5
Habilidades de	3	2	6

Comunicación			
Manejo del Enojo	3	1	3
Solución de Problemas	2	1	2
Total	22	8	30

A continuación se presenta la forma como se impartieron los componentes del PSC en su modalidad grupal.

El **componente de Metas de Vida** se abordó en dos partes (una por sesión). La duración de la primera parte fue de 90 minutos. A lo largo de la primera sesión los asistentes identificaron su nivel de satisfacción en cada una de sus áreas de vida y establecieron metas específicas para cada una de ellas, analizando los obstáculos para alcanzarlas y realizando los planes de acción necesarios. A cada uno de los participantes se le proporcionó la Escala de Satisfacción General, así como el formato de Metas de Vida Cotidiana.

La segunda parte del componente se realizó con la finalidad de darle seguimiento a la actividad de la sesión anterior, solucionando las dudas que permanecían entre los asistentes. Se proporcionó y se analizó una lectura complementaria que lleva por título "Los doce hilos de oro" (Webb, A. 1996), misma que sirvió para reforzar el compromiso con sus diferentes metas de vida.

En ambas sesiones los asistentes se mostraron participativos y reflexivos tanto en su trabajo individual como en el de equipo.

El **componente de Habilidades Sociales y Recreativas** se impartió en forma grupal con la finalidad de que los participantes adquirieran conductas que les permitieran establecer actividades que compitieran con el consumo y que al mismo tiempo los hicieran sentir bien, durante un lapso de 90 minutos.

Se dividió al grupo en equipos y se les entregó material didáctico mediante el cual los asistentes identificaron actividades que les gustaría realizar así como personas no consumidoras con quienes podrían realizarlas. Se les instigó a que pensaran y se comprometieran en la realización de dichas actividades y decidieran cuáles serían permanentes y cuáles serían esporádicas.

Asimismo, se realizó un modelamiento por parte del terapeuta en el que se mostró cómo aplicar alguna de las habilidades después de lo cual se instó a que representantes de los equipos hicieran ensayos conductuales exponiendo la forma en la que ellos harían uso de lo ilustrado.

Con una duración de 90 minutos se desarrolló de manera grupal el tema de **Rehusarse al Consumo**, con el propósito de que los asistentes aprendieran las conductas necesarias para poder rehusarse al consumo y lograr reintegrarse a la sociedad teniendo mejores y más efectivas relaciones interpersonales. Asimismo, se abordó la importancia de solicitar el apoyo de sus familiares y amigos para lograr su meta de abstinencia.

Con la finalidad de que los asistentes observaran cómo se aplican las estrategias, se explicó y modeló al usuario el control de su lenguaje corporal y se mencionó la importancia de éste. Además se explicaron y modelaron a los participantes las 6 habilidades de rehusarse

al consumo (negarse asertivamente, sugerir alternativas, ofrecer justificación, cambiar el tema de la plática, interrumpir interacción y, confrontar al otro) en situaciones en las que tendría que enfrentar la presión social.

Consecutivamente, se les pidió a los asistentes que hicieran un ensayo conductual de una situación de riesgo de presión social y la enfrentaran aplicando las estrategias, al término de las cuales se les dio retroalimentación y reforzamiento sobre el ensayo de las habilidades.

En el **componente de Solución de Problemas** desarrollado en grupo, los asistentes aprendieron la aplicación de las estrategias básicas de solución de conflictos. Se explicó que dichas estrategias consisten en identificar el problema claramente, para después sugerir al menos tres alternativas de solución de la situación, analizando las ventajas y desventajas de cada solución. En seguida, se toma una decisión sobre qué solución se va efectuar, identificando cómo llevar a cabo la solución y haciendo planes de acción para enfrentar los obstáculos que se pudieran presentar en el camino. Finalmente, se evalúa cómo les fue con los resultados y qué tan satisfechos se sienten con ellos. Se recomendó en su caso, tomar otra solución y hacer los planes de acción correspondientes.

Se desarrolló un ejemplo con el grupo mediante el cual los participantes aprendieron cómo aplicar la estrategia. Asimismo, se solicitó un trabajo individual en el que cada quien debía aplicar dicha estrategia a algún problema real a enfrentar a su salida del centro.

El **componente de Habilidades de Comunicación** se realizó en 2 sesiones de 90 minutos cada una. La intención fue que los asistentes aprendieran a mejorar su comunicación con quienes conviven para lograr una comunicación positiva y efectiva.

Para que los asistentes observaran cómo se pueden aplicar las estrategias, se explicaron y modelaron las conductas básicas que acompañan a las habilidades de comunicación: contacto visual, modular tono de voz, proximidad, control de gestos y postura corporal y, evitar conductas distractoras.

Además se expusieron y modelaron a los participantes las 12 habilidades de comunicación: iniciar conversaciones, escuchar, ofrecer entendimiento, compartir responsabilidad y ofrecer ayuda, expresar y recibir críticas, expresar y recibir reconocimiento, compartir sentimientos positivos y negativos, solicitar apoyo, expresar desacuerdo. Se les solicitó a los asistentes que hicieran un ensayo conductual de una situación en la que pudieran aplicar las estrategias, al término de las cuales se les dio retroalimentación y reforzamiento sobre el ensayo de las habilidades.

Por espacio de 90 minutos se llevó a cabo el **componente de Manejo del Enojo**, en el cual se les explicó a los asistentes la función de emociones así como las razones por las que es importante controlarlas. Se abordaron las principales manifestaciones del enojo y cómo éstas se pueden intensificar; posteriormente se explicó la cadena conductual en la que un evento se asocia a un pensamiento caliente al que se suman otros y que disparan el enojo, cuya expresión trae consecuencias negativas.

Sucesivamente se explicaron y modelaron las estrategias útiles para manejar el enojo como son tiempo fuera, distracción del pensamiento y auto-instrucciones positivas. Se les pidió a los asistentes que hicieran un ensayo conductual de una situación en la que pudieran

aplicar las estrategias, al término de las cuales se les dio retroalimentación y reforzamiento sobre el ensayo de las estrategias.

2.2.1.2 RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos en la impartición de los distintos componentes en cuanto: 1) el grado de satisfacción referido por los participantes y 2) los comentarios realizados por los usuarios.

La Figura 1 muestra las calificaciones obtenidas en promedio en el cuestionario de satisfacción en las 5 ocasiones en las que se realizó de manera grupal el tema de Metas de Vida.

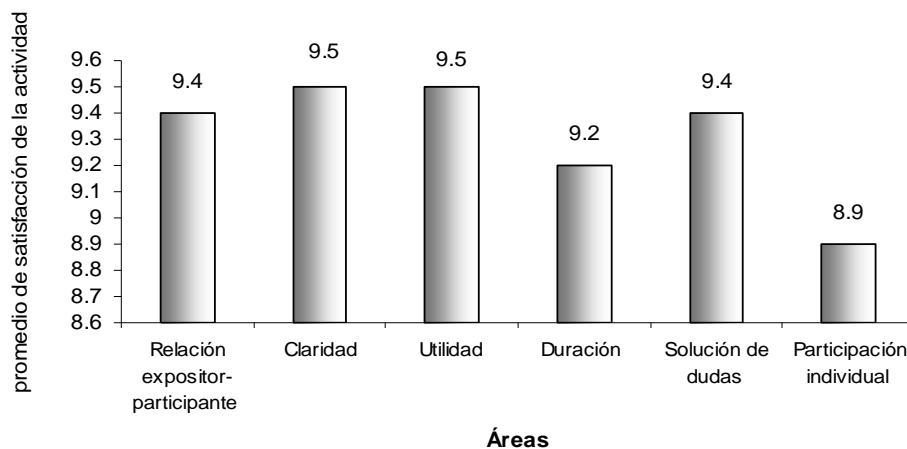


Figura 1. Calificaciones promedio de los Talleres de Metas de Vida

Como se observa en la Figura 2, los promedios de calificación obtenidos en el cuestionario de satisfacción en las cuatro ocasiones en las que fue impartido el tema de Habilidades Sociales y Recreativas, se mantuvieron por encima de 9.

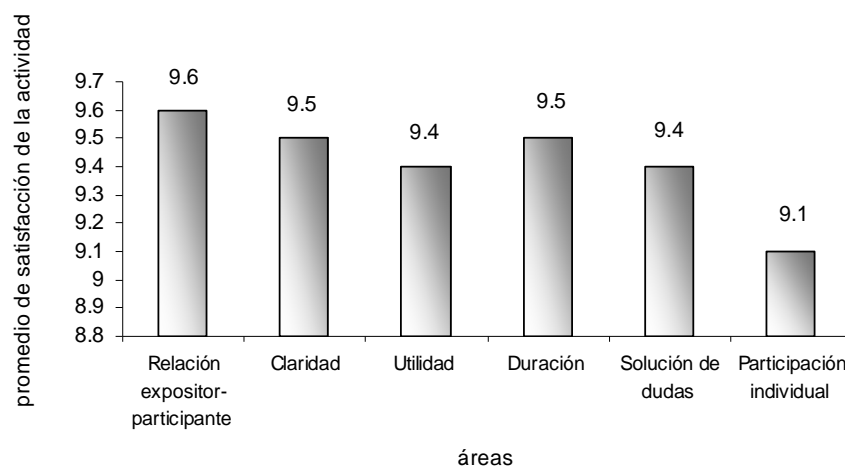


Figura 2. Calificaciones promedio de los talleres de Habilidades Sociales y Recreativas

Los promedios de calificación obtenidos en el cuestionario de satisfacción de las cinco ocasiones en las que se llevó a cabo el taller de Rehusarse al consumo, se muestran en la Figura 3.

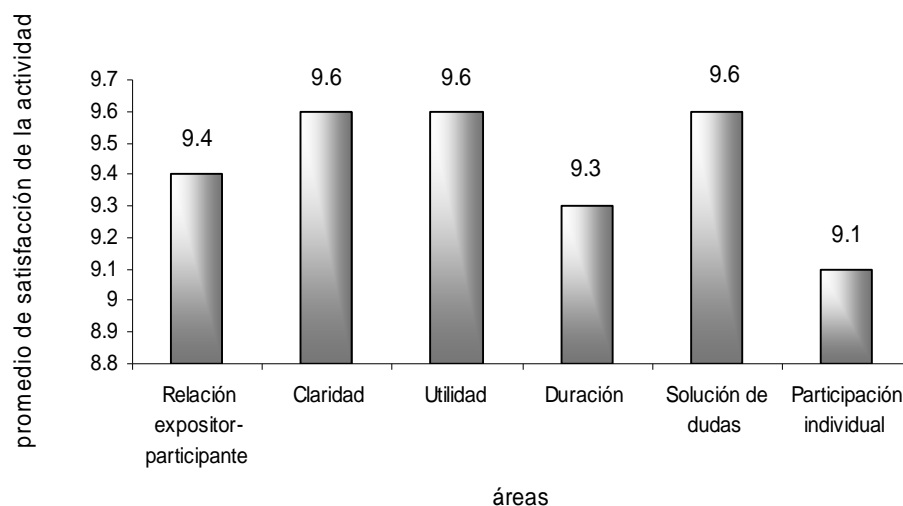


Figura 3. Calificaciones promedio de los talleres de Rehusarse al Consumo

El componente de Solución de Problemas en su modalidad grupal se impartió en dos ocasiones. En la Figura 4 se presentan los promedios de calificación de ambos talleres obtenidos en el cuestionario de satisfacción.

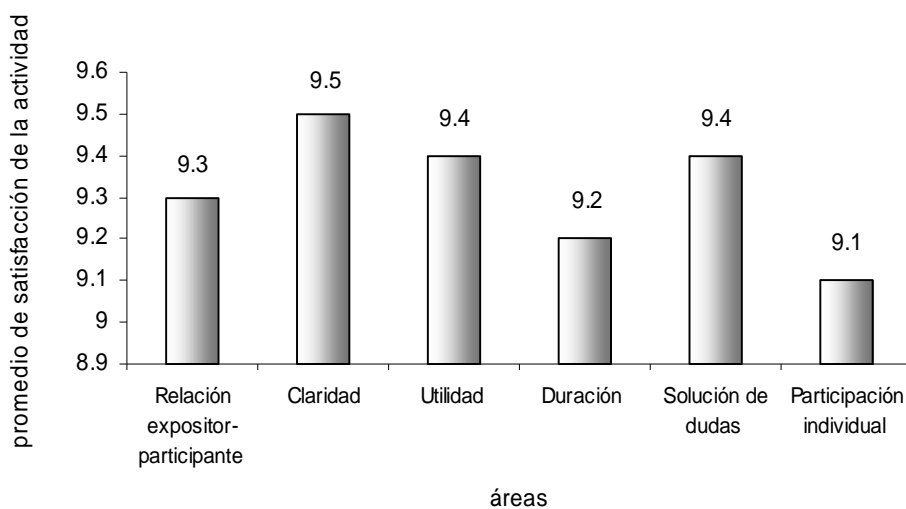


Figura 4. Calificaciones promedio de los talleres de Solución de Problemas

De igual forma, se obtuvieron calificaciones promedio superiores a 9 en el cuestionario de satisfacción en los 3 talleres del tema de Habilidades de Comunicación, según se aprecia en la Figura 5.

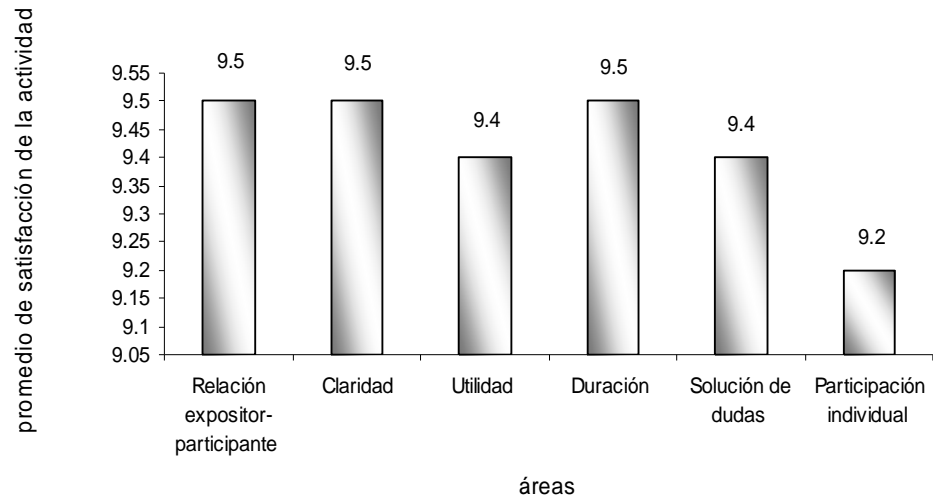


Figura 5. Calificaciones promedio de los talleres de Habilidades de Comunicación

Las calificaciones obtenidas en promedio después de la realización de los 3 talleres de Manejo del Enojo se muestran en la Figura 6.

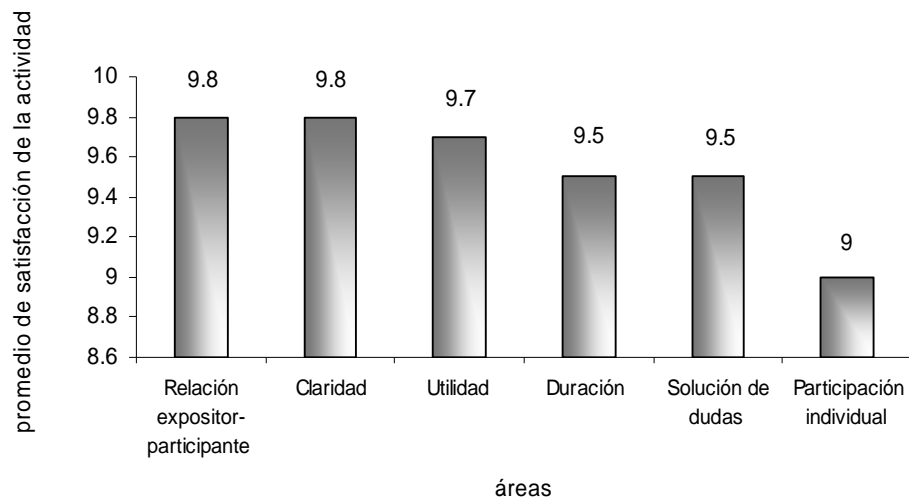


Figura 6. Calificaciones promedio del Taller de Manejo del Enojo

En síntesis, del total de las sesiones grupales, se presentan los comentarios realizados por los participantes, los cuales fueron organizados en un sistema de categorías, mostrado en la Tabla 2.

Tabla 2. Comentarios organizados en categorías

Categorías	Comentarios
Fomentó el ensayo de conductas	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando practico aprendo cómo reaccionar ante diferentes situaciones. - Me siento orgullosa de mí porque tuve una buena participación. - Cuando ensayamos comprendo mejor los temas. - Se practican situaciones reales cuando nos ofrecen droga. - Cuando practico aprendo cómo reaccionar ante diferentes situaciones. - Al practicar en el taller nos da más seguridad para poder hacerlo con más facilidad afuera.
Hubo modelamientos adecuados	<ul style="list-style-type: none"> - Me sentí identificado con las situaciones de riesgo que se abordaron, así como con los ejemplos que se actuaron. - Los ejemplos manejados hablan de nuestra realidad en la vida diaria. - Cuando se actuaron las estrategias logramos entenderlas mejor. - Las habilidades que nos dieron fueron muy buenas y los ejemplos fueron muy claros.
Fue útil en el diseño de plan de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Me ayudó a saber qué proyecto de vida quiero realizar. - Aprendí que hay principios importantes para salir adelante y así formar un plan de vida mejor. - Aprendí que haciendo lo que a mí me gusta podré dejar las adicciones. - Entendí que es necesario tener actividades en nuestra vida cotidiana que ayuden a mantener la abstinencia. - Tenemos que encontrar otras posibilidades que nos diviertan y que no tengan que ver con drogas.
Fomentó el autoconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> - El taller nos invita a reflexionar sobre nuestra conducta. - Complemento mi idea de qué logros quiero tener. - El taller me permitió analizar que necesito ser más tolerante y paciente - Cada día aclaro más cosas de mi propia persona. - Con los talleres me pongo a reflexionar mucho sobre mí. - El tema me hizo pensar en mis errores.
Alentó habilidades de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Me llevo más herramientas para la vida y así actuar de mejor manera. - El tema de hoy me ayuda a enfrentar diversas situaciones que se van a presentar cuando salga. - Podré enfrentar lo que sucede en mi vida cotidiana. - Me voy a seguir encontrando a gente que me ofrece sustancias pero creo que ahora puedo enfrentarlo.
Fue útil en la solución de	<ul style="list-style-type: none"> - El tema me ayuda a resolver los conflictos que vivo en este

problemas	<p>momento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El taller me está ayudando para que encuentre maneras de solucionar los problemas que vivo en la calle. - Me permite resolver un gran problema que tengo. - Cuento ahora con más elementos para darle solución a mis problemas.
Fomentó la autoconfianza	<ul style="list-style-type: none"> - El taller me permitió estar más segura de lo que quiero en la vida. - Aprendo a ser más seguro de mí mismo. - Antes no me sentía con la confianza de decir que no. - Tengo más confianza en mí mismo para desenvolverme en mi entorno. - Los talleres me permiten tener cada vez más confianza en mí mismo y evitar drogarme.
Sirvió de apoyo para hacer planes de acción	<ul style="list-style-type: none"> - Debo fijar un horario de actividades para cumplir con mis metas. - Necesito hacer una lista de pendientes para lograr alcanzar mis metas. - Entre mis compañeros me dieron buenas ideas para agregarlas a mi plan de acción. - Voy a llevar un orden para evitar seguir mi plan de acción al pie de la letra.
Solicitud de mayor extensión y frecuencia en la impartición del taller	<ul style="list-style-type: none"> - Es muy necesario que nos den con mayor frecuencia este tipo de talleres. - Sugiero que se extienda por más tiempo la actividad. - Me gustaría tomar el taller dos veces a la semana. - El taller podría durar más tiempo.
Fomentó habilidades de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando participo en equipo mi comunicación mejora. - En el taller puedo practicar la asertividad con mis compañeros. - A través del taller aprendo a expresar mi deseo de no consumo. - El taller me permite escuchar a los demás y puedo dar mi opinión. - Cada día me expreso y me desenvuelvo mejor. - Mediante el taller aprendo a comunicarme y escuchar diferentes formas de pensar.
Estimuló habilidades sociales (y recreativas)	<ul style="list-style-type: none"> - Recordé que me puedo relacionar sin drogas de por medio. - Estoy aprendiendo a respetar a los demás y a mí mismo. - Contaremos con estrategias que nos permitan divertirnos sanamente. - Planeo realizar más actividades que me entretengan para no pensar en la droga. - Voy a contactar a mis amigos que no se drogan para volver a salir juntos.
Influyó en el cambio de pensamientos	<ul style="list-style-type: none"> - Tengo que pensar más positivamente para evitar el consumo. - Ahora entiendo que mis ideas negativas pueden llevarme a drogar. - Cuando se me venga a la mente ideas pesimistas haré un esfuerzo para cambiarlas por ideas positivas para mantenerme sin consumo.
Retroalimentación recíproca	<ul style="list-style-type: none"> - Es bueno que hagamos observaciones entre nosotros para que mejoremos en nuestra vida.

Adecuado apoyo de materiales didácticos	<ul style="list-style-type: none"> - Los comentarios que me hacen mis compañeros me ayudan a cambiar lo que no me sale bien. - Es importante para mí compartir mis opiniones con los demás para que no comentan los mismos errores que yo. - Estoy aprendiendo a tolerar y respetar las opiniones de los demás. - Las copias que se nos proporcionan son muy interesantes. - El material que nos dan lo uso para repasarlo los días que no tenemos el taller. - Algunos de mis compañeros y yo leemos juntos otra vez las copias que nos dan.
Fue motivacional	<ul style="list-style-type: none"> - Se nos motivó para superar nuestros problemas personales. - El tema me motivó a cambiar mi forma de drogarme. - Es importante estar muy motivado para aprender las habilidades que nos enseñan. - Aprendimos la importancia de mantenernos motivados para mantenernos sin drogarnos.
Ayudó a mejorar la relación con los compañeros	<ul style="list-style-type: none"> - Puedo mejorar en mis relaciones con los demás siendo más tolerante. - Logro tener una mayor comunicación y convivencia con mis compañeros. - Me doy cuenta de que me hace falta relacionarme con todos no sólo con unos cuantos. - Logré una integración con mis compañeros. - Conozco mucho más a mis compañeros y aprendo de ellos.
Dinámico	<ul style="list-style-type: none"> - Es dinámico el taller. - Estuvo muy creativo el taller. - Fue muy amena y dinámica la exposición. - La dinámica del taller permite que convivamos todos. - Fue importante que se nos pusiera a hacer actividades. - Qué bueno que el tema va cambiando cada semana.
Aprendizaje de nuevos contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Me agradó porque aprendí cosas que antes no había escuchado. - Fue un taller productivo y oímos temas que no habíamos revisado. - Con el taller aprendo otras cosas que no sabía. - La información fue clara, precisa y nueva. - En todos los talleres se aprende algo nuevo.
Fue suficiente la información presentada	<ul style="list-style-type: none"> - No hizo falta más información del tema. - Me pareció completa la presentación. - Fue bastante la información proporcionada.
Estimuló la práctica de Habilidades de rechazo	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendí a tratar a las personas que me ofrecen droga y rechazarlos. - Ahora contamos con unas herramientas para no aceptar sustancias. - Ya sé cómo enfrentar la presión de los que me ofrecen drogas. - Aprendí cómo decir "no" a quienes me ofrecen sustancias. - Aprendí que puedo negarme al consumo de drogas pero sin ofender a nadie.
Fortalece / Reafirma hábitos	<ul style="list-style-type: none"> - El tema de hoy es algo que ya acostumbro hacer. - Varias cosas de las que practicamos este día las he tratado de hacer anteriormente.

	<ul style="list-style-type: none"> - Estaba acostumbrado a divertirme sanamente antes de que empezara a drogarme y ahora veo que es muy importante retomarlo. - Necesito volver a mis antiguos hábitos saludables para que me sea más fácil mantenerme sin consumo.
Tema relevante en el proceso de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> - Los temas que se abordan en los talleres me sirven para mi bienestar. - Es primordial para una buena rehabilitación este tipo de talleres. - Entiendo que mejorando mi vida personal lograré muchas cosas entre ellas dejar de drogarme definitivamente. - Aprendí que con esfuerzo y dedicación podré estar bien en todos mis ámbitos personales. - Hacía falta este tipo de talleres para complementar el proceso de recuperación.

2.2.2 Programa de Satisfactores Cotidianos. Tratamiento Individual

Introducción

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es una adaptación del Community Reinforcement Approach (CRA). Fue desarrollado por Hunt y Azrin en 1973 y adaptado a población mexicana por Barragán, González, Medina-Mora y Ayala (2005). Se trata de un modelo para intervenir en el consumo dependiente a sustancias y tiene por objeto que los usuarios alcancen la abstinencia una vez que en su estilo de vida hayan incorporado reforzadores alternativos que compitan con el consumo.

En un estudio comparativo realizado por Hunt y Azrin (1973) se contrastó el CRA con un tratamiento tradicional. Se encontró que los usuarios que recibieron el CRA decrementaron su patrón de consumo de alcohol, permanecieron menos días en internamiento, tuvieron mejor desempeño laboral y lograron dedicar más tiempo a su familia versus los que se sometieron al tratamiento tradicional.

Más tarde, se introdujo un nuevo componente al CRA que incluía el uso del Disulfiram y el apoyo del otro significativo para el correcto uso del medicamento (Azrin, 1976). Al contrastar esta nueva modalidad del CRA con un tratamiento tradicional, se encontró que a los 6 meses de haber concluido el tratamiento, disminuyeron los días de consumo al 2% del total de los días mientras que, con el modelo tradicional se redujeron al 55% (Azrin, et al. 1982).

Se reportó otro estudio en el que se compararon tres condiciones de tratamiento: 1) un modelo tradicional de 12 pasos; 2) un programa tradicional con Disulfiram y, 3) el CRA combinado con Disulfiram. Los resultados obtenidos después de 6 meses de terminado el tratamiento, señalaron que el porcentaje de días de abstinencia logrados fue del 45% para la gente que estuvo bajo tratamiento tradicional, de 74% para quienes recibieron el programa tradicional más Disulfiram y, aumentó a 97% los días de abstinencia logrados para los usuarios que recibieron el CRA con Disulfiram.

En tres meta-análisis realizados (Wolfe y Meyers, 1999), se reportó al CRA como uno de los tratamientos más efectivos para abordar la dependencia al alcohol. Asimismo, quedó

demostrada la efectividad del CRA combinado con el manejo de contingencias para tratar el abuso de cocaína. Organismos internacionales como el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) y el Instituto Nacional para Abusadores de Alcohol (NIAA, por sus siglas en inglés) han reconocido al CRA como un modelo eficaz para atender a los consumidores crónicos de drogas.

Asimismo, se realizó un estudio en el que se aplicó el CRA a dependientes de alcohol comparado con un grupo control (Smith, Meyers y Delaney, 1998). El grupo que recibió el CRA tuvo resultados favorables en términos de la disminución en el número de copas por semana, menor número de días de consumo a la semana, así como de la cantidad de alcohol en sangre.

Se demostró la utilidad del CRA en dependientes a opiáceos en un estudio en el que se aplicó el CRA combinado con metadona, comparado con un tratamiento tradicional más el uso de metadona (Abbott, Weller, Delaney y Moore, 1998). El principal hallazgo fue que la mayor parte de los antidoping aplicados a los participantes del CRA fueron negativos durante el seguimiento hecho a 6 meses.

Como se menciona en párrafos anteriores, el CRA se adaptó en México tomando el nombre de Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán, et al. 2005). El marco teórico que sustenta al PSC es el análisis conductual aplicado. El programa pretende que el individuo agregue o renueve los reforzadores que constituyen su estilo de vida en el ámbito social/recreativo, familiar, laboral y escolar. Se propone que el usuario tenga disponibles reforzadores de calidad durante su abstinencia de drogas y, que el individuo no los tenga a su alcance cuando haya episodios de consumo. Asimismo, el programa se acompaña de establecimiento de metas y un componente motivacional, además de enseñar al usuario las habilidades que le permitan tener un estilo de vida prosocial.

2.2.2.1 Método

Participantes

Se atendieron un total de 10 usuarios en el Centro de Atención e Integración Social (CAIS) "Torres de Potrero" aplicando los componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos. CAIS es una unidad de tratamiento residencial para adicciones a sustancias y, también cuenta con servicio de consulta externa.

La mayoría de los usuarios fueron del *sexo* masculino y sólo una del *sexo* femenino. La *edad* de los participantes fluctuó entre los 18 y los 50 años, con un promedio de 31 años. La *escolaridad* variaba desde haber cursado únicamente la primaria hasta contar con un posgrado. En la mitad de los casos, el grado fue de preparatoria, mientras que el 30% tenía estudios de secundaria.

Al respecto del *estado civil*, el 50% eran solteros, en tanto que el 40% eran casados, sin embargo, en al menos uno de estos casos el usuario se encontraba separado de su pareja y el 10% se encontraba viviendo en unión libre. La mitad de los participantes tenía entre uno y dos hijos, sin ser necesariamente casados, y la otra porción aún no tenían descendencia. Del total de las personas que estaban casadas, sólo el 30% seguía viviendo con su pareja e hijos, los demás habían regresado a vivir con los papás. En el 50% de los casos, los usuarios refirieron no tener un *familiar* cercano que presentara consumo de sustancias, mientras que el 20% reportó que sus hermanos sí consumían y el resto (30%) dijo tener otro familiar usuario de sustancias.

En cuanto a su *situación laboral*, la mayor parte (80%) se encontraban desempleados desde antes de haber ingresado a la unidad residencial o incluso, recibiendo consulta externa. Sólo el 20% estaban auto-empleados y al mismo tiempo tomaban tratamiento.

A cerca de la *sustancia principal*, se observó que en su mayoría consumían cocaína (60%), mientras que el 20% solicitó tratamiento por fumar marihuana, el 10% se encontraba ingiriendo alcohol y otro 10% más prefería metanfetaminas.

Casi todos los usuarios habían tenido *experiencias previas de tratamiento*, llámese internamientos en otras clínicas (30%), o habían estado en grupos de auto-ayuda (40%), o permanecido en consulta externa (10), sin embargo en el 20% de los casos no reportaron haber contado con tratamiento. La edad a la que comenzaron con el consumo de drogas variaba de manera importante pues iba desde los 15 hasta los 48 años. La media fue de 21 años. Asimismo, percibieron que su consumo se volvía problemático alrededor de dos años después de haber iniciado (media de 23 años).

En su historia de consumo, los usuarios reportaron haber tenido *periodos de abstinencia* que iban de 2 a 3 meses (30%). También lograron periodos que iban desde una semana, 4 a 6 semanas, e incluso tener lapsos de no consumo de un año (20% cada uno). El periodo menos frecuente fue de 4 a 6 meses (10%).

Entre las *razones* por las cuales los usuarios deseaban hacer un *cambio* en sus hábitos de consumo destacaban: conservar su salud o detener un posible deterioro, al igual que para mejorar sus relaciones familiares o matrimoniales (30% cada uno) o bien, porque deseaban tener una mayor satisfacción en general (20%). También indicaron como razones la cuestión laboral y su vida emocional (10% cada uno).

La mayoría de los participantes percibían el *grado de su problemática de consumo* entre grave (40%) y muy grave (30 %). El resto definía su situación como un problema leve (20%) o estaban indecisos al respecto (10%).

Respecto a los *problemas de salud* que han presentado los usuarios, se observan síntomas como: cansancio, tensión muscular, deshidratación, dolor de mandíbula, paranoia, insomnio, lagunas mentales, desnutrición, alucinaciones, delirios, intento suicida, ansiedad, ataques de pánico.

Los *problemas con la familia* también son frecuentes entre estos usuarios, por lo que reportaron pérdida de confianza, así como agresiones verbales (30% cada uno), y con menor frecuencia agresiones físicas (10%), incluso haber tenido todos los problemas anteriores (30%).

Asimismo, el no haber tenido *pareja* en el último año debido al consumo o bien, el consumo de ambos miembros de la pareja, fueron los asuntos que refirieron el 30% de los usuarios, respectivamente. El resto tuvo problemas de comunicación, infidelidad y/o agresiones físicas y verbales, entre los más comunes.

Algunos de los *problemas sociales* que presentaron los usuarios fueron en primer lugar aislamiento y agresiones físicas y verbales (40% cada uno), seguido de haber perdido algún amigo (20%).

Como producto del consumo de drogas en el *área laboral* los usuarios reportaron haber faltado recurrentemente a su trabajo (60%) y/o haberlo perdido por lo menos en una ocasión

(30%) en los últimos 12 meses. Excepcionalmente, un usuario no reportó haber presentado problemas en esta área. Los días que dejaron de trabajar iban desde los 30 hasta 90 días.

Además, en el terreno *legal*, los usuarios dijeron haber pasado por detenciones de la policía o incluso haber cometido robo (30% cada uno). El 10% dijo haber estado en prisión alguna vez y, el 30% de los casos, no tuvieron ningún tipo de contratiempo legal.

El perfil del consumidor de sustancias que pueda beneficiarse de este programa, deberá tener las siguientes características: ser mayor de 18 años, saber leer y escribir, tener un nivel de dependencia media y severa al alcohol y/o un nivel de dependencia sustancial y severa a otras drogas, uno o más tratamientos o internamientos previos y pérdidas asociadas al consumo en diferentes áreas de vida cotidiana, así como un nivel de funcionamiento cognitivo mínimo de 6 puntos (Barragán y cols., 2005).

Instrumentos

Para seleccionar a los usuarios que sean candidatos a recibir la intervención psicológica es útil realizar la ***Entrevista Conductual***. A través de ésta se recaban datos personales, motivo de consulta, historia y patrón de consumo, entre otros datos relacionados con dicha ingesta de drogas (Barragán, Flores, Morales, González, Martínez y Reidl, 2006).

La ***Escala de Dependencia al Alcohol*** es un instrumento de 25 reactivos que miden dependencia baja, moderada, media y severa. Se ha mostrado que tiene confiabilidad test-retest (0.92) y consistencia interna ($\alpha=0.85$), así como validez para medir dependencia (0.69). Existen probabilidades de que la escala estime cambios en el nivel de dependencia (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998). La calificación de cada respuesta tiene los siguientes valores: a = 0; b = 1; c = 2; d = 3.

La suma de reactivos puede arrojar un puntaje de 0 a 47. Cuando se obtiene una calificación de cero *no hay dependencia*; un puntaje de 1 a 13 equivale a una *dependencia baja*; de 14 a 21 se trata de una *dependencia moderada*; al obtener de 22 a 30 puntos es *dependencia media*; y se habla de una dependencia severa cuando el puntaje oscila entre los 31 y 47 puntos.

El ***Cuestionario de Abuso de Drogas*** (Skinner, 1982) fue adaptado por Fuentes y Villalpando (2001). Es un instrumento de auto-informe compuesto por 20 preguntas con respuestas dicotómicas. Evalúa la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias ocasionadas por el consumo de sustancias. A nivel clínico, es posible discriminar a los más involucrados en el consumo de los menos. Los índices de confiabilidad van de .86 a .95 para usuarios de alcohol y drogas.

Si el usuario obtiene un puntaje de cero significa que no hay evidencia de problemas de abuso de drogas. El *nivel bajo* se alcanza con una calificación entre 1 y 5; con una calificación que va entre 6 a 10, el usuario tiene un *nivel moderado* de problemas; el *nivel sustancial* se obtiene con un puntaje de 11 a 15; finalmente, el *nivel severo* se alcanza con valores que van de 16 a 20.

En cuanto a la ***Subescala de Retención de Dígitos***, es una escala de ejecución que pertenece a la Escala de Inteligencia Weschsler para Adultos (WAIS). Incluye la retención de dígitos en orden directo en la que el usuario debe repetir correctamente una serie de números. Se califica considerando el número de dígitos de la serie más larga que haya repetido sin error. El valor máximo que se puede obtener es de 9 puntos.

Además, incluye la retención de dígitos en orden inverso en la que el usuario debe repetir los números en dirección opuesta. En la calificación se considera el número de dígitos de la serie larga que el usuario repita correctamente. La máxima calificación lograda es de 8 puntos.

Por último, ambas calificaciones se suman para obtener una calificación total máxima de 17 puntos.

Por su parte, el **Subtest de Símbolos y Dígitos**, consiste en colocar el símbolo que le corresponde a cada uno de los números que se presentan en el material. Se aplica en un tiempo no mayor a 90 segundos. Por cada respuesta correcta se otorga un punto y a los signos invertidos se les da medio punto.

Respecto a la **Escala de Satisfacción General** (Azrin, Naster y Jones, 1973), está compuesta por 10 reactivos que evalúan el grado de satisfacción del usuario (0-10 puntos) en nueve áreas de la vida cotidiana, en tanto que la décima evalúa el nivel general de satisfacción. Posee confiabilidad de .76 que demuestra una consistencia interna adecuada. Al correlacionar el promedio de satisfacción de las diferentes áreas con el puntaje de satisfacción general, se mostró que cuenta con una validez de criterio adecuada.

Las áreas de vida evaluadas son: Consumo/Sobriedad, Progreso en el Trabajo o en la Escuela, Manejo del Dinero, Vida Social y Recreativa, Hábitos Personales, Relaciones Familiares o Matrimoniales, Situación Legal, Vida Emocional, Comunicación y Satisfacción General.

El **Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol** (Annis, Graham y Davis, 1982; adaptado por Echeverría, et al., 1998), mide la frecuencia y la cantidad de consumo en los últimos doce meses. Contiene 100 reactivos que se agrupan en 8 subescalas.

Al mismo tiempo, las subescalas se dividen en dos grandes categorías de situaciones de consumo de alcohol, que son: I. *Situaciones Personales*, donde la respuesta de beber se da ante un evento físico o psicológico, y son: Emociones Desagradables, Malestar Físico, Emociones Agradables, Probando Autocontrol y Necesidad o Tentación de Consumo. II. *Situaciones que involucran a terceras personas*: Conflicto con Otros, Presión Social y Momentos Agradables con Otros.

A través del **Cuestionario de Confianza Situacional** (Annis y Graham, 1987; adaptado por Echeverría y Ayala, 1997) se conoce el nivel auto-eficacia para resistirse al consumo de alcohol ante 8 categorías situacionales. La versión breve sólo consta de 8 reactivos.

Para evaluar la cantidad en términos de porcentaje (0% - 100%) de situaciones que precipitan el consumo de drogas, se aplica el **Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas** (Annis, Graham y Martin, 1988; adaptado por De León y Pérez, 2001) y consta de 60 reactivos. Anteriormente, fue Marlatt (1985) quien desarrolló situaciones de riesgo de consumo, y fueron retomadas para este instrumento.

Los reactivos de las ocho categorías son clasificadas en dos áreas: I. *Situaciones Personales*, donde el consumo se da ante un evento físico o psicológico, y son: Emociones Desagradables, Malestar Físico, Emociones Agradables, Probando Autocontrol y Necesidad o Tentación de Consumo. II. *Situaciones que involucran a terceras personas*, que se subdividen en: Conflicto con Otros, Presión Social y Momentos Agradables con Otros.

En cuanto a las características psicométricas cuenta con una confiabilidad test-retest de .98 siendo todos los reactivos significativos al .000.

La auto-eficacia del usuario para resistirse al consumo de drogas ante ocho situaciones de riesgo, se midió a través de 60 reactivos que conforman el **Cuestionario de Autoeficacia de Consumo de Drogas** (Annis, Graham y Martin, 1988; adaptado por De León y Pérez, 2001). Es un cuestionario autoaplicable que se contesta entre 15 y 20 minutos por cada sustancia. Su consistencia interna es de .99; tanto en la confiabilidad test-retest como en la validez calculada mediante la prueba "t" se encontró que todos los reactivos obtuvieron una significancia de .000.

Asimismo, la **Línea Base Retrospectiva** (Sobell y Sobell, 1992; adaptado por Echeverría y Ayala, 1993), es un registro de los cambios específicos en el patrón de consumo antes, durante y después del tratamiento. El usuario es cuestionado al respecto de los días y meses de mayor consumo, así como la frecuencia.

Tiene una confiabilidad test-retest de .91. La correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de .82. La validez concurrente, con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST) muestra correlaciones de .53.

El **Inventario de Depresión de Beck** (Beck, 1988; adaptado por Jurado, et al. 1998) es un instrumento de 21 reactivos distribuidos en grupos de cuatro afirmaciones que valoran desde un grado de depresión mínimo hasta severo. El individuo selecciona una o varias de estas afirmaciones que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana inmediata anterior e inclusive el día de la aplicación.

Para calificarlo, se hace una sumatoria de cada uno de los reactivos, donde un puntaje de 0 a 9 equivale a una *depresión mínima*; de 10 a 16 puntos es *depresión leve*; los valores de 17 a 29 puntos implican una *depresión moderada*; por último, la *depresión severa*, es obtenida con un puntaje de 30 a 63.

La confiabilidad por consistencia interna fue obtenida en una muestra de 1508 adultos de entre 15 y 65 años, obteniéndose un alpha de Cronbach de .87 con una probabilidad de .000. Por su lado, para la validez concurrente del instrumento con la Escala de Zung se utilizó una muestra de 120 personas en edades entre 17 y 72 años con diagnóstico de depresión arrojando una $r = .70$, con una probabilidad menor que .000.

Además, el **Inventario de Ansiedad de Beck** (Beck, 1988; adaptado por Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) cuenta con 21 reactivos, el cual permite evaluar síntomas de ansiedad. Los grados de ansiedad pueden ir desde *ansiedad mínima* obtenida a partir de un puntaje de 0 a 5; valores de 6 a 15 puntos equivalen a *ansiedad leve*; un puntaje de 16 a 30 puntos implica *ansiedad moderada*; finalmente, valores de 31 a 63 reflejan un nivel de *ansiedad severa*.

La estandarización a población mexicana se realizó en una muestra de 1000 sujetos, obteniéndose una alta consistencia interna (alpha de Cronbach = .83) y una adecuada validez de constructor. Además, en una muestra de 188 sujetos se obtuvo una alta confiabilidad test-retest ($r = .75$).

Las escalas conductuales son a las que se le ponen especial atención en el Programa de Satisfactores Cotidianos, por ejemplo la de Cólera/Estado en la que se abordan las emociones

desagradables (enojo, tristeza, ansiedad) como una serie de situaciones en las que es más probable que haya consumo de alcohol o drogas (Cummings, Gordon, y Marlatt, 1980).

Los factores para la versión de mujeres son: 1. *Sintiendo Cólera*; 2. *Cólera Rasgo*; 3. *Control de Cólera Contenida*; 4. *Control de Cólera Manifestada*; 5. *Cólera Manifestada*; 6. *Cólera Contenida*; 7. *Sintiendo como se expresa la cólera físicamente*. Para la versión de hombres: 1. *Control de la Cólera*; 3. *Cólera Manifestada*; 4. *Cólera Rasgo*; 5. *Cólera Rasgo*; 6. *Sintiendo Cólera*; 7. *Cólera Contenida*.

Procedimiento

El programa de Satisfactores Cotidianos se orienta en los problemas percibidos por los usuarios durante la evaluación. Apoyándose de los 12 componentes del programa, el individuo establece las metas y se esfuerza por alcanzarlas, enfrentando sus problemas a través de habilidades aprendidas.

Cabe señalar que los componentes no tienen un orden estricto en la impartición del entrenamiento. Cada usuario tiene necesidades distintas y de acuerdo a ellas se organiza la intervención. La Evaluación y el componente de Metas de Vida son los momentos en los cuales se identifican las situaciones de riesgo más apremiantes del individuo. En ciertos casos, no es necesario el desarrollo de todos y cada uno de los componentes.

El componente inicial es el de **Admisión**, en el cual se realiza la entrevista conductual y se aplican instrumentos útiles para determinar si realmente el candidato se beneficiará del programa o no.

Acto seguido, se lleva a cabo la **Evaluación** a través de la cual se conocen el patrón de consumo, los precipitadores y el grado de auto-eficacia para resistir la tentación del consumo. Igualmente, se valoran los niveles de depresión, ansiedad, enojo y calidad de vida del usuario.

La conducta de consumo se averigua en el componente de **Análisis Funcional de la Conducta** de consumo y de no consumo. A continuación se elaboran planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas alternas. Inclusive, se analiza una conducta que sea recompensante para el usuario y no asociada con el consumo, destacando sus beneficios y motivando al usuario a practicarla asiduamente.

Es importante que el individuo establezca un periodo factible sin consumo, con ayuda del componente de **Muestra de Abstinencia**. Son recomendables 90 días, pero queda a consideración del usuario con la orientación del terapeuta.

Existe una sesión en la que se le invita al individuo a que haga **Uso del Disulfiram**, que es un fármaco que le servirá para mantenerse en abstinencia.

Además, en **Metas de Vida** el usuario se fija metas en sus diferentes áreas vitales, creando planes y fijándose periodos para su consecución.

El usuario aprende a enfrentar situaciones de riesgo empleando las habilidades precisas para **Rehusarse al Consumo**.

Con ayuda del adiestramiento en **Habilidades de Comunicación**, el usuario mejora su comunicación con las personas con quienes convive logrando un mayor bienestar en sus relaciones interpersonales.

La estrategia de **Solución de Problemas** le permite al individuo enfrentar sus situaciones adversas de manera distinta, pues controla su ambiente de tal forma que disminuya la tensión y esto le ayuda a mantenerse en abstinencia.

Es importante que el usuario incluya en su repertorio conductual actividades que compitan con el consumo y que apoyen la abstinencia, es por ello que se le entrena en **Habilidades Sociales y Recreativas**.

Las emociones desagradables (tristeza, enojo, ansiedad y celos) son disparadores comunes del consumo, por tanto se aplican los componentes de **Manejo de las Emociones** para controlar la intensidad y la duración de las mismas.

El componente de **Consejo Marital** es útil para las parejas que requieran habilidades para mejorar su comunicación, otorgarse de mutuamente gratificantes y llegar a acuerdos.

También se exploran las competencias laborales en el componente de **Búsqueda de Empleo**, con el fin de que encuentren un trabajo o que se mantengan en el que ya tienen, mostrándose alertas ante los precipitadores del consumo que se puedan manifestar.

Además, es importante que el **Otro Significativo** ejercite conductas que le sirvan al usuario para evitar una recaída, ayudando a generar un ambiente propicio y gratificante.

Por último, dentro del componente de **Prevención de Recaídas**, se identifican los precipitadores de consumo a futuro, y se realizan planes de acción útiles para enfrentar con eficiencia y sin ingerir drogas, aquellas situaciones adversas.

Respecto a las personas que ingresan a la unidad residencial del CAIS, se les brinda apoyo durante 40 días por parte de psiquiatra, psicólogo, médico internista, terapeuta familiar, así como de enfermeras y trabajadoras sociales. El componente de admisión del PSC puede llevarse a cabo desde la primera semana en la que ingresa el usuario a la unidad residencial. En las restantes 5 semanas se distribuyen los demás pasos del programa.

De los 10 usuarios atendidos, 5 pasaron por internamiento y también fueron vistos en consulta externa, mientras que los otros 5 únicamente fueron atendidos en consulta externa.

2.2.2.2 RESULTADOS

En la primera parte de esta sección se muestran los principales hallazgos de la *evaluación* de los usuarios y, posteriormente se presentan los resultados del programa de *intervención* desarrollado.

De las 5 personas atendidas que reportaron tomar alcohol, el 30% de los casos presentaron dependencia moderada, el 20% de ellos dependencia media, mientras que sólo el 10% presentó una dependencia baja. El resto de los usuarios no tenían dependencia (40%). Ver Tabla 1.

Tabla 1. Niveles de Dependencia al Alcohol según la *Escala de Dependencia al Alcohol*

Dependencia Alcohol	Porcentaje
No dependencia	40 %
Dependencia baja	10 %
Dependencia moderada	30 %
Dependencia media	20 %

Aspectos sobresalientes de la dependencia fueron: haber bebido la última vez lo suficiente como para perderse; presentar síndrome de abstinencia; tener lagunas mentales después de beber; después de tener un periodo de abstinencia, volver a tomar en exceso; beber durante todo el día y, no poder dejar de beber después de tomar una o dos copas.

Se encontró que todos excepto un usuario presentaron al menos un nivel de abuso de drogas. La mitad ostentaron un nivel sustancial, en tanto que el 20% mostró un nivel moderado y la misma proporción de sujetos tenían un nivel severo. Esto puede apreciarse en la Tabla 2.

Tabla 2. Niveles de Consumo de Drogas según el *Cuestionario de Abuso de Drogas*

Dependencia Drogas	Porcentaje
No dependencia	10 %
Moderado	20 %
Sustancial	50 %
Severo	20 %

Algunas de las características de esta dependencia fueron: abuso de más de una droga al mismo tiempo; no poder dejar que transcurra una semana sin que utilice drogas; tener lagunas mentales y alucinaciones como resultado del consumo; problemas con pareja y familiares a partir de la ingesta de drogas; pérdida del trabajo; haber experimentado síntomas físicos de retiro; involucramiento en actividades ilegales para obtener drogas; involucramiento en peleas bajo la influencia de las drogas.

Acerca del nivel cognitivo de los usuarios, se observó una variación significativa, pues el puntaje osciló entre 6.5 y 10. Es decir, la mayor parte posee un nivel mínimo indispensable para facilitar la asimilación de los contenidos del programa. La Tabla 3 muestra los porcentajes.

Tabla 3. Nivel Cognitivo según la *Escala de Símbolos y Dígitos y repetición de Dígitos del Wais*

Puntaje	Porcentaje
6.5	10 %
7	30 %
8	20 %
9	20 %
10	20 %

Al evaluar el grado de satisfacción que los usuarios tienen en sus diversas áreas de vida, antes de comenzar el tratamiento, se encontró que las que expresan un *mayor* puntaje son: situación legal en el 60% de los casos, seguida de vida social/recreativa y de hábitos personales, cada uno con 20%. Son diversas las áreas en las que presentan *menor satisfacción*, destacando progreso en el trabajo o en la escuela (30%), mientras que vida emocional, consumo y vida social/recreativa tuvieron 20% cada uno. Por último, las relaciones familiares/matrimoniales tuvieron 10%. Ver Tablas 4 y 5.

Tabla 4. Áreas de mayor satisfacción, según la *Escala de Satisfacción General*

Áreas de mayor satisfacción	Porcentaje
Vida social/recreativa	20 %
Hábitos personales	20 %
Situación legal	60 %

Tabla 5. Áreas de menor satisfacción, según la *Escala de Satisfacción General*

Áreas de menor satisfacción	Porcentaje
Consumo	20 %
Progreso en trabajo/escuela	30 %
Vida social/recreativa	20 %
Relaciones familiares/matrimoniales	10 %
Vida emocional	20 %

Se observó que para los 5 usuarios que reportaron abuso de alcohol, se encontró que sus principales situaciones de riesgo de consumo son: *momentos agradables con otros y probando autocontrol*. En el resto de los usuarios, no se detectó problemas con el alcohol.

Explorando la auto-eficacia, en los dos usuarios que reportaron abuso de alcohol, se observó que el área de *emociones desagradables* fue la de menor confianza.

Asimismo, las situaciones de riesgo de consumo de drogas más importantes para estos usuarios en la fase de evaluación, se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6. Situaciones de riesgo de consumo de drogas

Situaciones de Riesgo Drogas	Porcentaje
Emociones desagradables	30 %
Necesidad y tentación de consumo	50 %
Emociones agradables	10 %
No aplica	10 %

Entre las áreas de más baja auto-confianza para no consumir drogas destacan las emociones desagradables y necesidad y tentación de consumo empatadas con 30% cada una, como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7. Áreas de menor confianza de consumo de drogas, según el *Cuestionario de Autoeficacia de Consumo de Drogas*

Áreas de menor confianza de consumo	Porcentaje
Emociones desagradables	30 %

Probando auto-control	10 %
Emociones agradables	10 %
Necesidad y tentación de consumo	30 %
Presión social	10 %
No aplica	10 %

Respecto a la cantidad de días de consumo en el último año, se observó que los usuarios consumieron durante periodos variados de tiempo, pues hubo quien ingirió sustancias en sólo 14 días en un año, hasta quien las consumió durante casi todo el año (350 días). El promedio de días de consumo anual fue de 188.

Más de la mitad de los usuarios (60%) reportaron una frecuencia de consumo de al menos 4 días a la semana, así como los que consumen solamente en fin de semana (30%) y quien ingería a diario sustancias (10%).

En los usuarios atendidos, el nivel moderado de depresión fue el más frecuente (70%), seguido de los niveles severo (20%) y mínimo (10%), según el *Inventario de Depresión de Beck*.

Parte de los indicadores de depresión fueron: haber perdido más peso; sentirse triste todo el tiempo y no poder evitarlo; sentir que no tiene nada que esperar del futuro; al repasar lo que ha vivido, todo lo que ve son fracasos; sentirse irritado todo el tiempo; estar disgustado consigo mismo; ha perdido en gran medida el interés en la gente; tener dificultad para tomar decisiones más que antes; tener que obligarse para hacer algo; no tener una verdadera satisfacción con lo que hace; sentirse culpable la mayor parte del tiempo.

Con base en el *Inventario de Ansiedad de Beck*, el nivel moderado de ansiedad se presentó en la mitad de los usuarios (50%) y, en menor medida los niveles severo (30%) y leve (20%).

Entre estos usuarios la ansiedad se puede manifestar con algunos de los siguientes síntomas: miedo a que pase lo peor, opresión en el pecho o latidos acelerados, dificultad para respirar, sentirse asustado, debilidad, dificultad para relajarse, nerviosismo e inseguridad, entumecimiento u hormigueo, dificultad para relajarse, miedo a perder el control.

A continuación se presenta una breve síntesis del programa de intervención desarrollado con cada uno de los usuarios en donde se muestran los avances clínicos en términos de satisfacción en diversas áreas de vida medidos a través de la *Escala de Satisfacción General*. Además, en las listas de cotejo de evaluación del usuario se observa el nivel de dominio de las distintas habilidades adquiridas.

Es preciso señalar que el puntaje que se grafica en el rubro de *pretratamiento* responde a una sola aplicación de la escala, mientras que los puntajes de los rubros de *internamiento*, de *consulta externa* y de *seguimientos* son un promedio de lo obtenido en cada aplicación. Por ejemplo, si hubo usuarios con los que se abordaron 4 componentes durante su internamiento, entonces se les aplicó en 4 ocasiones la escala de satisfacción (una aplicación por componente). Estos puntajes se promediaron y se obtuvo una sola calificación que es la que aparece graficada.

Se inicia con los casos de las personas que terminaron su estancia en la unidad residencial y que continuaron con su tratamiento en consulta externa.

Sujeto 1. HEE

Al llegar a tratamiento, el usuario mostró una satisfacción elevada en el área de consumo (puntaje = 8), aun cuando había ingerido la sustancia sólo una semana atrás. Su bienestar aumentó un punto durante su internamiento y al llevar 6 meses fuera del centro manifestó una satisfacción máxima (puntaje = 10), pues permanecía en abstinencia, completando 7.5 meses sin haber probado la sustancia en ninguna ocasión.

Dado que las emociones desagradables representaban para él una de las áreas principales de riesgo, se abordaron los 3 componentes de control de emociones (enojo, ansiedad y tristeza), mismos que modificaron su bienestar emocional de un puntaje de 7 (antes del tratamiento), presentando un nivel ligeramente bajo después del tratamiento (9) y finalmente llegando a uno de 10 para el segundo seguimiento. En la Tabla 8 se observa el nivel de dominio de las habilidades para controlar el enojo.

Tabla 8. Lista de cotejo del sujeto 1. Manejo del Enojo

ENOJO	No lo Domina	En Proceso	La Domina
<i>TIEMPO FUERA</i>			
- Se alejó de la situación físicamente.			X
- Se alejó de la situación psicológicamente.		X	
- Utilizó la técnica llamada parada del pensamiento.			X
- Realiza alguna actividad que lo distraiga.			X
<i>DISTRACCIÓN DEL PENSAMIENTO</i>			
- Se concentra en lo que pasa a su alrededor.		X	
- Practica alguna actividad mental.		X	
- Hace ejercicio físico.		X	
- Realiza respiraciones lentas y profundas			X
<i>AUTO</i>			
<i>INSTRUCCIONES POSITIVAS</i>			
- Se dice a si mismo cosas positivas que le ayudan a contrarrestar su enojo, ejemplo: "creo que estoy exagerando, tengo que calmarme".			X

Otra área de riesgo de consumo era el tener conflictos con otros, ya sea con su esposa e hijos o bien, tener problemas laborales. En este sentido, el componente de solución de problemas fue muy importante, de tal forma que el usuario aumentó su bienestar en el área de relaciones familiares/matrimoniales de un puntaje de 7 a uno de 9 hacia el segundo seguimiento y, en su progreso laboral también se modificó el puntaje de 8 a 9 en la última medición.

El componente de metas de vida permitió que el usuario comenzara a realizar actividades que han impactado positivamente su satisfacción general. Sin embargo, refirió que su esfuerzo debió ser constante para alcanzar un máximo de bienestar en todas las esferas de su vida. Por ejemplo, consideró que debería involucrarse en más actividades sociales, porque se mantendría muy ocupado en sus responsabilidades laborales y domésticas, dejando de lado los momentos de esparcimiento, de tal forma que refirió un nivel de 8.5 en el área de habilidades sociales y recreativas al momento de haber concluido el tratamiento, aumentando a 9 para el último seguimiento realizado hasta el momento.

La Figura 1 muestra los niveles de satisfacción en las diversas áreas de vida del usuario en las etapas del pre-tratamiento, internamiento, consulta externa, pos-tratamiento, 1º y 2º seguimientos.

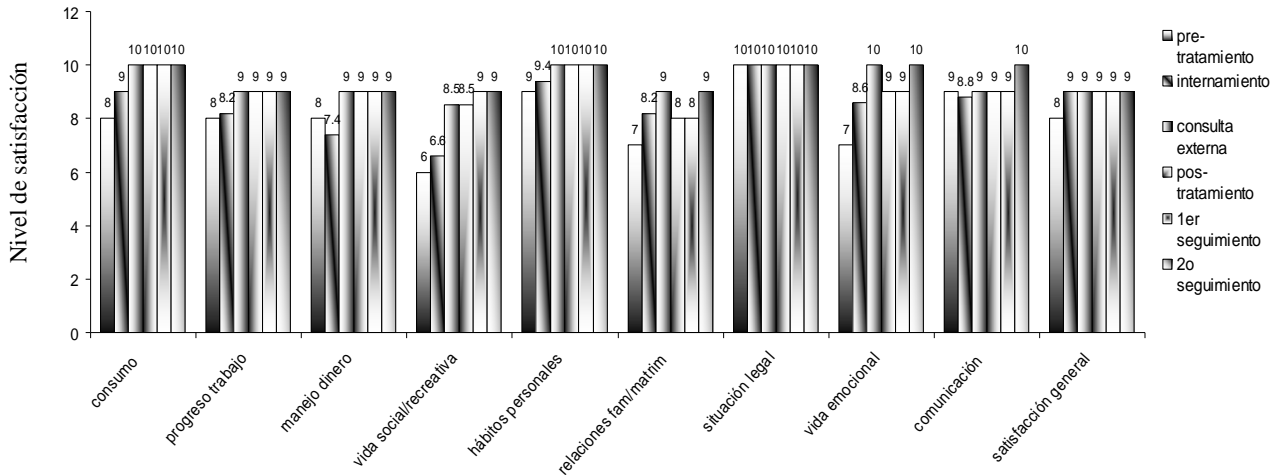


Figura 1. Niveles de satisfacción en diversas áreas de vida pre y postratamiento, 1º y 2º seguimientos. Sujeto 1

Sujeto 2. MNN

Del total de personas atendidas, este usuario fue uno de los que manifestó una baja satisfacción en la mayoría de sus áreas de vida al momento de iniciar el tratamiento. Durante su estancia en el centro se modificó su bienestar en el área de consumo, aumentando 2 puntos y, al momento de pasar a consulta externa y, después de abordar los componentes de Análisis Funcional y Muestra de Abstinencia, refiere un aumento en su satisfacción a un nivel de 7.

Se observa en la Tabla 9 las principales estrategias vistas en el componente de Análisis Funcional y el dominio de ellas.

Tabla 9. Lista de cotejo del sujeto 2. Análisis Funcional de la Conducta

	No lo domina	En proceso	Lo domina
El usuario			
- Entiende lo que es y para qué sirve el análisis funcional de la conducta de consumo.		X	
- Identifica los precipitadores internos y externos, las consecuencias positivas y negativas de un ejercicio del análisis funcional.			X
- Identifica eficazmente sus precipitadores internos y externos, describe las características de su conducta de consumo y sus consecuencias.		X	
- Rompe una cadena conductual de su conducta de consumo.		X	
- Hace planes de acción realistas y eficaces para enfrentar cada precipitador de la conducta de consumo.		X	
- Enfrenta como mínimo tres situaciones de riesgo en escenario natural utilizando sus planes de acción.	X		

Se le instigó al usuario para que experimentara mayor bienestar en el aspecto laboral, con ayuda del componente de Búsqueda de Empleo, sin embargo no se logró que cumpliera con el plan de acción elaborado y así poder encontrar una actividad remunerada, lo cual se reflejó en el bajo grado de satisfacción en este plano.

Al desarrollar el componente de Metas de Vida en consulta externa, el usuario comenzó a experimentar un mayor bienestar en al menos tres aspectos de su vida: hábitos personales, relaciones familiares y situación legal, lo cual a su vez, repercutió en su satisfacción general, reportando un nivel de complacencia de 7.

No fue posible continuar con la intervención debido al cambio de residencia del usuario, quien decidió vivir temporalmente en el país de origen de su papá. En la Figura 2 se observan los niveles de satisfacción del usuario antes y durante la intervención.

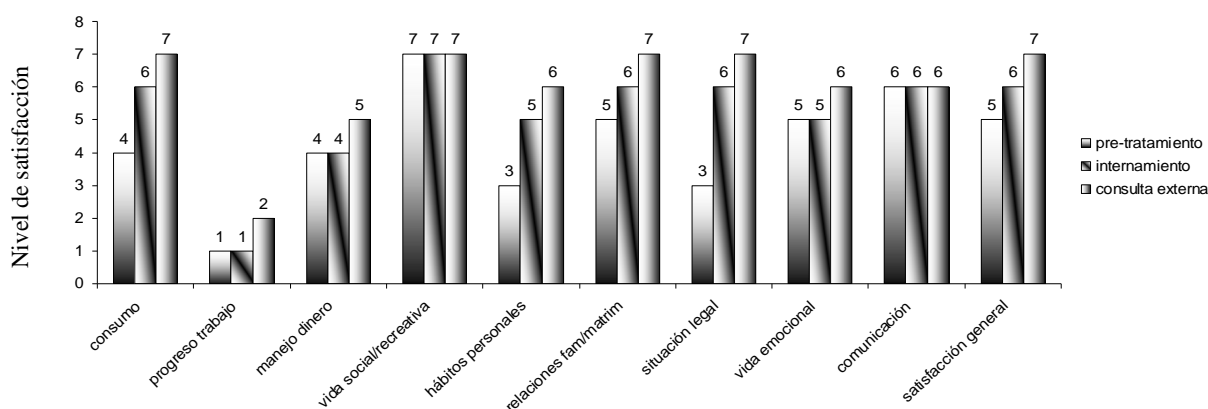


Figura 2. Niveles de satisfacción antes y durante la intervención. Sujeto 2

Sujeto 3. CMG

Refiere el usuario niveles medios y bajos de satisfacción antes de iniciar el tratamiento, sin embargo, su permanencia en el centro ayudó a cambiar su bienestar, aumentando éste en casi todos los rubros.

En particular, llama la atención el área de consumo, pues su satisfacción aumentó exponencialmente durante su internamiento (puntaje = 9). Partiendo de la confianza que reportaba el usuario de abandonar el consumo, fue necesario hacer un análisis de sus precipitadores y así planear la forma con la cual los enfrentaría, por lo que resultó oportuno llevar a cabo el componente de Análisis Funcional.

Dado que el usuario solía experimentar una fuerte presión por parte de algunas compañías, se decidió abordar el componente de Rehusarse al Consumo y coadyuvar al fortalecimiento de su confianza para no caer reiteradamente en la ingesta de sustancias. Se muestra en la Tabla 10 el dominio en las destrezas en el lenguaje corporal así como en las habilidades de rechazo del consumo.

Tabla 10. Lista de cotejo del sujeto 3. Rehusarse al consumo

	No la Domina Insatisfactorio	En Proceso Necesita Mejorar	La Domina Satisfactorio
LENGUAJE CORPORAL			
- No está nervioso.		X	
- Actúa con seguridad.		X	
- Mira directamente a los ojos de quien le esta hablando.		X	
- Su tono de voz es firme.			
- Muestra una actitud relajada.	X X		
HABILIDADES DE REHUSARSE AL CONSUMO			
	No la Domina Insatisfactorio	En Proceso Necesita Mejorar	La Domina Satisfactorio
- Se niega adecuadamente al ofrecimiento.		X	
- Rehúsa adecuadamente el consumo cambiando el tema de la plática.			X
- Sugiere adecuadamente alternativas de consumo.		X	
- Rehúsa adecuadamente al consumo ofreciendo justificación.			X
- Interrumpe la interacción adecuadamente cuando le ofrecen el consumo.			X
- Se rehúsa adecuadamente utilizando la conducta de confrontar al otro.	X		
- Utiliza adecuadamente la reestructuración cognitiva para sustituir los pensamientos de consumo por otros positivos.		X	

También fue necesario trabajar sobre sus emociones de enojo y ansiedad, de tal forma que se llevaron a cabo los componentes de Manejo de Enojo y Tristeza, por lo que su bienestar en el área emocional se modificó favorablemente.

Previo a su salida de la unidad residencial se estableció un periodo en el que se comprometió a más días de sobriedad, con ayuda del componente de Muestra de Abstinencia, lo que condujo a un refuerzo de su satisfacción en al área de consumo.

Poco antes de que abandonara el tratamiento por motivos de la larga distancia recorrida para llegar al centro, se abordaron en consulta externa los temas de Habilidades de Comunicación y Sociales/Recreativas, las cuales empleó fundamentalmente con su esposa e hija. Se observa en la Figura 3 un notable aumento de su satisfacción en dichas áreas de vida, así como el cambio en los puntajes en el resto de las áreas durante el tratamiento.

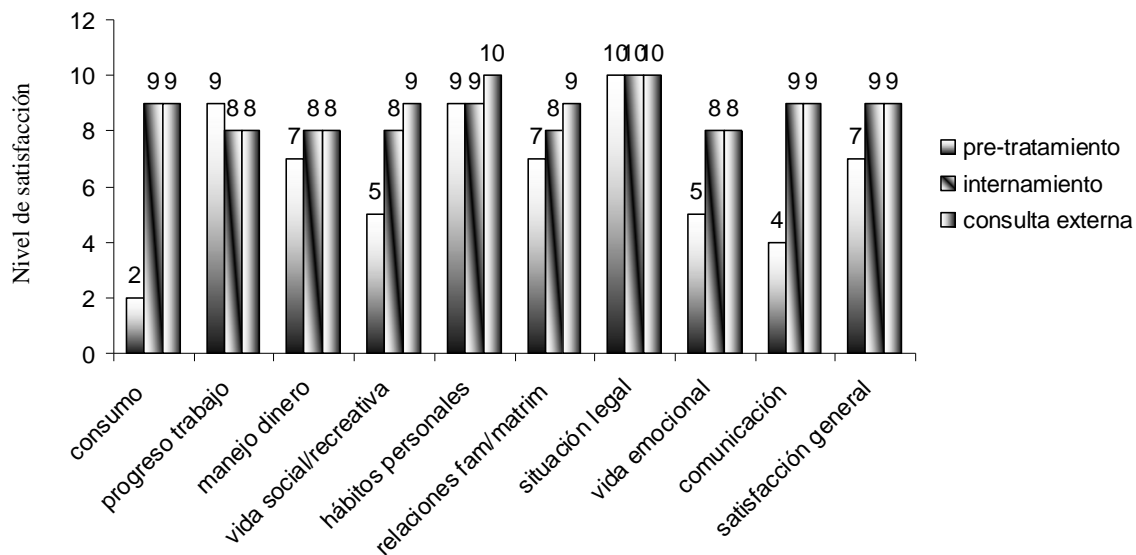


Figura 3. Niveles de satisfacción antes y durante la intervención. Sujeto 3.

Sujeto 4. LAGO

Este usuario manifestó desde el momento de la evaluación una amplia disposición para cambiar. También fue muy evidente su pobre satisfacción en la mayoría de sus áreas de vida.

Para ayudarlo a tener una visión más amplia de los factores que lo llevaban a ingerir drogas, fue elemental abordar el componente de Análisis Funcional, lo que a su vez permitió estructurar un plan de acción que lo preparara para enfrentarse a las situaciones de riesgo. Se aprecia que tuvo un aumento drástico en su satisfacción en el área de consumo desde su permanencia en la unidad residencial y continuando en ascenso al pasar a consulta externa.

El componente de Habilidades Sociales y Recreativas permitió en primera instancia, situar aquellas actividades con las cuales experimentara bienestar y, cuando salió del internamiento empezó a poner en marcha las primeras acciones que lo llevaron a experimentar una satisfacción significativamente mayor de la que reportó al inicio. En la Tabla 11 se muestra el progreso en el dominio de las estrategias sugeridas en este componente.

Tabla 11. Lista de cotejo del sujeto 4. Habilidades Sociales y Recreativas

El usuario	No lo domina	En proceso	Lo domina
- Entiende la importancia de tener actividades sociales y recreativas.			X
- Identifica 5 actividades que le gustaría realizar y 5 personas no consumidoras con la que podría realizarlas.			X
- Decide qué actividades realizar con ayuda de la lista de las opciones que le ofrece su comunidad.			X
- Elige actividades que tienen mayor probabilidad de ocurrencia, por ejemplo, las actividades que le gusten o que le gustaría realizar.		X	

-
- Es capaz de resolver los obstáculos que se le pudieran presentar para llevar a cabo las actividades. X
 - Elige tres actividades semanales que le gustaría realizar, dos permanentes y una esporádica. X
-

Había que ser precavidos con la actividad laboral que desempeñaría al salir del internamiento debido a que existía un lugar que representaba un alto riesgo para el consumo. Entonces, se abordó el componente de Búsqueda de Empleo, con el objeto de ubicar un trabajo que lo hiciera sentirse satisfecho y al mismo tiempo mantenerse alejado del consumo. En consulta externa, el usuario refirió haber encontrado una ocupación que lo mantenía atareado y entusiasmado. Sin embargo, su trabajo no le permitió seguir acudiendo al tratamiento.

Los niveles de satisfacción del usuario antes y durante el tratamiento en consulta externa se muestran en la Figura 4.

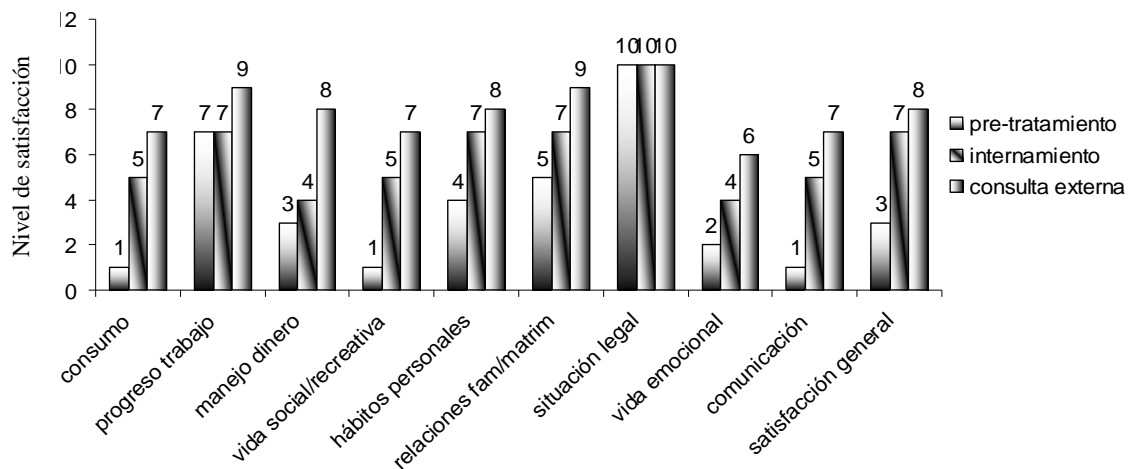


Figura 4. Niveles de satisfacción antes y durante la intervención. Sujeto 4

Sujeto 5. ABJ

Se trata de un usuario que en su historia de consumo ha presentado periodos de abstinencia de extensión variable y llegó a la unidad residencial con una baja satisfacción en el área de consumo. Con el fin de determinar qué contextos le han llevado al consumo de drogas, se abordó el componente de Análisis Funcional, mismo que le permitió crear una estrategia para afrontar convenientemente las situaciones de riesgo al concluir su internamiento.

Para completar un lapso de 4 meses de no consumo, resultó favorable desarrollar el componente de Muestra de Abstinencia, pues el usuario se comprometió a evitar ingerir sustancias en al menos 8 meses. El usuario declaró que deseaba superar los 6 meses de abstinencia que anteriormente había logrado cumplir.

Antes de salir del internamiento se llegó a la conclusión junto con el usuario que era importante encontrar un trabajo satisfactorio con ayuda del componente de Búsqueda de Empleo. Fue primordial realizar este ejercicio pues le permitió visualizar sus habilidades tanto profesionales como personales. Desde su primera semana fuera del centro comenzó a trabajar, pero no fue sino hasta 6 semanas después que logró establecerse en un empleo agradable. Este

hecho también lo llevó a distribuir de mejor manera su ingreso monetario y se reflejó en una mayor satisfacción en el área de manejo de dinero.

El componente de Habilidades de Comunicación fue un punto elemental a tratar, por lo que se explicaron, modelaron y ensayaron las habilidades que, más adelante, tuvo la oportunidad de practicar con su familia. Esto repercutió tanto en sus relaciones familiares como con sus amistades, elevando sus índices de satisfacción en estas áreas. La Tabla 12 presenta el dominio en las estrategias de comunicación y en el lenguaje corporal del usuario.

Tabla 12. Lista de cotejo del sujeto 5. Habilidades de Comunicación

	No la Domina Insatisfactorio	En Proceso Necesita Mejorar	La Domina Satisfactorio
LENGUAJE CORPORAL			
- Muestra tranquilidad.	X		
- Actúa con seguridad.		X	
- Mira directamente a los ojos de quien le está hablando.		X	
- Su tono de voz es firme.		X	
- Muestra una actitud relajada.	X		
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN			
	No la Domina Insatisfactorio	En Proceso Necesita Mejorar	La Domina Satisfactorio
- Sabe escuchar		X	
- Inicia Conversaciones			X
- Comparte sentimientos positivos y negativos		X	
- Ofrece entendimiento		X	
- Comparte o asume responsabilidad		X	
- Ofrece Ayuda			X
- Da Reconocimiento		X	
- Recibe Reconocimiento		X	
- Solicita Ayuda		X	
- Hace Críticas Positivas	X		
- Recibe Críticas	X		
- Expresa Desacuerdo		X	

Respecto al manejo de sus emociones, el usuario presentaba riesgo de consumo de drogas al sentirse ansioso o enojado, por lo que se tomó la decisión de abordar los respectivos componentes desde su permanencia en la unidad residencial. Ya en consulta externa, fue necesario reforzar estos contenidos y de esta forma se logró aumentar su bienestar en su vida emocional. En las últimas semanas, el usuario no tuvo posibilidad de ir a la sesión debido al tiempo extra que estaba cumpliendo en su trabajo.

Finalmente, se presentan en la Figura 5 sus niveles de satisfacción en diversas áreas de vida antes y durante el programa.

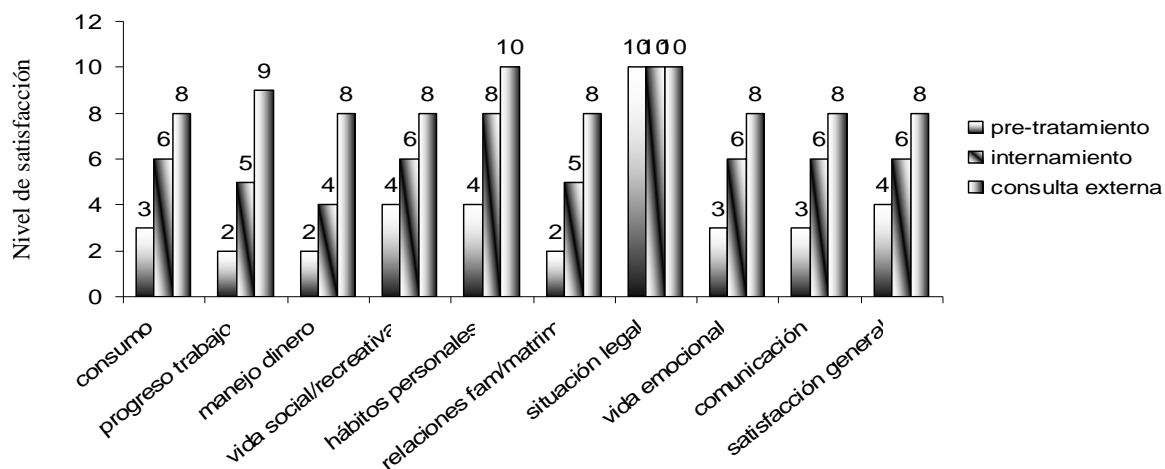


Figura 5. Niveles de satisfacción antes y durante la intervención. Sujeto 5

En relación con los 5 usuarios que tomaron el tratamiento sólo en consulta externa, a continuación se muestran los cambios ocurridos en cuanto a su satisfacción en diversas áreas de vida.

Sujeto 6. OCF

Se presentó a tratamiento con una alta satisfacción en cuanto a consumo, aun cuando la frecuencia y la cantidad con la que ingería sustancias sólo 3 semanas antes eran elevadas. Mantuvo el mismo grado de satisfacción durante las 7 semanas siguientes (puntaje = 9), pues se conservó en abstinencia.

Asimismo, se monitoreó su Búsqueda de Empleo desde el principio del tratamiento, de tal manera que a las 4 semanas ya contaba con una actividad laboral que le permitía tener una mayor satisfacción en esta área (puntaje = 8.5). Esto representó para él un avance importante, sin embargo, compara continuamente su actual empleo con las condiciones laborales anteriores, lo que le llevó a sentirse medianamente satisfecho.

El usuario necesitó reorganizar su vida casi por completo y con prontitud debido al cambio de residencia que sufrió al llegar a vivir a este país después de no hacerlo en 10 años. Entonces se abordó el componente de Metas de Vida, mediante el cual diseñó diferentes planes de acción que posteriormente llevó a la práctica, impactando favorablemente a su satisfacción general. Se presenta en la Tabla 13 el nivel de dominio de algunas estrategias útiles en el planteamiento de Metas de Vida.

Tabla 13. Lista de cotejo del sujeto 6. Metas de Vida

El usuario	No lo Domina	En Proceso	Lo Domina
- Evalúa qué tan satisfecho se siente en las diferentes áreas de vida.			X
- Entiende la necesidad de establecer sus propias metas para incrementar su satisfacción en las diferentes áreas de su vida analizando las ventajas de establecer esas metas.			X
- Establece una meta por cada área de vida (la meta debe ser breve, positiva y medible).		X	

- Realiza planes de acción para alcanzar sus metas contemplando los obstáculos que se le pudieran presentar. X
- Analiza la lectura de los 12 hilos de oro para comentarla y adaptarla a sus metas. X
- Vuelve a evaluar su nivel de satisfacción en las diferentes áreas de vida, después de establecer sus metas. X

Sus emociones de enojo eran recurrentes y fue necesario llevar a cabo el componente indicado para manejarlo. Como se observa, su bienestar emocional tendía a elevarse, sin embargo, resultó útil desarrollar el resto de los componentes de emociones (ansiedad y tristeza).

La intervención sólo se pudo efectuar una vez por semana en un periodo de casi dos meses ya que el usuario dejó de asistir debido a que su horario de trabajo no se lo permitía. Sus niveles de satisfacción antes y mientras duró la intervención se aprecian en la Figura 6.

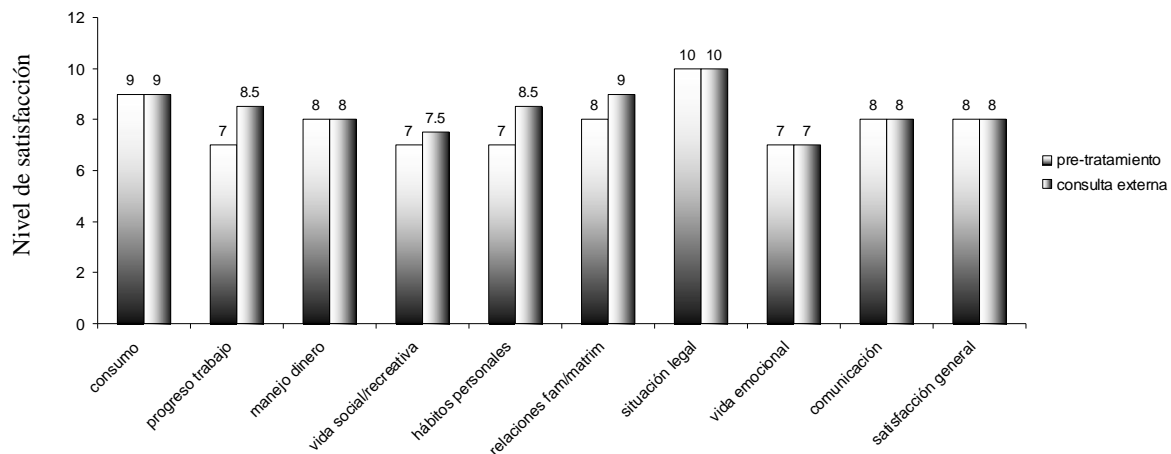


Figura 6. Niveles de satisfacción antes y durante la intervención. Sujeto 6

Sujeto 7. EAV

Esta usuaria llegó en abstinencia de 2 meses del consumo de otras drogas, sin embargo, su consumo de alcohol excesivo, le inducía antojo por las demás sustancias. Cuando se empezó a trabajar sobre la abstinencia de alcohol, su satisfacción aumentó un punto.

Al abordar algunas de sus emociones desagradables, específicamente con el enojo, se aprecia un aumento de bienestar en su vida emocional, pero fue importante trabajar con el resto de ellas con el fin de evitar que un manejo inadecuado de emociones le llevara primero al abuso de alcohol y, posteriormente a una recaída en el consumo de otras drogas. En la Tabla 14 se observa su evolución en el dominio de las estrategias para controlar el enojo.

Tabla 14. Lista de cotejo del sujeto 7. Manejo del Enojo

ENOJO	No lo Domina	En Proceso	La Domina
	TIEMPO FUERA		

- Se alejó de la situación físicamente.			X
- Se alejó de la situación psicológicamente.	X		
- Utilizó la técnica llamada parada del pensamiento.		X	
- Realiza alguna actividad que lo distraiga.		X	
<i>DISTRACCIÓN DEL PENSAMIENTO</i>			
- Se concentra en lo que pasa a su alrededor.		X	
- Practica alguna actividad mental.		X	
- Hace ejercicio físico.	X		
- Realiza respiraciones lentas y profundas		X	
<i>AUTO INSTRUCCIONES POSITIVAS</i>			
- Se dice a si mismo cosas positivas que le ayudan a contrarrestar su enojo, ejemplo: "creo que estoy exagerando, tengo que calmarme".		X	

En términos generales, no se aprecian cambios sustanciales en la satisfacción general (puntaje = 7). Se hizo una aproximación al componente de Metas de Vida y se estructuraron los planes que le permitirían cumplir con dichos objetivos, sin embargo se le tuvo que motivar para que llevara a cabo los primeros pasos correspondientes al desarrollo de tales metas.

El círculo de amistades de la usuaria intervenía en su antojo por la droga. Se decidió desarrollar el componente de Habilidades Sociales y Recreativas para ampliar su red de apoyo social y poder rodearse de personas que no consumieran sustancias. A la par, se abordó el componente de Rehusarse al Consumo, a través del cual logró aplicar estrategias útiles de rechazo ante el ofrecimiento de sustancias.

Cabe señalar que la ausencia de supervisión por parte del psiquiatra, le condujo a la usuaria a suspender el tratamiento farmacológico, de manera que la inconsistencia en la toma de su medicamento contribuyó a que presentara un pobre control de impulsos. También faltó en repetidas ocasiones a su cita de PSC.

En la Figura 7 se observan las variaciones en sus niveles de satisfacción en sus áreas de vida, antes y durante la intervención.

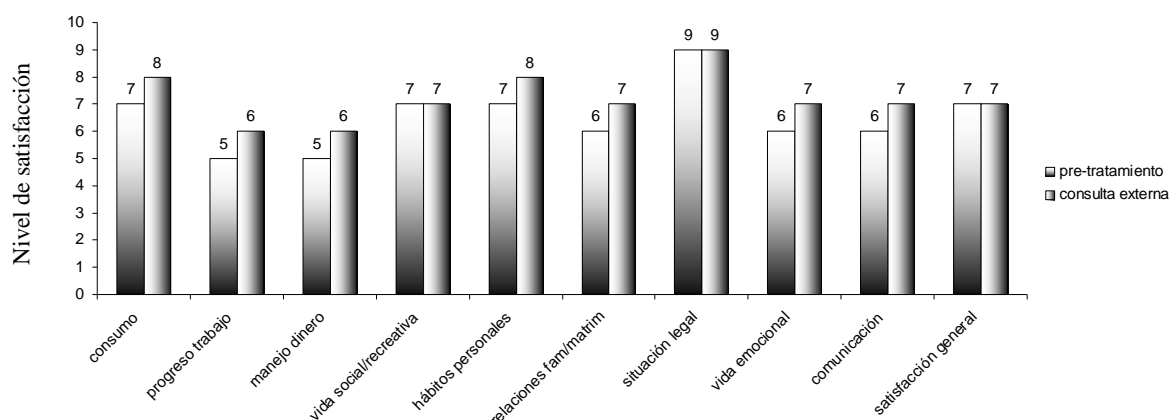


Figura 7. Niveles de satisfacción antes y durante la intervención. Sujeto 7

Sujeto 8. PBG

El usuario sólo se presentó a una sesión después de haber terminado la evaluación, por lo que no se aplicó un número suficiente de componentes que le condujera a algún cambio significativo en su satisfacción general o de un área específica.

Dado que llegó con una abstinencia de 3 semanas, el usuario reportó una satisfacción de 8 en el área de consumo, pero al mismo tiempo, se le insistió en que no debería confiarse ya que había tenido una historia en la que después de alrededor de 6 semanas de abstinencia, volvía a consumir. Por tanto, tuvo cabida el componente de Muestra de Abstinencia para crear un compromiso de evitación del consumo, y al mismo tiempo, anticiparse a sus situaciones de riesgo mediante la elaboración de planes de acción.

Se había planeado que su progreso en el trabajo y su vida social/recreativa serían las áreas abordadas en lo sucesivo, para evitar que estos factores lo indujeran al consumo.

Los niveles de satisfacción de este usuario se muestran en la Figura 8.

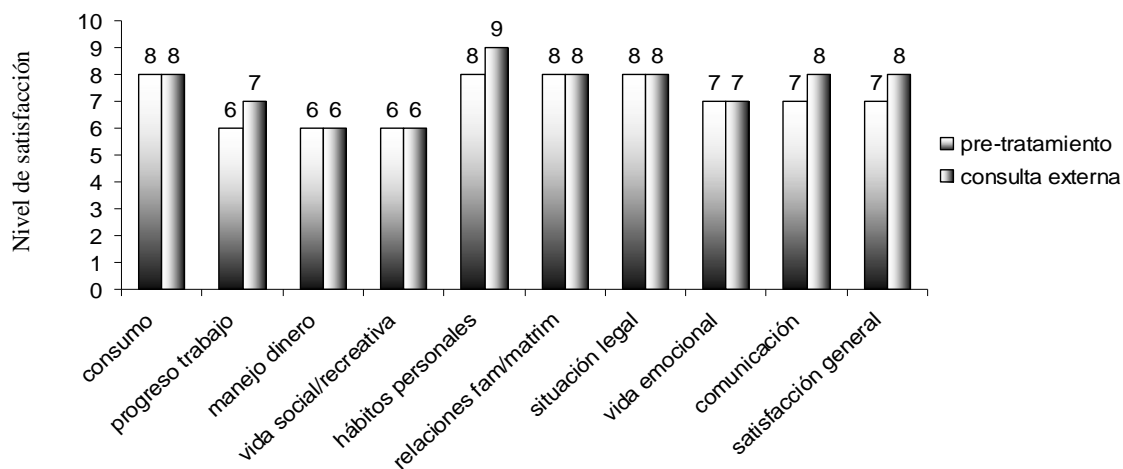


Figura 8. Niveles de satisfacción antes y durante la intervención. Sujeto 8

Sujeto 9. SAHH

Al comienzo del tratamiento, el usuario tenía escasamente un mes de haber llegado del interior de la República donde había vivido en diferentes estados durante 12 años e intermitentemente regresaba a la ciudad de México. Su motivación para dejar de fumar marihuana se incrementó cuando faltaban 4 meses para el nacimiento de su hija.

Posterior a la evaluación, se aplicó el componente de Análisis Funcional ya que se necesitaban precisar los ambientes en los que tenía lugar el consumo. Cuando el usuario detectó sus principales situaciones de riesgo y empezó a planear cómo las enfrentaría sin consumo, el usuario dejó de fumar la sustancia y experimentó mayor satisfacción de hacerlo (puntaje = 8). La Tabla 15 presenta cómo empezó a ejercitar las estrategias de dicho componente.

Tabla 15. Lista de cotejo del sujeto 9. Análisis Funcional de la Conducta

	No lo domina	En proceso	Lo domina
El usuario			
- Entiende lo que es y para qué sirve el análisis funcional de la conducta de consumo.			X
- Identifica los precipitadores internos y externos, las consecuencias positivas y negativas de un ejercicio del análisis funcional.		X	
- Identifica eficazmente sus precipitadores internos y externos, describe las características de su conducta de consumo y sus consecuencias.		X	
- Rompe una cadena conductual de su conducta de consumo.		X	
- Hace planes de acción realistas y eficaces para enfrentar cada precipitador de la conducta de consumo.		X	
- Enfrenta como mínimo tres situaciones de riesgo en escenario natural utilizando sus planes de acción.		X	

Declaró el usuario que su abstinencia empezó a redituarse en una relación familiar y de pareja más serena (puntaje = 9), sin embargo fue necesario abordar el componente de Comunicación y de Consejo Marital para disminuir la frecuencia con la que discutía con su pareja y mejorar la manera como realizaba las peticiones.

Los momentos agradables solían generarle un deseo por la sustancia, por lo que se decidió abordar el componente de Habilidades Sociales y Recreativas, mediante el cual pudo tener otras ocupaciones y relacionarse con otras personas que lo hacían sentir gratificado.

En cuanto alcanzó la abstinencia, el usuario se sintió con la confianza de buscar un trabajo, por lo que se aplicó el componente de Búsqueda de Empleo, el cual le permitió identificar la labor que ahora podía desempeñar, pero su trabajo y la distancia comenzaron a ser un impedimento para acudir a su cita por lo que no pudo concluir con el tratamiento.

En la Figura 9 se presentan sus niveles de satisfacción obtenidos en la evaluación y durante el desarrollo del tratamiento.

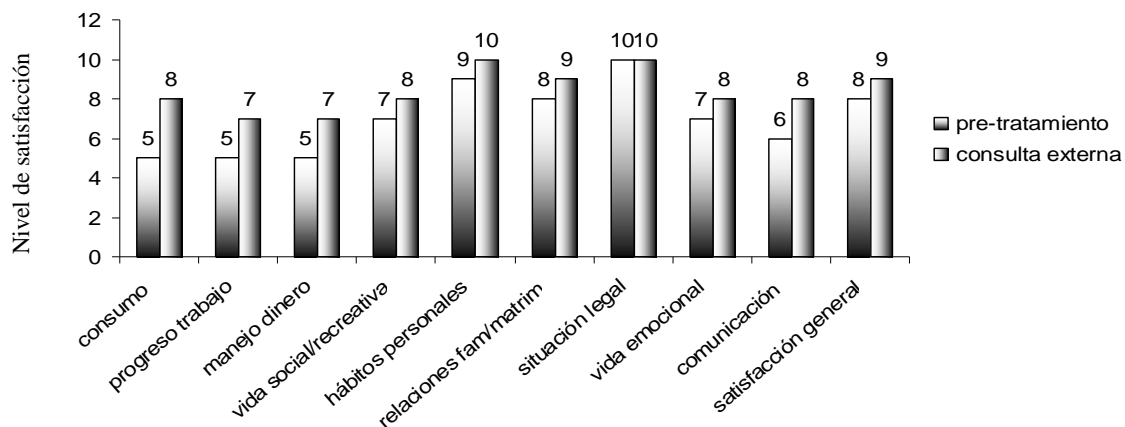


Figura 9. Niveles de satisfacción antes y durante la intervención. Sujeto 9

Sujeto 10. TQS

El usuario se presentó a tratamiento con un patrón de consumo de drogas menor durante el último mes con respecto al que había registrado en años anteriores, así que su percepción del grado de satisfacción en esta área no fue tan baja como se observó con otros usuarios. No obstante, cuando dejó de ingerir la droga con ayuda del componente de Muestra de Abstinencia, su bienestar en esta área aumentó a un puntaje de 9. Asimismo vivía una fuerte presión para ingerir drogas por parte de algunos vecinos y fue conveniente abordar el componente de Rehusarse al Consumo.

También refirió que su matrimonio cada vez era más monótono y tenía muchos problemas con su pareja como consecuencia de su consumo, pero no deseaba separarse. Fue útil revisar las estrategias del componente de Consejo Marital, elevando un punto su satisfacción en esa área.

La evaluación y el Análisis Funcional arrojaron resultados que hacían referencia a sus emociones como las generadoras del consumo. Fundamentalmente, los componentes del manejo de la Ansiedad y del Enojo le ayudaron a encauzar sus emociones más positivamente y así mantener su abstinencia. Se observa en la Tabla 16 el nivel de dominio en las técnicas de respiración y relajación que le permitieron controlar su ansiedad.

Tabla 16. Lista de cotejo del sujeto 10. Manejo de Ansiedad

ANSIEDAD	No lo Domina	En Proceso	La Domina
<i>RESPIRACIÓN CORRECTA</i>			
1. Inspira y el aire llega a la zona abdominal, el ritmo es mucho más lento y profundo.		X	
2. Inspira y el aire llega a la zona pectoral, el ritmo es más lento.		X	
3. Inspira y el aire llega a sus pulmones, el ritmo es rápido y superficial.		X	
<i>RELAJACIÓN MUSCULAR</i>			
1. Realiza la técnica de respiración correcta.		X	
2. Tensa cada grupo muscular de 5 a 10 segundos a la vez que inhala el aire.			X
3. Relaja cada grupo muscular lentamente, de 10 a 15 seg. a la vez que exhala el aire.			X
4. Se concentra en las sensaciones de tensión relajación.			X
<i>RELAJACIÓN MENTAL</i>			
1. Identifica lugares y situaciones que le resultan relajantes y no están asociados al consumo de alcohol o drogas.		X	
2. Realiza el ejercicio de relajación muscular.			X
3. Imagina que está en uno de los lugares que identifico que le agradan por medio de las instrucciones del terapeuta.		X	

Tan pronto como se empezó a sentir más confiado de no consumir, dejó de asistir a las sesiones. A pesar de que se le trató de rescatar por teléfono, no regresó más.

Sus niveles de satisfacción se muestran en la Figura 10 obtenidos antes y durante la intervención.

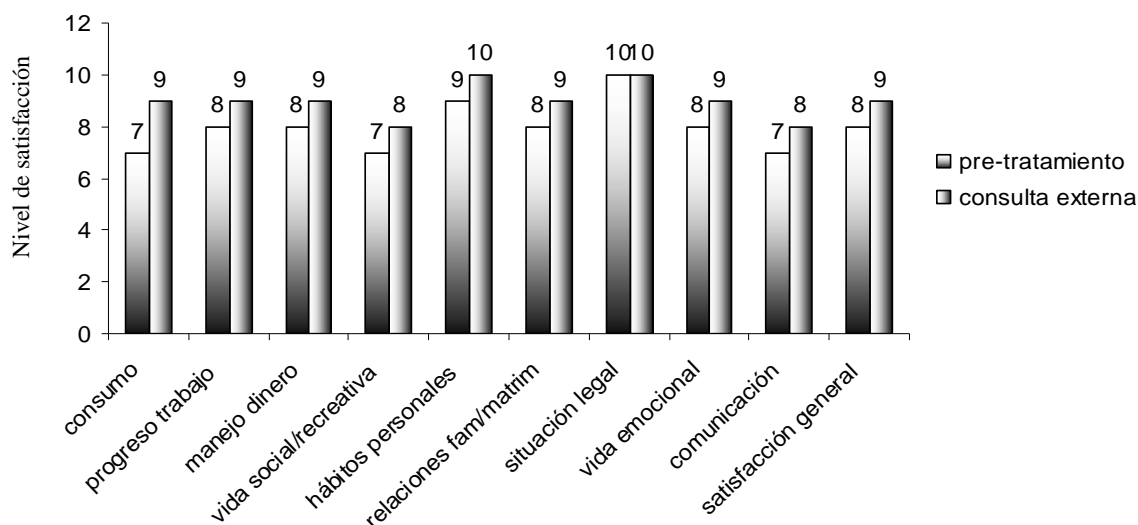


Figura 10. Niveles de satisfacción antes y durante la intervención. Sujeto 10 TQS

2.2.3 Conclusiones

Uno de los programas de intervención que se presentó en este trabajo y que fue aplicado con éxito en sus modalidades individual y grupal fue el Programa de Satisfactores Cotidianos. Con esta intervención fue posible ayudar a diversos usuarios a cambiar aspectos de su estilo de vida cuya insatisfacción les impedía mantenerse en abstinencia del consumo de drogas.

Se mostraron los alcances de la aplicación del PSC en una muestra de 10 usuarios con dependencia sustancial o severa a drogas. La mitad de los casos permanecieron bajo una modalidad de tratamiento residencial en el CAIS "Torres de Potrero", mientras que el resto sólo estuvo en el área de consulta externa. Tener a la población cautiva en el centro tratamiento, permitió otorgar a cinco de los usuarios un mayor número de componentes, en tanto que los que acudían sólo a consulta externa recibieron una menor cantidad de ellos. Factores como la distancia o los compromisos laborales contribuyeron a asistir con menor regularidad a las sesiones.

Aun cuando ciertos usuarios no podían ejercitar las estrategias vistas en cada sesión en los escenarios en donde normalmente se desenvuelven, se les exhortó a que las practicaran dentro de la unidad residencial, para corroborar su utilidad y reconocer los beneficios de las modificaciones en su conducta. Sesión a sesión se les solicitó un reporte verbal de la frecuencia con la que ejecutaron dichas estrategias para evaluar los resultados de la intervención. Se hizo la misma petición para los usuarios que continuaban realizando sus actividades cotidianas y que sólo acudían a consulta externa.

El empleo de las listas de cotejo del PSC para evaluar el grado de dominio de las estrategias resultó útil. Se observó que los usuarios reconocían la importancia de desarrollar las habilidades, sin embargo, la mayor parte de ellos precisaba mejorar su ejecución, por lo que se advierte la necesidad de implementar un procedimiento que garantice la adquisición y el mantenimiento de la conducta a través de una práctica constante en su ambiente natural.

La permanencia en la unidad residencial garantizó la abstinencia del consumo de drogas de los usuarios atendidos, sin embargo, no se puede establecer que existió una relación entre la aplicación del PSC y la modificación en el patrón de consumo debido a que no se impartieron suficientes sesiones una vez que los usuarios transitaban a consulta externa.

Uno de los principales objetivos de los tratamientos es el de retener a los usuarios para mejorar su pronóstico a largo plazo (Simpson, D., Joe, G y Broone, K., 2002), sin embargo, existen diferentes factores que pueden explicar las razones por las que los usuarios deciden abandonar antes de finalizar un tratamiento. Existen variables relacionadas directamente con los usuarios y otras relacionadas con el tratamiento. Dentro de los primeros, están involucrados factores como la comorbilidad psiquiátrica, cuestiones laborales, satisfacción con el tratamiento o la impulsividad, entre otros (Grella, C., Hser, Y. y Hsieh, S., 2003; Hser, Y., Evans, E., Huang, D. y Anglin, D., 2004; Grella, C. y Stein, J., 2006). En cuanto a las variables asociadas con el tratamiento están la oferta de servicio psiquiátrico, la alianza terapéutica, la participación en grupos de auto-ayuda, el nivel de implicación en las tareas entre sesiones (Zhang, Z., Gerstein, D. y Friedmann, P., 2008; Aharonovich, E., Nunes, E. y Hasin D., 2003), por mencionar algunos. Aún cuando el modelo de tratamiento otorgado en CAIS sumado a los componentes del PSC, constituyen un tratamiento intensivo para abordar las adicciones, no se logró retener a algunos de los usuarios una vez que habían concluido el internamiento. Esto puede sugerir una excesiva confianza por parte de los usuarios al considerar que los 40 días de tratamiento en la unidad residencial serían suficientes para superar una dependencia severa a drogas. Considerando lo anterior, se propone en estudios posteriores evaluar sistemáticamente este tipo de variables para aumentar la probabilidad de que el usuario continúe su programa de tratamiento después de haber concluido la etapa del internamiento.

Por su parte, la modalidad grupal del PSC cumplió con el objetivo de brindarle a la mayoría de las personas internadas en el CAIS un conjunto de habilidades complementarias en su proceso de tratamiento. Si bien es cierto que algunos usuarios ya recibían el programa de manera individual no se alcanzaba a cubrir la totalidad de la población, lo que justificó la necesidad de impartirse al resto de los internos.

La utilización de técnicas conductuales como el modelamiento durante las sesiones en grupo incentivó el aprendizaje a través de la observación. El terapeuta sirvió como modelo de conductas verbales y motoras en la realización de las estrategias, mientras los asistentes escuchaban y observaban. Se procuró abordar ejemplos y lenguaje adecuados para lograr un correcto entendimiento. Una vez que se observó el modelamiento, se instigó a los usuarios a la ejecución de dichas estrategias, empleando el reforzamiento positivo después de emitir la conducta esperada (Martin, G. y Pear, J., 1999). El nivel educativo de la población del CAIS obliga al terapeuta a otorgar instrucciones sencillas, cortas y usando palabras que se sepa que todos los usuarios van a comprender. Se sugiere que para futuras réplicas del modelo grupal del PSC se desarrolle nuevo material de apoyo en el cual se eviten los términos técnicos, acompañado de explicaciones claras acerca del significado de cada concepto para obtener mejores resultados de la intervención grupal.

El Cuestionario de Satisfacción aplicado proporcionó información respecto a la relación entre el expositor y los participantes, a la claridad con la que se abordó el componente, la utilidad del tema en la vida cotidiana, la duración de la sesión grupal, el apoyo en la solución de problemas y el fomento de la participación individual. Es importante resaltar que también se obtuvo información valiosa de los comentarios emitidos por los participantes. Dichos comentarios se mostraron en el presente trabajo organizados en categorías. Se propone la construcción de un nuevo instrumento que aborde algunas de estas dimensiones (fomento de la autoconfianza, influencia en el cambio de pensamientos, incremento en la motivación al cambio, entre otros) y conseguir una medición más precisa sobre los alcances de la intervención grupal.

Para futuras réplicas del programa en grupo se propone reunir a los usuarios cuando menos dos veces por semana, con el propósito de otorgar un mayor número de componentes a cada generación.

II. SESIÓN TÍPICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Introducción

Con el propósito de capacitar a un usuario en habilidades que le permitieran tener un estilo de vida satisfactorio en las áreas individual, familiar, laboral y social, se desarrolló el Programa de Satisfactores Cotidianos, en un consumidor con un nivel de dependencia sustancial a crack. Asimismo, el programa se acompañó de estrategias motivacionales y establecimiento de metas para lograr el fin último de la abstinencia.

1. Método

Participante

Se atendió a un usuario en el área de consulta externa del Centro de Atención e Integración Social "Torres de Potrero" en el mes de Enero de 2008. Sus *datos generales* son los siguientes: un hombre de 50 años, es arquitecto con nivel de maestría y cuenta con un negocio de consultoría. Su funcionamiento cognitivo fue de 10 puntos.

Respecto a su *estructura familiar*, el usuario está casado desde hace 20 años. Se separó desde noviembre de 2007. El matrimonio procreó dos hijos. El varón estudia música y su hija menor de edad cursa la preparatoria. La Figura 1 muestra dicha estructura familiar

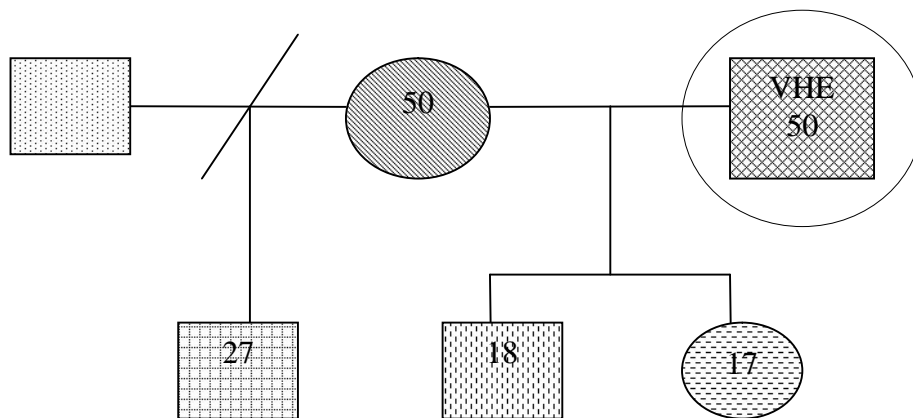


Figura 1. Estructura familiar del participante

En cuanto a *tratamientos previos*, el usuario se presentó sólo en una ocasión al Instituto Nacional de Psiquiatría para una valoración. Dejó de presentarse ya que no se sintió con la confianza de exponer su problemática al personal que lo recibió, sumado a su baja percepción de riesgo de consumo de drogas. Posteriormente, se localizó al Centro de Atención e Integración Social (CAIS) "Torres de Potrero". Empezó a asistir a consulta externa en Diciembre de 2007, mientras que su ingreso a la unidad residencial fue en Enero de 2008.

El usuario reveló como *motivo de consulta* que "la droga ya no me produce ningún placer, pero no sé cómo puedo hacer para dejarla". La *sustancia* que consumía era cocaína (crack) y ocasionalmente toma alcohol en bajas cantidades (1 o 2 copas al mes). Nunca combinó alcohol con cocaína.

Su *historia de consumo* indicó haber iniciado en junio de 2006, con ½ gramo 1 vez al mes, a partir de que uno de sus amigos le invitó la sustancia. A los 6 meses ingería 1 gramo distribuido en dos ocasiones en el mes. En los últimos 12 meses consumía entre 1.5 y 2 gramos por ocasión 1 vez a la semana. En Dic/07 tuvo 3 ocasiones de consumo en un lapso de 6 días ingiriendo en total 5 gramos.

Entre las principales *motivaciones para el cambio* del usuario se encuentran un deseo de volver a tener una relación satisfactoria con su familia, especialmente con sus hijos, ya que siente que su matrimonio no tiene futuro. Asimismo, pretende ganar credibilidad entre sus hijos y volver a ser tomado en cuenta en la toma de decisiones familiares. En el aspecto laboral, quiere encontrar un trabajo y de ser posible recuperar el liderazgo en el manejo de su empresa que dejó de funcionar. Anhela que su consumo no vaya en aumento y principalmente desea ser abstemio. Finalmente, le gustaría retomar todo aquello que lo hace sentir bien.

Respecto a los *apoyos con los que cuenta* el usuario se encontró que su mamá le permitió vivir en su casa cuando tuvo que abandonar la suya. Aun cuando tenía serias diferencias con su esposa, ella lo persuadió para que tomara tratamiento en el CAIS. Además, sus hijos se han acercado nuevamente a él y refiere que en sus acciones se refleja su apoyo (comen juntos, se visitan y se llaman con frecuencia).

Recapitulando las *consecuencias negativas* del consumo el usuario refirió como *alteraciones físicas* el sentir un cansancio persistente después de los episodios de consumo; tos persistente; aumento y descenso de peso frecuentes; ocasiones de insomnio; contracciones musculares, principalmente de la mandíbula; hipertensión; temblores; así como descuido de su tratamiento para atenderse el problema de piedras en los riñones por causa del consumo.

Psicológicamente, ha presentado trastornos de ansiedad; sentimiento de culpa posterior al consumo; periodos de apatía y cansancio; además de irritabilidad que se agudizaba al no disponer de la droga cada vez que se le antojaba.

La *esfera familiar* fue la más afectada por su consumo de drogas, pues refiere que sus hijos dejaron de verlo como un padre modelo; vivió reclamos continuos y agresiones físicas por parte de su esposa, muchas de las cuales fueron presenciadas por su hijos; experimentó pobre comunicación con todos los miembros de su familia y tuvo que abandonar su casa desde el mes de noviembre de 2007. A raíz del consumo, su esposa también se alejó de él sexualmente.

Otra área de interés para el usuario es la *académica*, la cual se vio afectada al disminuir su asistencia a conferencias entre otros eventos académicos. Paralelamente, renunció a *actividades sociales* como visitar a amigos que conocía desde la carrera y el posgrado, asistir juntos a conciertos de jazz o música clásica, o sencillamente tomar un café con ellos.

En cuestión *laboral*, declinó su responsabilidad en el manejo de su consultoría hasta el grado de detener por completo sus operaciones. Esta situación repercutió en el plano económico puesto que dejó de sostener los gastos familiares tales como colegiaturas, pago de renta y otros servicios domésticos y con severas dificultades para el pago de alimentos.

Aun cuando no fue detenido por la autoridad por transportar droga, el usuario refiere que estuvo cerca de serlo.

Instrumentos

Ver la sección de Formulación de Programas el apartado 2.2.2.1. Método, página 42.

Además, se aplicó un dispositivo en forma de tarjeta (DrugCheck) con tiras reactivas para detectar las siguientes drogas: anfetaminas, barbitúricos, benzodizepinas, cocaína, marihuana, metanfetaminas y opiáceos. Se trata de un dispositivo aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos y la Secretaría de Salud (SSA) en México.

Procedimiento

Fue aplicado el Programa de Satisfactores Cotidianos con un diseño de investigación de N=1. La intervención se extendió a 19 sesiones, una de post-evaluación y tres más de seguimiento. La duración de cada sesión fue de alrededor de 90 minutos.

Enseguida se presenta la secuencia de los componentes aplicados. Los primeros siete fueron desarrollados durante su estancia en el área residencial del CAIS. El resto se aplicaron en consulta externa.

Admisión. Una sesión

Se cumplió con el propósito de realizar la entrevista conductual y de aplicar instrumentos útiles para determinar si el candidato podría beneficiarse del programa. Se emplearon el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), las Subescalas de Símbolos y Dígitos y Repetición de Dígitos de Weschler, la Escala de Satisfacción General y se firmó una Carta Compromiso por haber aceptado participar en el programa.

Evaluación. Dos sesiones

En este par de sesiones se recabó más información en torno a variables como patrón de consumo, ansiedad, depresión, nivel de hostilidad y cólera, grado de confianza de rechazar el consumo, factores precipitadores de la ingesta de drogas, así como el nivel de satisfacción general. Para ello, se aplicaron instrumentos como la Línea Base Retrospectiva (LIBARE), Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS), así como los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck y la Escala de Satisfacción General.

Una vez más, estas sesiones se desarrollaron en consulta externa del CAIS, sin embargo, se le instigó al usuario para que pensara en la posibilidad de ingresar al área residencial, debido al riesgo en el que se encontraba ya que había dejado de trabajar, tuvo que irse de su casa y tenía pensamientos permisivos con respecto al consumo de drogas.

Componente 1. Análisis Funcional de la Conducta de Consumo y No Consumo. Dos sesiones

El objetivo de este componente fue averiguar la conducta de consumo y no consumo de crack. A continuación se elaboraron planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas alternas. Inclusive, se analizó una conducta recompensante para el usuario y no

asociada con el consumo, destacando sus beneficios y motivando al usuario a practicarla asiduamente.

Ante las tres situaciones de mayor riesgo que el usuario experimentó, fue útil desarrollar planes de acción que le permitieran enfrentarlas con éxito (**Ver Anexo p. 94-97**). Se muestra un ejemplo de lo realizado en la sesión.

SITUACIÓN DE RIESGO: Estar en lugares y con personas que consumen o distribuyen drogas.

Plan de Acción: Evitar cualquier tipo de contacto con quienes venden o ingieren drogas. Pensaré que “no tiene caso invertir 2 horas de mi tiempo en trasladarme hasta donde la venden y menos si ese tiempo lo dedico a las actividades laborales y de diversión que deseo”.

Componente 2. Manejo del Enojo
Una sesión

Este componente se aplicó por ser una de las principales emociones desagradables que dispararon su consumo de drogas, por lo que fue necesario controlar la intensidad y la duración de esta emoción. Se describieron las circunstancias que podrían generar enojo y propiciar el consumo de sustancias, además de las estrategias empleadas para lograr mantenerse en abstinencia, así como los resultados alcanzados (**Ver Anexo p. 98**).

En la Tabla 1 se muestra un extracto del ejercicio realizado en sesión:

Tabla 1. Manejo del enojo. Estrategia Tiempo Fuera

SITUACIÓN	¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA, EN QUÉ LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS
1. Llegar tarde a casa muy cansado y estresado y que su esposa le empiece a cuestionar y a molestar en forma violenta.	<ul style="list-style-type: none"> - Su esposa - En la noche - En la casa 	<p>Tiempo Fuera</p> <p>Le puede comentar a su esposa que se va a dar un baño pues se siente un poco estresado pero que tiene una buena disposición para platicar y discutir el tema más tarde, después de la cena.</p>	Primero se calmó, cenaron juntos y ya con un ánimo más positivo pudieron platicar los asuntos importantes.

Componente 3. Metas de Vida Cotidiana
Una sesión

Con el propósito de estar pendiente de otros aspectos vitales, fue conveniente que el usuario se fijara metas en sus diferentes áreas de vida, creando planes y fijándose periodos para su logro (**Ver Anexo p. 99-100**). Por ejemplo, se observa en la Tabla 2 el plan realizado respecto a la meta puesta en el área de consumo.

Tabla 2. Metas de Vida. Área de Consumo

ÁREAS PROBLEMA /METAS	QUÉ VOY A HACER PARA LOGRARLO	FRECUENCIA
------------------------------	--------------------------------------	-------------------

<u>En el área del consumo</u>	- Evitar llamadas al dealer.	- En cada momento desde que se levanta y cada vez que se le venga a la mente el consumo.
Le gustaría:	- No ir a lugares donde compraba la droga.	
Dejar el consumo definitivamente	- Evitar ver a personas que consumen.	- El día 2 de marzo le pedirá a alguien que destruya la página de su agenda donde está el número telefónico del dealer.

Componente 4. Rehusarse al Consumo

Una sesión

Una tarea sustancial antes del egreso del internamiento fue que el usuario aprendiera a enfrentar situaciones de riesgo empleando las habilidades precisas para Rehusarse al Consumo. Fue esencial modificar algunos pensamientos que podrían conducirlo al consumo (**Ver Anexo p. 101-105**). Se muestra un ejemplo de los nuevos pensamientos generados por el usuario, así como una situación específica en la que el usuario utilizó una de las estrategias de rehuso:

1. "Me siento muy mal, estoy muy desesperado necesito un papel".

Pensamiento positivo: *"Me siento muy mal, le llamaré a mi hermana para comer juntos y platicarle mis problemas. Antes voy a hacer ejercicios de respiración profunda".*

Descripción de una situación de riesgo de consumo:

"Ver a un compañero de la oficina quien consume actualmente crack que me comente que no pasaría nada con una vez que fumara. Le puedo preguntar porqué es tan importante para él que yo vuelva a consumir. Después lo vería a los ojos y le diría que ya había decidido mantenerme en abstinencia".

Habilidad de Rehusarse al Consumo a utilizar: *Confrontar al otro.*

Componente 5. Manejo de Ansiedad

Una sesión

Otra de las emociones desagradables que le resultaba difícil al usuario controlar tanto por su frecuencia como por su duración era la ansiedad, entonces se optó por desarrollar las estrategias de este componente previo a su salida del internamiento (**Ver Anexo p. 106**). Uno de los escenarios y de las personas que le generarían ansiedad, además de las estrategias que utilizaría para enfrentar esta emoción se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Manejo de la Ansiedad. Estrategia Respiración Profunda

SITUACIÓN	¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA, EN QUÉ LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS
Tener una discusión fuerte con mi esposa porque alienta a mi hijo a que no estudie	- En casa, por la tarde cuando llego de trabajar	Respiración profunda (Se propuso combinar con Tiempo Fuera y	Al estar tranquilo pudo platicar con su esposa en un tono más amable

una carrera universitaria, lo cual me pone ansioso.	Solución de Problemas).	y encontrar juntos una solución.
---	-------------------------	----------------------------------

Componente 6. Solución de Problemas

Una sesión

La estrategia de Solución de Problemas le permitió al usuario enfrentar sus situaciones adversas de manera distinta, pues controló su ambiente de tal forma que disminuyó la tensión y esto le ayudó a mantenerse en abstinencia.

El usuario consideró que el problema que más le podría aquejar posteriormente y que podía propiciar el consumo sería el “no tener dinero para pagar a tiempo las colegiaturas”.

○ **ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN GENERADAS:**

Opción 1. Definir las prioridades para pagar lo estrictamente necesario.

Opción 2. Buscar algunas actividades que generen ingresos adicionales.

Opción 3. Solicitar una beca en la escuela de su hijo para reducir los gastos.

Opción 4. Buscar una escuela más económica.

Después de un análisis de ventajas y desventajas eligió una de las opciones y desarrolló un plan de acción útil para solucionar el conflicto (**Ver Anexo p. 107-108**).

Componente 7. Muestra de Abstinencia

Una sesión

Cuando el usuario estuvo a punto de terminar su internamiento fue importante que estableciera un periodo factible sin consumo. Se tomó la decisión de permanecer durante un periodo de 90 días sin ingerir ninguna sustancia a partir del primer día fuera del centro de atención. En seguida, se desglosaron las situaciones de riesgo específicas con sus respectivos planes de acción, así como los pensamientos precipitadores y no precipitadores del consumo (**Ver Anexo p. 109**).

Componente 8. Manejo de Tristeza

Una sesión

Este fue el punto de partida del tratamiento en consulta externa. Esta siguiente fase de la intervención se llevó a cabo en el Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA) de la Facultad de Psicología de la UNAM, ya que la programación de las sesiones se superponía con las actividades laborales que pretendía retomar el usuario. Dicho cambio se realizó con la debida autorización de los responsables de ambos centros.

Al regreso a sus condiciones habituales de vida el usuario experimentó abatimiento lo cual representaba un factor precipitador del consumo. Con el propósito de aprender a manejar tanto la frecuencia como la duración de esta emoción desagradable, se aplicó este componente (**Ver Anexo p. 110**). El contexto en el cual se da la tristeza, una de las estrategias utilizadas y los resultados alcanzados se describen en la Tabla 4.

Tabla 4. Manejo de la Tristeza. Estrategia Reestructuración Cognitiva

SITUACIÓN	¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA, EN QUÉ LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS
"Siento que tengo mala suerte ya que no encuentro trabajo y ya tengo encima deudas y presiones.	Siento presión de parte de su madre y de sus hermanos.	Reestructuración cognitiva: "Tengo el perfil y los conocimientos para el trabajo, así que voy a buscar un empleo adecuado para mí".	Si tengo pensamientos positivos entonces puedo esperar buenos resultados porque soy una persona preparada y tengo experiencia para resolver problemas y dar resultados.

Componente 9. Prevención de Recaídas **Dos sesiones**

Transcurrieron 21 días para que el usuario regresara a las sesiones de tratamiento. Desde la primera semana de ausencia, él mismo se comunicó para justificar su inasistencia argumentando su reciente ingreso a un nuevo empleo y fue necesario hacer una reprogramación de las citas. Pronto, su horario de trabajo se extendió y no tuvo posibilidades de asistir en tres semanas al CEPREAA. Como consecuencia, se presentó su primer episodio de consumo de una cantidad de 0.5 gramos de crack.

Con la intención de identificar los precipitadores que lo llevaron al consumo en esta ocasión, se llevó a cabo el componente de Prevención de Recaídas en el cual se realizaron planes de acción útiles para enfrentar las situaciones adversas con eficiencia y sin ingerir drogas (**Ver Anexo p. 111-112**).

Se muestran un ejemplo de las situaciones de riesgo que fueron apremiantes en este momento de la intervención con su correspondiente plan de acción.

SITUACIÓN DE RIESGO: "Después de haber salido del internamiento, empecé una serie de actividades que había previsto en algunos planes de acción, metas de vida y actividades cotidianas y, al confrontarlas con la realidad he visto que en algunas áreas de mi vida se rebasaron mis expectativas y, en otras, no se presentaron como las había planeado, pudiendo lo anterior ser un riesgo. Los eventos cayeron en cascada y me siento agobiado".

PLAN DE ACCIÓN: En primer lugar llevaría a cabo una *reestructuración cognitiva*, cambiando pensamientos tales como "Ya he cumplido y me merezco una dosis", por un pensamiento "Ya he cumplido con mis obligaciones y me merezco ver una película y tomarme una Coca-cola". En segundo lugar realizaría ejercicios de *relajación*, incluyendo respiración profunda en cualquier momento del día, así como tensión y distensión muscular, todas las noches. Por último, realizaría un ejercicio de *solución de problemas* para cada situación particular que se me está presentando en este momento y encontrar alternativas viables para arreglar el asunto.

Componente 10. Habilidades de Comunicación

Dos sesiones

Debido al adiestramiento en estas habilidades, el usuario pudo mejorar su comunicación con las personas con quienes convive logrando un mayor bienestar en sus relaciones interpersonales, acrecentando su repertorio conductual con elementos útiles para la prevención de un nuevo consumo (**Ver Anexo p. 113-114**). Ante diversas situaciones en las que tuvo dificultades en la comunicación, el usuario aplicó las estrategias de la siguiente forma:

Habilidad de Comunicación Empleada: Ofrecer entendimiento / Asumir responsabilidad / Ofrecer ayuda

Descripción de la situación: Su hermana le reprochó que ya le había prestado mucho dinero y que ahora empezaba a necesitarlo. Empleando las habilidades de comunicación, el usuario señaló: “Entiendo que estés molesta conmigo porque ya es mucho el dinero que te debo, sin embargo, me comprometo a pagarte a fin de mes, cuando reciba la primer quincena del empleo que acabo de conseguir, de tal manera que en cuatro meses te devuelva todo tu dinero”. Su hermana aceptó las condiciones del pago.

Componente 11. Habilidades Sociales y Recreativas

Una sesión

Su adecuado desempeño en el terreno laboral le permitió al usuario adquirir mayores responsabilidades, dentro de las cuales estaba irse comisionado a otros Estados del país para atender asuntos importantes de la corporación en la que participa. Esto llevó a la necesidad de establecer un mecanismo de comunicación transitorio que fue el correo electrónico por un periodo de 3 semanas. De esta manera se monitorearon posibles situaciones de riesgo y tentación de consumo, las cuales fueron prácticamente inexistentes.

Al regreso de su viaje, se trabajó con el usuario el presente componente en el que fue importante que incluyera en su repertorio conductual actividades que compitieran con el consumo y que apoyaran la abstinencia, es por ello que se le entrenó en Habilidades Sociales y Recreativas (**Ver Anexo p. 115-116**).

En la Tabla 5 se presentan las actividades agradables para el usuario y no asociadas al consumo, así como las personas con quienes podría realizarlas y los lugares para llevarlas a cabo.

Tabla 5. Actividades recreativas

ACTIVIDADES	HORARIO
Actividad Permanente	Salir a correr solo o con su hijo: <ul style="list-style-type: none">- 4 veces a la semana- Por las mañanas de 6:30 a 7:30

Actividad Permanente	<p>Escribir poemas o relatos acerca de los últimos acontecimientos personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos los días de la semana - Por las noches, antes de irse a dormir
Actividad Esporádica	<ul style="list-style-type: none"> - Ir al cine una vez a la quincena - Tomar un café con amigos 1 ó 2 veces a la semana - Asistir a un concierto de jazz 1 vez al mes con su hijo o amigos - Jugar ajedrez con amigos 1 o 2 veces al mes

Componente 12. Consejo Marital

Una sesión

Aun cuando la pareja se encontraba distanciada, existían posibilidades de volver a vivir juntos, por lo tanto fue útil desarrollar el componente de Consejo Marital puesto que requerían habilidades para mejorar su comunicación, otorgarse mutuamente gratificantes y llegar a acuerdos (**Ver Anexo p. 117-118**).

Por ejemplo, en el área de *Crianza de los hijos*, le gustaría que su pareja permitiera que sus hijos le expresen con libertad acerca de sus necesidades e intereses, evitando imponerles modos de vida o formas de pensamiento. Además, que evite ridiculizarlo en frente de ellos pues afecta aún más su imagen.

En el área de *Manejo del dinero*, le gustaría que su pareja le diera un voto de confianza y administraran conjuntamente el dinero pues siempre ha demostrado manejar adecuadamente los ingresos de la empresa.

Componente 13. Muestra de Abstinencia

Una sesión

Finalmente, se estableció el último periodo de no consumo, en el cual el usuario asumió un compromiso de 90 días más de abstinencia. Se hizo énfasis en los pensamientos no precipitadores y en las situaciones específicas que pudieran propiciar el consumo (**Ver Anexo p. 119**).

En este momento se aplicó el dispositivo para detectar el consumo de cocaína. La tarjeta se insertó en una muestra de orina proporcionada por el usuario y se leyeron los resultados dentro de los siguientes cinco minutos. La prueba indicó que el usuario no había consumido cocaína recientemente.

Post-evaluación. Una sesión

Al terminar el programa de intervención y con el objeto de medir sus efectos de se aplicaron instrumentos tales como el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS), así como los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck y la Escala de Satisfacción General.

Seguimientos. Tres sesiones

El primero de los seguimientos se hizo al mes de haber concluido la intervención, mientras que el segundo se realizó a los tres meses y el último a los 6 meses de haber terminado.

En cada uno de los seguimientos se aplicaron nuevamente los instrumentos empleados en la post-evaluación, sólo que los Inventarios de Depresión y Ansiedad se utilizaron únicamente hasta el tercer seguimiento. Asimismo, se revisó el Auto-registro de consumo. Con ellos se evaluó el nivel de dependencia, el patrón de consumo, así como la autoeficacia y las situaciones de riesgo de consumo y, el grado de satisfacción en sus diversas áreas de vida.

Para el tercer seguimiento se aplicó el segundo dispositivo para detectar a través de la orina un posible consumo de cocaína, sin embargo el resultado fue negativo.

2. RESULTADOS

A continuación se presentan las evoluciones del usuario desde el momento de la evaluación (pretratamiento), después del tratamiento (post-tratamiento) y sus ejecuciones en el 1º, 2º y 3er seguimientos, en términos de la frecuencia y cantidad de consumo de crack, problemas asociados por su dependencia a la droga, situaciones de riesgo de consumo, nivel de autoconfianza de resistir la tentación de consumo, así como niveles de ansiedad y depresión y, por último, nivel de satisfacción general.

En primer lugar, se observó que la cantidad total de cocaína que consumió en el último año fue de 36 gramos distribuidos en 20 ocasiones de consumo, lo que representa el 5.4 % del año.

Respecto al ***patrón de consumo*** se encontró que el promedio por ocasión fue de 1.5 gramos, 2 veces por mes, mientras que el consumo máximo en un episodio ascendió a 3 gramos. En los meses de mayo, agosto, noviembre y diciembre se registraron los consumos más altos del año. Alcanzó un periodo máximo de abstinencia de 1.5 meses. Los días de la semana más frecuentes de ingesta de droga eran los viernes y sábados. La Figura 2 muestra la línea base del consumo en un periodo de 12 meses, así como la reducción en cantidad y frecuencia durante el tratamiento y la abstinencia en los tres seguimientos.

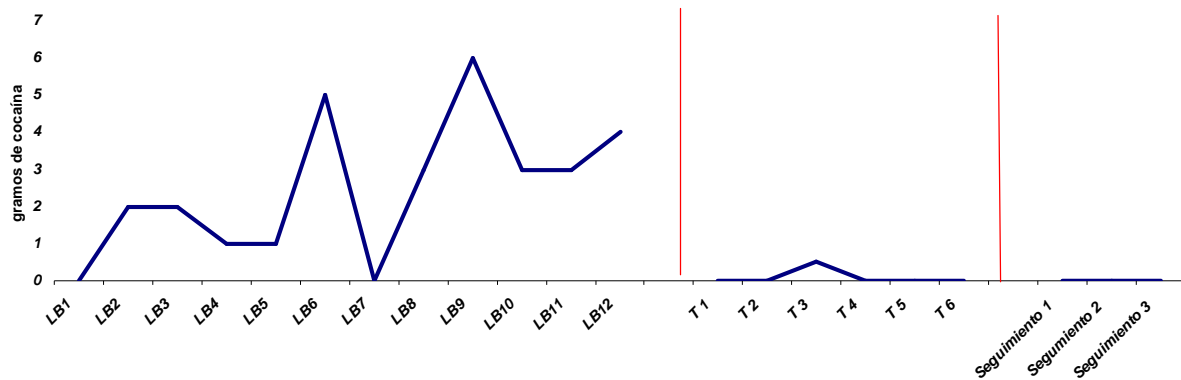


Figura 2. Consumo mensual promedio de crack en pretratamiento, post-tratamiento y 1º, 2º y 3er seguimientos

Se observó que se mantuvo en abstinencia durante los primeros 2 meses con 10 días a partir de que inició la intervención, sin embargo, se presentó una ocasión de consumo de 0.5 gramos hacia el tercer mes de desarrollo del PSC. Para los siguientes 3 meses de intervención consiguió resistirse al consumo. Como se puede observar en la Figura 2, el usuario no volvió a consumir en ninguno de los tres seguimientos.

Acerca del **nivel de problemas asociados** por el abuso de crack, se obtuvo un Nivel Sustancial (puntaje=12) antes de iniciar el tratamiento. Algunas de las características de este nivel de problemas fueron: no poder dejar de utilizar la droga cuando lo desee; haber tenido quejas constantes de sus familiares por el consumo; sentirse culpable por su consumo; haber descuidado el trabajo; tener problemas médicos, entre otros. Cuando terminó la intervención, el nivel bajó a Medio (puntaje=7) y continuó descendiendo para los tres seguimientos hasta llegar a un nivel Bajo (puntaje=1), según se muestra en la Figura 3.

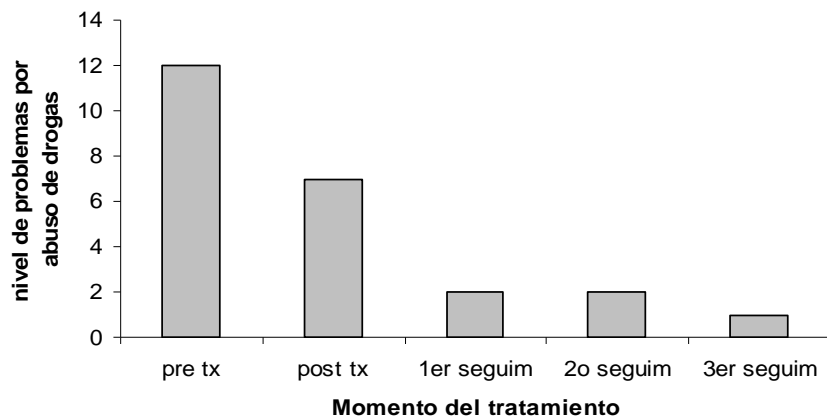


Figura 3. Nivel de problemas asociados al abuso de crack en pretratamiento, post-tratamiento, 1º, 2º y 3er seguimientos

En lo que respecta a las **situaciones de más alto riesgo** antes de comenzar la intervención se encontró a las *Emociones Placenteras* (66.6%), a las *Emociones Desagradables* (56.6%) y el *Conflicto con Otros* (35.7%). En tanto que las áreas de menor riesgo fueron: *Malestar Físico* y *Presión Social* (13.3% cada uno) y *Momentos Agradables con Otros* (0%).

Habiéndose presentado una ocasión de consumo durante el tratamiento, el usuario reportó haber ingerido cocaína en los siguientes casos: cuando sintió que su familia lo estaba presionando mucho; cuando sintió que no podía llegar a ser lo que su familia esperaba de él y, cuando alguien trató de controlar su vida y quiso sentirse más independiente, todas las cuales corresponden a la categoría de *Conflicto con otros*. En el resto de las áreas el usuario no reportó consumo alguno.

El porcentaje de riesgo del resto de las situaciones declinó a cero después de finalizar la intervención y continuó con la misma tendencia a lo largo de los tres seguimientos, como puede observarse en la Figura 4.

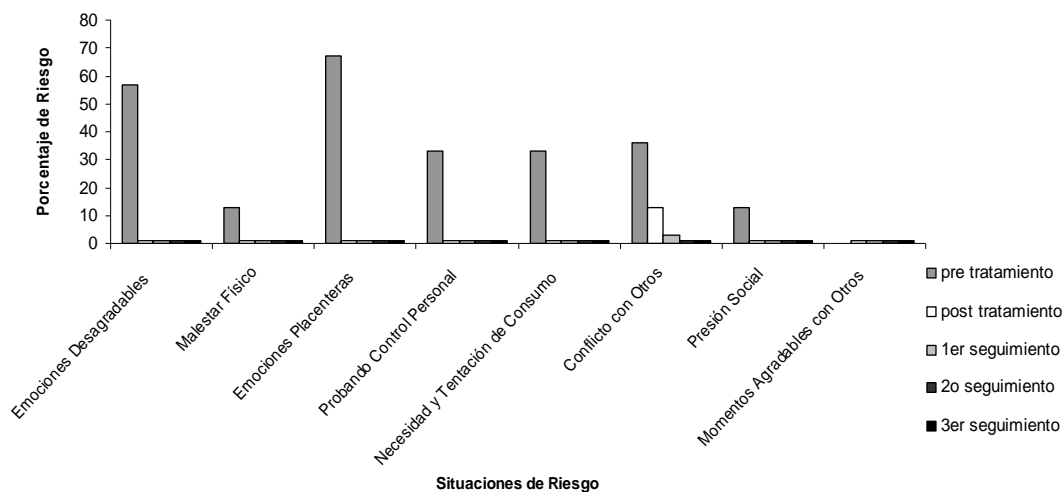


Figura 4. Situaciones de riesgo de consumo de crack en pretratamiento, post-tratamiento, 1º, 2º y 3er seguimientos

El promedio del riesgo de consumo por cada fase de tratamiento se muestra en la Tabla 6:

Tabla 6. Promedio de riesgo de consumo en cada fase de tratamiento

Fase	Promedio
Pre-tratamiento	33 %
Post-tratamiento	2 %
Primer seguimiento	0.3 %
Segundo seguimiento	0 %
Tercer seguimiento	0 %

Previo al tratamiento se evaluó la **confianza de resistir la tentación de consumir** crack, y se encontró que el área de menor confianza fue la de *Emociones Desagradables* (74%), seguido de *Probando Control Personal* (80%), así como *Necesidad y Tentación de Consumo* (83%). El usuario reportó tener mayor confianza de resistir la tentación de consumo ante *Presión Social* (100%), *Momentos Agradables con Otros* (96%), así como ante *Emociones Placenteras* (96%).

En la fase de postratamiento, la autoeficacia fue menor en la categoría de *Conflicto con otros*, en comparación con la encontrada en la evaluación inicial. Finalmente, los niveles de confianza se mantuvieron muy altos en la fase de seguimientos, como se muestra en la Figura 5.

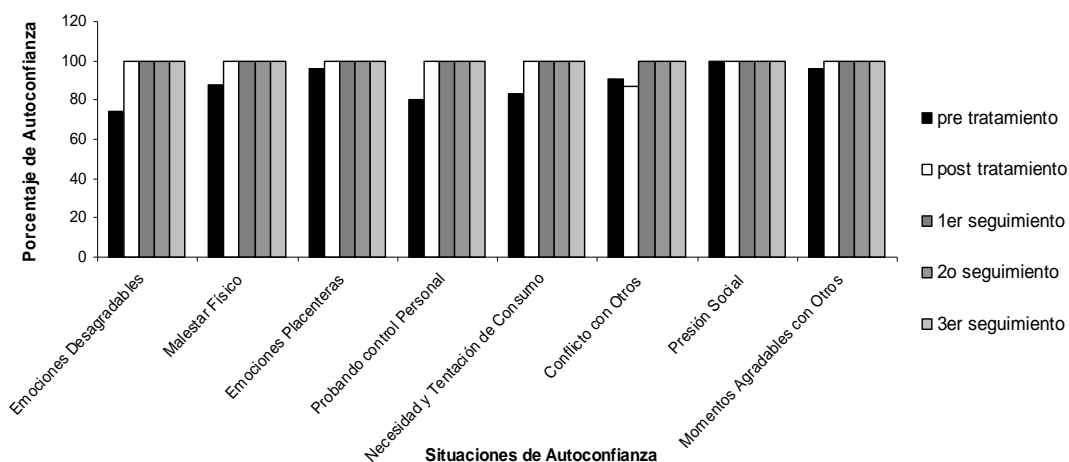


Figura 5. Confianza de resistir la tentación de consumo de crack en pretratamiento, post-tratamiento, 1º, 2º y 3er seguimientos

El promedio de autoconfianza por cada fase de tratamiento se muestra en la Tabla 7:

Tabla 7. Promedio de autoconfianza en cada fase de tratamiento

Fase	Promedio
Pre-tratamiento	88 %
Post-tratamiento	98 %
Primer seguimiento	100 %
Segundo seguimiento	100 %
Tercer seguimiento	100 %

Cuando se midieron algunos de los síntomas más comunes de la **ansiedad** antes de empezar el tratamiento, se obtuvo un puntaje de 7, equivalente a un nivel *Leve*, representado principalmente por indicadores como: debilitamiento de las piernas, dificultad para relajarse, manos temblorosas, miedo a perder el control, malestar estomacal y sudoración. Todos fueron de baja intensidad.

Al cabo de 6 meses (postratamiento) se observó una disminución a un nivel mínimo, pese a que continuaron presentándose algunos síntomas de este trastorno durante los seguimientos tales como manos temblorosas, o tener miedo a perder el control o a que pase lo peor. Durante la etapa de seguimientos, la ansiedad se conservó al mínimo, según se muestra en la Figura 6.

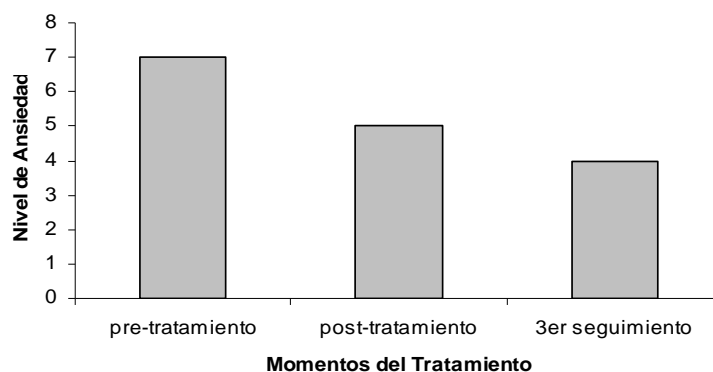


Figura 6. Niveles de ansiedad en pretratamiento, post-tratamiento y 3er seguimiento

De la misma forma, los niveles de **depresión** se mantuvieron en un nivel mínimo desde el principio de la intervención (puntaje=7) hasta el último de los seguimientos (puntaje=2), aun cuando la sintomatología se redujo a través de las diferentes etapas, como se aprecia en la Figura 7. Los síntomas distintivos fueron: sensación de tristeza, no dormir tan bien como solía hacerlo. Su estado emocional cambió sutilmente en las sucesivas mediciones presentando pocos síntomas depresivos.

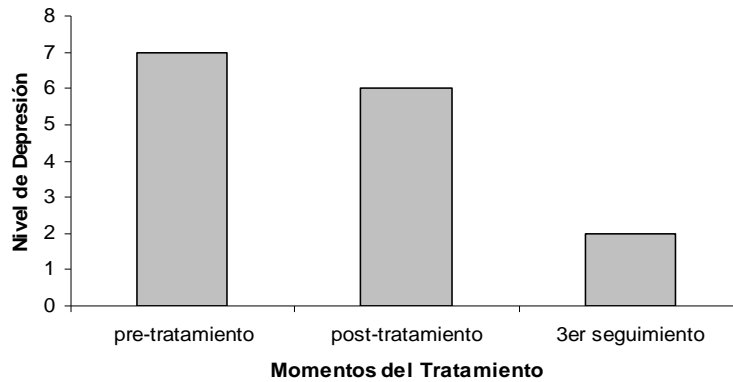


Figura 7. Niveles de depresión en pretratamiento, post-tratamiento y 3er seguimiento

Cuando se evaluó en pretratamiento el grado de **satisfacción** con el funcionamiento en diversas **áreas de vida**, se encontró que experimentaba un alto bienestar con su *Situación Legal* (10), seguida por el área de *Hábitos Personales* (9) y *Comunicación* (9). Asimismo, reportó agrado con respecto al *Consumo* (8), al *Progreso en el trabajo* (8), a su *Manejo del dinero* (8) y con su *Satisfacción General* (8). Se aprecia un menor bienestar en sus *Relaciones familiares o matrimoniales* (7), en su *Vida Emocional* (7) y en su *Vida social/recreativa* (6).

La satisfacción en las diferentes áreas se incrementó desde el momento en que concluyó el tratamiento y continuó mejorando hacia el período de los seguimientos. Los cambios más notables ocurrieron en el área de *Vida Social/Recreativa* (10), mientras que las áreas de *Situación Legal* (10) y *Comunicación* (9) se mantuvieron con la misma puntuación, según se observa en la Figura 8

En tanto, el promedio de satisfacción en las áreas de vida por cada fase de tratamiento se observa en la Tabla 8:

Tabla 8. Promedio de satisfacción en cada fase de tratamiento

Fase	Promedio
Pre-tratamiento	8
Post-tratamiento	9
Primer seguimiento	9
Segundo seguimiento	9.4
Tercer seguimiento	9.5

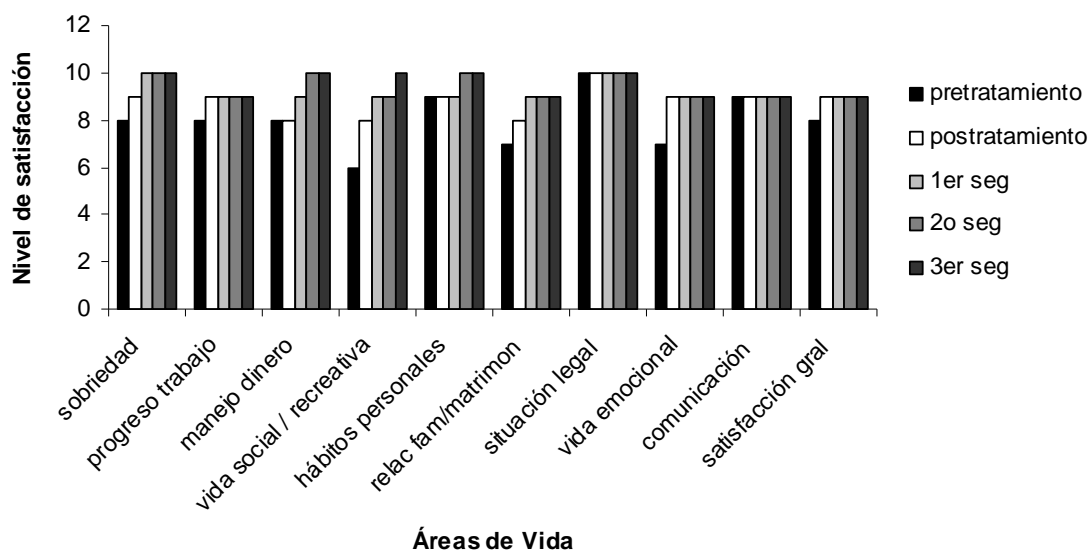


Figura 8. Niveles de satisfacción en diversas áreas de vida en pretratamiento, post-tratamiento, 1º, 2º y 3er seguimientos

Como se mencionó en párrafos anteriores, los dos dispositivos para detectar a través de la orina un posible consumo de cocaína, aplicados en el último componente y en el seguimiento a los seis meses resultaron negativos.

3. Conclusiones

Respecto a la aplicación del Programa de Satisfactores Cotidianos a nivel individual, se presentó el caso de un usuario que, gracias al empleo de las estrategias cognitivas, conductuales y motivacionales, abandonó el consumo de crack. El indicador más importante que se tiene para determinar que tuvo éxito la intervención fue la reducción del consumo de droga hasta llegar a la abstinencia. Si bien, el usuario estuvo al inicio bajo tratamiento residencial durante poco más de un mes, al término de éste tomó la decisión de completar únicamente el PSC tal y como se había comprometido.

La primera parte del programa se realizó en el CAIS "Torres de Potrero", pero se finalizó en el CEPREAA, ya que la situación laboral del usuario no le facilitaba desplazarse a un lugar más lejano. Asimismo, fue necesario emplear herramientas como el correo electrónico para monitorear a distancia algunas situaciones de riesgo de consumo, o bien se le retroalimentaba sobre algunas tareas completadas en casa. Aspectos que influyeron en la conclusión de la intervención fue la eliminación de ciertos obstáculos como la amplia distancia entre el domicilio del usuario y el centro de tratamiento, los cuales constituyen estrategias de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002) que resultaron muy útiles para que el usuario se mantuviera en el tratamiento.

Dado que la teoría cognitivo-conductual postula que los usuarios de sustancias tienen déficits en habilidades de enfrentamiento, durante la intervención se enseñaron una serie de destrezas tales como: tiempo fuera, distracción del pensamiento y autoinstrucciones positivas para el control del enojo; negarse asertivamente, sugerir alternativas, cambiar el tema de la plática, ofrecer justificación, interrumpir interacción o confrontar al otro para situaciones de rechazo del

consumo de droga; respiración profunda y relajación muscular para el manejo de la ansiedad; habilidades de comunicación (p. ej. iniciar conversaciones, expresar desacuerdo, ofrecer entendimiento, asumir responsabilidad y ofrecer ayuda).

Primero se explicaron los aspectos específicos de cada estrategia y después el terapeuta modeló la habilidad de enfrentamiento efectiva. A través del juego de roles, se instigó al usuario a que él mismo ensayara las nuevas conductas. Se evaluaron aspectos tales como su lenguaje corporal (p. ej. mirar a los ojos, actuar con seguridad, tono de voz firme, etc.) que lo llevaron a un nivel de dominio en sus ejecuciones. Componentes como el de habilidades de comunicación o de rechazo del consumo al inicio fueron calificadas en proceso de adquirirlas, pero con la práctica también consiguió dominarlas. Así, el tiempo que permaneció el usuario en el ambiente residencial, fue útil para abarcar una parte importante de componentes del programa, pero vistos sólo "teóricamente", especulando cómo podría apoyarse de las estrategias al salir del internamiento. En la medida en que se propuso practicar las técnicas y planes de acción vistos en varias sesiones, el usuario comprobó su utilidad y alcanzó la abstinencia.

La intervención reflejó su efectividad en la disminución del nivel de problemas asociados al consumo. Después de haber llegado a presentar un nivel sustancial en dichos problemas pasó a un nivel bajo en la última medición de esta variable. Por ejemplo, dejó de utilizar la droga, su familia dejó de quejarse por el consumo y empezó a darle reconocimiento por haberlo abandonado, o bien, encontró una actividad laboral placentera.

A través del análisis funcional de la conducta se identificaron los antecedentes del consumo, por ejemplo, pensamientos como: "Voy a tener un rato de tranquilidad y sin pensar en los problemas de la casa" y las consecuencias positivas de la conducta de abuso de crack tales como: el gusto de olvidarse por unos momentos de los problemas en casa y, disfrutar la preparación de la sustancia, los cuales funcionaron como factores que disparaban y mantenían la conducta. Durante la intervención se utilizaron los resultados del análisis funcional para anticipar las situaciones de alto riesgo como experimentar emociones desagradables, tener conflicto con otros y, algunas emociones agradables, desarrollándose planes de acción específicos para enfrentarlas. Dichos planes se perfeccionaron hasta garantizar la obtención de la satisfacción que buscaba obtener mediante la droga.

Los efectos reforzantes del crack para el usuario que representaron sus expectativas con respecto al consumo de dicha sustancia fueron: obtener un momento de tranquilidad y olvidarse de los problemas en casa. El bienestar transitorio alcanzado con la sustancia fue obtenido por otros reforzadores tales como asistir a eventos sociales (p. ej. fiestas o reuniones con amigos no consumidores), salir a correr, escuchar jazz, jugar ajedrez y escribir poemas o relatos de vivencias personales. Dichos reforzadores se identificaron a través de técnicas como: análisis funcional de conductas de no consumo, metas de vida cotidiana y habilidades sociales y recreativas.

Para desafiar las expectativas positivas excesivas que el usuario tuvo acerca de los efectos del crack se emplearon estrategias tales como: cambiar las creencias del usuario sobre los efectos positivos del consumo ("he conseguido divertirme sin necesidad de drogarme y eso me hace sentir mejor... fumar aunque sea un papel lo arruinaría todo" o bien "me siento muy aburrido, iré al concierto de jazz y me acercaré a algunas personas para platicar") y, hacer que el usuario pusiera más atención en el conocimiento y experiencia de los efectos negativos del consumo de crack (p. ej. las discusiones con sus hijos, las agresiones físicas por parte de su esposa, la creciente desconfianza de su madre y hermana).

A lo largo de la intervención, el usuario mostró una creciente preocupación por las consecuencias negativas del consumo del crack, sin embargo, se observó un momento en el que minimizó dichas consecuencias, lo que llevó a tener una recaída en el consumo. Con ayuda de técnicas de comunicación como ofrecer entendimiento, asumir responsabilidad, ofrecer ayuda, expresar desacuerdo o iniciar conversaciones; así como de la técnica de solución de problemas para resolver la situación económica; la reestructuración cognitiva para el manejo de la tristeza generada por el distanciamiento con la familia; o el consejo marital para llegar a acuerdos con su esposa, todas en su conjunto hicieron que la probabilidad de recaída hacia los seguimientos disminuyera.

Asimismo, la recaída fue el resultado del grado de estrés generado por los obstáculos de la vida diaria a los que se enfrentó después de concluir su internamiento. Autores como Marlatt y Gordon (1985) sugieren que cuando las demandas que siente el consumidor sobrepasan los placeres que el individuo espera, entonces el usuario sufre un desbalance. Ante esta situación, fue necesario involucrar al usuario en actividades recompensantes para ayudarlo a reducir su nivel de estrés, las cuales consistieron en asistir a reuniones sociales, correr por las mañanas, visitar una librería, realizar relajación muscular y respiración profunda, escribir poemas o relatos de los acontecimientos personales.

Al monitorear los niveles de ansiedad y depresión al inicio de la intervención, se observó para el caso de la primera un grado leve mientras que para depresión fue mínimo. La evaluación psiquiátrica realizada en el centro de internamiento sugirió la necesidad del tratamiento farmacológico para efectos en la conciliación del sueño. No obstante, al practicar ejercicios de relajación, el usuario consideró que era suficiente para tranquilizarse. Se sugirió en la intervención no suspender el consumo de ansiolíticos, pero el usuario tomó la decisión de hacerlo ya que no deseaba ingerir demasiados medicamentos a la vez (p. ej. triglicéridos, hipertensión). En este momento, fue necesario intensificar la práctica de la relajación, para evitar que esto constituyera un factor de recaída.

Se observó que el desarrollo de conductas de evitación como ignorar ciertas situaciones que le causaban malestar (p. ej. evitar ver a su antiguo compañero de consumo) fueron útiles en un primer momento, sin embargo, el usuario logró mantenerse en abstinencia cuando empezó a emplear estrategias activas de enfrentamiento, como involucrarse en actividades alternativas que fueron incompatibles con el consumo de crack (p. ej. organizar comidas con familiares o amigos, asistir a los ensayos musicales de su hijo, integrarse a un círculo de lectura, visitar un sitio turístico algún fin de semana, tomar un café con un amigo); al desarrollar la estrategia de solución de problemas para el caso particular del ahorro de dinero para el pago de colegiaturas; al buscar el apoyo de sus hijos, su pareja y su madre, pensar en las consecuencias de consumir como las discusiones con su pareja e hijos; identificar sus pensamientos negativos para poder cambiarlos a positivos (p. ej. "tengo el perfil y los conocimientos suficientes para trabajar como arquitecto, así que voy a buscar un trabajo adecuado para mí"). Lo anterior se sumó para lograr un mantenimiento en la abstinencia.

A medida que el usuario planeó sus actividades en diferentes ámbitos y, principalmente, llevó a cabo los pasos planteados, adquirió la confianza para abstenerse del consumo. Durante la intervención, una vez más se observó que se necesitaba hacer especial énfasis en su confianza para resistirse al consumo ante sus conflictos familiares. Además, las estrategias de autocontrol de emociones, las habilidades de comunicación y de rehuso del consumo, así como el análisis de las cadenas conductuales de no consumo, todas ellas vistas en sesión, condujeron al incremento paulatino en la autoeficacia, de tal forma que, al llegar a la etapa de los seguimientos, recuperó el total de la autoconfianza para mantenerse en abstinencia.

En suma, los pasos realizados por el usuario y la guía proporcionada por el programa de intervención se conjugaron para el incremento en la confianza del usuario en mantenerse en abstinencia y por lo tanto, disminuir los problemas asociados al consumo.

Referencias

- Abbott, P., Weller, S., Delaney, H. & Moore, B. (1998). Community Reinforcement Approach in the treatment of opiate addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24 (1), pp. 17 – 30.
- Alonso, D., Freijo, E., & Freijo, A. (1996). La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas.
- American Psychological Association. Society of Clinical Psychology. (2000). A Guide to Beneficial Psychotherapy. Empirically Supported Treatments. Washington: American Psychological Association.
- Annis, H. M. & Davis, C. S. (1988). Assessment of expectancies. *Assessment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Ashley, M.J., Ferrence, R., Room, R., Rankin, J., & Single, E. (1994). Moderate drinking and health: Report of an international symposium. *Canadian Medical Association Journal* 151, 1-20.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18(4), 5-17.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339-348.
- Azrin, N., Acierno, R., Kogan, E., Donahue, B., Besalel, V. & McMahon, P. (1996). Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug abuse. *Behavioral Research and Therapy*, 34, 41-6
- Azrin, N., Naster, B., & Jones, R., (1973). Reciprocity counseling: A rapid-learning based procedure for marital counseling. *Behavior Research and Therapy*, 11, 365-382.
- Azrin, N., Sisson, R. W., Meyers, R. J. & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105-112.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Second Edition. World Health Organization, Geneva.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). The psychology of chance encounters and life paths. *American Psychologist*, 37, 747-755.
- Bandura, A. (1985). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J., Martínez, M. & Reidl, M. (2006) Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas: Manual del terapeuta, tomo 1. Secretaría de Salud, CONADIC.
- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M. E. & Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28, 61, 71.
- Becoña, I. E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programa de prevención de drogas*. España: Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Universidad de Santiago de Compostela. Madrid. España.
- Bickel, W. K., DeGrandpre, R. J. & Higgins, S. T. (1993). Behavioral economics: a novel experimental approach to the study of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 33(2), 173-192.
- Bickel, W.K. & Marsch, L.A. (2001). Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting processes. *Addiction*, 96, 73-86.
- Bien, T. H., Miller, W. R. & Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addictions*, 88, 315-336.
- Bigelow, G.E. & Silverman, K. (1999). Theoretical and empirical foundations of contingency management treatments for drug abuse. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bry, (1996) citado en Becoña, I. E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Universidad de Santiago de Compostela. Madrid: Ministerio del interior, delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas.
- Carroll, K. M. (1998). *Therapy Manuals for Drug Addiction. Manual 1: A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. National Institute on Drug Abuse.
- Castro, M. E. (2006) Hacia una política social de prevención de las adicciones. Siete puntos básicos para la reflexión. *Liberaddictus*, 89, Recuperado el 11 de agosto de 2008 de <http://www.liberaddictus.org/pdf/0894-89.pdf>
- Catania, A. C. (1998). Learning. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Centre for Substance Abuse Treatment. (1999). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. Rockville: Centre for Substance Abuse Treatment.
- Clark, E. G. (1953). Textbook of Preventive Medicine. Ed. Tavistock. London.
- Córdoba, R., Delgado, M.T. & Pico, V. (1998). Effectiveness of brief intervention on non dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Family Practice*, 15, 562-567.

- Cummings, C., Gordon, J. R. & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. In W. R. Miller (Ed.) *The Addictive Behaviors*.
- De León, L. & Pérez, L. (2001). *Adaptación, validación y confiabilidad del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. Tesis de licenciatura, Facultad de psicología, UNAM.
- Del Boca, F. K. & Noll, J. A. (2000). Truth or consequences: The validity of self-report data in health services research on addictions. *Addiction* 95, 347–360.
- Donovan, D. M. (1996). Assessment issues and domains in the prediction of relapse. *Addiction*, 91 (Suppl. S36).
- Donovan, D. M. & Marlatt, G. A. (1988). *Assessment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Donovan, D. M. & Marlatt, G. A.. (1993). Recent developments in alcoholism: Behavioral treatment. *Recent Developments in Alcoholism*, 11, 397-411.
- Echeverría, L., Oviedo, P. & Ayala, H. (1998). Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA). En: Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L., & Gutiérrez, M. *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México, D.F.: Facultad de Psicología, UNAM.
- Edwards, G. & Grows, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
- FISAC (2001). *Manual TIPPS. Talleres Interactivos para la Promoción de la Salud*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Gordon, F. (1983) citado en Mrazek, J. P. & Haggerty, J. R. (1994). Reduciendo los riesgos para los desórdenes mentales: fronteras en la investigación de intervención preventiva, Committee on Prevention of Mental Disorders, Institute of Medicine. National of Academy Press. Washington, D. C.
- Hansen, L.J., Olivarius, N., Beich, A. & Barfod, S. (1999). Encouraging GPs to undertake screening and a brief intervention in order to reduce problem drinking: a randomised controlled trial. *Family Practice*, 16, 551-557.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Gillmore, M. R. & Wells, E. A. (1989). Skills training for drug abusers: generalization, maintenance, and effects on drug use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 559-63.
- Hawkins, R. C. (1992). *Substance abuse and stress-coping resources: A life-contextual clinical viewpoint*. New York: Brunner/Mazel.
- Heather, N. (1995). *Brief interventions strategies*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Higgins, S. T., Bickel, W. K. & Hughes, J. R. (1994). Influence of an alternative reinforcer on human cocaine self-administration. *Life Sciences*, 55(3), 179-187.

- Hualde, U. G. (1990). Rasgos del contexto estructural del consumo de drogas en los jóvenes. *Comunidad y Drogas. Monografías*, 10, 75-97.
- Hunt, G. M & Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11 (1), 91-104.
- Institute of Medicine. (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. National Academy Press, Washington, DC.
- Jones, B. T. & McMahon, J. (1996). A comparison of positive and negative alcohol expectancy and value and their multiplicative composite as predictors of post-treatment abstinence survivorship. *Addiction*, 9 (1), 89-99.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 3, 26-31.
- Kaminer, Y. (1995). Issues in the pharmacological treatment of adolescent substance abuse. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 5, 93-106.
- Kristen B. (1999). Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Centre for Substance Abuse Treatment. Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Lavive, R. A. (1994). Drogas de Abuso. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín.
- Leavell, H. R. & Clark, F. (1965). Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic approach. McGraw Hill. New York.
- Litman, G. K. (1986). Alcohol survival: The prevention of relapse. New York: Plenum Press
- Macià Antón, D. (2000). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid. Pirámide.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M. & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive Behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martin, G. & Pear, J. (1999). Modificación de conducta. Prentice Hall. Madrid.
- McKim, W.A. (2000). Drugs and behavior. An introduction to behavioral pharmacology. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., López, E. K. & Berenzon, S. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en el adolescente. *Gaceta Médica Mexicana*, 131, (4), México.
- Miller, P.M. (1975). A behavioural intervention program for chronic public drunkenness offenders. *Archives of General Psychiatry*, 32, 915-918.

- Miller, W.R. (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. US Department of Health and Human Services, SAMHSA/CSAT, Rockville, MD.
- Miller, P. M. & Mastria, M. (1977). *Alternatives to alcohol abuse*. Champaign, IL. Research Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (comps.). (2002). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Paidós. México.
- Minno, A. (1993). Las estrategias terapéuticas en el abuso y dependencia de drogas En: Peyraube, R. (2000). *El modelo de Reducción de Daños*. (Sin publicar).
- Moser, A. E. & Annis, H. M. (1996). The role of coping in relapse crisis outcome: A prospective study of treated alcoholics. *Addiction*, 91 (8), 1101-1114.
- Moyer, A., Finney, J., Swearingen, C. & Vergun, P. (en prensa). Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatmentseeking and non-treatment seeking populations. *Addiction*.
- Muñoz-Rivas, M. J., Gámez-Guadix, M; Graña, J. L. & Fernández, L. (2010). Violencia en el noviazgo y consumo de alcohol y drogas ilegales entre adolescentes y jóvenes españoles. *Adicciones*, 22 (2). 125-134
- Nader, M. A. & Woolverton, W. L. (1992). Effects of increasing response requirement on choice between cocaine and food in rhesus monkeys. *Psychopharmacology*, 108(3), 295-300.
- National Institute of Drug Abuse. (2008). *Cómo prevenir el abuso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Department of Health and Human Services. <http://ndadistore.samhsa.gov/catalog/productDetails.aspx?ProductID=16995> 28 de marzo de 2008.
- National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of drug addiction treatment*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services.
- Nató, A. & Rodríguez, Q. G. (2001). *Las víctimas de las drogas*. Buenos Aires. Universidad.
- Pickens, R. & Thompson, T. (1968). Cocaine-reinforced behavior in rats: Effects of reinforcement magnitude and fixed-ratio size. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 161, 122-129.
- Plant, M. & Plant, M. (1992). *Risk Takers: Alcohol, Drugs, Sex and Youth*. London: Tavistock/Routledge.
- Prochaska, J. & Diclemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 2, 211-218.
- Room, R. (1990). Measuring alcohol consumption in the United States: Methods and rationales. In: Kozlowski, L.T., Annis, H.M., Cappell, H.D., Glaser, F.B., Goodstadt, M.S., Israel, Y.,

- Kalant, H., Sellers, E.M. & Vingilis, E.R., eds. *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*. New York: Plenum Press, 10, 39–80.
- Rosovsky, H. T. (2003). El papel de la familia en la prevención y el manejo del abuso del alcohol: una revisión de las evidencias. En Rosovsky, H. T. [coord.]. (2003). *Alcohol y Familia*. Cuadernos FISAC, 4, (1) 9-19.
- SAMHSA (2005). Releases results from annual survey on drug use and addiction. Washington Report, 8 (9), 1-1.
- Secretaría de Salud. (2000). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. Diario Oficial de la Federación, Primera Sección, 44-60.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-2002)*. México.
- Secretaría de Salud. (2003). Encuesta Nacional de Adicciones 2002. México:SSA. Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. <http://www.conadic.gob.mx>
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-2008)*. México.
- Silverman, K. (2004). Exploring the limits and utility of operant conditioning in the treatment of drug addiction. *The Behavior Analyst*, 27, 209-230.
- Skinner, H. & Allen, B. (1982). Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 3, 199-209.
- Smith, J.E., Meyers, R.J. & Delaney, H. D. (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 541-548.
- Smith, S. G., Touquet, R., Wright, S. & Das Gupta, N. (1996). Detection of alcohol misusing patients in accident and emergency departments: the Paddington Alcohol Test (PAT). *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 13, 308-312.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1995). Alcohol consumption measures. *Addictive Behavior* 21, (6), 817–833.
- Solís, L., Robledo, A. & Ocádiz, K. (2006). La prevención de adicciones y la lucha contra el narcotráfico. *Liberaddictus*, 91, México.
- Tapia, C. R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México. El Manual Moderno.
- Vega, F. (1992). Modelos interpretativos de la problemática de las drogas. *Revista española de drogodependencias*. 17 (4), 221-232.

- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., López-Lugo, E., Juárez, F., Rivera, E., Espinosa, G. & Fleiz, C. (1996). La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud Mental*, 19 (3).
- Vuchinich, R.E. & Tucker, J.A. (1988) Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 181-195.
- Weinberg, N. Z. (1999). Child psychopathology risk factors for drug abuse. *Journal of clinical child psychology*.
- Wilk, A.I., Jensen, N.M. & Havighurst, T.C. (1997). Metaanalysis of randomised control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Archives of Internal Medicine*, 12, 274-28.

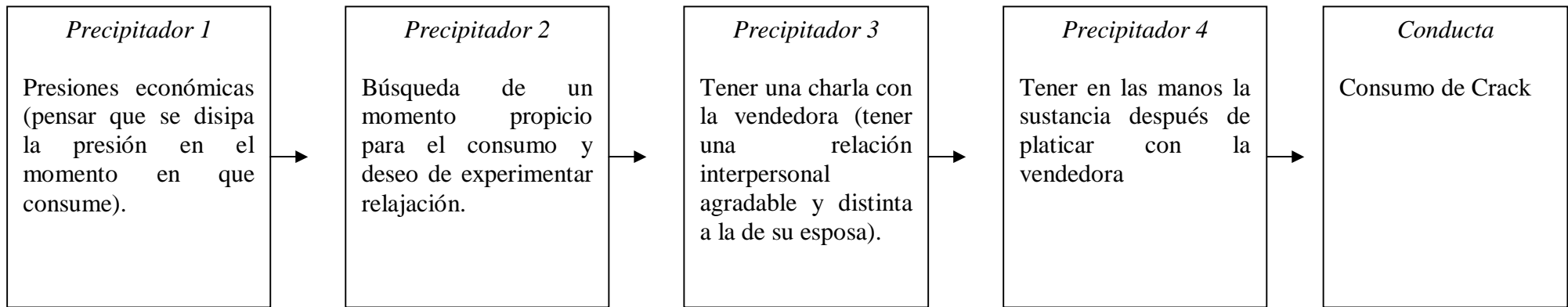
ANEXO

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO

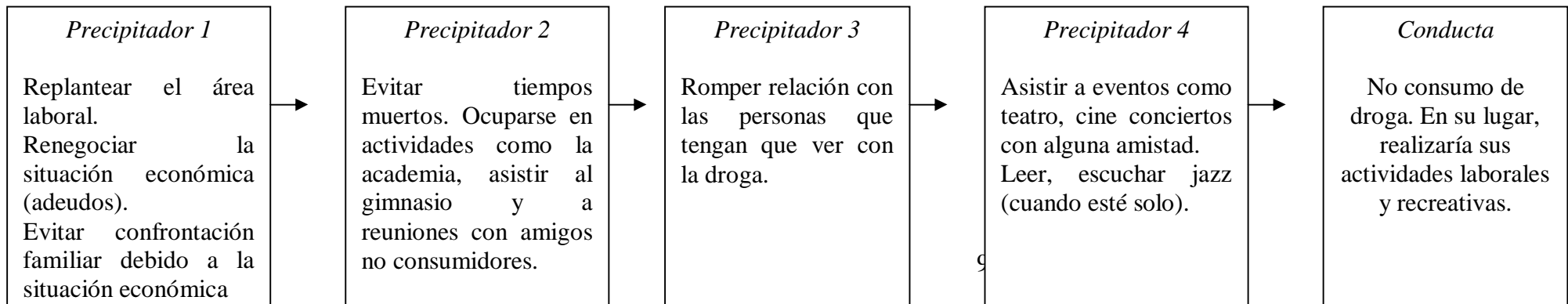
PRECIPITADORES EXTERNOS	PRECIPITADORES INTERNOS	CONDUCTA	CONSECUENCIAS POSITIVAS (A CORTO PLAZO)	CONSECUENCIAS NEGATIVAS (A MEDIANO Y LARGO PLAZO)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personas: <i>Solo (80%) Luis Carlos, quien le invitó por primera vez la sustancia (20%)</i> ▪ Lugares: <i>Recámara Hotel o baños públicos (3 ocasiones)</i> ▪ Cuándo: <i>Viernes o Sábados por la noche</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensamientos antes del consumo <i>“Voy a tener un rato de tranquilidad y sin pensar en los problemas de la casa”</i> ▪ Sensaciones físicas antes del consumo: <i>Temblor de manos</i> ▪ Emociones antes del consumo: <i>Euforia; se prepara para sentir placer.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sustancia <i>Crack</i> ▪ Cantidad <i>1.5 gramos</i> ▪ Tiempo que dura el consumo <i>En un espacio de 5 horas</i> ▪ Tiempo de ingesta de una dosis <i>15 min</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qué le gusta del consumo con quien lo hace. <i>Disfruta sentir que alguien más está sintiendo lo mismo que él.</i> ▪ Qué le gusta del consumo en donde lo hace. <i>No tiene la sensación de peligro de ser descubierto por la policía o algún empleado de hotel.</i> ▪ Qué le gusta de los momentos en los que consume. <i>Le gusta olvidarse por unos momentos de los problemas en casa.</i> ▪ Pensamientos placenteros mientras consume. <i>Le gusta hacer consciente cada paso de la preparación de la sustancia (encender, colocar, enfriar, etc).</i> ▪ Sensaciones físicas placenteras mientras consume. <i>Disfruta sentir la luz tenue, el sacar el humo, la sensación de calor, una ligera sudoración (tibia del lugar)</i> ▪ Emociones agradables mientras consume <i>Sentirse tranquilo, sin prisa ni tensión.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultados negativos en cada una de las áreas: <ul style="list-style-type: none"> a) Interpersonal.- <i>Discusiones con sus hijos, agresión física de parte de su esposa, desconfianza de su mamá e hijos.</i> b) Física.- <i>Cansancio y músculos tensos (5 hrs), se le trababa la quijada, lengua pastosa, deshidratación.</i> c) Emocional.- <i>Le dolía el rechazo de su familia, sensación de arrepentimiento, más triste de lo usual.</i> d) Legal.- <i>No las tuvo ya que muchas veces le llevaban la droga a su casa.</i> e) Trabajo.- <i>Se agudizó su desinterés por el trabajo que ya desde antes le disgustaba.</i> f) Financiero.- <i>Dejó de administrar las finanzas de la empresa y su esposa las asumió.</i> g) Otro

CADENA CONDUCTUAL

DE CONSUMO



DE CAMBIO



Ante las tres situaciones de mayor riesgo que el usuario experimentó, fue útil desarrollar planes de acción que le permitieran enfrentarlas con éxito.

1. SITUACIÓN DE RIESGO: Tener tiempo ocioso.

- a. *Plan de Acción:* Con el fin de evitar pensamientos que lleven al consumo, iniciaría actividades nuevas, que lo ocupen y motiven para obtener logros económicos y académicos, como por ejemplo, dar clase, retomar su empresa, ingresar a un gimnasio, leer y escribir poesía, escuchar música.

2. SITUACIÓN DE RIESGO: Discutir asuntos críticos en un medio de violencia.

- a. *Plan de Acción:* Evitar la confrontación dejando estos temas críticos para ocasiones donde los ánimos no estén tan alterados.

3. SITUACIÓN DE RIESGO: Estar en lugares y con personas que consumen o distribuyen drogas.

- a. *Plan de Acción:* Evitar cualquier tipo de contacto con quienes venden o ingieren drogas. Pensará que “no tiene caso invertir 2 horas de mi tiempo en trasladarme hasta donde la venden y menos si ese tiempo lo dedico a las actividades laborales y de diversión que deseo”.

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE NO CONSUMO

PRECIPITADORES EXTERNOS	PRECIPITADORES INTERNOS	CONDUCTA	CONSECUENCIAS NEGATIVAS (A CORTO PLAZO)	CONSECUENCIAS POSITIVAS (A MEDIANO Y LARGO PLAZO)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personas: <i>Con su familia y amigos consumidores de droga</i> ▪ Lugares: <i>En su casa o en la de algún amigo o familiar, en restaurantes o salones de fiesta</i> ▪ Cuándo: <i>Viernes, sábados y domingos</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensamientos: <i>Que pasará un tiempo agradable con las personas que estima</i> ▪ Sensaciones físicas: <i>Un poco de euforia y nerviosismo (agradable)</i> ▪ Emociones: <i>Deseos de compartir alegrías y de saber cómo les ha ido a sus amistades y/o familiares</i> 	<p>Asistencia a un evento social (fiesta, reunión, celebración, cena, velada), mostrando una <i>conducta participativa y propositiva. De diversión y convivencia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia: <i>Tratará que sea cada fin de semana</i> ▪ Cuánto tiempo: <i>Entre 4 y 6 horas.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo que le disgusta: <i>Tener que soportar a algunos pretenciosos</i> ▪ Lo que le disgusta del lugar en donde lo hace: <i>Que el no tener automóvil le implicaría tener que irse temprano</i> ▪ Lo que le disgusta de estos momentos: <i>Que le parecen cortos como para entablar pláticas sobre temas relevantes</i> ▪ Pensamientos desagradables durante el evento social: <i>Pensar en que puede encontrarse con gente “non grata” y llegar a tener una discusión</i> ▪ Sensaciones físicas desagradables mientras tiene el evento social: <i>Sensación de bochorno o de escalofrío</i> ▪ Emociones desagradables que usualmente tiene mientras está en el evento social: <i>Enojo por tener que soportar a ciertas personas indeseables</i> 	<p>Resultados positivos en cada área de su vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Interpersonal.- <i>Mejoran las relaciones y participa activamente en estas. Sería tomado en cuenta y sentiría apoyo y cariño</i> b) Física.- <i>Se sentiría ágil y fuerte y con ánimo de trabajar y hacer deporte</i> c) Emocional.- <i>Se sentiría alegre y satisfecho por compartir el tiempo con su familia y amigos</i> d) Legal.- <i>Tendría la certeza de no tener problemas en esta área</i> e) Trabajo.- <i>Se comportaría de una manera responsable, activa y propositiva</i> f) Financiero.- <i>Tener la capacidad para la toma de decisiones y manejo del dinero.</i> g) Otro

Componente 2. Manejo del Enojo
Una sesión

Este componente se aplicó por ser una de las principales emociones desagradables que dispararon su consumo de drogas, por lo que fue necesario controlar la intensidad y la duración de esta emoción. Se describen a continuación las circunstancias que podrían generar enojo y propiciar el consumo de sustancias, además de las estrategias empleadas para lograr mantenerse en abstinencia, así como los resultados alcanzados.

SITUACIÓN	¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA, EN QUÉ LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS
1. Llegar tarde a casa muy cansado y estresado y que su esposa le empiece a cuestionar y a molestar en forma violenta.	<ul style="list-style-type: none"> - Su esposa - En la noche - En la casa 	<p style="text-align: center;">Tiempo Fuera</p> <p>Le puede comentar que se va a dar un baño pues se siente un poco estresado pero que tiene una buena disposición para que lo le quiera decir lo discutan más tarde, después de la cena.</p>	Primero se calmarían, cenarían juntos y ya con un ánimo más positivo podrían platicar los asuntos importantes.
2. Dedicarse a hacer un trabajo de construcción y no pagarle los trabajos hechos en la semana, por lo que se irritaría mucho con el cliente.	<ul style="list-style-type: none"> - Un cliente - En viernes - En la oficina del cliente 	<p style="text-align: center;">Distracción del pensamiento</p> <p>Primero se saldría a la recepción y empezaría a leer una revista y a platicar con alguien. Pensaría que su ahorro le ha permitido pagar lo que necesita.</p>	Evitaría discutir con el cliente y ya estando más tranquilo, entraría a la oficina para renegociar la fecha y los términos del pago.
3. Durante una conferencia recibir críticas muy duras, lo cual le molesta porque no estuvo de acuerdo con los comentarios.	<ul style="list-style-type: none"> - Entre colegas - En la Universidad 	<p style="text-align: center;">Auto instrucciones positivas</p> <p>Se diría a sí mismo: “puede que tenga razón, trataré de investigar después las bases que tuvo para decirlo”.</p>	Dado que no se confrontaría con ellos, puedo conservar una relación sana con sus colegas. Además estaría logrando desarrollar su capacidad de escuchar a los demás y ser más autocrítico.

Cuadro 1. Auto-Registro de Enojo

Componente 3. Metas de Vida Cotidiana
Una sesión

Con el propósito de estar pendiente de otros aspectos vitales, fue conveniente que el usuario se fijara metas en sus diferentes áreas de vida, creando planes y fijándose periodos para su logro.

Cuadro 2. Metas de Vida Cotidiana

ÁREAS PROBLEMA /METAS	QUÉ VOY A HACER PARA LOGRARLO	FRECUENCIA	LOGROS
1. <u>En el área del consumo</u> Le gustaría: Dejar el consumo definitivamente	- Evitar llamadas al dealer. - No ir a lugares donde compraba la droga. - Evitar ver a personas que consumen.	- En cada momento desde que se levanta y cada vez que se le venga a la mente el consumo. - El día 2 de marzo le pedirá a alguien que destruya la página de su agenda donde está el número telefónico del dealer.	Cada día será una batalla, sin embargo se acerca a la victoria. No caerá en exceso de confianza.
2. <u>En el área de progreso en el trabajo o en la escuela</u> Le gustaría: Retomar el trabajo en su empresa	- Va a seguir una agenda para conseguir contratos para su empresa.	- De acuerdo con los horarios marcados en su agenda.	Conseguirá a la brevedad ingresos. Tendrá ocupado la mayor parte del tiempo en esta actividad.
3. <u>En el área de manejo del dinero</u> Le gustaría: Manejar responsablemente los ingresos de la empresa y los personales.	- Tendrá que depositar todo el dinero y efectuar los gastos necesarios, de acuerdo a una lista de prioridades.	- Los depósitos no tienen fechas fijas, pero cada vez que los tenga los reservará exclusivamente para las prioridades.	Irá acumulando un ahorro. Tendrá suficiente dinero para los gastos.
4. <u>En el área de vida social</u> Le gustaría: Tener nuevamente actividad en eventos sociales	- Elaborará una agenda para programar los eventos de la semana y otros de fin de semana, donde incluya actividades familiares y/o de pareja (ir al cine, conciertos, cafeterías, reuniones, etc.).	- Normalmente los viernes se reunirá con los colegas en algún restaurante. - Los sábados podrá ir a conciertos y al cine. - Dos veces entre semana irá a algún lugar a tomar café.	Compartirá alegría, tiempo y diversión.

<p>5. <u>En el área de hábitos personales</u> Le gustaría: Hacer ejercicio, jugar ajedrez, leer libros nuevos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Correrá por las mañanas. - Jugará ajedrez con alguien o con la computadora una vez al día. - Visitará una librería una vez por semana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio 3 veces por semana. - Ajedrez 1 hora al día. - Leer un libro 1 hora al día. 	<p>Tendrá una presencia y un aspecto limpio. Se mantendrá ocupado todo el tiempo y disfrutará cada una de las actividades.</p>
<p>6. <u>En el área de relaciones familiares o matrimoniales</u> Le gustaría: Acercarse nuevamente a sus hijos y recuperar su imagen positiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicará las habilidades de comunicación (ofrecer entendimiento, asumir responsabilidad, ofrecer ayuda, entre otras), las estrategias de control del enojo, tristeza y ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todo el tiempo que conviva con su pareja y con sus hijos. 	<p>Una relación estable, agradable y concertadora.</p>
<p>7. <u>En el área de situación legal</u> Le gustaría: Evitar cualquier problema con la autoridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si no sigue buscando la droga, con seguridad evitará que le sorprenda la policía. 	<ul style="list-style-type: none"> - De manera permanente. 	<p>Tranquilidad.</p>
<p>8. <u>En el área de vida emocional</u> Le gustaría: Mejorar la calidad de vida, contener y controlar las situaciones negativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dedicará ½ hora diaria para tratar asuntos que lo puedan llevar a discutir con su familia. - Hará una lista de dichos asuntos a tratar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diario le dedicará aproximadamente 30 minutos para dialogar los asuntos. 	<p>Poseerá una vida más satisfactoria y más completa.</p>
<p>9. <u>En el área de comunicación</u> Le gustaría: Comunicarse de mejor manera con compañeros de trabajo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicará las técnicas para mejorar la comunicación en el trato diario, así como en el desempeño laboral (por ej. ofrecer entendimiento, asumir responsabilidad, saber escuchar, dar reconocimiento, ofrecer ayuda, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Todo el tiempo y en todo lugar. 	<p>Tendrá una comunicación más eficiente y así conseguirá que las cosas se aclaren.</p>
<p>10 <u>En el área de satisfacción general</u> Le gustaría: Evitar satisfactores falsos o temporales como la droga.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificará las actividades que le son satisfactorias y determinará la periodicidad con la que las puede llevar a cabo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantendrá una actitud positiva todo el tiempo. 	<p>Gozará de una mejor calidad de vida.</p>

Componente 4. Rehusarse al Consumo **Una sesión**

Una tarea sustancial antes del egreso del internamiento fue que el usuario aprendiera a enfrentar situaciones de riesgo empleando las habilidades precisas para Rehusarse al Consumo.

Fue esencial modificar algunos pensamientos que podrían conducirlos al consumo. Se muestran los nuevos pensamientos generados por el usuario:

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

Pensamiento positivo: *“Me siento muy mal, le llamaré a mi hermana para comer juntos y platicarle mis problemas. Antes voy a hacer ejercicios de respiración profunda”.*

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

Pensamiento positivo: *“Hay algunas cosas que no me han salido bien últimamente, así que el sábado pienso darme un tiempo para reflexionar y buscar opciones de solución a mis problemas”.*

3. “Todo está mal, nadie me quiere, necesito un papel”.

Pensamiento positivo: *“Tengo algunos problemas, sin embargo, cuento con el amor de mi familia y puedo apoyarme en ellos para arreglar las cosas. Ahora me gustaría ir al cine para distraerme”.*

4. “Creo que esto es muy divertido tal vez me pueda consumir solo un papel”

Pensamiento positivo: *“He conseguido divertirme sin necesidad de drogarme y eso me hace sentir mejor. Fumar aunque sea un papel lo arruinaría todo”.*

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

Pensamiento positivo: *“Estoy muy aburrido así que le diré a mi hijo que salgamos a cenar o le llamaré a una amiga por teléfono para saludarla”.*

6. “Estoy muy solo, será mejor que me vaya al lugar donde venden droga para ver si conozco a alguien”.

Pensamiento positivo: *“Estoy muy solo, iré al concierto de jazz y me acercaré a algunas personas para platicar”.*

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

1. “Ya es viernes y no tengo nada mejor que hacer que drogarme”
Ya es viernes y voy a comprar boletos para el cine cuando salga de trabajar.
2. “Llevo un mes y medio en abstinencia, no pasa nada si me fumo sólo un papel”
Llevo un mes y medio en abstinencia y me siento muy satisfecho, como recompensa, voy a invitar a mi hijo a cenar.
3. “La cantidad que fumo no se compara con la que fuman los compañeros del internamiento”
A pesar de que era poco lo que fumaba, de todas formas me ocasionó daño y problemas en todas las áreas de mi vida.
4. “Ya discutí con mi esposa y quiero olvidarlo fumándome un papel”
Discutí con mi esposa y pienso disculparme con ella invitándola a tomar un café para platicar tranquilamente.
5. “Mi hijo no me hace caso, qué más le da si consumo”
Mi hijo se da cuenta cada vez que consumo, así que he decidido mantenerme en abstinencia para ganarme otra vez su confianza.
6. “Mi hija ya no me quiere y por eso se va de la casa”
Mi hija me ha demostrado que me quiere, sólo necesita independizarse y estudiar fuera.
7. “Siento que ya no tengo la misma capacidad para hacer bien mi trabajo”
Siempre he sido muy competente en mi trabajo y la abstinencia me permitirá volver a tener empleo.
8. “Ya están cansadas de mí mi hermana y mi mamá”
Mi mamá y mi hermana han sido muy tolerantes conmigo y me quieren y las voy a recompensar con mi abstinencia.
9. “Voy a visitar a los ex compañeros de consumo, ellos sí me entienden”
Evitaré a mis ex compañeros de consumo y mejor invitaré a una amiga a un concierto.
10. “Qué sentido tiene la abstinencia si mi familia ya se desintegró”
Si deseo recuperar la confianza de mi familia estoy decidido a mantenerme sin consumo y los pienso reunir a todos para escucharlos.

Algunas ideas del usuario con respecto a cada estrategia fueron:

Negarse Asertivamente.- Es la estrategia más fácil de aplicar siempre y cuando me muestre muy firme.

Sugerir Alternativas.- Entre consumidores de crack es difícil que me puedan ofrecer algo distinto a droga, así que no pienso interactuar con ellos.

Cambiar el Tema de la Plática.- Los temas que realmente me interesan pienso platicarlos con mi familia o mis amigos no consumidores.

Ofrecer Justificación.- Puedo poner de pretexto que tengo un daño muy fuerte en el hígado y nunca más podré volver a consumir.

Interrumpir Interacción.- Para evitar que me insistan y traten de convencerme les diré que tengo una cita con el médico y que no la puedo perder.

Confrontar al otro.- Necesito poner en claro que estoy firmemente convencido de no volver a consumir.

LISTA DE COTEJO DE EVALUACIÓN DEL USUARIO

	No la Domina Insatisfactorio	En Proceso Necesita Mejorar	La Domina Satisfactorio
LENGUAJE CORPORAL			
No está nervioso.		✓	
Actúa con seguridad.		✓	
Mira directamente a los ojos de quien le esta hablando.			✓
Su tono de voz es firme.			✓
Muestra una actitud relajada.			✓
HABILIDADES DE REHUSARSE AL CONSUMO			
Se niega adecuadamente al ofrecimiento.			✓
Rehúsa adecuadamente el consumo cambiando el tema de la plática.			✓
Sugiere adecuadamente alternativas de consumo.			✓
Rehúsa adecuadamente al consumo ofreciendo justificación.		✓	
Interrumpe la interacción adecuadamente cuando le ofrecen el consumo.			✓
Se rehúsa adecuadamente utilizando la conducta de confrontar al otro.		✓	
Utiliza adecuadamente la reestructuración cognitiva para sustituir los pensamientos de consumo por otros positivos.			✓

Las situaciones de riesgo hipotéticas en las que el usuario se podría ver envuelto ameritaron poner en práctica las siguientes habilidades para evitar el consumo:

1) Habilidad de Rehusarse al Consumo a utilizar:

Ofrecer Justificación

Descripción de la Situación 1:

“A unas cuadras de mi casa me puedo encontrar a algún ex compañero del CAIS que quizá haya vuelto a consumir. Corro el riesgo de que me invite a una fiesta en ese momento. Le puedo decir que estoy muy delicado de salud debido a problemas en el hígado y que tengo prohibido volver a consumir cualquier tipo de sustancia. Me puedo ir enseguida”.

2) Habilidad de Rehusarse al Consumo a utilizar:

Interrumpir interacción

Descripción de la Situación 2:

“Qué tal si me encuentro en un parque a otro ex compañero del CAIS que se vea en mal estado. Es posible que me pida dinero y que me diga que lo acompañe. De inmediato le diría que tengo prisa porque voy al hospital para visitar a un familiar enfermo y me iría”.

3) Habilidad de Rehusarse al Consumo a utilizar:

Confrontar al otro

Descripción de la Situación 3:

“Ver a un compañero de la oficina quien consume actualmente crack que me comente que no pasaría nada con una vez que fumara. Le puedo preguntar porqué es tan importante para él que yo vuelva a consumir. Después lo vería a los ojos y le diría que ya había decidido mantenerme en abstinencia”.

Componente 5. Manejo de Ansiedad
Una sesión

Otra de las emociones desagradables que le resultaba difícil al usuario controlar tanto por su frecuencia como por su duración era la ansiedad, entonces se optó por desarrollar las estrategias de este componente previo a su salida del internamiento. Los escenarios y las personas que le generarían ansiedad, además de las estrategias que utilizaría para enfrentar esta emoción se muestran en la siguiente tabla.

AUTO - REGISTRO DE ANSIEDAD

SITUACIÓN	¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA, EN QUÉ LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS
1. Se encuentra sin dinero y tiene que efectuar algunos pagos que ahora ya son urgentes (renta, colegiatura, comida, etc.).	Con sus acreedores	Relajación por imaginación	Le parecería como iniciar un viaje, pudiendo visualizar los problemas pero también las alternativas posibles de solución con mayor tranquilidad.
2. Se sintió ansioso porque los aparatos del gimnasio del CAIS estaban siempre ocupados y no los podía usar.	- Durante el tiempo libre - Compañeros del CAIS	Relajación muscular (Se propone que lo combine con alguna estrategia de control del enojo, ej auto-instrucciones positivas).	Para no impacientarse, primero realizó las técnicas, mientras tanto, se desocuparon los aparatos y evitó tener discusiones con sus compañeros.
3. Tener una discusión fuerte con su esposa porque alienta a su hijo a que no estudie una carrera universitaria, lo cual le pone ansioso.	- En casa, por la tarde cuando llega de trabajar	Respiración profunda (Se propuso combinar con Tiempo Fuera y Solución de Problemas).	Al estar tranquilo podrá platicar con su esposa en un tono más amable y encontrar juntos una solución.

Componente 6. Solución de Problemas

Una sesión

La estrategia de Solución de Problemas le permitiría al usuario enfrentar sus situaciones adversas de manera distinta, pues controlaría su ambiente de tal forma que disminuiría la tensión y esto le ayudaría a mantenerse en abstinencia.

El usuario consideró que el problema que más le podría aquejar posteriormente y que podía propiciar el consumo sería el siguiente:

○ **PROBLEMA IDENTIFICADO:**

No tener dinero para pagar a tiempo las colegiaturas.

○ **ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN GENERADAS:**

Opción 1. Definir las prioridades para pagar lo estrictamente necesario.

Opción 2. Buscar algunas actividades que generen ingresos adicionales.

Opción 3. Solicitar una beca en la escuela de su hijo para reducir los gastos.

Opción 4. Buscar una escuela más económica.

○ **DECISIÓN SOBRE UNA SOLUCIÓN:**

Opción 1.

Ventajas: Si se paga lo necesario no habría problemas.

Desventajas: Reclamo de su familia por estar acostumbrados a tener cosas superfluas.

Opción 2.

Ventajas: Se mantendría siempre en actividad y evitaría tiempo de ocio.

Desventajas: Esto exigiría un mayor esfuerzo y sacrificio.

Opción 3.

Ventajas: Se reducirían gastos y podría ahorrar.

Desventajas: No tendría resultados inmediatos porque la beca la otorgarían en semestres posteriores.

Opción 4.

Ventajas: Ahorraría cierto porcentaje.

Desventajas: Puede que su hijo no esté totalmente de acuerdo.

○ **DECISIÓN:**

Opción 1

- **¿Cómo la llevaría a cabo?**

- Hacer una lista de necesidades básicas (comida, vestido, renta, luz, teléfono, gas, colegiatura, etc.), asignando alrededor de \$ 25 000.
- Enlistar los gastos superfluos (comprar un bajo eléctrico, dar dinero extra a su hijo para que salga, etc.). Destinar para este concepto un máximo de \$ 5 000 mensuales.
- Reservar \$ 1 000 para gastos personales.

- **Revisión de los resultados:** 9

Componente 7. Muestra de Abstinencia

Una sesión

Cuando el usuario estuvo a punto de terminar su internamiento fue importante que estableciera un periodo factible sin consumo. Se tomó la decisión de permanecer durante un periodo de 90 días sin ingerir ninguna sustancia a partir del primer día fuera del centro de atención. En seguida, se desglosaron las situaciones de riesgo específicas con sus respectivos planes de acción, así como los pensamientos precipitadores y no precipitadores del consumo.

- **PERIODO:** Del 1º de marzo de 2008 al 1º de Junio de 2008

- **SITUACIONES DE ALTO RIESGO:**
 - Emociones Placenteras
 - Emociones Desagradables
 - Conflicto con Otros

- **SITUACIONES ESPECÍFICAS:**
 - 1.- El saborear y disfrutar la salida del humo de la pipa con crack (*emoción placentera*).
 - 2.- La ira y el rencor debido a problemas en la familia o en el trabajo (*emoción desagradable*).
 - 3.- Las discusiones con sus familiares (*conflicto con otros*).

- **PLAN DE ACCIÓN:**
 - 1.- Sustituir por satisfactores que no provoquen daño (ir a un concierto, dedicar tiempo al ejercicio, tomar un café, leer, jugar ajedrez y escribir).
 - 2.- Manejar las técnicas de control de enojo (tiempo fuera, distracción del pensamiento, autoinstrucciones positivas) y de ansiedad (respiración profunda, tensión-distensión), y habilidades de comunicación (saber escuchar, ofrecer ayuda, ofrecer entendimiento).
 - 3.- Evitar el conflicto y aplicar la técnica de solución de problemas.

- **PENSAMIENTOS PRECIPITADORES:**

“Mi consumo es muy bajo comparándolo con el de mis compañeros del CAIS, si tengo una recaída no me hago tanto daño”.

- **PENSAMIENTOS NO PRECIPITADORES:**

Pensar en las consecuencias aún teniendo un bajo consumo. Pensar que el daño no está en función de la cantidad.

 - ✓ *Evitar estar con:* Personas que venden y/o consumen (Carlos). Evitar tener el teléfono del dealer.
 - ✓ *Evitar estar en:* Lugares donde compraba y consumía.

Este fue el punto de partida del tratamiento en consulta externa. Esta siguiente fase de la intervención se llevó a cabo en el CEPREAA ya que la programación de las sesiones se superponía con las actividades laborales que pretendía retomar el usuario. Dicho cambio se realizó con la debida autorización de los responsables de ambos centros.

Componente 8. Manejo de Tristeza
Una sesión

Al regreso a sus condiciones habituales de vida el usuario experimentó abatimiento lo cual representaba un factor precipitador del consumo. Con el propósito de aprender a manejar tanto la frecuencia como la duración de esta emoción desagradable, se aplicó este componente. El contexto en el cual se da la tristeza, las estrategias utilizadas y los resultados alcanzados se describen a continuación.

AUTO-REGISTRO DE TRISTEZA

SITUACIÓN	¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA, EN QUÉ LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS
1. Ya no cuenta con la presencia física de su familia, ni con su apoyo en estas difíciles circunstancias.	Con su esposa e hijos	Búsqueda de lo positivo Reestructuración cognitiva “Mi familia se preocupa por mí y es necesario llegar a acuerdos con ellos para resolver nuestros problemas”.	Esperará conciliar los asuntos con su familia. En caso contrario, tiene alternativas y la disposición a resolver lo que mejor convenga sin entrar en conflictos.
2. Siente que tiene mala suerte ya que no encuentra trabajo y ya tiene encima deudas y presiones.	Siente presión de parte de su madre y de sus hermanos	Reestructuración cognitiva: “Tengo el perfil y los conocimientos para el trabajo, así que voy a buscar un empleo adecuado para mí”.	Si tiene pensamientos positivos entonces podrá esperar buenos resultados porque está preparado y tiene experiencia para resolver problemas y dar resultados.
3. No cuenta con el afecto, amor físico y emocional de una pareja desde hace más de un año lo cual le afecta.	Su esposa	Búsqueda de lo positivo y realización de actividades agradables, en donde pueda fomentar las relaciones sociales.	Espera trabajar en situaciones que favorezcan el encontrar una nueva pareja, pero no necesariamente volverse a casar.

Transcurrieron 21 días para que el usuario regresara a las sesiones de tratamiento. Desde la primera semana de ausencia, él mismo se comunicó para justificar su inasistencia argumentando su reciente ingreso a un nuevo empleo y fue necesario hacer una reprogramación de las citas. Pronto, su horario de trabajo se extendió y no tuvo posibilidades de asistir en tres semanas al CEPREAA. Como consecuencia, se presentó su primer episodio de consumo de una cantidad de 0.5 gramos de crack.

A continuación se presentan las experiencias que se conjugaron para la ocurrencia del consumo.

Componente 9.
Prevención de Recaídas
Dos sesiones

Con la intención de identificar los precipitadores que lo llevaron al consumo en esta ocasión, se llevó a cabo el componente de Prevención de Recaídas en el cual se realizaron planes de acción útiles para enfrentar las situaciones adversas con eficiencia y sin ingerir drogas.

Se muestran en seguida las situaciones de riesgo que fueron apremiantes en este momento de la intervención con sus correspondientes planes de acción.

1. SITUACIÓN DE RIESGO:

“Después de haber salido del internamiento, empecé una serie de actividades que había previsto en algunos planes de acción, metas de vida y actividades cotidianas y, al confrontarlas con la realidad he visto que en algunas áreas de mi vida se rebasaron mis expectativas y, en otras, no se presentaron como las había planeado, pudiendo lo anterior ser un riesgo. Los eventos cayeron en cascada y me siento agobiado”.

PLAN DE ACCIÓN:

En primer lugar llevaría a cabo una *reestructuración cognitiva*, cambiando pensamientos tales como “Ya he cumplido y me merezco una dosis”, por un pensamiento “Ya he cumplido con mis obligaciones y me merezco ver una película y tomarme una Coca-cola”.

En segundo lugar realizaría ejercicios de *relajación*, incluyendo respiración profunda en cualquier momento del día, así como tensión y distensión muscular, todas las noches.

Por último, realizaría un ejercicio de *solución de problemas* para cada situación particular que se me está presentando en este momento y encontrar alternativas viables para arreglar el asunto.

2. SITUACIÓN DE RIESGO:

“Me preocupa que no pueda arreglar las diferencias, pugnas o desacuerdos con mi familia, acerca de cómo nos vamos a conducir de ahora en adelante, por ejemplo,

un probable divorcio, si mi hija se quedará a vivir en el país de origen de mi esposa, o si mi hijo quiere seguir estudiando a nivel profesional”.

PLAN DE ACCIÓN:

Necesito poner en práctica mis *habilidades de comunicación*, para no caer en confrontaciones con mi familia especialmente las técnicas de ofrecer entendimiento, asumir o compartir responsabilidad y ofrecer ayuda.

Por su parte, pensaría que las cosas tienen una temporalidad y que no viviré para siempre con ese problema si le pongo a tiempo una solución, por lo que nuevamente pondría en práctica la estrategia de *solución de problemas*.

También funcionaría el hacer *peticiones positivas* a mi esposa para que me apoye con ciertas labores y pendientes.

3. SITUACIÓN DE RIESGO:

“Después del internamiento, los compañeros con los que conviví están planeando reuniones entre ellos. Este evento muy fácilmente podría derivar en una situación de consumo, ya que se comenta que normalmente estas fiestas acaban en consumo de alcohol, drogas y sexo”.

PLAN DE ACCIÓN:

Definitivamente no asistiré a este tipo de reuniones y las cambiaría por otro tipo de convivencias en las que asistan familiares, amigos de la universidad o del trabajo, con quienes tenga la seguridad de que me van a ofrecer drogas.

Componente 10. Habilidades de Comunicación
Dos sesiones

Debido al adiestramiento en estas habilidades, el usuario pudo mejorar su comunicación con las personas con quienes convive logrando un mayor bienestar en sus relaciones interpersonales, acrecentando su repertorio conductual con elementos útiles para la prevención de un nuevo consumo.

Ante diversas situaciones en las que tuvo dificultades en la comunicación, el usuario aplicó las estrategias de la siguiente forma:

1. Habilidad de Comunicación Empleada:

Ofrecer entendimiento / Asumir responsabilidad / Ofrecer ayuda

Descripción de la situación:

Su hermana le reprochó que ya le había prestado mucho dinero y que ahora empezaba a necesitarlo. Empleando las habilidades de comunicación, el usuario señaló:

“Entiendo que estés molesta conmigo porque ya es mucho el dinero que te debo, sin embargo, me comprometo a pagarte a fin de mes, cuando reciba la primer quincena del empleo que acabo de conseguir, de tal manera que en cuatro meses te devuelva todo tu dinero”.

Su hermana aceptó las condiciones del pago.

2. Habilidad de comunicación empleada:

Expresar desacuerdo

Descripción de la situación:

Su esposa quiere llevarse a vivir a otro país a su hija y le comentó:

“Me parece que sería importante que platiemos tú y yo a cerca de qué tan conveniente es que cambie de residencia nuestra hija en esta etapa que vive de la adolescencia. Además, pienso que deberíamos de preguntarle a ella si quiere irse del país o qué planes tiene”.

Ambos estuvieron de acuerdo y hablarán al respecto el fin de semana.

3. Habilidad de comunicación empleada:

Iniciar Conversación

Descripción de la situación:

Asistió a la presentación de un libro y le llamó la atención una mujer quien también había ido sola. Se acercó a ella cuando les ofrecieron vino de honor y le preguntó qué le había parecido el evento, mostrándose cortés. Conversaron alrededor de 20 minutos e intercambiaron correos electrónicos.

LISTA DE COTEJO DE EVALUACIÓN DEL USUARIO

	No la Domina Insatisfactorio	En Proceso Necesita Mejorar	La Domina Satisfactorio
LENGUAJE CORPORAL			
Muestra tranquilidad.			✓
Actúa con seguridad.			✓
Mira directamente a los ojos de quien le está hablando.			✓
Su tono de voz es firme.			✓
Muestra una actitud relajada.			✓
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN			
Sabe escuchar	No la Domina Insatisfactorio	En Proceso Necesita Mejorar	La Domina Satisfactorio ✓
Inicia Conversaciones			✓
Comparte sentimientos positivos y negativos		✓	
Ofrece entendimiento			✓
Comparte o asume responsabilidad			✓
Ofrece Ayuda			✓
Da Reconocimiento			✓
Recibe Reconocimiento			✓
Solicita Ayuda			✓
Hace Críticas Positivas		✓	
Recibe Críticas		✓	
Expresa Desacuerdo		✓	

Su adecuado desempeño en el terreno laboral le permitió al usuario adquirir mayores responsabilidades, dentro de las cuales estaba irse comisionado a otros Estados del país para atender asuntos importantes de la corporación en la que participa. Esto llevó a la necesidad de establecer un mecanismo de comunicación transitorio que fue el correo electrónico por un periodo de 3 semanas. De esta manera se monitorearon posibles situaciones de riesgo y tentación de consumo, las cuales fueron prácticamente inexistentes.

Al regreso de su viaje, se trabajó con el usuario el siguiente componente:

Componente 11. Habilidades Sociales y Recreativas
Una sesión

Fue importante que el usuario incluyera en su repertorio conductual actividades que compitieran con el consumo y que apoyaran la abstinencia, es por ello que se le entrenó en Habilidades Sociales y Recreativas.

Abajo se presentan las actividades agradables para el usuario y no asociadas al consumo, así como las personas con quienes podría realizarlas y los lugares para llevarlas a cabo:

❖ **Personas no consumidoras con quienes podría realizar alguna actividad:**

1. Hijo
2. Hermana
3. Mamá
4. Amigo y actual Jefe
5. Compañera de trabajo

❖ **Lugares en los que podría realizar alguna actividad:**

1. Cafetería
2. Restaurante
3. Parque
4. Gimnasio
5. Teatro

❖ **Situaciones sociales en las que podría participar:**

1. Integrarse a un círculo de lectura
2. Entrar a un concurso de ajedrez
3. Participar en un seminario de actualización
4. Asistir a ensayos de música
5. Organizar comidas con familiares y amigos

❖ **Actividades agradables no relacionadas con el consumo**

1. Ir al cine
2. Tomar un café
3. Salir a correr
4. Asistir a un concierto de jazz
5. Salir de fin de semana a un sitio turístico

Asimismo, se determinaron qué actividades podrían ser permanentes y cuáles esporádicas con sus respectivos horarios para realizarlas:

REGISTRO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	HORARIO
Actividad Permanente	Salir a correr solo o con su hijo: <ul style="list-style-type: none">- 4 veces a la semana- Por las mañanas de 6:30 a 7:30
Actividad Permanente	Escribir poemas o relatos acerca de los últimos acontecimientos personales: <ul style="list-style-type: none">- Todos los días de la semana- Por las noches, antes de irse a dormir
Actividad Esporádica	<ul style="list-style-type: none">- Ir al cine una vez a la quincena- Tomar un café con amigos 1 ó 2 veces a la semana- Asistir a un concierto de jazz 1 vez al mes con su hijo o amigos- Jugar ajedrez con amigos 1 o 2 veces al mes

*Componente 12. Consejo Marital
Una sesión*

Aun cuando la pareja se encontraba distanciada, existían posibilidades de volver a vivir juntos, por lo tanto fue útil desarrollar el componente de Consejo Marital puesto que requerían habilidades para mejorar su comunicación, otorgarse mutuamente gratificantes y llegar a acuerdos.

El usuario consideró pertinente sugerirle a su pareja poner especial énfasis en los siguientes aspectos:

1. En el área de Responsabilidad del hogar, le gustaría que su pareja:

Continuara como hasta ahora pues su esposa siempre ha estado atenta en mantener ordenada la casa y supervisando que se hayan pagado las cuentas pendientes.

2. En el área de Crianza de los hijos, le gustaría que su pareja:

Permitiera que sus hijos le expresen con libertad acerca de sus necesidades e intereses, evitando imponerles modos de vida o formas de pensamiento. Además, que evite ridiculizarlo en frente de ellos pues afecta aún más su imagen.

3. En el área de Actividades sociales, le gustaría que su pareja:

Ambos pudieran convivir junto con sus hijos en algunas ocasiones a pesar de su inminente separación, por ejemplo, salir a comer juntos.

4. En el área de Manejo del dinero, le gustaría que su pareja:

Le diera un voto de confianza y administraran conjuntamente el dinero pues siempre ha demostrado manejar adecuadamente los ingresos de la empresa.

5. En el área de Hábitos personales, le gustaría que su pareja:

Se conservara arreglada mínimamente y cuidara un poco más sus hábitos alimenticios.

6. En el área de Independencia de su pareja, le gustaría que su pareja:

Cumpla con su necesidad de cambiarse de residencia y vivir en su país natal, pero sin obligar a ninguno de sus hijos para que se vayan con ella.

7. En el área de Sexualidad y afecto, le gustaría que su pareja:

Se mostrara más cariñosa, entendiendo que para él es muy importante obtener gratificación sexual. En caso de salvar el matrimonio, le propondría que acudieran con un terapeuta sexual para recibir orientación.

8. En el área de Vida emocional, le gustaría que su pareja:

Evitara ser tan explosiva con él. Le propondría que se sentaran a platicar tranquilamente acerca de lo que les enoja o les entristece uno del otro, sin necesidad de que acumule tanto resentimiento.

9. En el área de Comunicación, le gustaría que su pareja:

Encontraran juntos el mejor momento para discutir los problemas o dificultades para encontrar alternativas y llegar a acuerdos, en lugar de tomar decisiones unilaterales que afectan a toda la familia.

10. En el área de Satisfacción General, le gustaría que su pareja:

Uno y otro analizaran la posibilidad de separarse en caso de no poder llegar a consensar acuerdos.

Componente 13. Muestra de Abstinencia
Una sesión

Finalmente, se estableció el último periodo de no consumo, en el cual el usuario asumió un compromiso de 90 días más de abstinencia. Se hizo énfasis en los pensamientos no precipitadores y en las situaciones específicas que pudieran propiciar el consumo.

Periodo: Del 1° de junio de 2008 al 1° de septiembre de 2008

PENSAMIENTOS PRECIPITADORES

Recordar lo placentero del consumo de sustancias, sobre todo los fines de semana en la noche.

PENSAMIENTOS NO PRECIPITADORES

Evaluar las consecuencias del consumo contra los beneficios de actividades que producen placer.

- ❖ Evitar estar con: Mario López o César que son conocidos y están consumiendo de manera activa.
- ❖ Evitar estar en: Lugares donde podría encontrarme a estos conocidos o donde venden droga.

SITUACIONES ESPECÍFICAS:

- 1.- Encontrarme con conocidos que están consumiendo activamente.
- 2.- Quedarme solo en casa y propiciar alguna situación de riesgo.
- 3.- Paso por lugares donde conseguiría droga.

PLAN DE ACCION:

- 1.- Evitar todo tipo de contacto (físico, comunicación) para evitar que me inviten al consumo. En el caso de que sea inevitable encontrarnos, emplearé estrategias de rechazo de consumo.
- 2.- En el caso de estar solo, emplearé el tiempo en otras actividades como ver una película, llamar a un amigo (a) y salir a dar un paseo o tomar un café.
- 3.- Tratar de buscar rutas alternas de regreso a casa para no recordar lugares y personas donde conseguiría droga.