

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**REPORTE DE EXPERIENCIA  
PROFESIONAL EN ADICCIONES**

**Que para obtener el título de Maestra en  
Psicología**

**Presenta:**

**Ursula Gisela Hernández Barajas**

**Tutora**

**Mtra. Guillermina Natera Rey**

**Revisora**

**Dra. Lidia Barragán Torres**

**Dra. Silvia Morales Chainé  
Dra. Amada Ampudia Rueda  
Dr. César Carrascoza Venegas**

**Ciudad Universitaria, a octubre del 2011**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A mis seres queridos por estar ahí acompañándome en mi camino que aunque de repente sientes que no es la ruta, siempre te guían a tomar la mejor decisión pidiendo por ti.

A mi madre porque siempre está presente en mi vida y se preocupa por mí en cada momento, pide para mí cosas grandiosas y espera de mí grandes logros.

A mi padre que motiva mi independencia, dejándome tomar mis propias decisiones, evitando juzgarme, pero siempre siendo un apoyo en cualquier dificultad.

A mis hermanos que con su sentido del humor me alegran el día, aunque a veces no me encuentre en sintonía con ellos.

A mi novio que con su amor me impulsa a alcanzar mis metas personales, además de que siempre me incluye en su proyecto de vida.

A mi Tutora, la Mtra. Guillermina Natera, quien con sus comentarios acerca de mi trabajo me centró en lo que realmente quería retomar y me guío tanto en los contenidos, como en la coherencia de la tesis.

A mi revisora, la Dra. Lydia Barragán, que me ayudó a que el reporte de caso quedara entendible y claro, además funcionó como repaso y me enseñó la importancia del trabajo con usuarios crónicos de sustancias adictivas.

A la coordinadora del programa de maestría, la Dra. Silvia Morales, quien siempre estuvo ahí para disipar cualquier duda, y siempre sentí apoyo por parte de ella tanto en mi formación como maestra, como en mi titulación.

¡Gracias a todos por este gran logro!

## INDICE

Introducción.....	3
I. Panorama epidemiológico de las adicciones.....	6
1. Factores de riesgo y protección.....	10
2. Consecuencias del consumo de alcohol y/o drogas.....	14
3. Principios básicos de los Programas de Intervención cognitivo-conductuales para usuarios de alcohol y otras drogas.....	21
3.1. Teoría del Aprendizaje Social.....	22
3.2. Etapas de cambio.....	25
3.3. Entrevista Motivacional.....	26
4. Efectividad de los Programas de intervención para usuarios de alcohol y otras drogas.....	31
II. Características de los Programas de Intervención para usuarios de alcohol y otras drogas de la Maestría en Adicciones.....	36
1. Intervención Breve para Bebedores Problema.....	36
2. Programa de intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.....	39
3. Programa de Satisfactores Cotidianos.....	41
III. Modelo de Intervención para problemas de alcohol y/o drogas en la familia.....	47
1. Experiencia profesional en el Modelo de Intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia.....	50
IV. Experiencia profesional en el Programa de Satisfactores Cotidianos.....	63
V. Reporte de Caso.....	91
Referencias.....	124

## Introducción

El presente reporte se elaboró con la finalidad de obtener el grado de maestría en la Residencia de Adicciones de la Facultad de Psicología que se imparte en la Universidad Nacional Autónoma de México, se centrará en los aspectos más relevantes de aprendizaje que la constituyen.

En la primera parte se revisa la epidemiología a nivel nacional para dar un panorama de las tendencias en cuanto al consumo y crear conciencia en qué medida ha ido aumentando el consumo de alcohol y drogas, para su abordaje tanto a nivel preventivo como de tratamiento.

El mencionar los factores de riesgo y protección remite a un conocimiento de lo que puede ayudar a evitar consumir sustancias adictivas, así como lo que puede orillar al consumo, por lo que fortaleciendo los factores de protección se puede prever y evitar el uso y abuso de sustancias adictivas, así como también el conocer los factores de riesgo, conocer el cómo enfrentarlos sin consumo, puede contribuir a generar alternativas para su tratamiento si el individuo ya ha usado o es dependiente a las sustancias adictivas.

El consumo de alcohol y/o drogas trae consigo consecuencias en todas las áreas: familiar, laboral, económica, emocional y personal, entre otras. A nivel familiar puede existir un ambiente tenso dentro del núcleo familiar, falta de comunicación, los problemas dentro de la familia se pueden agravar, hasta el punto de existir el divorcio o también desencadenar violencia psicológica o muchas veces física.

En el terreno laboral, la persona llega a faltar con frecuencia al trabajo, asiste bajo el efecto de la sustancia, también hay pérdidas de empleo por evadir responsabilidades por preferir el consumo, esto obviamente impacta en el área económica. Además también hay robos que el usuario comete en su propia casa, utiliza el dinero para comprar la droga y deja de lado los gastos de la familia si se trata del jefe del hogar.

A nivel personal el usuario se puede sentir incapaz de alcanzar sus metas porque el consumo de sustancias obstaculiza o retrasa el lograr sus objetivos. En el área emocional puede ocurrir que a consecuencia del síndrome de abstinencia y la supresión de la ingesta de la droga, las emociones pueden ser muy inestables, aumenta la ansiedad, la depresión, la irritabilidad por mencionar algunas.

Por la gran variedad de consecuencias negativas generadas por el consumo de drogas, la sociedad se ve en la necesidad de atender dicha problemática, por lo cual las intervenciones cognitivo-conductuales centradas en generar cambios en el patrón de consumo eliminándolo, la modificación de la conducta y cambios en los pensamientos son alternativas viables para el tratamiento del personas usuarias de alcohol y/o drogas; por ésta razón al final de la primera parte se citan algunos ejemplos de dichas intervenciones.

En la segunda parte se describen las características de las intervenciones que forman parte de la capacitación en la maestría en adicciones, las cuales fueron: 1)La intervención breve para bebedores problema, 2) El programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras, 3)El Programa de Satisfactores Cotidianos.

Por otro lado y no por eso menos importante, se dice que la familia también vive de cerca las consecuencias negativas del consumo de los usuarios de sustancias adictivas, por esto, en la cuarta parte se expone el Modelo de Intervención para familiares de usuarios de alcohol y/o drogas, el cual es una alternativa viable y de las pocas que existen aparte de Al-Anon (Alcohólicos Anónimos) y el modelo sistémico que también aborda ésta problemática. Dicha intervención se centra en disminuir la tensión y los síntomas físicos y psicológicos, así como apoyar a los miembros de la familia a enfrentar dicha problemática.

En la tercera parte se presenta el “Modelo de Intervención para alcohol y/o drogas en la familia” y los resultados de la experiencia profesional en dicho programa, se aportan datos del Pre-Post de la intervención de 9 casos, en los cuales se midió estilos de enfrentamiento y síntomas físicos y psicológicos. Esta intervención fue basada en el modelo “Riesgos para la salud familiar relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas” (Natera, 1992).

En el apartado cuatro se presta atención a la experiencia profesional en el “Programa de Satisfactores Cotidianos”; y se expone en dos incisos, en el primero se reportan los casos a los que se les aplicó la evaluación, se hizo una descripción de la población de 25 usuarios, así como su patrón de consumo, su nivel de autoeficacia para resistirse al consumo, sus principales situaciones de riesgo, su nivel de depresión y ansiedad y su nivel de satisfacción en distintas áreas de vida, después en el segundo inciso se reportan los 4 casos a los que se les aplicó todo el tratamiento con su Pre-Post evaluación, para reportar el éxito del tratamiento y del psicoterapeuta.

En la quinta parte se describe y menciona el Reporte de Caso, dando a conocer un caso de “Programa de Satisfactores Cotidianos”, se trata de un usuario crónico de cocaína.

## I. Panorama epidemiológico de las adicciones

Para tener conocimiento epidemiológico en cuanto a prevalencia en consumo de sustancias adictivas se toma en consideración la Encuesta Nacional de Adicciones más actual, que es uno de los documentos más confiables en cuanto a la metodología que se emplea para recopilar la información. La información del presente documento se centra en sustancias de mayor frecuencia de consumo, como son: el alcohol, la marihuana y la cocaína.

En la Encuesta Nacional de Adicciones del 2008 se observa un aumento considerable, el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en este periodo. Las drogas ilegales (marihuana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6 a 5.2% . Por grupos de población, se observa que, el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008; mientras que el consumo en hombres solo incrementó de 8 a 8.8% (ENA, 2008, pag. 41).

Como se puede observar aumentó el consumo en población rural y urbana de drogas ilegales y médicas, así como también aumentó el consumo de drogas ilegales, aunque el consumo de los hombres es mayor, el crecimiento en el consumo de mujeres tubo un mayor aumento

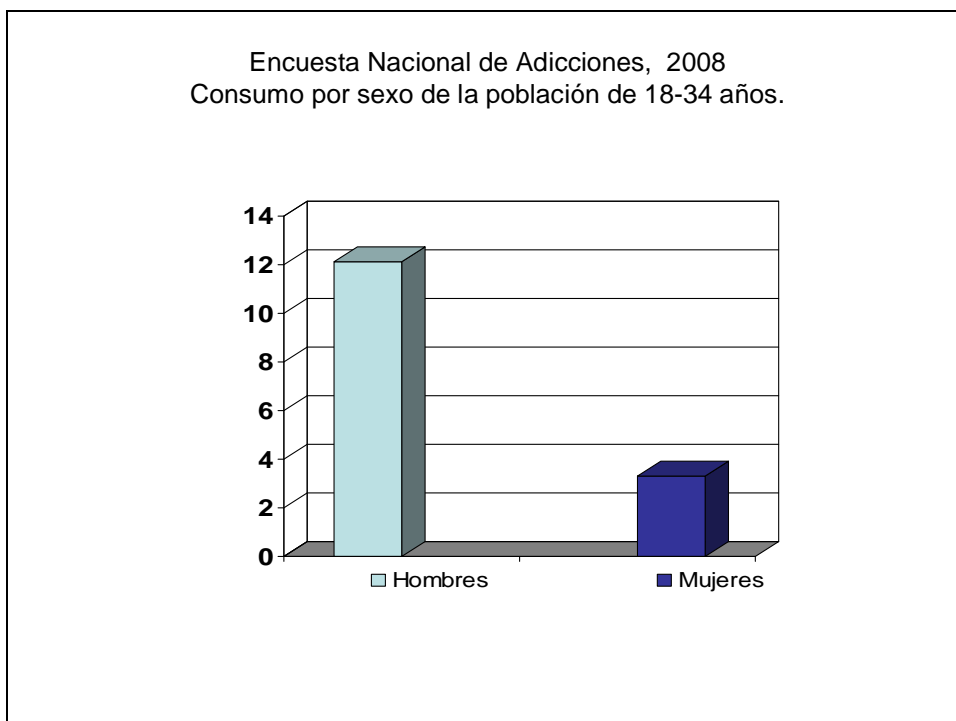
La marihuana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población. El consumo de la primera aumentó de 3.5 a 4.2 %, el aumento en el consumo de la cocaína fue mayor: de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008. Por otro lado ocurren incrementos importantes como en el caso del crack y las metanfetaminas, cuyo consumo aumentó 6 veces (ENA, 2008, pag 41).



Por grupos de edad, la mayor proporción se ubica entre la población de 18 a 34 años de ambos sexos: 12.1% para los hombres y 3.3% para las mujeres (ENA, 2008, pag. 46).

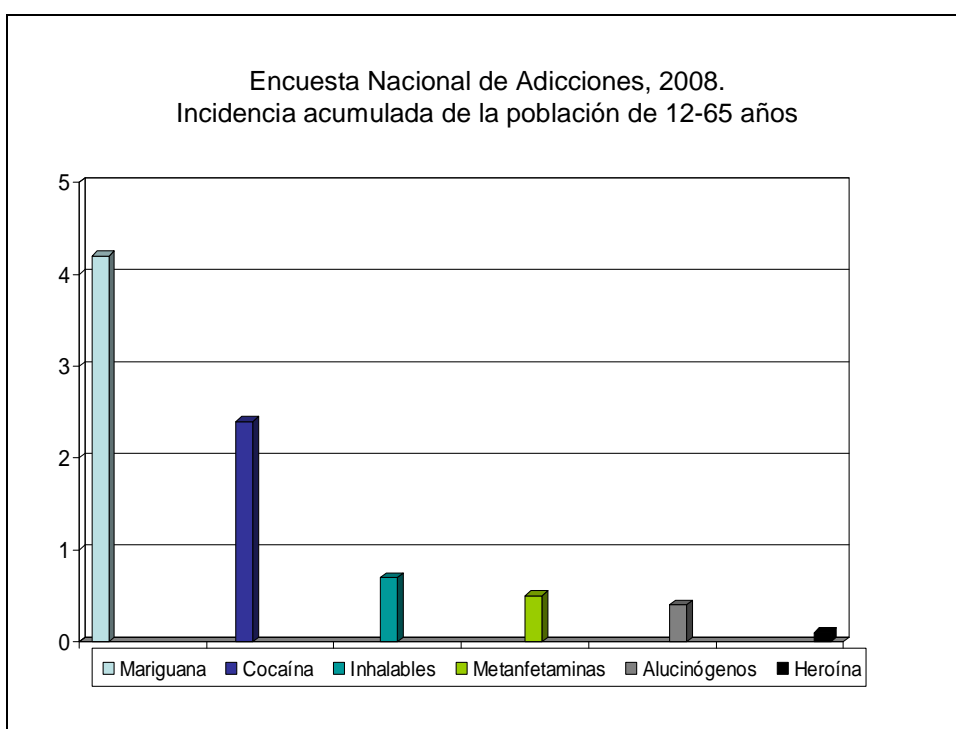
Cabe mencionar que las personas entre edades de 18 a 34 años son el rubro más productivo de nuestra sociedad lo cual es relevante y preocupante para la economía global.

Fig. 1. Encuesta Nacional de Adicciones, 2008. Muestra el consumo de los hombres (12.1%) y las mujeres (3.3%) de 18 a 34 años.



La marihuana es la droga de preferencia en la población de 12-65 años. Su incidencia acumulada alcanza 4.2%, seguida en orden por la cocaína con 2.4% (una cuarta parte de los usuarios de cocaína consumen crack). En tercer lugar, se sitúan los inhalables (0.7%), seguidos muy de cerca por la metanfetaminas (0.5%), los alucinógenos (0.4%) y la heroína (0.1%) (ENA, 2008, pag. 47).

Fig. 2. Encuesta Nacional de Adicciones, 2008. Muestra la incidencia acumulada de la población de 12 a 65 años.



Con respecto al consumo de alcohol, la población mexicana no bebe diario o casi diario: 8 de cada 1000 personas informaron consumir todos los días, la cerveza es la bebida preferida. El patrón de consumo típico es de grandes cantidades por ocasión de consumo. En total, 27 millones de mexicanos aproximadamente, entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario (ENA, 2008, pag. 62).

Por lo que se puede observar el consumo de alcohol del mexicano es poco frecuente, pero en grandes cantidades, lo cual es preocupante porque puede existir mayor riesgo de accidentes o sobredosis, por lo que son de gran utilidad los tratamientos y programas de intervención destinados a reducir el riesgo del consumo.

El consumo consuetudinario es más frecuente entre los hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Sin embargo esta manera de beber, está aumentando especialmente en adolescentes. Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años (ENA, 2008, pag. 62).

La proporción de la población que presenta abuso/dependencia al alcohol es muy elevada. Poco más de cuatro millones de mexicanos cumple con estos criterios, esta forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas en la familia, problemas con la policía, arrestos por ser detenidos bajo los efectos del alcohol, problemas laborales, pérdida de empleo o posibilidad de perderlo (ENA, 2008, pag. 63).

Por esta situación de gravedad, como lo es el consumo de la población que presenta ya sea abuso o dependencia, se crean también tratamientos enfocados a mantener la abstinencia y disminuir los problemas asociados.

El conocimiento de las tendencias de consumo de alcohol y otras drogas puede funcionar como guía para la prevención y el tratamiento y saber hacia donde deben ir dirigidos los programas implementados para este objetivo. Sin embargo, para tener bien claro la planeación para llevarlo a cabo se debe explorar qué factores están inmiscuidos en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias adictivas, por lo que en el siguiente apartado se profundizará al respecto.

## **1. Factores de riesgo y protección**

El conocer los factores de riesgo y protección en cuanto al consumo de sustancias adictivas es de suma importancia porque se tienen indicadores de lo que puede ayudar a evitar caer en el uso y/o abuso de alcohol y drogas o lo que pudiera incrementar la probabilidad de que ocurriera una conducta de riesgo de éste tipo, sin embargo, éstos no son determinantes de la conducta de consumo.

A modo de definición y para evitar confusiones entre estos dos tipos de factores: “Los factores que se asocian con mayor potencial con el abuso de drogas son llamados factores de riesgo, mientras que aquellos asociados con reducir el potencial del abuso son llamados factores protectores” (Medina-Mora y Rojas, 2003).

Los estudios realizados durante los últimos años han tratado de determinar cómo inicia, y avanza el abuso de drogas, aunque se sabe que no existe una sola causa. La conducta asociada al consumo obedece a múltiples factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de que una persona abuse de las drogas. Los factores de riesgo son aquellos agentes sociales o individuales que están presentes y que pueden incrementar las posibilidades de que se dé un proceso adictivo; mientras que los factores de protección pueden, reducir, o bien eliminar este riesgo.

Se intenta considerar tanto el ambiente individual como el familiar, los compañeros, la escuela y la comunidad al momento de detectar estos factores y establecer programas de prevención. Por esto una meta importante de la prevención es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección, de manera que haya más factores de protección que situaciones de riesgo.

Los factores protectores median o moderan los efectos de la exposición al riesgo. Se postula la hipótesis de que la exposición al riesgo afecta la vulnerabilidad del

individuo, mientras que la presencia de factores de protección aumenta su resistencia. Existen dos hipótesis sobre los mecanismos de acción del factor de protección: a) mecanismo riesgo/protector, en el que se supone que la exposición a un factor de riesgo está mediada por la presencia de un factor protector y b) mecanismo protector/protector, el que supone que un factor protector potencia otro fortaleciendo sus efectos (Medina-Mora, Mariño, Berezan, Juárez & Carreño, año) (Jessor, 1993; National Institute of Drug Abuse (NIDA) 1999).

Así se observa que cada persona posee ambos factores y que la decisión de iniciar o mantener el consumo es multifactorial, existen personas con factores de protección “fuertes” pero llegan al consumo por curiosidad o para pasar un buen rato, además de que la sustancia está disponible. Por otro lado existen personas que viven situaciones desfavorables y múltiples factores de riesgo, sin embargo no llegan a consumir. A éstas herramientas de tipo personal se les llama resiliencia.

Por otro lado, se revisaron algunos estudios, por ejemplo, en México se ha documentado la existencia de una relación entre consumo y factores sociodemográficos como la clase social o el lugar de residencia aunque la atención se centra en variables como: bajo apego a la comunidad, movilidad demográfica, actividades antisociales, entre otras (Castro, 2001). Otros estudios han mostrado que una mayor permisividad y tolerancia social del consumo, así como una mayor accesibilidad de las sustancias se relacionan con mayores tasas de uso (Medina-Mora et al., 1995).

Puede señalarse la asociación existente con la prevalencia de relaciones tensas y conflictivas en el medio familiar o de violencia intrafamiliar; con prácticas de parentalidad y de manejo familiar pobres o inconsistentes, o con un insuficiente monitoreo o supervisión parental. Asimismo, se ha identificado un débil apoyo familiar y la falta de reconocimiento de los hijos, con un bajo o inconsistente reforzamiento, así como la falta de contacto afectivo y de confianza entre padres e hijos, o bien, por el contrario, sobreinvolucramiento y sobreprotección. Deben

indicarse, factores como patrones de comunicación poco fluidos, divorcio o separación de los padres, ruptura del grupo familiar, límites rígidos o poco claros, (Castro, 2001, Díaz et al., 2007).

Por otro lado se ha encontrado que los siguientes factores familiares están asociados al consumo de alcohol y drogas: por un lado la presencia del padre es de suma importancia y funge como factor protector ante el consumo, la percepción de características positivas afectivas de los padres protege a los adolescentes de tener conductas problemáticas como lo es el consumo de sustancias. También se indica la importancia que tiene la convivencia familiar, un clima familiar agradable y una comunicación fluida y cálida como factor de protección ante las conductas de riesgo (Rivera, Villatoro, Fleiz, Medina-Mora & Jiménez, 1995).

El consumo de alcohol y drogas en los adolescentes puede deberse a múltiples factores que pueden incrementar la probabilidad de que se presente el inicio, abuso y mantenimiento del consumo de alcohol y drogas. Por lo que la familia funge como factor de riesgo y/o de protección de conductas problemáticas, como lo es el consumo de sustancias adictivas.

Asimismo en el consumo del usuario los factores familiares de riesgo incrementan la probabilidad del inicio del consumo y abuso de sustancias, mientras que los factores protectores decrementan la ocurrencia de dicha conducta de riesgo. Por lo cual la familia puede fungir como factor de riesgo y/o de protección, sin embargo se insiste en que el desencadenamiento de la conducta de consumo es multifactorial; es decir, que la familia es uno de los tantos factores que influyen en la ocurrencia del consumo de alcohol y otras drogas, sin embargo no determina que esto suceda.

En cuanto a factores escolares, el consumo se vincula con el fracaso o abandono de la escuela, con un bajo rendimiento académico, ausentismo y, en general, con

una baja implicación en las actividades académicas o extra-académicas (Medina-Mora et al., 2003).

Con lo referente a factores interpersonales se encuentra a las relaciones con el grupo de iguales, en la cual se menciona en particular a la vinculación con pares usuarios de drogas y con actitudes o conductas antisociales (Castro, 2001).

Como variables de tipo cognitivo o actitudinal, se encuentran la baja percepción de riesgo (Villatoro et al.,2004), desconocimiento de los riesgos y consecuencias del consumo, actitudes, creencias y expectativas positivas respecto al propio consumo, bajo control ante situaciones de riesgo. En cuanto a trastornos afectivos, el consumo de drogas en la adolescencia se vincula con la exposición a situaciones o eventos traumáticos en la primer infancia o más recientes, o con experimentación de pérdidas cercanas (Castro, 2001). Igualmente pasa esto, con la prevalencia de estados de ánimo negativos, con una inadecuada expresión de afectos, con síntomas de ansiedad (Córdova, Rodríguez y Díaz, 2007).

Tener presentes estos factores en el abordaje del consumo de alcohol y/o drogas brinda una dimensión preventiva y de promoción de la salud. Así los programas de prevención deben fomentar el desarrollo cognitivo, afectivo, social y conductual de los individuos, con el fin de generar un mejor estilo de vida y comportamientos más adaptativos y que sean capaces de enfrentar situaciones de riesgo o adversas que se les presenten en el camino.

Una vez cumpliendo con la dimensión preventiva conociendo los factores de riesgo y protección, también es de suma importancia conocer qué sucede después de un consumo, es decir, las consecuencias en todos los niveles, como son: a nivel personal, familiar, social y hasta a nivel físico una vez iniciando el consumo, o teniendo un abuso de sustancias adictivas, así se tienen advertencias de lo que podría ocurrir y también intentar mejorar el estilo de vida de la persona ya con problemas de consumo en varias áreas de su vida.

## **2. Consecuencias del consumo de alcohol y/o drogas**

El abuso y dependencia de alcohol y de drogas tiene un verdadero impacto sobre la salud pública, además de ser un gasto económico para la familia y la sociedad, trae consigo consecuencias en distintos niveles: a nivel personal se presentan problemas de salud, trastornos emocionales, existe un deterioro en el desempeño escolar o en el trabajo, según sea el caso, a nivel interpersonal, se puede generar desintegración de la familia, pérdida de la confianza, violencia doméstica, abuso infantil, entre otros delitos como el robo a su propia casa.

Las consecuencias negativas se presentan en cualquier momento del proceso de adicción siendo más frecuentes en el abuso y dependencia de las sustancias adictivas. Dichas consecuencias en cada grupo de usuarios, depende también del nivel de dependencia al alcohol o drogas, según sea el caso, por lo cual los trastornos afectivos y de tipo psiquiátrico se presentan mayormente en usuarios crónicos.

A continuación se presentan algunas consecuencias que se generan por el consumo de sustancias adictivas, se expone el impacto del abuso de alcohol y/o drogas de los padres en los niños y en los adolescentes, los efectos en la personalidad de los hijos por el consumo de los padres, la asociación del consumo de los padres y el consumo de los adolescentes, la transmisión de la dependencia a las sustancias adictivas y los trastornos psiquiátricos, las repercusiones en las mujeres en convivencia con usuarios de alcohol y/o drogas, las consecuencias en esposas de usuarios de alcohol, los efectos del uso de alcohol en el matrimonio, y las consecuencias en los miembros de la familia por vivir de cerca con un usuario de alcohol y/o drogas.



El impacto del abuso de alcohol y/o drogas de los padres en los niños y adolescentes se resumen en altos niveles de violencia, negligencia y abuso ya sea físico, verbal o sexual, inconsistencia de uno o dos padres, los niños y adolescentes comienzan a adoptar responsabilidades y roles parentales a temprana edad, sentimientos de vergüenza, culpa, miedo. Así como también los daños en el desarrollo neuronal durante el embarazo, un ejemplo es el síndrome alcohólico fetal. Existen también problemas emocionales y conductuales en los hijos de padres usuarios de sustancias adictivas como conducta antisocial, aislamiento, depresión, ansiedad, o fuertes relaciones con pares involucrados en abuso de alcohol y/o drogas en la niñez y en la adolescencia (Velleman y Templeton, 2007).

Se puede observar como el consumo de alcohol y drogas tiene un impacto en la conducta, en las emociones y sentimientos tanto del usuario de sustancias como en el familiar de la persona usuaria.

Se sugiere la asociación entre el consumo de alcohol y/o drogas de los padres y la personalidad de los hijos en otra investigación en la cual se encontró que en hombres y mujeres la historia parental del consumo estaba asociada con mayores emociones negativas, agresión, stress, menor bienestar. (Elkins, Mcgue, Malone y Iacono, 2004).

Lo anterior es alarmante porque si los hijos de padres usuarios de sustancias presentan este tipo de personalidad con estas características puede ser más probable que utilicen alcohol o drogas para aminorar estas emociones negativas, stress y buscar su bienestar, esta relación se observa en los estudios citados posteriormente.

En éste sentido en otra investigación en donde se buscó la relación del consumo de los padres con el consumo del adolescente se encontró que el uso materno y paterno del alcohol se asocia positivamente con el uso de alcohol de los adolescentes (Latendresse, Rose, Viken, Pulkkinen, Kaprio y Dick, 2008). Otro estudio longitudinal en donde se quería corroborar la transmisión de dependencia al alcohol en familias de alcohólicos se encontró que los hijos de padres alcohólicos tenían riesgo de presentar trastorno psiquiátricos como el trastorno depresivo mayor y desórdenes de la conducta en la adolescencia, además de dependencia al alcohol (Hill, Shen, Lowers, Locke-Wellman, Mathews y McDermott, 2008).

Se ha encontrado la relación entre impulsividad entre búsqueda de sensaciones y el consumo de los padres como predictor del consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes (Schepis, Desai, Smith, Cavallo, Liss, Mcfetridge, Potenza y Krishnan-Sarin, 2008).

Por otro lado se quería evaluar el riesgo para el uso excesivo de alcohol en personas con historia familiar de consumo de alcohol, se encontró que en el caso de los hombres el riesgo de desarrollar síndrome de dependencia es mayor si los padres presentaban historias de consumo. En las mujeres solo se daba la relación si sus madres eran usuarias de alcohol, lo cual trae consigo una controversia en cuanto al género (Natera, Borges, Medina-Mora, Solís y Tiburcio, 2000).

Se ha encontrado la relación de historia de consumo en la familia y ansiedad, con problemas con el alcohol y expectativas positivas que moderan la asociación, se encontró la relación en el grupo donde en la familia existía el consumo y la ansiedad en donde la expectativa era la reducción de la ansiedad (Morean, Corbin, Sinha y Malley, 2008).

En cuanto a las consecuencias del consumo del alcohol de algún familiar en las mujeres, se puede observar que probablemente sea el género más afectado.

En un estudio colombiano en donde el objetivo era conocer la percepción de la vida de las mujeres que conviven con usuarios de bebidas alcohólicas mediante una entrevista estructurada y la observación, los datos reportan que las mujeres se preocupan por el ejemplo que sus padres usuarios de alcohol les den a sus hijos, hay sentimientos de impotencia, frustración, tristeza, las mujeres toleran la convivencia con los usuarios por factores económicos, de nueva cuenta se habla de una asociación del consumo de alcohol con las conductas violentas, existen también violencia psicológica como insultos, ataques verbales o actos que provocan miedo, el usuario tiene comportamientos de faltas de respeto, de celos, dominación, se gastan el dinero en bebidas dejando de la lado la necesidades de la familia, estas situaciones ocasionan sufrimiento, sin embargo los valores culturales y sociales hacen que las esposas se queden con los usuarios de alcohol soportando este estilo de vida (Tobo y Fontao, 2005).

En un estudio se denota que las mujeres casadas con personas que abusan del alcohol presentan mayores niveles de depresión comparado con mujeres que se casan con personas que no presentan consumo (Homish, Leonard y Kearns-Bodkin, 2007). Con la misma perspectiva en otra investigación se ve la misma asociación y agrega que las mujeres con historias de consumo de padres eran más proclives a elegir un usuario de alcohol como pareja, y que el conflicto familiar por el consumo de su pareja incrementa los síntomas de depresión (Nolen-Hoeksema, Wong, Fitzgerald y Zucker, 2006).

Además también se han hecho investigaciones para mostrar el impacto en el matrimonio, por lo cual se deduce que si alguno de los conyugues consumo alcohol o drogas puede aminorar la satisfacción dentro de la pareja y llegar a la separación, incluso al divorcio, como se afirma en las siguientes investigaciones.

El uso de alcohol en el matrimonio se asocia con insatisfacción, patrones negativos de interacción marital, la estabilidad en la pareja, y niveles altos de violencia (Marshall, 2003) (Leonard y Eiden, 2007).

Con respecto a los familiares existen una serie de consecuencias negativas a causa del consumo de alcohol de los usuarios. Algunas de ellas son las manifestaciones de estrés como: desequilibrio y cambios en la dinámica familiar, se pueden manifestar cambios repentinos de ánimo, sentimientos de enojo, aislamiento, actitudes retraídas, depresión, abatimiento, desesperación, reacciones explosivas, violencia, golpes, actitudes de indiferencia, sentimientos de desconfianza, preocupación e incertidumbre sobre el futuro por parte de los familiares (Mora, Natera, Oxford & Tiburcio, 1992). Los sentimientos de los miembros de la familia hacia el usuario más comunes son: resentimiento, enojo, lástima, coraje, menosprecio, odio, reproche, crítica, etc. (Mora, Natera, Oxford & Tiburcio, 1992).

Estas manifestaciones de tensión como son sentimientos, emociones y conductas de la familia se justifican por convivir continuamente con un usuario de alcohol y/o drogas, quien además de tener sus propias consecuencias a nivel personal, genera una serie de problemas a nivel familiar.

Los miembros de la familia se encuentran muy afectados en diversas áreas como la atmósfera, la comunicación, a nivel económico hay irregularidades financieras como robos por parte del usuario, se gasta el dinero en alcohol, no contribuye con los gastos. La vida social también se ve afectada porque se siente incertidumbre ante la conducta del usuario, entonces la familia se aísla y se avergüenza de él. Otros miembros de la comunidad como los vecinos, la policía y otras autoridades se encuentran involucrados, esto hace difícil que los familiares busquen apoyo (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, et al. 1998)(Orford, Natera, Copello, Atkinson et al, 2005).

Velleman (1993) agrega otros problemas experimentados por familias que viven con un bebedor que incluyen efectos adversos en los rituales y rutinas de la familia, la alteración de roles para acomodar la poca o nula participación del bebedor entre otras ya mencionadas.

Por otro lado, en un estudio con padres de usuarios de alcohol y/o drogas en donde se exploró la participación del padre ante el consumo de los hijos, se hizo evidente que existe una mayor preocupación acerca del consumo de drogas en vez del alcohol porque se menciona que se posee información distorsionada y deficiente sobre los efectos de las drogas y el alcohol, por la asociación del consumo de drogas y los delitos, así como la aceptación del consumo de alcohol, a pesar de sus consecuencias(Natera, Mora & Tiburcio, 2003).

Ante el consumo de sus hijos los padres: se enojan, se exaltan e incluso hay violencia física. Cabe mencionar que los padres manifestaron reacciones muy semejantes a las de las madres cuando reconocieron el consumo de su hijo, como frustración, tristeza, impotencia, llanto, culpa y miedo, por lo que culturalmente se esperaba lo contrario (Natera, Mora & Tiburcio, 2003) (Hernández, 2006).

Como se puede observar el consumo de alcohol tiene repercusiones relevantes en los miembros de la familia, visto como problema no sólo de quien consume sino de toda la familia, quien actúa, piensa y siente ante esta situación, teniendo efectos negativos tanto en la salud física y psicológica de cada individuo, así como en otras áreas de vida.

En resumen y tomando en consideración lo anterior, el abuso de sustancias adictivas es un problema de salud pública, debido a la gravedad de sus

consecuencias: accidentes automovilísticos mortales, urgencias traumáticas, enfermedades físicas severas: cirrosis hepática, alteraciones cardiovasculares, problemas cerebrovasculares, pancreatitis, pérdidas en diferentes áreas del funcionamiento de vida cotidiana: social, psicológica, legal, personal, familiar, económica y laboral; depresión, ansiedad, alteraciones en el sueño, pérdida de redes de apoyo, suicidio, violencia, homicidios, divorcio, pérdida de empleo, hospitalizaciones, encarcelamientos, etc (Barragán, 2005).

En conclusión, todas las drogas presentan consecuencias adversas, más que positivas, cuando la dependencia aumenta, disminuyen las ventajas del consumo, el placer se convierte en dolor, tanto emocional, como físico principalmente.

Asímismo para disminuir estas consecuencias en distintas áreas de la vida del usuario e intentar su reintegración a la sociedad y lograr satisfacción en su vida cotidiana, es necesario implementar programas de intervención para lograr estas metas. Los programas de intervención cognitivo-conductuales son una herramienta viable para lograrlo.

### **3. Principios básicos de los Programas de intervención cognitivo-conductuales para usuarios de alcohol y/o drogas**

Los programas de intervención cognitivo-conductuales para usuarios de sustancias adictivas se basan en el cambio de pensamientos y conductas, teniendo como meta la abstinencia en algunos de ellos, utilizando como base algunos supuestos de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, el modelo propuesto por Prochaska y Diclemente de las Etapas de Cambio, el Condicionamiento Clásico y Operante, y teniendo cómo herramienta básica la Entrevista Motivacional por Miller.

El modelo cognitivo-conductual asume que los procesos cognoscitivos desadaptados tales como percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, creencias e imágenes se relacionan con conductas desadaptadas, por lo que la alteración de las cogniciones puede lograr modificaciones en la conducta(Kazdin,1984).

Esta aproximación sugiere que las personas con problemas de adaptación presentan déficits en varios aspectos cognoscitivos que subyacen a la conducta social como (Spivack, Platt y Shurre, 1976): 1) Pensamiento de solución alternativa, 2) pensamiento medios-fin, 3) pensamiento de consecuencias, 4) pensamiento causal, 5) sensibilidad hacia problemas interpersonales.

La terapia cognitiva conductual es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca la reestructuración cognitiva, métodos conductuales y emocionales asociados mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis es que los patrones de pensamiento, tienen efectos adversos sobre la emociones y la conducta, y que su reestructuración, puede mejorar el estado del usuario.

El modelo cognitivo-conductual para la terapia por abuso de sustancias es una extensión de los conceptos básicos de la teoría del aprendizaje social. Incorpora aspectos del condicionamiento clásico y operante pero también incluye procesos cognitivos (Collins, 1990).

### **3.1. Teoría del Aprendizaje Social**

Uno de los autores que representan mayormente a la Teoría del aprendizaje social fue Bandura, quien definió algunos conceptos de suma importancia para esta teoría. Consideró el término de determinismo recíproco, en el cual el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos interactúan entre sí. Los procesos psicológicos a los que se refiere son la capacidad para memorizar imágenes en nuestra mente y el lenguaje.

Su estudio más famoso fue los estudios del muñeco bobo, el cual consistió en pasar a unos niños un video en el cual le pegaban al muñeco bobo, por consecuencia al entrar a un cuarto de juegos los niños pateaban a un muñeco que veían ahí. Lo cual contrapone la idea de que sólo el refuerzo aumenta la probabilidad que ocurra una conducta. Así Bandura llamó al fenómeno aprendizaje por observación o modelado.

A partir de este concepto Bandura estableció ciertos pasos en el proceso de modelado.

1. Atención: Si vas a aprender algo, necesitas estar prestando atención. Si estás distraído por algún otro estímulo o si presentas un freno en la atención como por ejemplo estar adormilado, aprenderás menos.
2. Retención: Debemos ser capaces de recordar. Es donde la imaginación y el lenguaje juegan un papel importante. Así con esta información archivada podemos reproducir lo que se observó.



3. Reproducción: Debemos traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Para poder reproducir una conducta dependiendo de su complejidad, se debe poner en práctica.
4. Motivación: Para realizar una conducta la persona debe estar motivada a realizarla.

Otro de los conceptos que introduce Bandura y que en la actualidad sentó las bases para algunas técnicas terapéuticas de modificación de conducta es la autorregulación, ésta consiste en controlar nuestro propio comportamiento. Para esto, Bandura sugiere 3 pasos:

1. Auto-observación: Observación del comportamiento de nosotros mismos, un ejemplo es el autorregistro, en el cual registramos la conducta observable y qué sucedió antes y después de la misma.
2. Juicio: Es la comparación de lo que vemos con un estándar. Por ejemplo, lo que se hacía en la maestría cuando se hacían juegos de roles se comparaba el desempeño del terapeuta experto con el que estaba aprendiendo apenas las técnicas y el manejo terapéutico.
3. Auto-respuesta: Si la conducta sale bien en comparación con el estándar, se dan respuestas de recompensa ya sea de uno mismo o de los demás. Si no sale bien se emiten respuestas de castigo.

La teoría del Aprendizaje Social busca explicar la manera en que los individuos adquieren y mantienen una conducta y para ello incorpora elementos clave como: la importancia de la experiencia que una persona adquiere durante su desarrollo, así como la vulnerabilidad biológica, la importancia de los antecedentes ambientales inmediatos y las consecuencias de la conducta, y los procesos cognoscitivos cuya ausencia o presencia puede explicar, e incluso, conociéndolos, prevenir algunas conductas de consumo problemático.

Para el tratamiento del consumo ya sea de alcohol y/o drogas, de acuerdo a la terapia cognitivo conductual y la Teoría del aprendizaje social las conductas adictivas son conductas maladaptativas, ocurren en un continuo de uso, llamado proceso de adicción tomando en cuenta la cantidad y frecuencia de ocurrencia. Los determinantes de las conductas adictivas son factores situacionales y ambientales, creencias y expectativas, la historia familiar de la persona. Así como son importantes los determinantes de la conducta, también cobran importancia las consecuencias positivas y negativas. En algunos casos las conductas adictivas son manifestadas bajo condiciones estresantes, en esa medida representan conductas de afrontamiento inadecuadas (Carrascoza, 2007).

El individuo es un agente activo en el proceso de aprendizaje, por tanto, si una persona abusa de alguna sustancia adictiva puede aprender, mediante mecanismos de autorregulación, a modificar su consumo y a hacer uso no problemático de esta sustancia.

El componente fundamental que guía la modificación de estos hábitos es la autorregulación, que consiste en un proceso a través del cual el individuo se convierte en un agente principal para dirigir y regular su cambio, a fin de lograr un resultado positivo. La autorregulación busca facilitar el cambio alentando a las personas a identificar sus razones para cambiar. Durante el proceso se aprende a analizar la conducta del consumo, identificar los antecedentes y las consecuencias de las situaciones de consumo y se emplean estrategias específicas para manejar situaciones de alto riesgo, así como estrategias globales, es decir, estrategias de enfrentamiento para modificar estilos de vida riesgosos o dañinos.

La adquisición de nuevas habilidades y estrategias cognitivas en un programa de autoayuda pueden resultar en cambios en la conducta adictiva a nuevas conductas más adaptativas (Carrascoza, 2007).

Una característica importante de la aproximación cognitivo-conductual consiste en el empleo de estrategias de intervención breve, ampliamente recomendadas por la OMS para la reducción de daño. El contenido y el tiempo de duración de las terapias varía dependiendo del problema, la severidad y el resultado deseado (Carrascoza, 2007).

Antes de iniciar un cambio se debe observar el compromiso de la persona para el cambio. En estos modelos, la motivación no es una característica del usuario, sino algo que se desarrolla y se actúa.

Un modelo muy útil para identificar el proceso de cambio fue desarrollado por Prochaska y Diclemente, quienes al estudiar cómo ocurren los cambios en las personas, observaron que el cambio pocas veces es un evento repentino, ya que involucra una serie de etapas que se describen a continuación.

### **3.2. Etapas de cambio**

Otra característica de este tipo de modelos es que toman en consideración las etapas de cambio del usuario, modelo propuesto por Prochaska y Diclemente (1984,1986) que consiste en cinco etapas: Precontemplación, contemplación, preparación acción y mantenimiento.

El modelo de Prochaska y Diclemente explica cómo la motivación cambia a lo largo del tiempo y es importante para evaluar qué tan dispuestos están los usuarios a cambiar y dejar el consumo de alcohol y/o drogas.

A continuación se presentan las cinco etapas del modelo transicional de cambio:

**Precontemplación:** En esta etapa el usuario no se ha dado cuenta de que existe un problema, no se ha hecho conciente de ello. Por ésta cuestión el usuario no está motivado a buscar ayuda. Esto sucede a veces con los usuarios

adolescentes quienes van acompañados por sus padres, quienes sí quieren que cambien, pero ellos perciben que todo está bien.

Contemplación: En esta etapa ya se tiene conciencia del daño, la persona empieza a pensar en el cambio, pero todavía no presente acciones concretas.

Determinación: El usuario se siente motivado a buscar ayuda, se planifican el futuro. Aún así no se está dispuesto a invertir mucha energía en los cambios.

Acción: En esta etapa el usuario está listo para hacer cambios, la persona no quiere seguir viviendo en su actual situación. Por lo general ya ha tenido pérdidas en varias áreas de su vida, y además presenta una dependencia alta a la sustancia, por lo regular se trata de usuarios crónicos que presentan consecuencia graves.

Mantenimiento y recaída: Una vez realizados cambios hay que mantenerse en ese estado, para que se hagan permanentes y se note la diferencia. En esta etapa se previene el usuario para no tener recaídas, por lo que el exceso de confianza puede ser un arma de dos filos, generalmente es más frecuente que por eso haya una recaída. Los usuarios tienen una tendencia natural a la recaída, debido a su aprendizaje. Así las recaídas son parte de un proceso de aprendizaje, y la adicción se comporta en este sentido como otra enfermedad crónica.

Este modelo transteórico del cambio hace destacar que la motivación no es estática, sino más bien un recurso dinámico, que puede incrementarse a medida que la persona toma conciencia de su problema, de ahí la importancia de la psicoterapia que busca incrementar la motivación al cambio, para esto se conoce la Entrevista motivacional de Miller, la cual se describe a continuación.

### 3.3. Entrevista Motivacional

Se basan también en la entrevista motivacional, por Miller (1991) en la que se pretende mover al individuo de una etapa a otra para cambiar su consumo, se trabaja con la ambivalencia, la resistencia evitando confrontar al usuario, promoviendo la autoeficacia, expresando empatía, además de estrategias útiles como: formular preguntas abiertas, escucha reflexiva, hacer resúmenes, afirmar y apoyar las fortalezas del usuario.

Es una forma concreta para ayudar a las personas a que reconozcan y se preocupen de un problema concreto. Se profundiza en los motivos por los que se mantiene un hábito maladaptativo y por los que habría de dejarlo. Las estrategias utilizadas son más persuasivas y de apoyo que coercitivas o de discusión.

A continuación se presentan algunos principios de la entrevista motivacional:

- **Expresar empatía:** Es un principio de aceptación; se acepta al usuario tal y como es y así se encuentra más libre de decidir cambiar. No implica ponerse en los zapatos de la otra persona, sino que evita juzgar al usuario. Ofrecer una atención empática sin emitir juicios ni dar soluciones prematuras que favorezcan la expresión del usuario como: 1. repetir, que trata de simplemente volver a mencionar lo que ha dicho el usuario. 2. rephrasear, se sustituye algunas palabras por sinónimos y se altera ligeramente lo que se ha dicho, 3. parafrasear, aquí se infiere el significado de lo que se ha dicho y se refleja con nuevas palabras y 4. señalar un sentimiento, que se trata de hacer énfasis en el aspecto emocional mediante frases que muestren sentimientos.

- Crear discrepancia: Hay que conseguir enfrentar al usuario con una realidad poco placentera en la que se encuentra, y crear disonancia cognitiva entre lo que es y lo que podría ser.
- Evitar la discusión: Si se cae en la discusión aparecen conductas defensivas, aparecen resistencias.
- Dar un giro a las resistencias: Se trata de esperar a que el usuario venza las resistencias y encontrar sus propias soluciones, si se rebaten las resistencias se puede provocar discusiones innecesarias.
- Fomentar la autoeficacia: Se trata de transmitir que el usuario puede hacer un cambio y que confiamos en él, y que el vaya adquiriendo confianza en el mismo.
- Preguntas abiertas: Es recomendable empezar la entrevista con preguntas abiertas, que no puedan ser contestadas con uno o dos palabras y que animen al usuario a explicarse su problema.
- Escucha reflexiva: El terapeuta no se limita a escuchar lo que dice el usuario, sino que se responde a lo que el usuario va diciendo y lo refleja. Así el terapeuta decide a que cosas de lo que dice el usuario poner énfasis.
- Hacer resumen: Se destaca lo más crucial de lo que ha dicho el usuario, refuerza lo más importante, y demuestra que se está escuchando al usuario. Ponen en evidencia la ambivalencia del individuo.
- Destacar los aspectos positivos: Poner énfasis a las intenciones de cambio que presente el usuario, con lo que dice. Las reestructuraciones positivas sirven para rehabilitar la autoestima y el sentido de autoconfianza del usuario.

- Favorecer frases de automotivación: Se trata de que el usuario salga de esa ambivalencia y avance hacia la decisión. Es facilitar que el usuario exprese argumentos para cambiar, frases de reconocimiento del problema, preocupación y optimismo. Se utilizan técnicas como: 1. preguntas evocadoras, que son para favorecer que el usuario exprese argumentos de reconocimiento, preocupación e intención de cambiar y 2. balance decisional, en el cual lo que se hace es ayudar a razonar de las ventajas y desventajas de la conducta de continuar en el consumo y de dejar de consumir sustancias adictivas.
- Paradoja terapéutica: El terapeuta adopta el papel de que no hay ningún problema con el consumo, o no es el momento de solucionarlo, provocando así que el paciente le convenza de lo contrario.

En la Entrevista Motivacional se habla extensamente de las resistencias y de cómo se podría trabajar con ellas, aquí se presentan algunas estrategias:

1. Frases por reflexión: Consiste en devolver la propia resistencia, de forma simple o amplificadas, o exagerada para que el usuario la note.
2. Focalizar: Cambiar de tema o desviar la atención del usuario en algo que parece una piedra en el camino, se trata de rodear el obstáculo en vez de derribarlo.
3. Empalmar y ceder: Comprender la resistencia, pero dar un giro a la misma.
4. Enfatizar la libertad y el control del usuario: La resistencia surge como reacción, cuando la persona piensa que su libertad está siendo amenazada. Así que el usuario debe sentir que él va a decidir lo que va a ocurrir, cómo va a cambiar, que va a hacer para favorecer el cambio, cuando él decida.

5. Reestructurar o reformular: Cuando el usuario niega el problema, podemos reconocer la validez de dichos argumentos, y ofrecer un nuevo significado o interpretación a ellos.
  
6. Paradoja terapéutica: Requiere de mucha habilidad por parte del terapeuta y es ponerse a favor del no cambio e incluso recomendar al usuario que continúe con la conducta, dando las razones por las que no debe cambiar. Debe ser en un tono calmado, y puede utilizarse cuando las demás no han funcionado.

Tomando en consideración lo anterior existen en México programas de intervención específicos para usuarios de alcohol y otras drogas y que se aplican durante la maestría, por lo que es relevante conocer cómo surgieron, así como sus principales autores y a la población a la cual impactan.



#### 4. Efectividad de los Programas de intervención para usuarios de alcohol y otras drogas

A continuación se presentan algunos programas de intervención para usuarios de alcohol y otras drogas que se basan en los supuestos antes mencionados: primeramente se menciona el Modelo de Autocambio dirigido para Bebedores problemas, después se hace hincapié en el Programa de Intervención breve para adolescentes que cubre la necesidad de atender a los más jóvenes, el Programa de Satisfactores Cotidianos que es para usuarios crónicos y con dependencia alta al alcohol y/o drogas y por último el Modelo de Intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia, que atiende a la familia de usuarios con el objetivo de disminuir el estrés generado por vivir de cerca con un usuario.

*El Modelo de Autocambio dirigido para Bebedores problema*, está indicado para aquellas personas que sin tener una dependencia severa, ya presentan problemas por su forma de beber (Echeverría, Ruíz, Salazar y Tiburcio, 2004). Esta intervención breve se deriva del Modelo de Autocambio dirigido (Sobell y Sobell, 1993). Toma en consideración el balance decisional y la entrevista motivacional como herramientas de trabajo. Este programa se creó porque se dice que hay mayor número de bebedores problema que usuarios dependientes al alcohol, entonces es una opción viable como programa de detección temprana. Las estrategias que utilizan los usuarios durante la intervención pueden ser utilizadas después de haber concluido. Este modelo enfatiza el autocontrol de la conducta de consumo, análisis funcional de la conducta de consumo, reestructuración cognitiva y estrategias de afrontamiento.

Uno de los primeros estudios de dicho programa que se realizó para observar los efectos del programa en indicadores sobre el patrón de consumo, nivel de problemática asociada a su consumo, autopercepción de mejoría, nivel de autoeficacia y satisfacción con su calidad de vida, haciéndose comparaciones con

la fase de pre-tratamiento, el tratamiento y el seguimiento a los 6 y 12 meses. La mayoría de los usuarios seleccionaron la moderación como primer meta de tratamiento (72%). El promedio de copas estándar por ocasión disminuyó también, en la fase de pre-tratamiento fue de 9.2 copas, en la fase de tratamiento fue de 4.4 copas y aumentó en los seguimientos de 5.8 a 6.5 copas.

En relación a la satisfacción con el estilo de vida se reportó que 62 usuarios reportaron estar insatisfechos con su estilo de vida al inicio del tratamiento. En los seguimientos a 6 y 12 meses el 70% y 79% reportaron estar satisfechos con su estilo de vida. Se comparó el porcentaje de sujetos al inicio del tratamiento y en los seguimientos, se observó una reducción en el porcentaje de usuarios que señalaron estar experimentando problemas en 6 de las 8 áreas evaluadas, se observó un decremento en la percepción de severidad del consumo, al inicio el 64% de los sujetos calificaron su consumo como un problema mayor, en la fase de seguimiento la proporción de sujetos que califican su problemática con severidad alta disminuyó significativamente, e incrementó a 25% la proporción que califican los usuarios como sin problema o como un problema menor (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1992).

Se realizó otro estudio en México, con 76 bebedores problema a los cuales se les aplicó el Modelo de Autocambio Dirigido, un porcentaje mayor de los usuarios (81%) prefirió la moderación, los demás prefirieron abstinencia. Disminuyó el patrón de consumo del período de pre-tratamiento al de tratamiento (de 10 copas a 2.7 copas por ocasión). En relación a la satisfacción del usuario con el programa el 61% calificaron su satisfacción como extremadamente satisfechos, el 39% restante mencionó que estaban satisfechos con el programa, con respecto a la pregunta de la utilidad del programa para ayudar a solucionar su problema de consumo, el 77% de los usuarios indicaron que el programa fue extremadamente útil, y un 23% reportó que el programa los había ayudado (Ayala, 1994).

Para usuarios entre 12 y 18 años, está el *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*, está dirigido a jóvenes que se inician en el consumo de alguna sustancia, ya sea alcohol o alguna droga ilegal como la marihuana, la cocaína e inhalables (Martínez y Ayala, 2003). Se basa en el modelo anterior incorporando drogas ilegales en las cuales se busca la abstinencia total, sin embargo también añade componentes como inducción al tratamiento que busca mover al usuario de etapa de cambio para que esté más dispuesto a hacer modificaciones, otra cuestión que agrega es un componente de establecer metas de vida a corto y largo plazo y se revisa cómo está afectada ésta parte por el consumo.

El *Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)*, adaptado a población mexicana por Lydia Barragán y colaboradores, es un tratamiento para usuarios con dependencia severa a alcohol y/o drogas, que fue creado por Hunt y Azrin (1973), llamado Community Reinforcement Approach (CRA). Sus fundamentos teóricos se apoyan en los principios teóricos del condicionamiento clásico, operante y de la economía conductual.

El modelo de intervención: Community Reinforcement Approach (CRA), es reconocido por la literatura científica y por instancias internacionales (National Institute of Drug Addiction y el National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse) como uno de los de mayor efectividad para disminuir el patrón de consumo en usuarios crónicos de sustancias adictivas.

En México, se efectuó un estudio piloto para evaluar el impacto del CRA con 9 participantes, en la cual los resultados muestran cambios significativos en el consumo, así como en distintas áreas de vida, 8 de los usuarios se orientaron a la abstinencia (Barragán, 2005).

Los criterios de inclusión fueron: 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. La duración del tratamiento fue de 15 a 24 sesiones; y la duración de la sesión: 1 hora, dos veces por semana. Se utilizó un Diseño de Caso Único con Réplicas y Seguimiento. El Modelo incluyó los siguientes componentes de intervención: Análisis funcional, muestra de no consumo, metas de vida cotidiana, comunicación, solución de problemas, rehusarse al consumo, consejo marital, búsqueda de empleo, habilidades recreativas y sociales, y prevención de recaídas. La adaptación del modelo original (CRA), incorporó cambios: 1) Inclusión de otras habilidades de comunicación, 2) Evaluación de variables predictoras de recaídas: autoeficacia y precipitadores, 3) Se añadieron habilidades de rehusarse al consumo de acuerdo al contexto ambiental de los usuarios mexicanos. Los instrumentos de evaluación pre-postest fueron: línea base retrospectiva (LIBARE), autoregistro, escala de confianza situacional y/o escala de autoconfianza en el consumo de drogas, escala de satisfacción de vida cotidiana, inventario de situaciones de consumo de drogas y/o inventario de situaciones de consumo de alcohol (Barragán, 2005).

Después de este piloteo se realizaron cambios en el modelo como: la inclusión de un componente adicional de autocontrol emocional que incluye control del enojo, tristeza, ansiedad y celos, y se añadieron técnicas de rehusarse al consumo y de comunicación.

Se realizó otro estudio para medir el impacto del PSC en el patrón de consumo, y en variables mediadoras en 20 usuarios quienes presentaron dependencia a distintas sustancias adictivas entre ellas, alcohol, inhalables, marihuana, cocaína y poliusuarios. El tratamiento se impartió en dos sesiones a la semana, utilizando estrategias didácticas, modelamiento, ensayos conductuales y retroalimentación (Barragán, 2007).

Los resultados indicaron cambios significativos en el patrón de consumo de 18 participantes, por lo que el PSC resultó una intervención eficaz para usuarios con consumo crónico de sustancias adictivas, que se integraron a un estilo de vida favorecedor mediante conductas alternativas que promovían la abstinencia (Barragán, 2007).

El modelo mostró solidez para explicar en usuarios con dependencia de sustancias adictivas, tanto el consumo como su cambio hacia la abstinencia. El incremento en el nivel de ansiedad al momento del consumo en el usuario, fue un indicador del síndrome de abstinencia (Barragán, 2007).

Las variables que explicaron y predijeron la abstinencia fueron precipitadores, satisfacción cotidiana, autoeficacia, y rehusar consumo. Las más próximas a la abstinencia fueron disminución en precipitadores e incremento en rehusarse al consumo, seguidas de incrementos en autoeficacia y satisfacción cotidiana, disminución en depresión y ansiedad, así como la manera distal con el incremento en comunicación y solución de problemas (Barragán, 2007).

La variable satisfacción cotidiana funcionó como predictora de la abstinencia y como advertencia temprana de recaídas, por lo que requiere una evaluación constante en el proceso terapéutico. Los cambios en estas variables indican que al incluir el repertorio conductual del usuario habilidades específicas de afrontamiento y de autocontrol emocional, éste aprende a romper y debilitar la asociación entre los estímulos condicionados y el consumo al utilizar otras conductas alternativas.

Una vez conociendo los antecedentes de algunos programas de intervención para usuarios de alcohol y otras drogas, se necesitaría saber las características de dichos programas para así conocer números de sesiones, contenido de cada una de ellas para saber qué problemáticas aborda además del consumo, así como los instrumentos de medición que emplea, por lo que el siguiente apartado explica estas cuestiones.

## **II. Características de los Programas de Intervención para Usuarios de alcohol y otras drogas**

La maestría tiene como meta capacitar a los alumnos en los programas en los cuales ha sido probada su efectividad y abarcan distintas poblaciones de usuarios de sustancias adictivas, van desde los adolescentes quienes hacen uso de alcohol y/o drogas de forma experimental e inician el consumo, también se centran en los usuarios de alcohol que presentan problemas con el consumo y buscan la moderación para evitar conflictos, hasta usuarios crónicos de sustancias, quienes presentan mayor severidad en el consumo, además dependen y abusan del alcohol y las drogas.

En dicho capítulo se mencionan las características de los programas de intervención en los cuales fui entrenada y estuve bajo la supervisión de profesionales con mayor experiencia, además tuve la oportunidad de aplicar con usuarios de sustancias de algunos modelos de intervención.

### **1. Intervención Breve para Bebedores Problema**

El Modelo de Detección Temprana Intervención Breve para Bebedores Problema es una intervención motivacional y breve que consiste en la modificación del patrón de consumo de alcohol en bebedores que presentan problemas y riesgo por el uso y abuso de la bebida. Se fundamenta en el programa de Auto-cambio Dirigido desarrollado por los Doctores Sobell de la Addiction Research Foundation en Toronto, Canadá, y ha sido adaptado en México.

El Modelo se compone de seis sesiones en las cuales se consideran los siguientes aspectos:

- a) Admisión: Se trabaja con las etapas de disposición al cambio y se observa si el usuario es candidato al programa.

- b) Evaluación: Se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo y la autoeficacia del usuario.
- c) Paso 1: Se realiza un balance decisional, es decir, se analizan las ventajas y desventajas del cambio en el consumo y se hace un establecimiento de metas
- d) Paso 2: Se identifican las situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo del usuario.
- e) Paso 3: Se realizan planes de acción para enfrentar situaciones de riesgo para el consumo excesivo de alcohol
- f) Paso 4: Se hace un nuevo establecimiento de metas, en donde el usuario se fija una meta relacionada con el consumo.

Los Instrumentos de aplicación que se utilizan en las sesiones de admisión y evaluación son los siguientes:

- La Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) (Edwards y Gross, 1976) está dirigido a población adulta de bebedores problema centrado en personas con dependencia baja a moderada. Si los usuarios tienen un puntaje entre 11 y 25 se le considera como posible candidato a participar en el modelo.
- Línea base retrospectiva de consumo de alcohol (LIBARE) (Sobell y Sobell, 1979) se utiliza para medir el patrón de consumo, es decir, la cantidad y frecuencia que el usuario ha consumido durante 365 días anteriores a la entrevista. Este instrumento es confiable y válido en diferentes poblaciones de este tipo de usuarios (Sobell, 1982).

Se han desarrollado dos instrumentos para evaluar situaciones de recaída previas y potenciales para personas que abusan del alcohol (Annis y Kelly, 1984).

El primer instrumento es el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), se compone de 100 reactivos con 4 opciones de respuesta de acuerdo a la frecuencia con la que bebieron en exceso.

El Cuestionario de Confianza Situacional forma breve (CCS) contiene ocho reactivos, fue desarrollado para evaluar la habilidad percibida del usuario para resistirse a consumir alcohol en situaciones particulares. Los reactivos están divididos en 2 categorías principales de situaciones: estados personales y situaciones que involucran a otras personas. Los estados personales incluyen 5 subcategorías (Emociones displacenteras, incomodidad física, probando autocontrol sobre el alcohol y tentación o necesidad de consumir . Las situaciones que involucran a otras personas incluyen tres subcategorías que son: conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros.

En dicho programa tuve la oportunidad de terminar un caso en el “Centro de Atención e Integración Social” CAIS, el cual era un usuario que presentaba problemas de violencia por lo cual cuando ingería alcohol tenía riñas con otros usuarios y ponía en peligro su integridad física, así como también presentaba conflictos con su padre quien se molestaba cada vez que existía un episodio de consumo, aunado a esto, el consumo obstaculizaba el logro de algunas metas como mantener un trabajo estable y una pareja.



## **2. Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas**

El programa de intervención para adolescentes está dirigido a menores de 18 años que consuman alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. Tiene como objetivo eliminar el consumo de las drogas y disminuir el consumo de alcohol.

El programa se compone de las siguientes sesiones:

- a) Admisión: Se toman en cuenta los criterios de inclusión al programa, se observa en que etapa de cambio se encuentra el usuario.
- b) Evaluación: Se evalúa el patrón de consumo, las situaciones de consumo, síntomas de dependencia, así como los problemas relacionados al consumo.
- c) Inducción al tratamiento: Se trata de motivar al usuario a tomar en tratamiento para evitar la deserción utilizando algunas estrategias de la entrevista motivacional.
- d) Primera sesión: Se realiza un balance decisional y se establece la meta de consumo.
- e) Segunda sesión: Se identifican las situaciones de riesgo y se elaboran planes de acción para enfrentarlas.
- f) Tercera sesión: Se establecen metas de vida a corto y mediano plazo.
- g) Cuarta sesión: Se establece de nuevo la meta de consumo.

Los Instrumentos de medición que se aplican en las sesiones de admisión y evaluación son los siguientes:

- El Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) (Mariño, 1997). Tiene como objetivo detectar a los adolescentes que presenten problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas. Se trata de un cuestionario de tamizaje que consta de 81 reactivos con un alfa

de 0.9057, contempla siete áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia. En este caso sólo se utiliza el área de uso/abuso de sustancias que consta de 19 reactivos.

- El Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Se trata de una entrevista desarrollada por la OMS para evaluar desórdenes mentales y problemas relacionados con el consumo de alcohol y/o drogas. El CIDI está basado en el CIE-10 y el DSM-IV. De igual forma sólo se utiliza la subescala de desórdenes relacionados con sustancias.

De igual forma que en el programa de bebedores se aplica la Línea base retrospectiva, pero en los últimos 6 meses, y también se aplica el ISCA o el ISCD, el último instrumentos mide situaciones de riesgo para el consumo excesivo de drogas, se aplica también el Cuestionario Breve de Confianza Situacional.

En dicho modelo tuve la oportunidad de trabajar con un usuario de mariguana quien terminó el programa de intervención faltando los seguimientos a 6 meses y 1 año, quien al inicio disminuyó el uso de mariguana, y al término del programa ya no consumía, sin embargo ya no asistió a los últimos seguimientos porque se suscitó un embarazo no deseado con su pareja y a raíz de esto tenía otros conflictos en otras áreas de vida, como la familiar, de pareja, a nivel emocional, económico y laboral.

### **3. Programa de Satisfactores Cotidianos**

El Programa de Satisfactores Cotidianos está dirigido a usuarios crónicos de alcohol y otras drogas, es decir, personas con dependencia media o severa para el alcohol, y dependencia sustancial o severa para consumo de drogas, además que presenten recaídas o internamientos previos y problemas en por lo menos 3 áreas de vida.

El Programa se compone de las siguientes sesiones de tratamiento:

1) Admisión: En esta sesión se recolectan datos del usuario, como datos personales, historia de consumo, así como también ver si cumple con los criterios de inclusión, así como también se favorece la motivación al cambio.

2) Evaluación: Identificación de reforzadores de un individuo, patrón de consumo, se evalúan situaciones de consumo, autoeficacia para resistirse al consumo, la calidad de vida, se evalúa también nivel de depresión, ansiedad y enojo del usuario.

3) Análisis Funcional: Se divide en dos partes: en la primera se analiza la conducta de consumo del usuario, y se elaboran planes de acción para anticipar los riesgos y enfrentarlos con conductas alternativas, en la segunda parte se evalúa una conducta satisfactoria no relacionada al consumo para resaltar sus beneficios y motivar al usuario a aumentar su frecuencia.

4) Muestra de Abstinencia: En esta sesión se motiva al usuario a comprometerse por un período de tiempo a mantenerse en abstinencia, de preferencia de 90 días aproximadamente.

5) Metas de vida: Se da con la finalidad de establecer metas positivas y medibles para favorecer la abstinencia y para incrementar satisfacción en otras áreas de vida, se establecen planes y periodos para su realización.

6) Rehusarse al Consumo: Se le enseña al usuario a rehusarse al consumo en situaciones de riesgo tanto internas como externas con la implementación de estrategias: negarse asertivamente, sugerir alternativas, cambiar el tema de la plática, ofrecer justificación, interrumpir interacción y confrontar al otro entre otras.

7) Habilidades de Comunicación: En esta sesión se intenta mejorar la comunicación entre el usuario y las personas con las que convive para lograr mayor satisfacción en sus relaciones interpersonales y propiciarse un ambiente más favorable. Entre estas habilidades están: 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.

8) Solución de problemas: se enseña al usuario conductas efectivas de enfrentamiento ante problemas de su vida cotidiana que le permitan resolver para disminuir tensión y así mantener su abstinencia.

9) Habilidades sociales y recreativas: Se basa en la adquisición de conductas por parte del usuario que le permitan establecer actividades sociales y recreativas que compitan con el consumo y que apoyen la abstinencia. También se plantean planes de acción para lograr la ocurrencia de la realización de dichas actividades.

10) Búsqueda y mantenimiento de empleo: Se implementan en el usuario habilidades para conseguir o mantener un empleo satisfactorio y libre de precipitadores al consumo.

11) Control Emocional (Tristeza, enojo, ansiedad y celos): En dicha sesión el usuario aprende estrategias necesarias para el control de la intensidad y la duración de las emociones desagradables de enojo, tristeza, ansiedad y celos para favorecer el mantenimiento de su abstinencia.

12) Consejo Marital: En dicha sesión se tiene como objetivo incrementar la satisfacción marital del usuario mediante el aprendizaje de habilidades que le permitan mejorar su comunicación, intercambiar gratificantes recíprocos y resolver problemas mediante el establecimiento de acuerdos.

13) Prevención de Recaídas: Esta última sesión es acerca de prevenir el consumo de alcohol y/o drogas, así el usuario tendrá que identificar posibles situaciones de riesgo y hacer planes de acción para prepararse a enfrentar con eficiencia y sin consumo situaciones difíciles en un futuro.

Los Instrumentos de evaluación que se aplican son los siguientes:

- Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) (Horn, Skinner, Wanberg y Foster, 1984): Cuestionario de 25 reactivos, evalúa y discrimina diferentes grados de dependencia como baja, moderada, media y severa. Se adaptó en población mexicana en 1998.
- Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD) (Skinner, 1982): Consiste en 20 reactivos, mide la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento en el consumo.
- Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) (Annis, Graham y Martin, 1991): Consiste en 60 reactivos y evalúa la frecuencia de situaciones que precipitan el consumo, mediante porcentajes en 8 situaciones precipitadoras.

- Inventario de Situaciones de consumo de Alcohol (ISCA) (Annis, Graham, Davis, 1982): Consiste de 100 reactivos que miden frecuencia de consumo excesivo durante el año anterior, en 8 categorías.
- Cuestionario de Confianza Situacional para consumo de alcohol y drogas (CCS) (Annis y Graham, 1987): Evalúa el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo ante 8 situaciones. Fue adaptado a población mexicana en 1997.
- Escala de Satisfacción (Teichner, Decato, Donohue, Azrin, Howell, 1988): Contiene 10 reactivos y evalúa la calificación del 1 al 10 en 9 áreas de vida cotidiana y en su satisfacción general.
- Línea Base Retrospectiva (LIBARE) (Sobell y Sobell, 1992): Este instrumento registra el patrón de consumo (frecuencia y cantidad) durante el año anterior, ya sea de alcohol o drogas, fue adaptado a población mexicana en 1993.

En el “Programa de Satisfactores Cotidianos” tuve la oportunidad de terminar 4 casos de usuarios crónicos de sustancias adictivas, que más adelante profundizaré en el reporte de experiencia profesional.

Por otro lado, cada uno de los programas maneja ciertas características particulares, el objetivo, la temática de las sesiones, las técnicas cognitivo-conductuales y los criterios de inclusión que cada intervención presenta, las cuales están encaminadas a tratar cierto tipo de población y con distinta problemática.

Tabla I. A continuación se presentan las características de cada programa tomando en cuenta: el objetivo, la estructura en la cual se aplica, las técnicas cognitivo-conductuales que ocupa cada uno, así como los criterios de inclusión.

Programa	Objetivo general	Estructura	Técnicas cognitivo-conductuales	Criterios de inclusión
Programa de Satisfactores Cotidianos	Mejorar la satisfacción de vida de otros reforzadores (social, familiar, laboral, emocional) y modificar la conducta de consumo	Admisión, Evaluación 12 componentes como: Análisis Funcional Muestra Abstinencia Rehusarse al consumo Metas de vida Comunicación Solución de problemas Búsqueda de Empleo Consejo Marital Control emocional Habilidades sociales y recreativas	Reforzamiento Retroalimentación Análisis Funcional Habilidades de solución de problemas, comunicación Control de emociones Reestructuración cognitiva	Dependencia media o severa para el alcohol Dependencia o severa para drogas Presenta recaídas o internamientos previos
Bebedores Problema	Modificar su conducta de consumo alcohol	Admisión Evaluación Sesión 1. Balance decisional 2. Situaciones de riesgo 3. Planes de acción 4. Reestablecimiento de metas	Autocontrol Análisis funcional Reestructuración cognitiva Balance decisional	a)Ser mayor de 18 años b)Saber leer y escribir c)No presentar síntomas de dependencia severa d)Beber menos de 30 copas a la semana
Intervención Breve para adolescentes	Analizar el consumo y modificarlo	Admisión Evaluación Inducción al tratamiento Balance decisional y meta de tratamiento Situaciones de riesgo y planes Metas Reestablecimiento de meta Seguimientos	Balance decisional Análisis Funcional	Saber leer y escribir Nivel de dependencia bajo y medio

Los programas se enfocan en la disminución y la abstinencia al alcohol y/o drogas, por lo cual si se modifica el patrón de consumo o se elimina, la vida de la persona mejora considerablemente. Por otra parte el “Programa de Satisfactores Cotidianos abarca un mayor número de elementos considerando otras áreas de vida e incrementa su satisfacción, por lo que se infiere que existe un aumento en la calidad de vida del usuario crónico de sustancias adictivas.



### **III. Modelo de Intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia**

Por otro lado, se prestó interés al modelo de intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia basado en la teoría estrés-enfrentamiento (Orford, Natera, Velleman, Copello, Bowie, Bradbuly, 2001) el cual considera que el familiar está atravesando una situación particular en un contexto en el cual vive experiencias desagradables al convivir con el usuario de alcohol y/o drogas, en consecuencia responde de distintas formas (Natera, 1993).

El modelo estrés-enfrentamiento no considera que el consumo sea un síntoma que tiene origen en la familia como supone el modelo sistémico, sino que es un problema que no es provocado por los familiares, así no se culpabiliza a la persona, sin embargo se puede hacer algo al respecto y se puede influir en forma positiva o en forma negativa en el consumo del usuario dependiendo de los estilos de enfrentamiento que se presenten en determinada situación.

Una de las principales conclusiones de los estudios relacionados con el modelo fue que el uso de los distintos estilos de enfrentamiento por parte de los familiares, produce diferentes resultados, tales como cambios en la tensión y la salud, mejoría al interior de la familia e incluso la posible reducción del consumo en el familiar consumidor (Natera, 1993) (Orford, Natera, Davies, Nava y Mora, 1998).

Tomando en consideración lo anterior es importante mencionar que la finalidad del modelo de intervención es ayudar a las familias a responder al consumo de formas más efectivas, para disminuir la tensión y mejorar su salud tanto física, como psicológica y de que tienen posibilidad de hacer algo en su propio beneficio a pesar de que el usuario no asista al tratamiento o modifique su consumo (Natera y Orford, 1995).

La intervención consta de 5 pasos, los cuales son: escuchar y explorar las percepciones y las circunstancias sobre cómo afecta el consumo a la familia, proporcionar información objetiva y relevante sobre las sustancias y sus efectos, identificar los mecanismos de enfrentamiento y sus ventajas y desventajas, explorar el apoyo recibido y la canalización hacia fuentes ayuda especializada. A continuación se explican dichos pasos más profundamente (Natera y Orford, 1995)(Natera, Tiburcio, Mora y Orford, 1999).

- 1) Escuchar y explorar las percepciones y las circunstancias sobre cómo afecta el consumo a la familia: Ofrecerle al familiar una escucha y confianza al hablar acerca de sus sentimientos y su forma de ver el problema de consumo. Así como también explorar las preocupaciones y las manifestaciones de estrés que se han presentado por el consumo del usuario.
- 2) Proporcionar información objetiva y relevante sobre las sustancias y sus efectos: Es necesario explicar los efectos y las consecuencias asociadas al consumo de la sustancia de cada caso en particular.
- 3) Identificar los mecanismos naturales de enfrentamiento y analizar sus ventajas y desventajas: En este apartado el familiar relata que ha hecho para hacer frente al consumo del usuario, así como también se explora que formas de enfrentar resultan más efectivas y traen beneficios.
- 4) Explorar el apoyo recibido: Se explora cuáles son las principales fuentes de apoyo con que cuenta el familiar para enfrentar el problema, qué tipo de apoyo ha recibido, y si ha sido útil. De qué manera ha contribuido la familia o amigos en cuanto al consumo del usuario.
- 5) Canalización hacia fuentes de ayuda especializada: Es importante tomar en cuenta la economía familiar y la integridad física y emocional de la familia, que en ocasiones se puede encontrar amenazada por violencia intrafamiliar u otro

problema relacionado o no necesariamente al consumo del usuario. En estos casos se canaliza a los miembros de la familia a otras instituciones especializadas.

El orientador que aplique el modelo de intervención motiva al familiar a que cambie su comportamiento, le sugiere alternativas, además se muestra empático, también le ayuda a ver las ventajas y desventajas de su forma de enfrentar el consumo del usuario.

Se trata de una intervención breve (no más de 5 sesiones) además no requiere profesionales expertos. Puede ayudar a los familiares a encontrar soluciones o bien a canalizarlos adecuadamente. El hecho de hablar del problema puede resultar un alivio para los familiares pues ayuda a clarificar su posición y elegir la mejor forma de enfrentar y por último es posible incorporar a otros familiares e incluso al usuario.

Por esta razón el modelo de intervención representa una alternativa viable para el abordaje de los problemas que se originan al vivir con un usuario de alcohol o de drogas (Tiburcio, 2003) (Natera y Medina, 2011).

## 1. Experiencia profesional en el Modelo de Intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia

Durante la maestría tuve oportunidad de colaborar como psicoterapeuta en el Modelo de Intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia en el “Centro de Atención y Prevención de Adicciones” . En dicho programa atendí a familiares de usuarios de alcohol y/o drogas, quienes simultáneamente acudían a las distintas intervenciones para usuarios de sustancias.

A continuación se hace una descripción de los participantes que atendí en dicho programa, así como también la evaluación antes y después de aplicar el modelo, que adaptaron a México Natera y colaboradores.

Participantes:

El modelo de Intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia se aplicó a 9 familiares: 8 mujeres y 1 hombre. Entre 39 y 57 años, la media de edad fue de 50 años, la mayoría fueron personas casadas, madres de familia, la escolaridad variable y la ocupación también, como se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 1. Muestra las frecuencias de los datos sociodemográficos de los familiares.

Sexo	Edad	Edo. civil	Parentesco	Escolaridad	Ocupación
8 mujeres 1 hombre	39-57 años	5 casadas 1 divorciada 1 en unión libre 2 separadas	7 madres 1 padre 1 abuela	2 primaria 3 secundaria 2 bachillerato 2 carrera comercial	1 empleada 1 enfermera 1 taxista 1 secretaria 2 comerciantes 2 estilistas 1 maestra

Procedimiento:

Primeramente se aplicó la evaluación: que consta de aplicar los instrumentos de enfrentamiento, síntomas y CES-D, a continuación se presentan sus características y algunos antecedentes.

- Cuestionario de enfrentamientos (CQ) (Orford et al. 1998): Este cuestionario tenía 68 items los cuales originalmente medían ocho formas de enfrentar. Fue diseñado para ser administrado para las parejas que enfrentan problemas de consumo de alcohol y drogas, se utilizó en Reino Unido y otros países (Hayashi, 1978; McCrady & Hay, 1987). La actual versión está diseñada para ser administrada para cualquier miembro de la familia (padre de familia, pareja, niño, etc) que enfrenta un problema de consumo de alcohol y drogas. Se construyeron 3 escalas (involucramiento, tolerante y retiro) basadas en los 3 factores que se encontraron en un anterior estudio que reportaba análisis de datos del cuestionario aplicado en México e Inglaterra. Cada factor tuvo coeficientes de confiabilidad interna satisfactorios en ambos países con 0.82, 0.78 y 0.68 de Inglaterra; y 0.82, 0.73 y 0.70 en la ciudad de México. Ahora consta de 30 reactivos, y las opciones de respuesta son las siguientes (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre).
- Escala de Síntomas (SRT; Kellner & Sheffield, 1973): Originalmente se sugirió la existencia de 4 subfactores en la escala (ansiedad, depresión, falta de adecuación, somático), pero la investigación subsecuente por Matson (1995) demostró que existen dos factores (el psicológico y el físico) que describen la estructura más efectiva, que se confirmó en los datos de Inglaterra y México. Se obtuvieron confiabilidades internas satisfactorias en los dos países de los Síntomas Totales, Síntomas psicológicos y físicos (0.93, 0.91 y 0.81) respectivamente en Inglaterra y 0.93, 0.91 y 0.82 en México. Consiste de 30 reactivos y las opciones de respuesta son las siguientes (nunca, algunas veces, siempre). La validación de la escala se llevó a cabo en México con estudiantes de enseñanza media-superior (Mora, Natera & Andrade, 1994).

En seguida se aplicó el modelo de intervención dirigido a los familiares, variando el número de sesiones lo cual fue de 4-8 sesiones dependiendo del avance de los familiares.

## Resultados

Como se observa en la tabla los familiares de usuarios se inclinan mayormente a tener un estilo de enfrentamiento de involucramiento con una media general de 22.7 antes del tratamiento, lo cual se mantuvo disminuyendo muy poco con una media de 22.1 en la medición después de la intervención.

En cuanto al estilo de retiro, los familiares presentaron una media de 7.1 antes de la intervención y después aumentó casi dos puntos teniendo una media de 8.7.

En lo referente al estilo de enfrentamiento de tolerancia, la media antes de la intervención fue de 10.8, mientras que después disminuyó a 8.4.

Fig. 1. Muestra los niveles de estilos de enfrentamiento que presentaron los 9 participantes

## Cuestionario de enfrentamiento

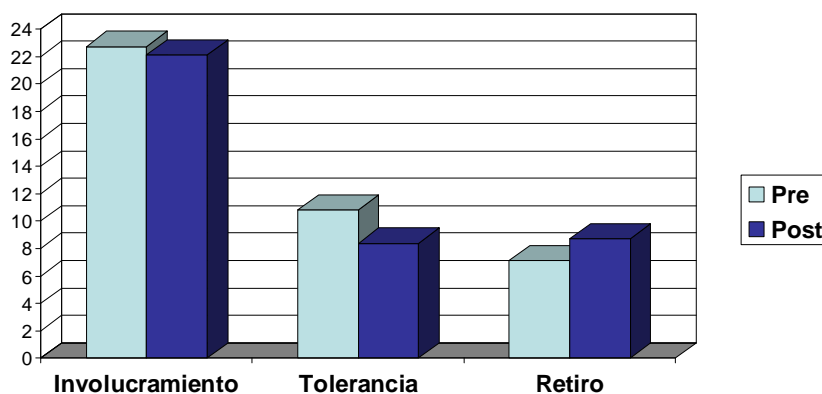


Tabla 2. Muestra los puntajes del nivel de enfrentamiento de involucramiento, retiro y tolerancia de los 9 familiares antes y después de la intervención y las medias de cada sub-escala.

Familiar	Involucramiento		Retiro		Tolerancia	
	PRE-	POST	PRE-	POST	PRE-	POST
1	11	13	7	8	5	3
2	21	21	4	6	6	4
3	23	33	11	12	12	15
4	13	17	7	9	11	11
5	21	19	3	0	6	3
6	33	29	6	12	27	13
7	31	31	4	9	11	11
8	33	28	11	11	12	14
9	19	8	11	12	8	2
Medias	22.7	22.1	7.1	8.7	10.8	8.4

Como se puede ver en la tabla tanto síntomas físicos, como psicológicos disminuyeron, teniendo medias menores en la medición después de la intervención. En cuanto a los síntomas físicos, antes de la intervención se obtuvo una media de 11.2, en comparación con la media después de la intervención que fue de 7.5. Con respecto a los síntomas psicológicos se obtuvo una media de 17 antes de la intervención, mientras que después de esta la media fue de 12.7.

Fig. 2. Muestra los niveles de los síntomas físicos y psicológicos

## Cuestionario de síntomas

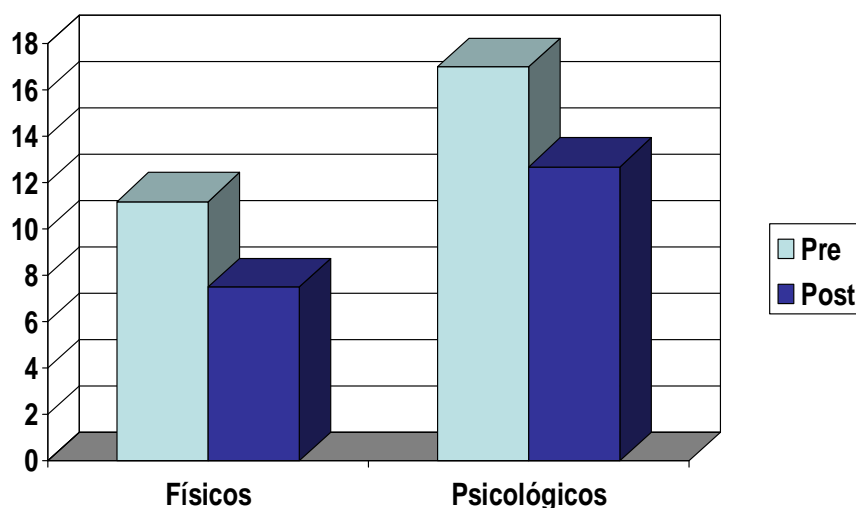


Tabla 3. Muestra los puntajes de los síntomas físicos y psicológicos de los familiares antes y después de la intervención y las medias de cada sub-escala.

	Síntomas Físicos		Síntomas Psicológicos	
	Pre-Post		Pre-Post	
1	8	10	17	16
2	11	10	13	17
3	19	13	27	18
4	12	6	21	8
5	7	1	10	6
6	6	3	22	14
7	6	3	11	12
8	20	16	27	22
9	12	6	16	2
Medias	11.2	7.5	17	12.7

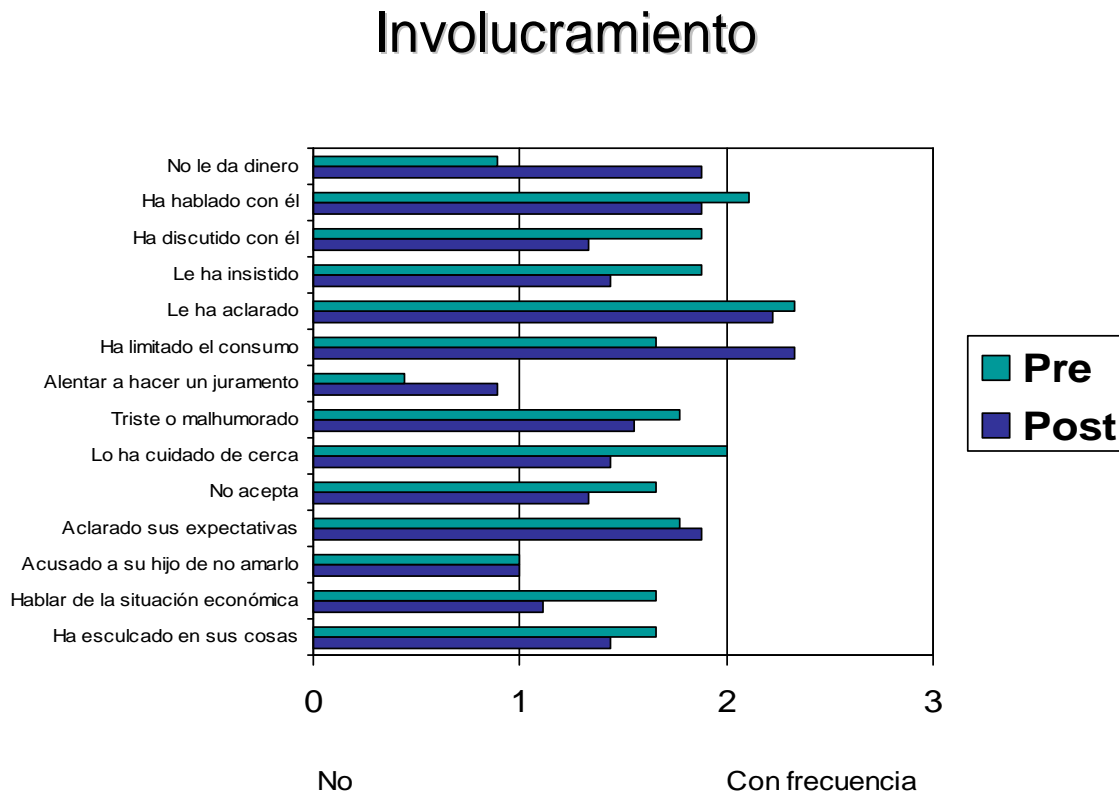
Se obtuvieron las medias de cada reactivo de los estilos de enfrentamiento, de involucramiento, tolerancia y retiro.

En cuanto a las medias de involucramiento los reactivos que disminuyeron fueron la mayoría y fueron los siguientes: 5) Ha hablado con su familiar acerca de lo que podría hacer con su forma de beber o de consumir drogas. 6) Ha discutido con el usuario por su consumo de alcohol o drogas, 7) Le ha insistido a su familiar que deje de consumir alcohol o drogas, 9) Le ha aclarado que su forma de consumir le molestar y que tiene que cambiar, 16) Se ha puesto triste o malhumorado(a) con su familiar, 17) Ha cuidado a su familiar de cerca o vigilado en cada movimiento que hace, 19) Cuando habla con su familiar insiste en que no acepta, ni solapa sus razones para consumir, 26) Ha hablado con el usuario para ayudarlo a resolver la situación económica y 28) Ha buscado o esculcado en sus cosas para cerciorarse de que no tenga bebidas o drogas (Ver Fig. 3 ).

Por otra parte los que aumentaron después del tratamiento fueron los siguientes: 1) Se ha negado a proporcionarle dinero, 11) Ha tratado de limitar el consumo de su familiar, 13) Ha alentado a su familiar a hacer un juramento o a prometer no beber o tomar drogas, 21) Le ha aclarado a su familiar cuales son sus expectativas o lo que debe hacer para contribuir con la familia.



Fig. 3. Muestra las medias de los reactivos de la escala del estilo de enfrentamiento de involucramiento que se obtuvieron de los 9 participantes.

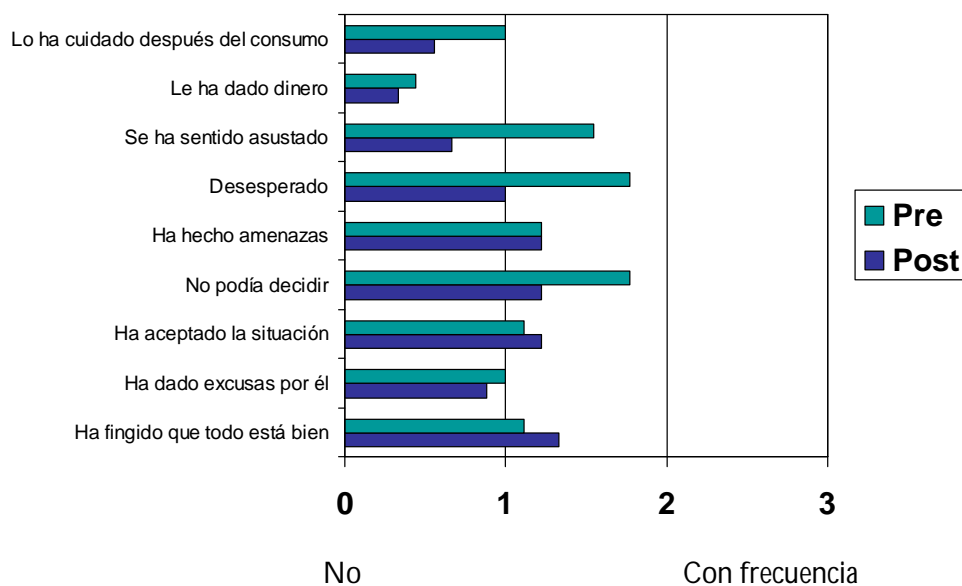


En cuanto al estilo de enfrentamiento de tolerancia, la mayoría de los reactivos disminuyeron en cuanto a sus medias y son los siguientes: 3) Ha cuidado o ayudado a su familiar, después de haber bebido o consumido drogas (lo ha llevado a la cama o proporcionado remedios para la resaca). 4) Le ha dado dinero aún sabiendo que lo gastará en bebida o droga, 10) Se ha sentido demasiado asustad@ para hacer algo con respecto al consumo de su familiar, 14) Se ha sentido desesperad@ como para hacer algo con respecto al consumo de su familiar, 23) Ha llegado a un estado donde no podía o no quería tomar una decisión con respecto al consumo de su familiar, 27) Se ha hecho responsable de los actos de su familiar cuando bebe o consume drogas (ha dado excusas por el(ella), se ha culpado por lo que le pasa a su familiar, lo ha encubierto).

Los reactivos en los cuales la media fue mayor después del tratamiento fueron los siguientes: 24) Ha aceptado la situación como una parte de la vida que no puede cambiarse, 30) Le ha restado importancia a la forma en que su familiar consume (fingiendo que todo está bien, pensando que la adolescencia es una etapa pasajera); mientras que el reactivo que se mantuvo igual fue 20) Ha amenazado a su familiar cuando no tenía intención de cumplir su amenaza.

Fig. 4. Muestra las medias de los reactivos del estilo de enfrentamiento de tolerancia de los 9 participantes.

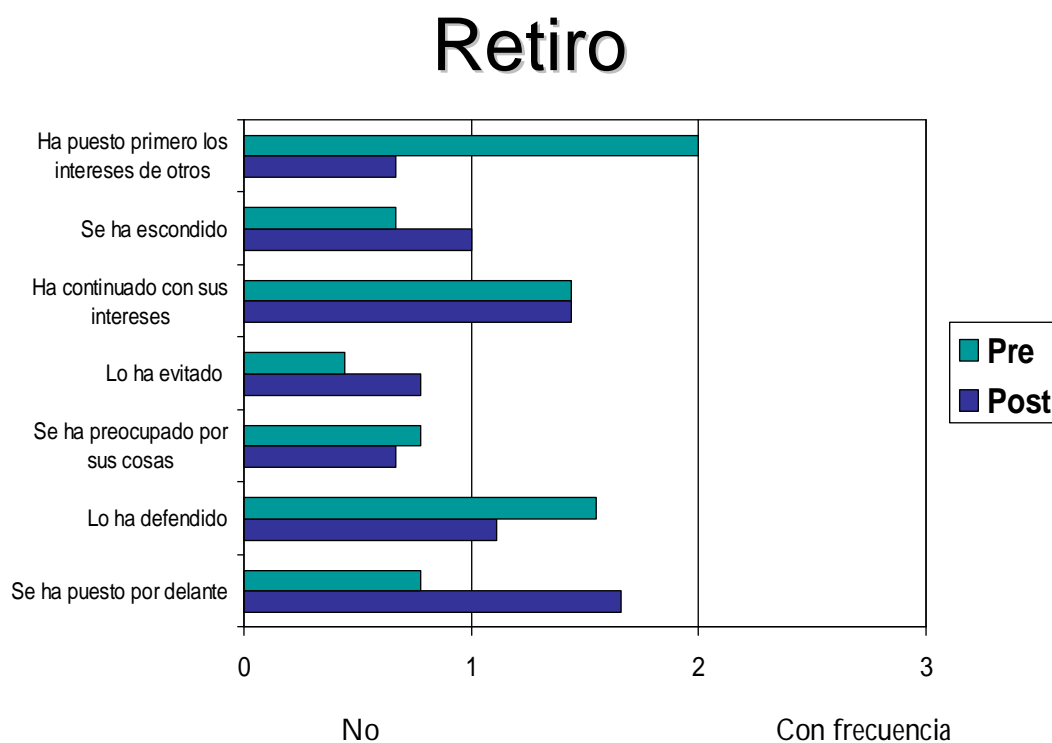
## Tolerancia



Con referencia al estilo de enfrentamiento de retiro, las medias que fueron mayores después del tratamiento fueron las siguientes: 2) Ha puesto primero los intereses de otros miembros de la familia antes que los de su familiar, 8) Ha evadido a su familiar cuando está consumiendo alcohol o drogas, 15) Ha evitado a su familiar en lo posible debido a su forma de beber o consumir drogas y 29) Le ha dado prioridad a sus intereses (consintiéndose o dándose algún gusto).

Los reactivos en los cuales fueron menores las medias después del tratamiento fueron: 18) Se ha preocupado únicamente por sus propias cosas o ha actuado como si su familiar no existiera, 22) Ha defendido o apoyado a su familiar cuando otros lo han criticado. El reactivo en el cual permaneció igual la media antes y después de tratamiento fue: 12) Ha continuado con sus propios intereses (buscando actividades que le interesen como integrarse en asociaciones deportivas, religiosas y/o políticas.

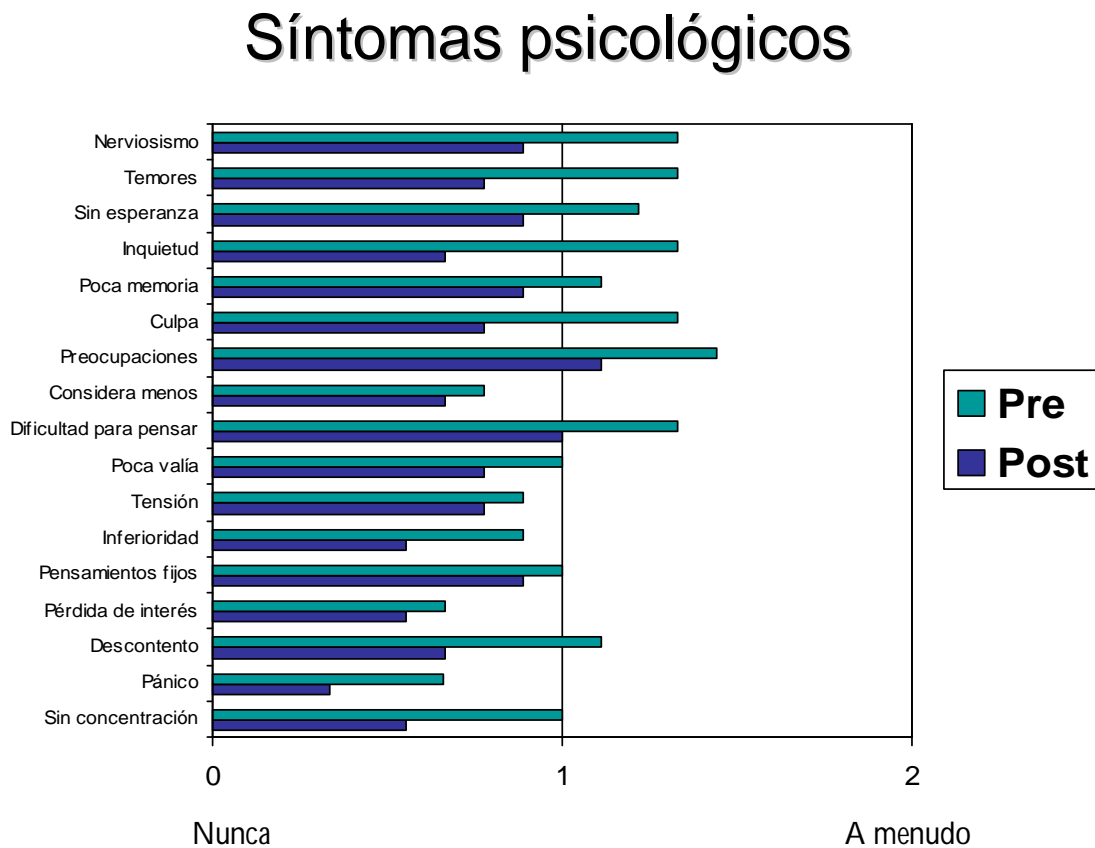
Fig. 5. Muestra las medias de los reactivos del estilo de enfrentamiento de retiro de los 9 participantes.



A continuación se muestran las medias del pre y post de cada reactivo de de los 9 familiares que participaron en el estudio, de los estilos de enfrentamiento y de los síntomas físicos y psicológicos.

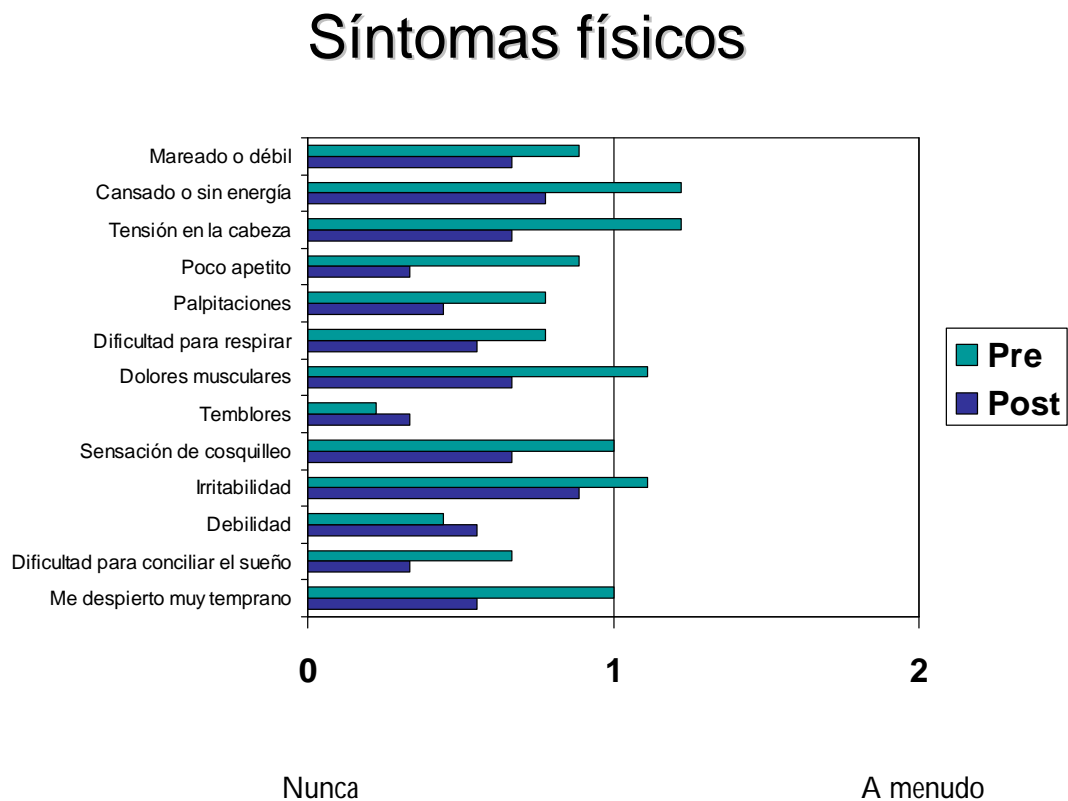
Se obtuvieron las medias antes y después del tratamiento de los síntomas psicológicos y los síntomas físicos. Con respecto a los síntomas psicológicos, en todos sin excepción fue menor la media después del tratamiento.

Fig. 6. Muestra las medias de los síntomas psicológicos de los 9 participantes.



Las medias de los síntomas físicos también fueron menores después del tratamiento en casi todos los síntomas, excepto los síntomas de temblores y sacudimientos y debilidad en partes del cuerpo, presentando una diferencia muy pequeña de ( .222 a .333) y (.444 a .555) respectivamente.

Fig. 7. Muestra las medias de los síntomas físicos de los 9 participantes.



## **Discusión y conclusiones de la experiencia en el Modelo de Intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia**

Se aplicó el Modelo de Intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia principalmente a madres de familia, en anteriores estudios, la mayoría han sido madres y esposas, lo cual falta estudiar a familiares varones de usuarias de alcohol y otras drogas, y observar las diferencias en cuanto a los estilos de enfrentamiento y consecuentemente en la salud física y psicológica.

En los resultados se denota que cambiaron los estilos de enfrentamiento, aumentando el de retiro después de la intervención, siendo una de las formas de enfrentar que más reporta asociarse con menores índices de síntomas físicos y psicológicos.

Con referencia al estilo de enfrentamiento de retiro, las medias que fueron mayores después del tratamiento fueron las siguientes: ha puesto primero los intereses de otros miembros de la familia antes que los de su familiar, ha evadido a su familiar cuando está consumiendo alcohol o drogas, ha evitado a su familiar en lo posible debido a su forma de beber o consumir drogas y le ha dado prioridad a sus intereses (consintiéndose o dándose algún gusto).

La tolerancia también disminuyó, la mayoría de los reactivos disminuyeron en cuanto a sus medias y son los siguientes: ha cuidado o ayudado a su familiar, después de haber bebido o consumido drogas (lo ha llevado a la cama o proporcionado remedios para la resaca). le ha dado dinero aún sabiendo que lo gastará en bebida o droga, se ha sentido demasiado asustad@ para hacer algo con respecto al consumo de su familiar, se ha sentido desesperad@ como para hacer algo con respecto al consumo de su familiar, ha llegado a un estado donde no podía o no quería tomar una decisión con respecto al consumo de su familiar, se ha hecho responsable de los actos de su familiar cuando bebe o consume

drogas (ha dado excusas por el(ella), se ha culpado por lo que le pasa a su familiar, lo ha encubierto).

El estilo de involucramiento se quedó prácticamente igual comparando las medias generales antes y después de la intervención, sin embargo hubo pequeñas diferencias en cuanto a reactivos.

En cuanto a las medias de involucramiento los reactivos que disminuyeron fueron la mayoría y fueron los siguientes: ha hablado con su familiar acerca de lo que podría hacer con su forma de beber o de consumir drogas, ha discutido con el usuario por su consumo de alcohol o drogas, le ha insistido a su familiar que deje de consumir alcohol o drogas, le ha aclarado que su forma de consumir le molestar y que tiene que cambiar, se ha puesto triste o malhumorado(a) con su familiar, ha cuidado a su familiar de cerca o vigilado en cada movimiento que hace, cuando habla con su familiar insiste en que no acepta, ni solapa sus razones para consumir, ha hablado con el usuario para ayudarlo a resolver la situación económica y ha buscado o esculcado en sus cosas para cerciorarse de que no tenga bebidas o drogas.

Se puede observar también que tanto síntomas físicos, como psicológicos disminuyeron tanto en forma general , como por reactivo.

Los síntomas psicológicos que disminuyeron fueron: se ha sentido nervioso, con temores y miedos, sentimientos de que no hay esperanza, se ha sentido inquieto o asustadizo, con poca memoria, sentimientos de culpa, preocupaciones, sentimientos de que la gente me considera menos o piensa mal de mi, dificultades para pensar claramente, sentimientos de poca valía o fracaso, sentimientos de tensión, sentimientos de inferioridad, con pensamientos que no se pueden quitar de la cabeza, pérdida de interés en casi todas las cosas, descontento o deprimido, ataques de pánico y sin capacidad de concentración.

En cuanto a los síntomas físicos que disminuyeron fueron los siguientes: se ha sentido mareado o débil, cansado o sin energía, ha sentido presión en la cabeza, con poco apetito, ha tenido palpitaciones rápidas, ha tenido dolores en el pecho, dolores musculares, sensaciones de cosquilleo, irritabilidad, dificultad para dormir y me despierto demasiado rápido.

Como se puede observar el Modelo de Intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia es eficaz en la reducción de síntomas psicológicos y físicos en familiares que viven con un usuario de alcohol y/o drogas, además también se modifican los estilos de enfrentamiento, teniendo como resultado formas de enfrentar más saludables para los familiares, lo que contribuye a su bienestar.



#### IV. Experiencia profesional en el Programa de Satisfactores Cotidianos

Con respecto a la experiencia profesional en el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), se presenta la información de usuarios crónicos de alcohol y/o drogas dividiéndose en 2 apartados, en el primer apartado se expone la evaluación inicial de 25 usuarios, quienes eran clientes potenciales para el programa; mientras que en el segundo apartado se hace referencia a 4 casos de usuarios que concluyeron con el tratamiento.

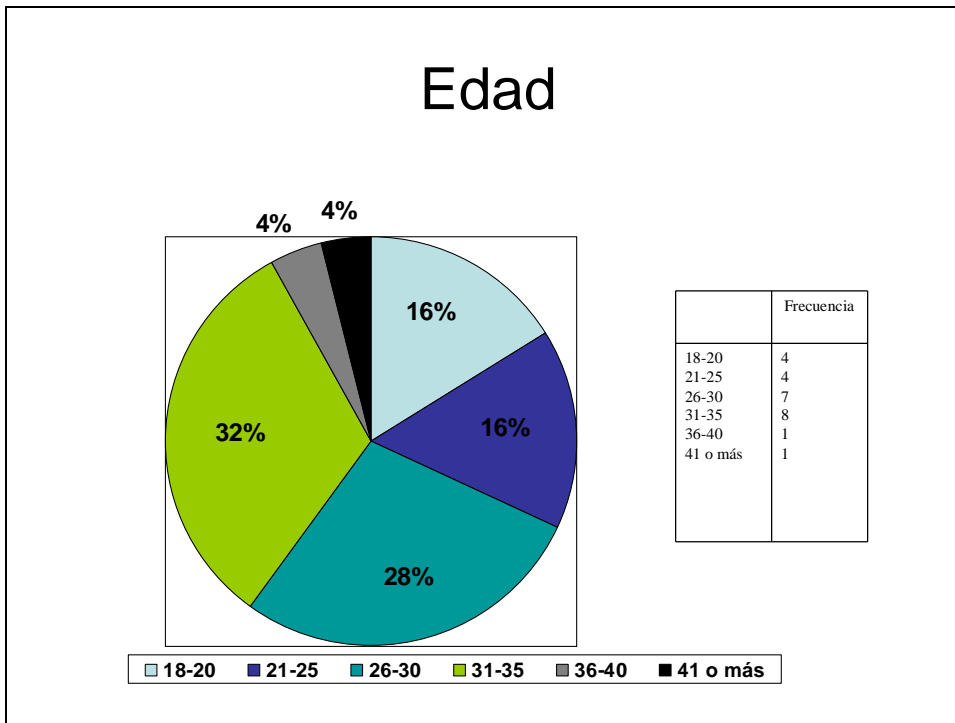
a) Primera parte: se presentan los resultados de la evaluación de los usuarios atendidos en el Centro de Atención e Integración Social (CAIS), hayan o no terminado el tratamiento en el Programa de Satisfactores Cotidianos.

En cuanto a la experiencia profesional y con la intención de aplicar el Programa de Satisfactores cotidianos se evaluó a 25 usuarios de unidad residencial y consulta externa en el periodo de menos de 1 año en el 2008-2009. A continuación se revisará la evaluación de dichos usuarios atendidos:

##### **Participantes:**

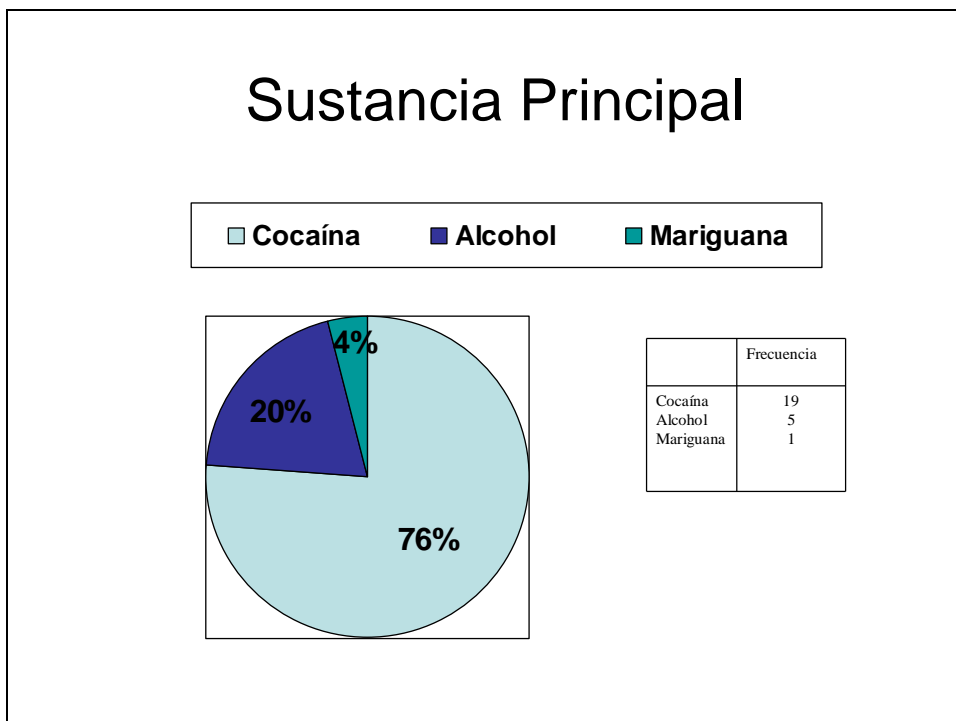
*Características sociodemográficas:* En total son 25 usuarios (22 hombres y 3 mujeres), la media de edad es de 28 años (Ver Fig. 1).

Fig. 1. Muestra la distribución de edades de los 25 usuarios de sustancias adictivas



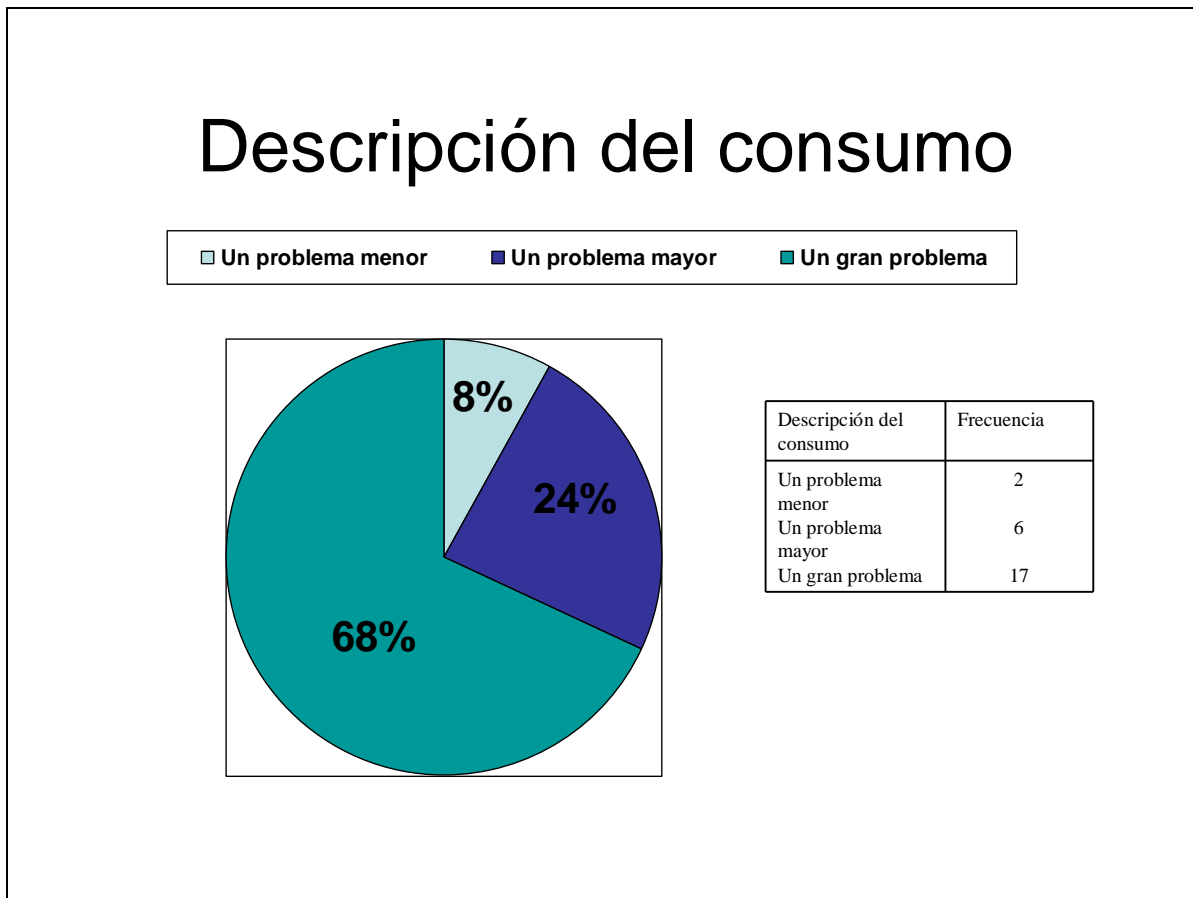
En cuanto al estado civil el 44% es soltero, el 32% es casado, el 16% es separado o divorciado y el 8% vive en unión libre; en cuanto al nivel de estudios la mayoría estudió la secundaria con un 64%, seguido del bachillerato con un 28%, en 4% tienen nivel profesional y carrera técnica cada una. El 76% presenta como sustancia principal la cocaína, el 20% consume alcohol y el 4% marihuana (Ver Fig. 2). En cuanto a la ocupación actual el 52% está desempleado, el 16% es empleado, el 12% es obrero. Se encontró que el 56% vive con sus padres y hermanos, el 24% con esposa e hijos, el 8% vive solo, en un 4% viven con sus padres, hijos y hermanos, otro 4% con padres y esposa y el último 4% con otros.

Fig. 2. Muestra la sustancia principal de los 25 usuarios.



*Tiempo y percepción de su consumo:* En cuanto al tiempo de consumo el 36% ha consumido de 5 a 10 años, el 32% más de 10 años, el 28% de 2 a 5 años y un 4% menos de 2 años. El 68% de los usuarios perciben su consumo como un gran problema, el 24% como un problema mayor y solo el 8% lo describen como un problema menor (Ver Fig. 3).

Fig. 3. Muestra la descripción del consumo que presentó cada usuario.



### Procedimiento

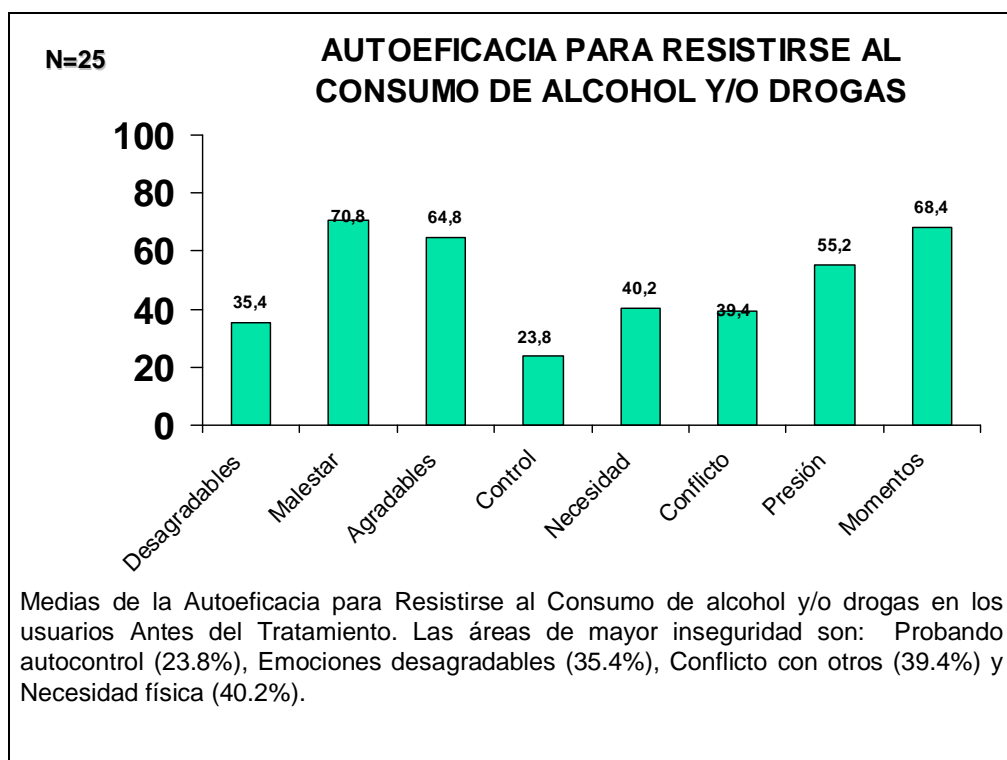
El programa se aplicó en usuarios de internamiento, de forma individual desde la primera semana de ingreso y a usuarios de consulta externa.

## Resultados de la evaluación

En este apartado se presentan los resultados de la evaluación en los cuales se aplicó a los 25 usuarios el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), el inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), el nivel de dependencia al alcohol y las drogas con el EDA y el CAD , y la Escala de Satisfacción de Vida Cotidiana, así como también el Beck de Depresión y Ansiedad.

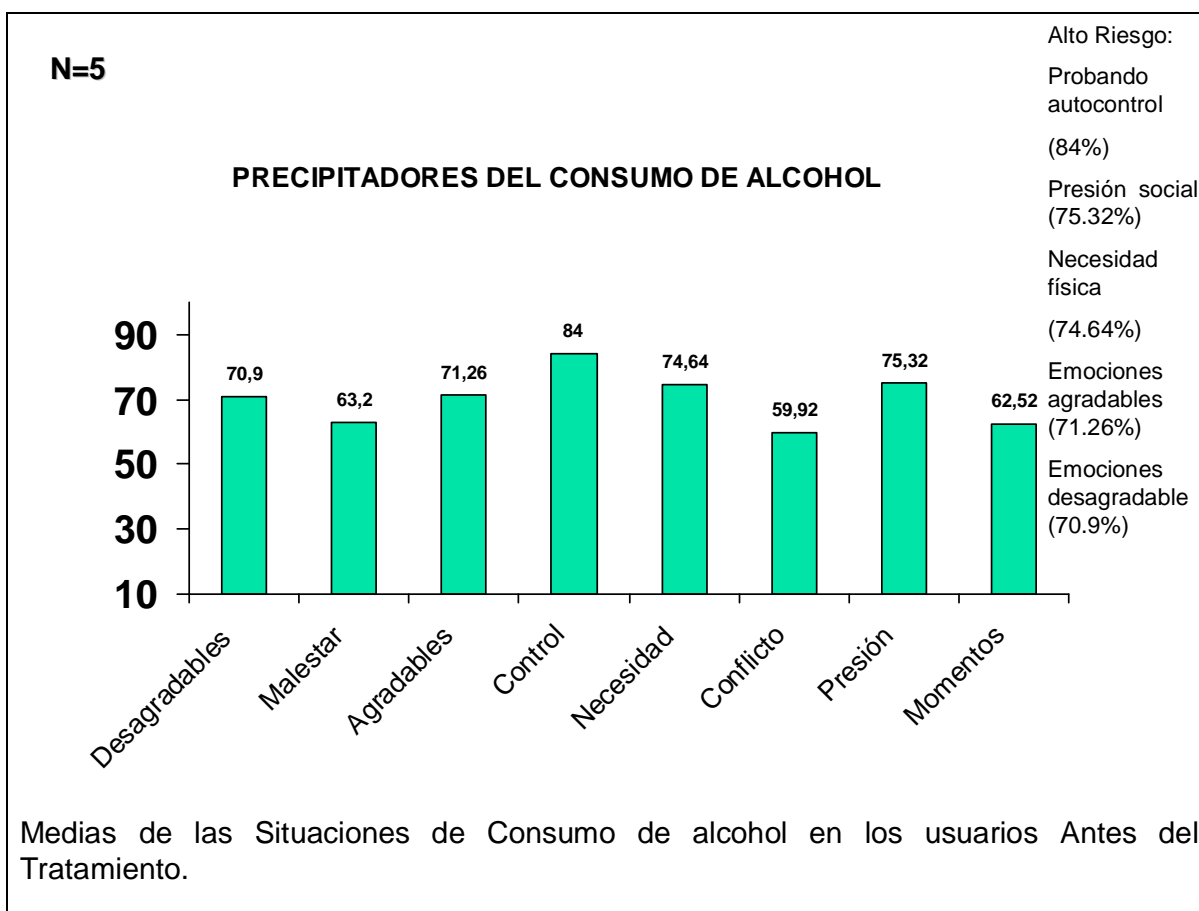
Como se muestra en la figura siguiente las situaciones en las cuales los 25 usuarios se sienten inseguros de poder resistirse al consumo son las siguientes: Probando autocontrol con un 23.8%, emociones desagradables con un 35.4%, conflicto con otros en un 39.4% y necesidad física con un 40.2% (Ver Fig. 4).

Fig. 4. Muestra el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol y/o drogas de los 25 usuarios.



En cuanto a las situaciones de consumo de alcohol que arrojó el ISCA, se observa que las situaciones de mayor frecuencia de consumo son: probando autocontrol con un 84%, presión social con un 75.32%, necesidad física con un 74.64% y emociones agradables y desagradables con 71.26 y 70.9% respectivamente (Ver Fig. 5).

Fig. 5. Muestra los precipitadores del consumo de alcohol de 5 usuarios.



Con respecto a las situaciones de consumo de drogas el ISCD mostró que las situaciones de mayor frecuencia de consumo en 20 usuarios fueron las siguientes: Necesidad física con un 60.75%, emociones desagradables con un 58.9%, probando autocontrol con un 52.96% y presión social con un 51.54% (Ver fig. 6).

Fig. 6. Muestra los precipitadores del consumo de drogas de 20 usuarios.

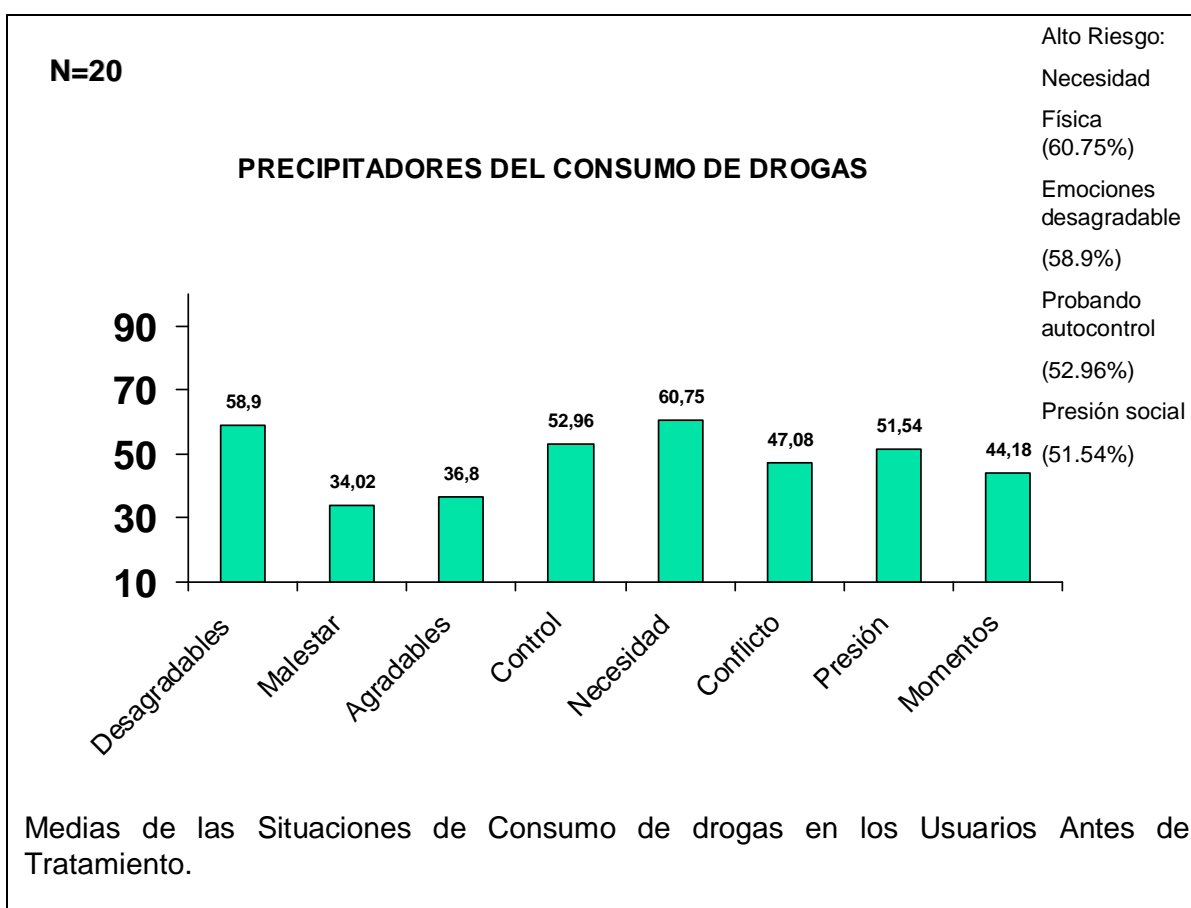


Tabla 1. Muestra los porcentajes en cuanto a cada situación de riesgo: en la columna del CCS, se muestra el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol y/o drogas, en la columna del ISCA muestra las situaciones de consumo de alcohol y en la columna del ISCD muestra las situaciones de consumo de drogas.

	CCS (%) N=25	ISCA (%) N=5	ISCD (%) N=20
Emociones desagradables	35.4	70.9	58.9
Malestar físico	70.8	63.2	34.02
Emociones agradables	64.8	71.26	36.8
Probando Autocontrol	23.8	84	52.96
Necesidad Física	40.2	74.64	60.75
Conflicto con otros	39.4	59.92	47.08
Presión Social	55.2	75.32	51.54
Momentos agradables con otros	68.4	62.52	44.18



En las figuras siguientes se muestra que en la dependencia al alcohol tiene un porcentaje mayor la dependencia moderada y media con un 40% cada una. En cuanto a la dependencia a las drogas el mayor porcentaje cae en dependencia sustancial con un 68% (Ver fig. 7 y 8).

Fig. 7. Muestra los niveles de dependencia al alcohol de 5 usuarios.

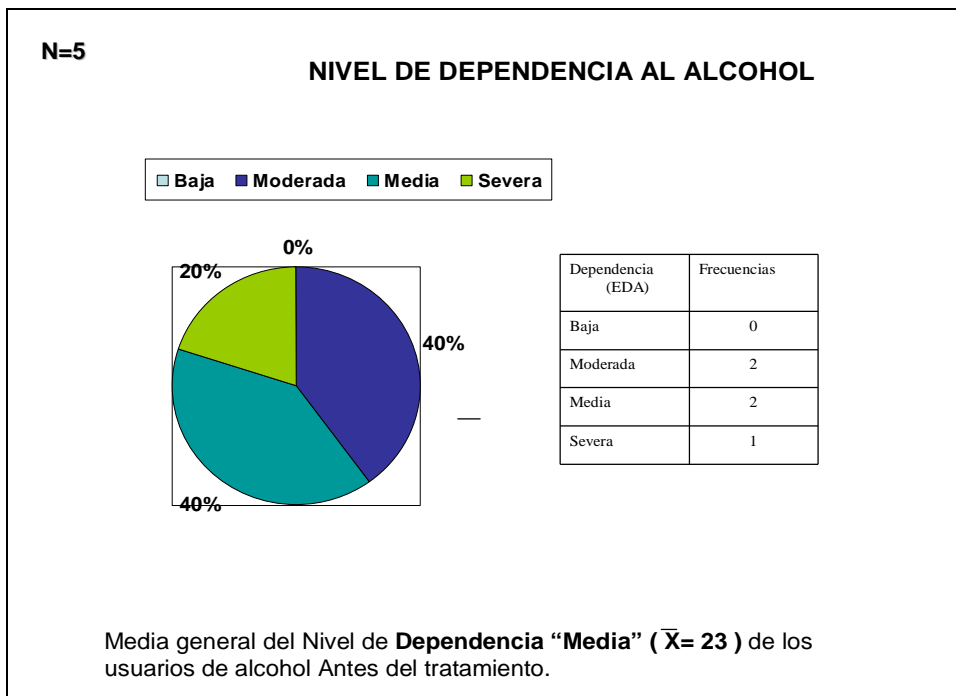
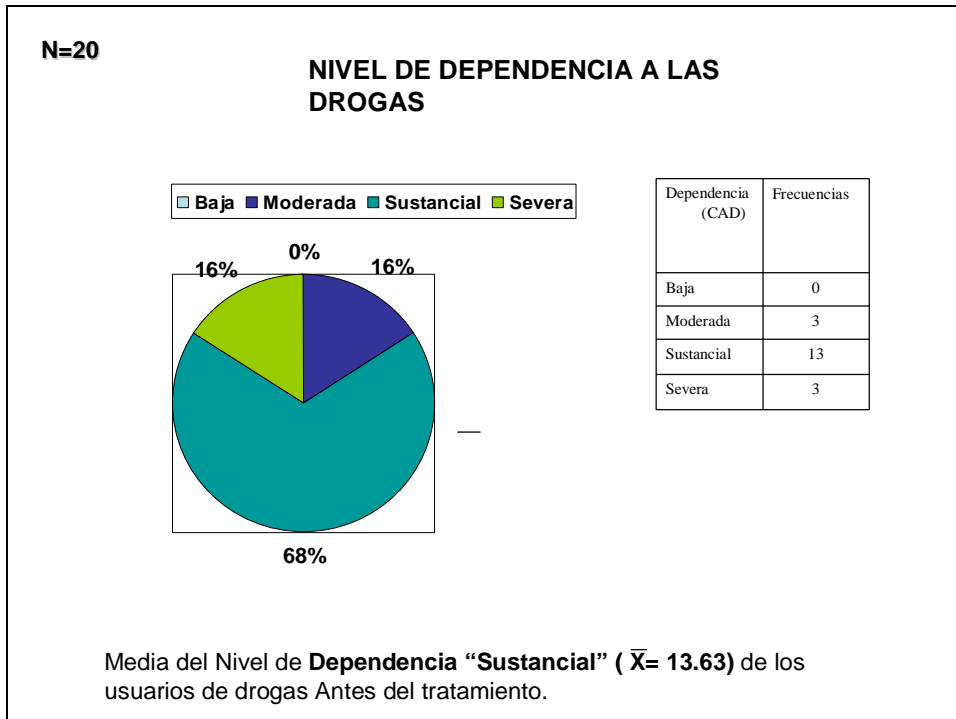
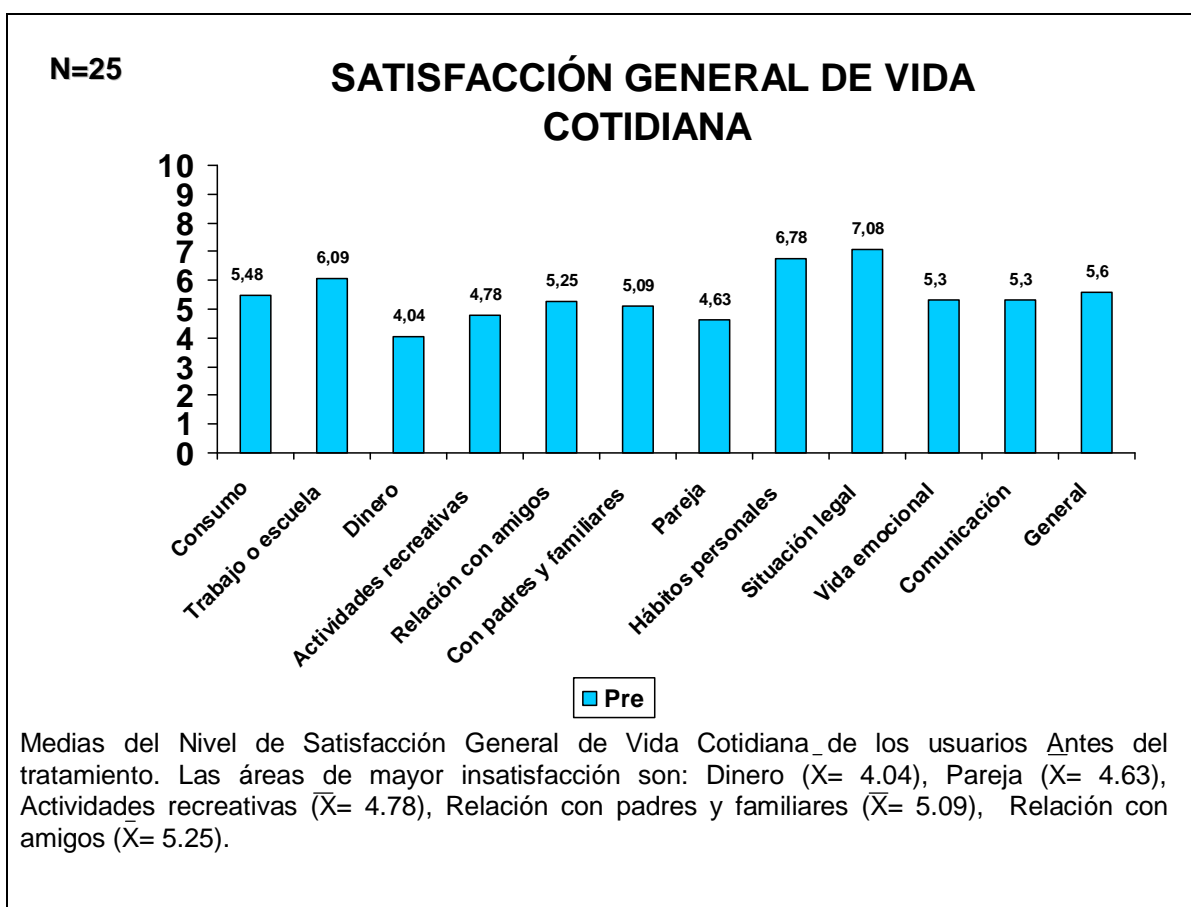


Fig. 8. Muestra el nivel de dependencia a las drogas de 20 usuarios



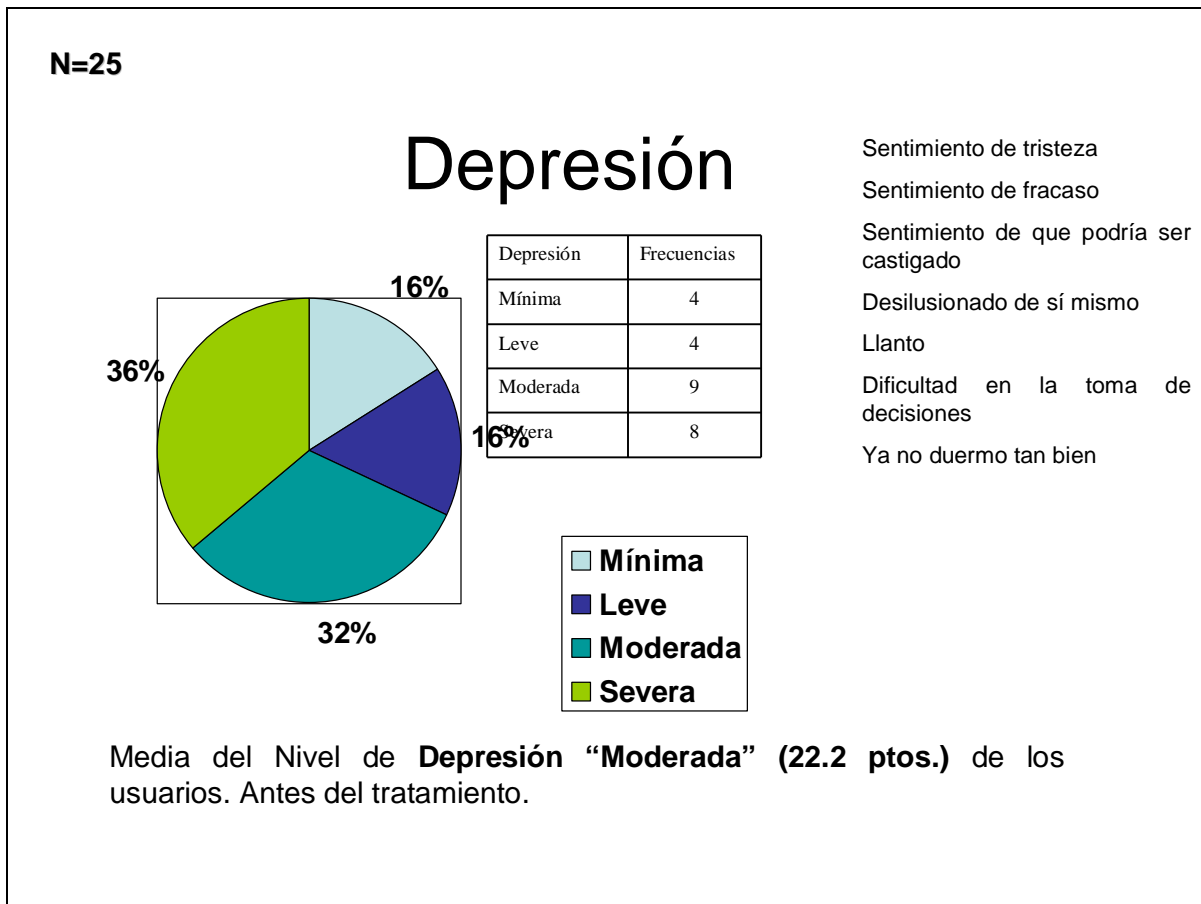
En el nivel de satisfacción de vida cotidiana las áreas con mayor insatisfacción son las siguientes: Manejo del dinero, relación con la pareja, actividades recreativas y relación con padres y familiares con un puntaje de (4.04, 4.63, 4.78 y 5.09 respectivamente), mientras que las demás áreas presentan puntajes entre 5 y 7, lo cual indica que todas presentan insatisfacción relativamente (Ver fig. 9).

Fig. 9 . Muestra el nivel de satisfacción general de vida cotidiana en los 25 usuarios.



El nivel de depresión tiene un porcentaje mayor en la depresión moderada y severa con un 36% y 32% respectivamente (Ver Fig. 10).

Fig. 10. Muestra el nivel de depresión de 25 usuarios.



Mientras que en la ansiedad los mayores puntajes caen en la ansiedad leve y severa, con un porcentaje de 32 y 36 respectivamente (Ver Fig. 11).

Fig. 11. Muestra los niveles de ansiedad de los 25 usuarios.

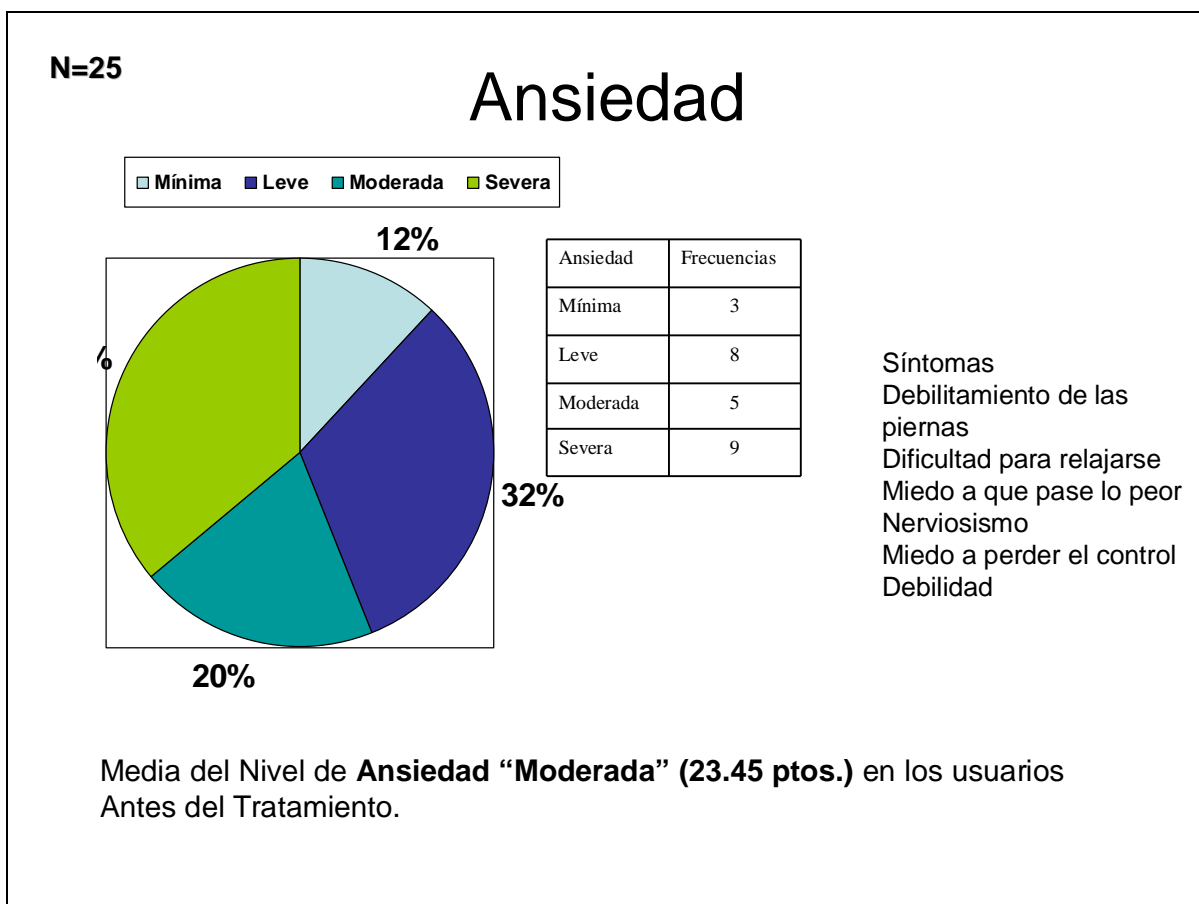


Tabla 2. Muestra los niveles de dependencia tanto al alcohol como a las drogas, el nivel de satisfacción en cada una de las áreas de vida cotidiana y los niveles de depresión y ansiedad.

Dependencia al alcohol (EDA) (%) N=5	Dependencia a las drogas (CAD) (%) N=20	Nivel de Satisfacción de Vida Cotidiana Puntaje 1-10 N=25	Nivel de Depresión (Beck) (%) N=25	Nivel de Ansiedad (Beck) (%) N=25
Baja (0%)	Baja (0%)	Consumo (5.48)	Mínima (16%)	Mínima (12%)
Moderada (40%)	Moderada (16%)	Trabajo y/o escuela (6.09)	Leve (16%)	Leve (32%)
Media (40%)	Sustancial (68%)	Manejo de Dinero (4.04)	Moderada (36%)	Moderada (20%)
Severa (20%)	Severa (16%)	Actividades recreativas (4.78)	Severa (32%)	Severa (36%)
		Relación con amigos (5.25)		
		Relación con padres y familiares (5.09)		
		Relación con la pareja (4.63)		
		Hábitos Personales (6.78)		
		Situación Legal (7.08)		
		Vida Emocional (5.3)		
		Comunicación (5.3)		
		Satisfacción General (5.6)		

## **Discusión y conclusiones de la primera parte de la experiencia profesional en el Programa de satisfactores cotidianos**

Prevalece el consumo de hombres, hay mayor consumo de cocaína que otras drogas, la mayoría son solteros, de nivel secundaria, desempleados, la mayoría son de 26 a 35 años, prevalece el tiempo de consumo de 5-10 años, la mayoría describe su consumo como un gran problema y han tenido otros tratamientos.

En cuanto al nivel de autoeficacia: Las áreas de mayor inseguridad son: Probando autocontrol (23.8%), Emociones desagradables (35.4%), Conflicto con otros (39.4%) y Necesidad física (40.2%).

Los precipitadores para drogas: Necesidad Física (60.75%); Emociones desagradables (58.9%), Probando autocontrol (52.96%) y Presión social (51.54%).

Los precipitadores para alcohol: Probando autocontrol (84%), Presión Social (75.32%), Necesidad Física (74.64%), Emociones agradables (71.26%) y Emociones desagradables (70.9%).

Tomando en cuenta la evaluación en cuanto a precipitadores y nivel de autoeficacia, los componentes que se recomendaría aplicar en las primeras sesiones son: Control emocional, Rehusarse al consumo, Análisis Funcional y Muestra de Abstinencia.

El nivel de depresión está entre moderada y severa, en cuanto al nivel de ansiedad prevalece en la categoría de severa. Por lo cual se insiste en la aplicación del componente de Control emocional en las primeras sesiones.

**b)Segunda parte:** Se presentan los resultados del Programa de Satisfactores Cotidianos en 4 usuarios que concluyeron el tratamiento, presentando una evaluación antes y después de la intervención.

## Participantes

Como se observa en la tabla siguiente, en lo referente a las características sociodemográficas los 4 usuarios son hombres de las siguientes edades de menor a mayor (20,26,34 y 39 años), dos solteros, 1 divorciado y un casado, 3 de ellos con secundaria y uno con licenciatura, con ocupaciones distintas (1 comerciante, 1 obrero, 1 policía y uno que estudia y trabaja como empleado en el cine) (Ver tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los usuarios que concluyeron el PSC

Usuario	Edad	Sexo	Edo. civil	Escolaridad	Ocupación
1	39	Masculino	Divorciado	Secundaria	Comerciante
2	26	Masculino	Soltero	Secundaria	Obrero
3	34	Masculino	Casado	Secundaria	Policía
4	20	Masculino	Soltero	Licenciatura	Estudiante/empleado

## Procedimiento

Como ya se mencionó anteriormente se atendían en el CAIS a usuarios de consulta interna y externa, en este caso el usuario número 1 fue de unidad residencial (consulta interna) a quien se le comenzó a aplicar el programa de tratamiento en la primera semana de ingreso a la institución, aplicando los demás componentes del programa por consulta externa.

Los 3 usuarios restantes fueron de consulta externa quienes asistieron a tratamiento 1 vez por semana, revisando 1 componente de tratamiento en aproximadamente 2 sesiones.



Al inicio del tratamiento a todos se les aplicó por igual las sesiones de admisión y evaluación, aplicando los siguientes instrumentos: para conocer el nivel de dependencia CAD O EDA; para patrón de consumo en el último año la Libare, para medir el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol o drogas el CCS; para conocer las situaciones de consumo tanto de alcohol como de drogas el ISCA o ISCD. También se aplicó el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck para conocer síntomas de dichas escalas y la escala de Satisfacción de vida cotidiana para ver niveles de satisfacción en cuanto a áreas de vida.

El orden de las sesiones fue distinto en cada uno de los usuarios, esto dependía de las necesidades de cada uno de ellos (Ver Tabla 2).

Tabla 2. En la siguiente tabla se mostrará el orden en que se implementaron los componentes del tratamiento en cada uno de los 4 usuarios que concluyeron.

Usuario 1	Usuario 2	Usuario 3	Usuario 4
1. Tristeza 2. Muestra de Abstinencia 3. Análisis Funcional 4. Rehusarse al consumo 5. Metas de vida 6. Enojo 7. Ansiedad 8. Comunicación 9. Solución de Problemas 10. Satisfacción de pareja 11. Habilidades sociales y recreativas 12. Prevención de recaídas	1. Análisis funcional 2. Tristeza 3. Ansiedad 4. Enojo 5. Solución de problemas 6. Metas de vida 7. Comunicación 8. Muestra de abstinencia 9. Rehusarse al consumo 10. Actividades sociales y recreativas 11. Prevención de recaídas	1. Análisis funcional 2. Muestra de abstinencia 3. Rehusarse al consumo 4. Enojo 5. Metas de vida 6. Solución de problemas 7. Tristeza 8. Ansiedad 9. Empleo 10. Satisfacción marital 11. Prevención de recaídas	1. Rehusarse al consumo 2. Análisis funcional 3. Muestra de abstinencia 4. Metas de vida 5. Comunicación 6. Solución de problemas 7. Control emocional 8. Habilidades sociales y recreativas 9. Prevención de recaídas 10. Satisfacción de pareja

## Resultados de la evaluación

En cuanto a los niveles de dependencia de cada usuario, solamente al primero se le aplicó EDA, para observar su nivel de dependencia al alcohol y arrojó un puntaje de 33 lo cual corresponde a una dependencia severa. A los 3 usuarios restantes se les aplicó CAD, arrojando un nivel de (14,16 y 11) de dependencia a las drogas, cayendo en la categoría de sustancial y severa.

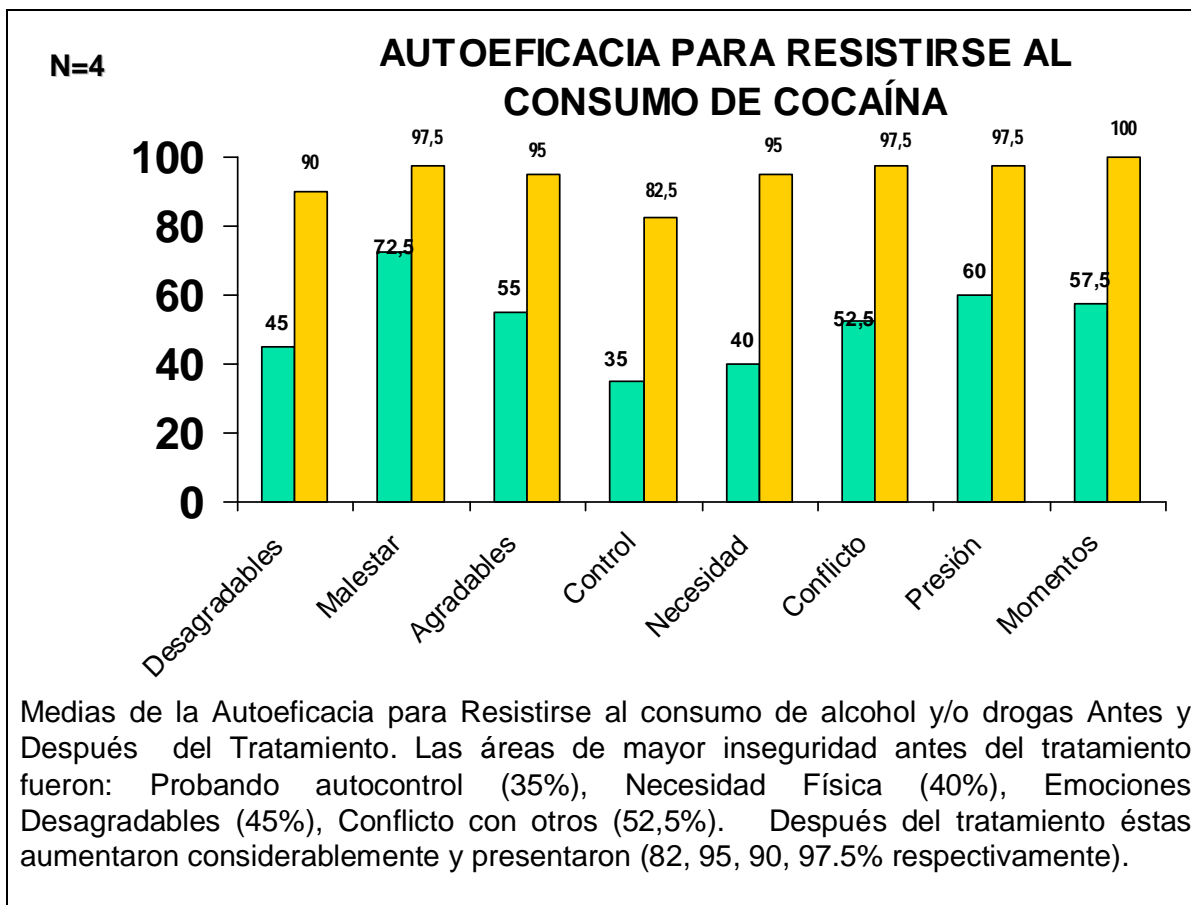
Se les aplicó el Libare para tener el dato del patrón de consumo en el último año, sacando un total anual, promedio semanal, ocasiones de consumo, promedio por ocasión, semanas con consumo y el mayor período de abstinencia (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Muestra el nivel de dependencia y el patrón de consumo de cada usuario

Usuario	Nivel de dependencia (CAD o EDA)	Patrón de consumo (Libare)
1	EDA=33 Severa	Alcohol Total anual= 195 t.e.; promedio semanal=3.75 Ocasiones de consumo=10 Promedio por ocasión=19.5 Semanas con consumo=4 Mayor período de abstinencia=111 días
2	CAD=14 Sustancial	Cocaína Total anual= 11 gramos Promedio semanal=3.8 gr. Ocasiones de consumo=3 Promedio por ocasión=3.8 gr. Semanas con consumo=3 Mayor período de abstinencia=240 días
3	CAD=16 Severa	Cocaína Total anual:13.5 gramos; promedio semanal=2.7 gr. Ocasiones de consumo=6 Promedio por ocasión=2.25 gr. Semanas con consumo=5 Mayor periodo de abstinencia=315 días
4	CAD=11 Sustancial	Marihuana Total anual=140 cigarros Promedio semanal=2.7 Ocasiones de consumo=260 Promedio por ocasión=1.8 Semanas con consumo=47 Mayor periodo de abstinencia=30 días

Se midió el nivel de autoeficacia antes y después del tratamiento en los 4 usuarios, y se puede observar que las mediciones antes del tratamiento son menores a las que se tomaron después del tratamiento, notando que existió un incremento en el nivel de autoeficacia de los 4 usuarios sin excepción (Ver. Fig.1).

Fig. 1. Muestra los niveles de autoeficacia para resistirse al consumo de cocaína de los 4 usuarios antes y después del tratamiento.



Poniendo como ejemplo al usuario número 3, su autoeficacia antes del tratamiento en emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros fue de (10, 100, 20, 10, 70, 30, 70 y 70% respectivamente), mientras que su autoeficacia después del tratamiento aumentó teniendo (80, 100, 90, 80, 90, 100, 100, 100% respectivamente) (Ver tabla 4).

En cuanto a las medias generales de cada reactivo, el nivel de autoeficacia antes del tratamiento fue de la siguiente forma: presentando menor confianza para resistirse al consumo en situaciones como: probando autocontrol, necesidad física, emociones desagradables y conflicto con otros con porcentajes de: 35, 40, 45 y 52.5% respectivamente (Ver fig. 1).

Se presentó mayor confianza antes del tratamiento en las siguientes situaciones: malestar físico, presión social, momentos agradables con otros y emociones agradables con 72.5, 60, 57.5 y 55% respectivamente.

En el resultado de la evaluación después del tratamiento se presentó un aumento en la autoeficacia presentando los siguientes porcentajes: emociones desagradables (90%), malestar físico (97%), emociones agradables 95%, probando autocontrol (82.5%), necesidad física (95%), conflicto con otros (97.5%), presión social (97.5%) y momentos agradables con otros (100%) (Ver fig. 1).

Tabla 4. Muestra los porcentajes en cuanto a cada situación de riesgo: en la columna del CCS, se muestra el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol y/o drogas, en la columna del ISCA muestra las situaciones de consumo de alcohol y en la columna del ISCD muestra las situaciones de consumo de drogas

	Usuario 1 (%)		Usuario2 (%)		Usuario3 (%)		Usuario4 (%)	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
<b>Autoeficacia (CCS)</b>								
Emociones desagradables	30	100	50	90	10	80	100	90
Malestar físico	10	100	80	90	100	100	100	100
Emociones agradables	50	100	50	90	20	90	100	100
Probando Autocontrol	10	100	20	50	10	80	100	100
Necesidad Física	10	100	0	90	70	90	80	100
Conflicto con otros	30	100	50	90	30	100	100	100
Presión Social	50	100	40	100	70	100	80	90
Momentos agradables con otros	10	100	80	100	70	100	70	100

Se calcularon las medias de cada una de las situaciones presentando mayor frecuencia en las siguientes: Conflicto con otros con un 86.5%, emociones desagradables en un 85%, probando autocontrol en un 70% y necesidad física con un 67.5%, mientras que las demás fueron menos frecuentes pero no por eso menos peligrosas: malestar físico con un 64%, emociones agradables con un 59.5%, presión social con un 58% y momentos agradables con otros con un 44.7% (Ver fig. 2).

Fig. 2. Muestra las situaciones de consumo de los 4 usuarios antes del tratamiento.

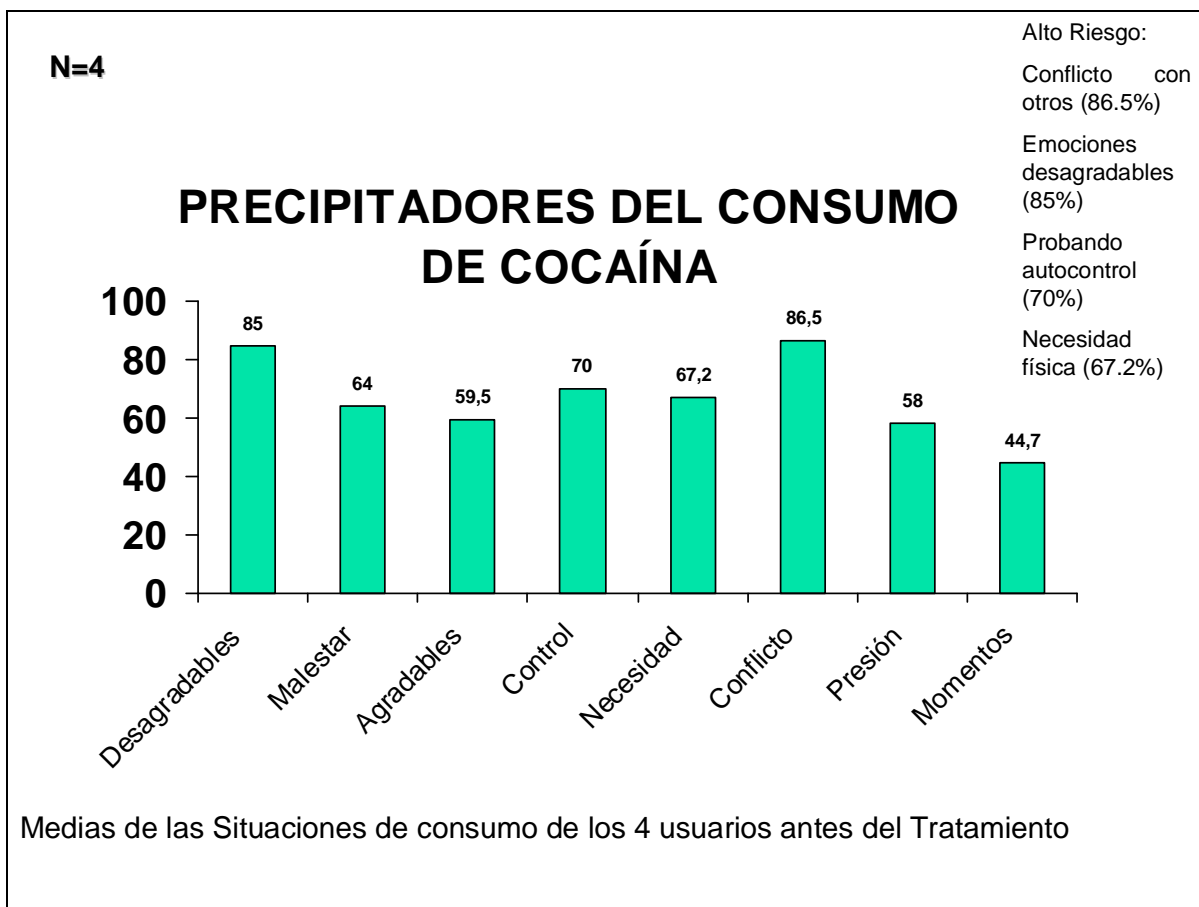


Tabla 5. Muestra los porcentajes de frecuencia de las situaciones de consumo de alcohol y drogas

Situaciones de consumo (ISCD o ISCA)	Usuario 1 (%)		Usuario2 (%)		Usuario3 (%)		Usuario4 (%)	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Emociones desagradables	98	0	96	0	73	0	73	0
Malestar físico	100	0	96	0	30	0	30	0
Emociones agradables	100	0	86	0	26	0	26.6	0
Probando Autocontrol	100	0	60	0	60	0	60	0
Necesidad Física	93	0	66	0	55	0	55.5	0
Conflicto con otros	100	0	90	0	78	0	78.5	0
Presión Social	100	0	26	0	53	0	53.3	0
Momentos agradables	93	0	6.6	0	40	0	40	0

Como se observa en la tabla siguiente en cada uno de los usuarios disminuyó el nivel de depresión, teniendo puntajes de 28, 29, 30 y 6 antes del tratamiento con una media general de 23.5, y después del tratamiento se arrojaron puntajes menores de 2, 3, 5 y 3, con una media de 3.2 (Ver Fig. 3 y 4). El nivel de ansiedad disminuyó en 3 usuarios, sin embargo al restante se le aplicó un ejercicio de relajación en la última sesión de tratamiento, presentando una media general antes del tratamiento de 33.5 y después del tratamiento de 5 puntos (Ver tabla 6).

Tabla 6. Muestra los niveles de dependencia tanto al alcohol como a las drogas, el nivel de satisfacción en cada una de las áreas de vida cotidiana y los niveles de depresión y ansiedad.

Usuario	Nivel de Depresión (Beck)		Nivel de Ansiedad (Beck)	
	PRE	POST	PRE	POST
1	28 Moderada	2 Mínima	55 Severa	2 Mínima
2	29 Moderada	3 Mínima	60 Severa	1 Mínima
3	30 Severa	5 Mínima	12 Leve	15 Leve
4	6 Mínima	3 Mínima	7 Leve	2 Mínima
Medias	23.2	3.2	33.5	5

Fig. 3. Muestra los niveles de depresión antes y después del tratamiento de los 4 usuarios.

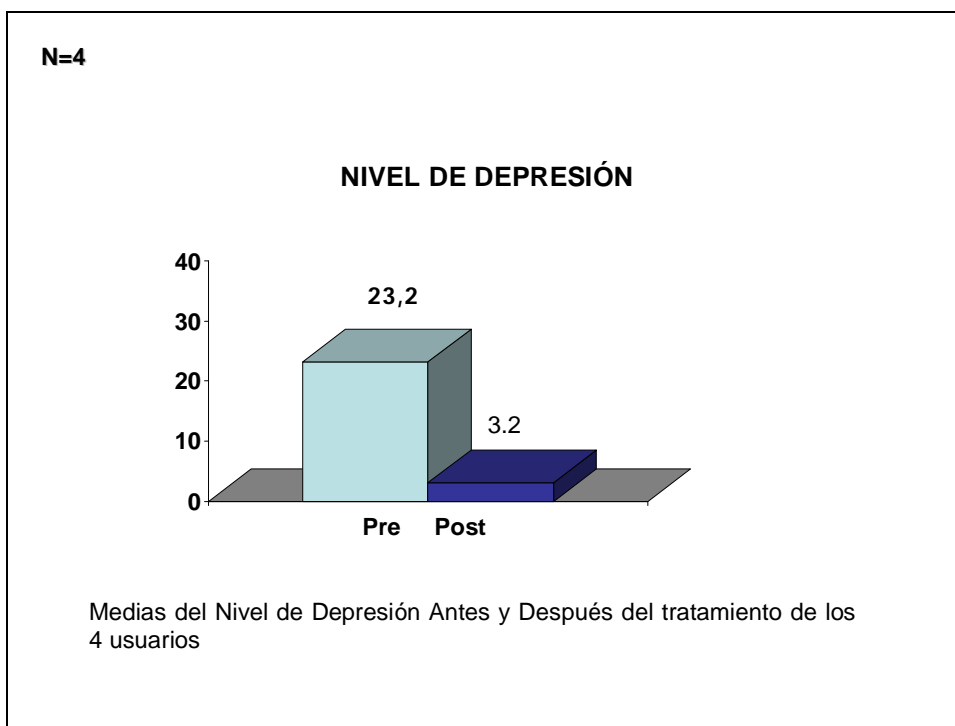
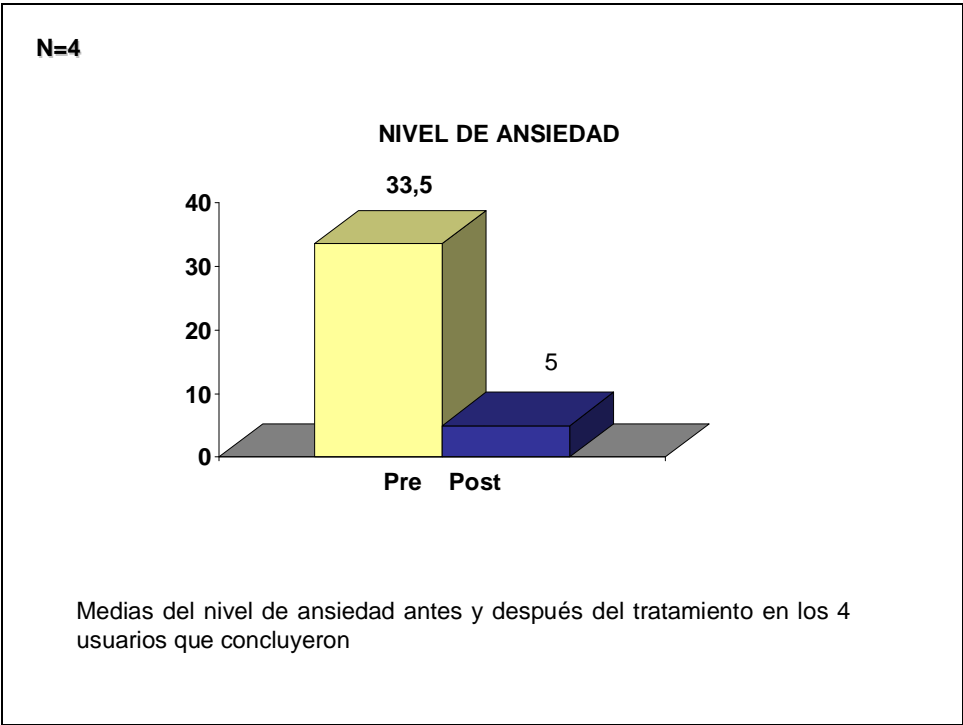


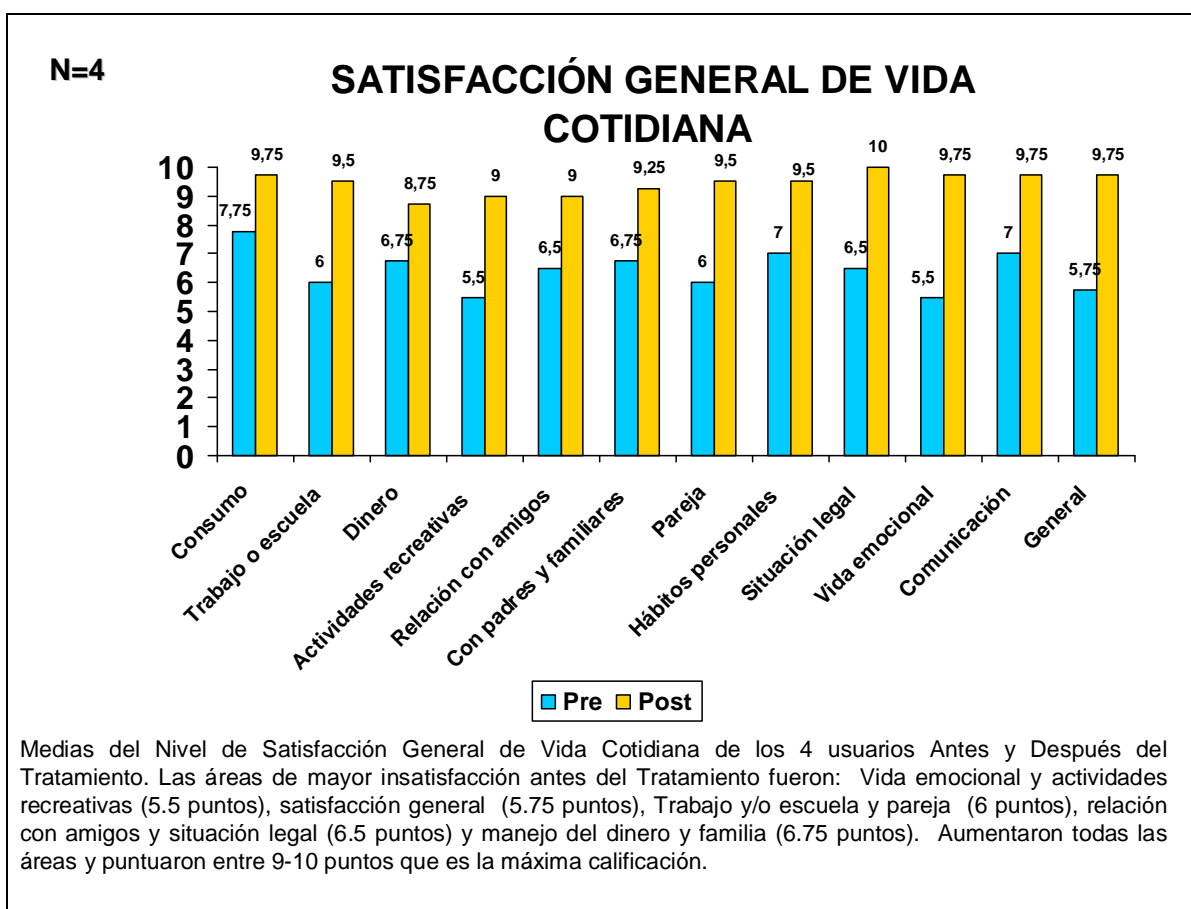
Fig. 4. Muestra los niveles de ansiedad antes y después del tratamiento de los 4 usuarios.





Con respecto a los puntajes de satisfacción de vida se puede observar que antes del tratamiento la media general de satisfacción de los 4 usuarios caía en puntajes de 5-7 aproximadamente, por lo que las áreas de mayor insatisfacción fueron las siguientes: Vida emocional y actividades recreativas con 5.5 puntos, satisfacción general con 5.75 puntos, Trabajo y/o escuela y pareja con 6 puntos, relación con amigos y situación legal con 6.5 puntos y manejo del dinero y familia con 6.75 puntos (Ver Fig. 5).

Fig. 5. Muestra los niveles de satisfacción general de vida cotidiana en los 4 usuarios, antes y después del tratamiento.



Las áreas con mayor satisfacción antes del tratamiento fueron: consumo (7.75 puntos), hábitos personales y comunicación (7 puntos cada una) (Ver fig. 5).

Se puede observar un notable aumento de la satisfacción de cada área de acuerdo a las medias, presentando los siguientes puntajes: consumo (9.75 puntos); trabajo y/o escuela (9.5), manejo del dinero (8.75), actividades recreativas (9), relación con amigos (9), relación con la familia (9.25), pareja y hábitos personales (9.5 puntos cada uno), situación legal (10), vida emocional (9.75), comunicación (9.75) y satisfacción general (9.5 puntos) (Ver tabla 7).

Tabla 7. Muestra el nivel de satisfacción de cada área antes y después del tratamiento en cada uno de los usuarios

Satisfacción de vida	Usuario 1		Usuario 2		Usuario 3		Usuario 4	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Consumo	2	10	8	10	10	9	9	10
Trabajo	2	10	9	10	10	9	7	9
Dinero	2	9	10	10	10	9	5	7
Actividades recreativas	3	9	8	10	5	8	6	9
Relación con amigos	3	9	8	10	7	8	8	9
Relación con padres y familiares	3	10	9	10	7	8	8	9
Pareja	3	10	9	10	7	9	5	9
Hábitos personales	3	10	8	10	8	9	9	9
Situación legal	1	10	8	10	10	10	7	10
Vida emocional	1	10	7	10	7	9	7	10
Comunicación	3	10	9	10	8	9	8	10
Satisfacción general	1	10	8	10	7	9	7	9

## **Discusión y conclusiones de la segunda parte experiencia profesional en el Programa de Satisfactores Cotidianos**

Se observa que en los cuatro usuarios que finalizaron el Programa de Satisfactores Cotidianos, se encuentran en una etapa en la cual llevan una vida productiva, es decir que deben insertarse de alguna forma en el terreno laboral, los 4 son hombres de entre 20-40 años, sin embargo el programa también tiene impacto en mujeres.

Por lo que se observa el programa demuestra mayormente su impacto en usuarios de consulta externa, ya que en escenarios naturales es donde tienen oportunidad de aplicar las habilidades que aprenden en las sesiones de tratamiento. Aunque con el usuario número 1 también se detectó una ventaja al estar en unidad residencial (internamiento durante 40 días) porque pudo aprender a controlar su enojo y su tristeza, antes de que cumpliera su internamiento. Así su estancia ayudó como contención y se presentó la oportunidad de trabajar con los componentes de control emocional.

El orden en que se aplicó cada componente del programa fue distinto en función de la problemática con que el usuario llegaba a sesión, lo cual habla de que el programa es flexible y es útil en casi cualquier tipo de problemática que presenten usuarios crónicos.

Se trabajó principalmente con usuarios de alcohol, cocaína y marihuana, por lo cual se observa que son sustancias con altos índices de consumo y drogas preferidas por la población mexicana actualmente (ENA, 2008).

La áreas en las cuales presentaron menor autoeficacia para resistirse al consumo fueron las siguientes: Probando autocontrol, necesidad física, emociones desagradables y conflicto con otros. Por otro lado, las situaciones en las que fue

más frecuente el consumo fueron: conflicto con otros, emociones desagradables, probando autocontrol y necesidad física.

El nivel de autoeficacia aumentó en la evaluación que se realizó después de programa de intervención, así como también disminuyeron las situaciones de consumo de los cuatro usuarios, lo cual predice en gran medida que en los seguimientos no existan recaídas.

El nivel de depresión disminuyó en los cuatro usuarios después del término del tratamiento, teniendo 23.5 antes del tratamiento y 3.2 después de este. En cuanto al nivel de ansiedad disminuyó en tres de los usuarios teniendo una media general de 33.5 antes del tratamiento y 5 después de este.

Las áreas de vida de mayor insatisfacción fueron las siguientes de mayor a menor insatisfacción: vida emocional, actividades recreativas, satisfacción general, trabajo y/o escuela, relación de pareja, relación con amigos, situación legal, manejo del dinero y relaciones familiares.

### **Conclusiones generales y sugerencias**

Se recomienda a nuevas generaciones la utilización de la modalidad grupal en internamiento, para una mayor costo-efectividad. Así se atenderán mayor cantidad de usuarios en un tiempo menor en comparación con la terapia individual.

El trabajo multidisciplinario presenta una gran ventaja por la colaboración de psiquiatría la cual es indispensable en el trabajo con usuarios crónicos, así como también la ayuda de terapia familiar la cual contempla a la familia como un elemento importante en la recuperación de los usuarios.

Existe la necesidad de crear una base de datos que presente continuidad con nuevas generaciones para así hacer análisis más consistentes y con muestras más representativas.

## V. REPORTE DE CASO

El reporte de caso se centra en describir características de uno de los cuatro usuarios crónicos que terminaron el tratamiento en el “Programa de Satisfactores Cotidianos” y que fue exitoso en el mantenimiento de abstinencia del usuario, así como también incrementó su nivel de autoeficacia para resistirse al consumo, su nivel de satisfacción en varias áreas de vida, y disminuyó el nivel de ansiedad y depresión.

En primer lugar se muestra un resumen de caso presentando los datos sociodemográficos del usuario; el motivo de consulta, sus motivadores al cambio, su patrón de consumo, sus principales precipitadores, su nivel de autoeficacia, su nivel de satisfacción de vida en algunas áreas, su nivel de depresión y ansiedad al inicio del tratamiento y las consecuencias negativas en diferentes áreas de vida así como también la inclusión al tratamiento.

En la segunda parte se muestra el desarrollo del programa de tratamiento (PSC) , en el cual primeramente se describe un flujograma, es decir, el orden de la aplicación de los componentes del programa de intervención y algunos de los ensayos conductuales que se trabajaron en cada uno de los componentes del programa, para ejercitar en aprendizaje y dominio de las habilidades cognitivo-conductuales y favorecer su abstinencia.

Por último se presentan comparaciones entre la evaluación del pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimientos, presentando los datos arrojados por los instrumentos de medición.

## **Resumen de caso**

En cuanto a las **características sociodemográficas**, es un usuario de sexo masculino, de 26 años de edad, su estado civil es soltero, su escolaridad es secundaria y su ocupación es obrero. **El motivo de consulta** fue: “Vengo por mi adicción a las drogas”, sus motivadores al cambio fueron “Por los problemas que ocasiona la droga y ocasiono, y menciona que hay otras posibilidades de vida.

En cuanto a su historia de consumo, comenzó a consumir cocaína a los 20 años aproximadamente, constituyéndose a los 22 años en un consumo excesivo, siendo de inicio el consumo de alcohol antecedente para el consumo de cocaína y representa la sustancia principal de consumo, al inicio la frecuencia en el consumo de cocaína fumada era de cada 15 días, al mes. Es importante señalar que con mayor frecuencia el consumo de alcohol antecedió el de la cocaína.

Posteriormente consumía “ por todo y por nada”, ingiriendo diariamente 2 gramos por ocasión de consumo. A los 21 años lo internaron en un anexo durante 3 meses, ahí experimentó consumiendo crystal y perdió mucho peso. Al salir del anexo reinició el consumo durante 1 año, por lo que lo volvieron a internar 3 meses en un anexo y se mantuvo 4 meses adicionales en los que realizó actividades de servicio en las que podía entrar y salir del anexo. Finalmente decidió abandonar el anexo debido a que considera que hay jefes del lugar que se aprovechan de la gente.

Asistió durante 1 año y 8 meses a un grupo A.A. logrando abstenerse. En la recaída consumió en grandes cantidades hasta 10 gramos aproximadamente, iniciando de las 12 hasta las 3 de la mañana. Reinicia su abstinencia durante 1 año y vuelve a presentar recaída similar a la anterior y vuelve a mantenerse en abstinencia durante 1 año.

Desde el año hasta el presente acontecen las últimas 3 recaídas en las cuales existe consumo de alcohol y cocaína, consume 3 t.e. y consumos de 10 gramos por ocasión aproximadamente de 12 a 3 de la mañana aproximadamente.

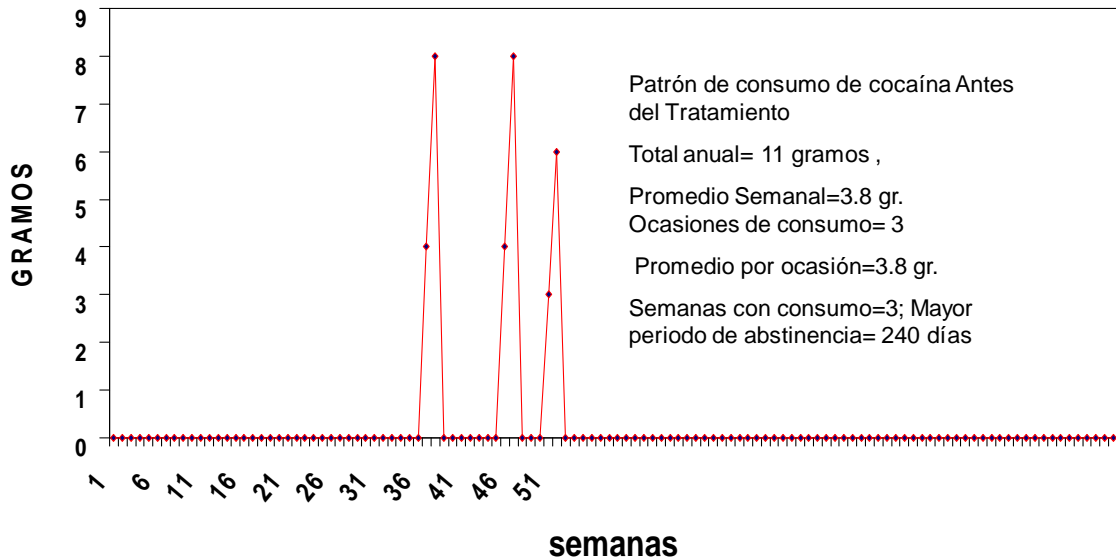
Al inicio del tratamiento se efectuaron las sesiones de admisión y evaluación, aplicando los siguientes instrumentos: entrevista conductual para identificar la percepción de la severidad del consumo y algunos datos generales, para conocer el nivel de dependencia CAD; para patrón de consumo en el último año la Libare, para medir el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol o drogas el CCS; para conocer las situaciones de consumo de drogas el ISCD. También se aplicó el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck para conocer el nivel de estos trastornos y sus síntomas asociados y la escala de Satisfacción de vida cotidiana para medir los niveles de satisfacción en cuanto a su funcionamiento en las diferentes áreas de vida.

El nivel de dependencia y su patrón de consumo antes de tratamiento fue el siguiente: presentó 14 puntos en el CAD, lo cual quiere decir dependencia sustancial, en cuanto a su patrón de consumo 1 año antes del tratamiento, tuvo un total anual de 11 gramos, un promedio semanal de 3.8 gramos, 3 ocasiones de consumo, un promedio por ocasión de 3.8 gramos, en los cuales tuvo 3 semanas de consumo y su mayor periodo de abstinencia fue de 240 días (Ver Fig 1).

Fig 1. Muestra la frecuencia y cantidad del consumo de cocaína del caso CAC durante un año antes del tratamiento, que se obtuvo del instrumento de medición LIBARE.

**CASO  
(CAC)**

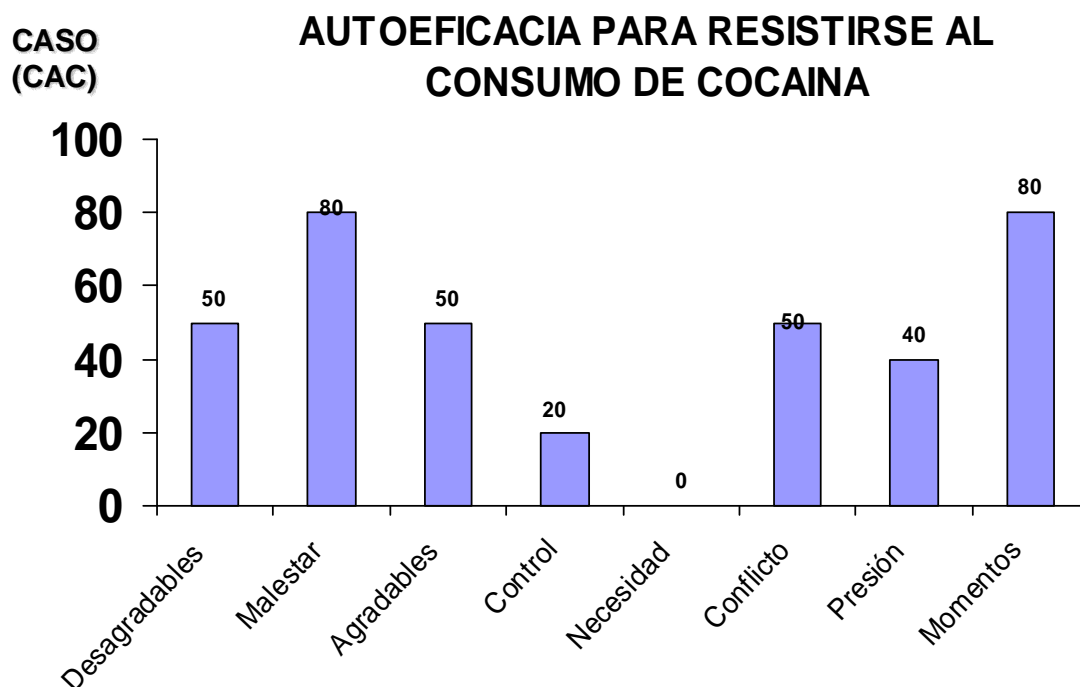
### Patrón de consumo de cocaína





En cuanto al nivel de autoeficacia antes del tratamiento se observó que las áreas de mayor inseguridad para resistirse al consumo fueron las siguientes: Necesidad física con un 0 % de seguridad para resistirse al consumo, probando autocontrol (20%), presión social (40%), emociones desagradables, emociones agradables y conflictos con otros con un (50%).

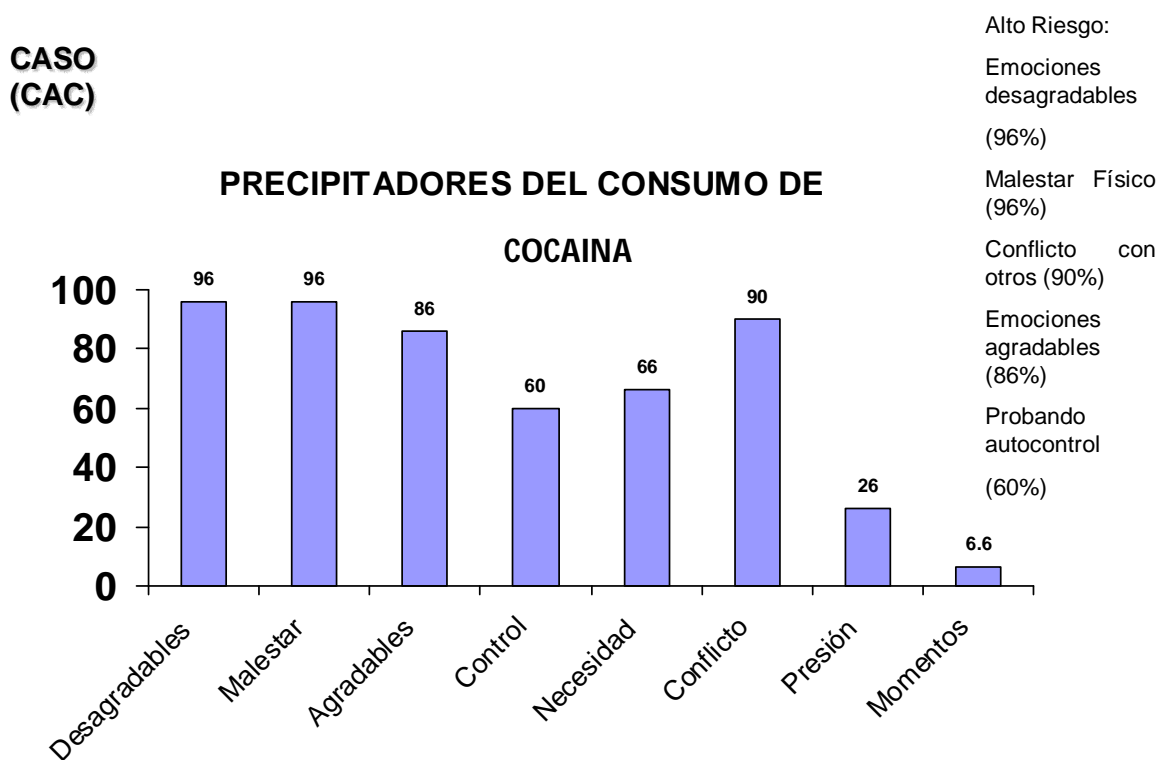
Fig.2. Muestra el porcentaje de nivel para resistirse al consumo de cocaína en el caso CAC que se obtuvo del instrumento de medición del CCS.



Autoeficacia para Resistirse al Consumo de Cocaína en el Usuario **CAC** Antes del Tratamiento. Las áreas de mayor inseguridad son: Necesidad Física (0%), Probando autocontrol (20%), Presión social (40%), Emociones Desagradables, Emociones Agradables y Conflicto con Otros (50%)

Los principales precipitadores para el consumo de cocaína en el usuario fueron los siguientes: emociones desagradables con un 96%, malestar físico (96%), conflicto con otros (90%), emociones agradables (86%) y probando autocontrol (60%)(Ver fig.).

Fig. 3. Muestra los porcentajes de las situaciones precipitadoras del consumo de cocaína del caso CAC, que se obtuvieron del ISCD.



Situaciones Precipitadores del Consumo de Cocaína en el Usuario **CAC** Antes del Tratamiento.

En cuanto al nivel de satisfacción general de vida cotidiana, las áreas de mayor insatisfacción fueron las siguientes: Vida emocional con 7 puntos como nivel de satisfacción, actividades recreativas, relación con amigos, hábitos personales y situación legal con 8 puntos.

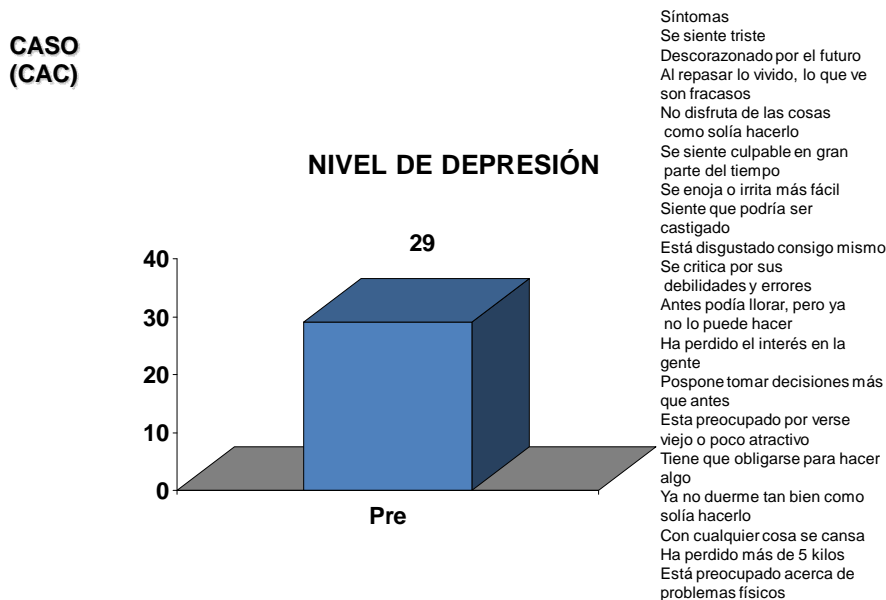
Fig. 4. Muestra los niveles de satisfacción en cada una de las áreas de vida que mide el Cuestionario de Satisfacción General de Vida Cotidiana.



Nivel de Satisfacción General de Vida Cotidiana del usuario **CAC** Antes del tratamiento. Las áreas de mayor insatisfacción son: Vida Emocional (7 puntos), Actividades recreativas, Relación con amigos, Hábitos personales, Situación Legal (8 puntos)

Su nivel de depresión resultó ser “Moderada” con 29 puntos y presentó los siguientes síntomas: Se siente triste, descorazonado por el futuro, al repasar lo vivido lo que ve son fracasos, no disfruta de las cosas como solía hacerlo, se siente culpable en gran parte del tiempo, se enoja o irrita más fácil, siente que podría ser castigado, está disgustado consigo mismo, se critica por sus debilidades y errores, antes podía llorar, pero ya no lo puede hacer, ha perdido el interés en la gente, pospone tomar decisiones más que antes, está preocupado por verse viejo o poco atractivo, tiene que obligarse para hacer algo, ya no duerme tan bien como solía hacerlo, con cualquier cosa se cansa, ha perdido más de 5 kilos y está preocupado acerca de problemas físicos.

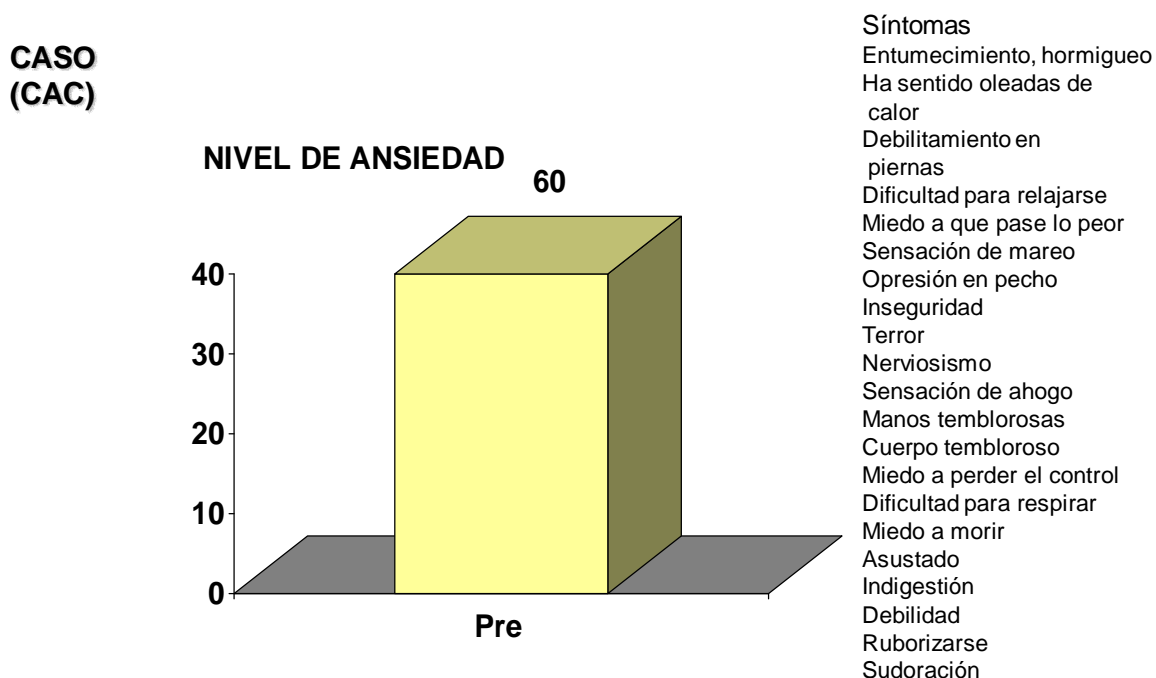
Fig. 5. Muestra el nivel de Depresión del caso CAC y los síntomas que se obtuvieron del Inventario de Depresión de Beck



Nivel de Depresión “Moderada ” (29 puntos) del Usuario CAC. Antes del tratamiento.

Su nivel de ansiedad fue “Severa” con 60 puntos y presentó los siguientes síntomas: Entumecimiento, hormigueo, ha sentido oleadas de calor, debilitamiento en piernas, dificultad para relajarse, miedo a que pase lo peor, sensación de mareo, opresión en pecho, inseguridad, terror, nerviosismo, sensación de ahogo, manos temblorosas, cuerpo tembloroso, miedo a perder el control, dificultad para respirar, miedo a morir, asustado, indigestión, debilidad, ruborizarse y sudoración.

Fig. 6. Muestra el nivel de Ansiedad y los síntomas que presentó el caso CAC que se obtuvieron del Inventario de Beck de Ansiedad.



Nivel de **Ansiedad “Severa ” (60 pts.)** en el Usuario CAC Antes del Tratamiento.

Debido a los niveles de ansiedad y depresión antes del tratamiento se canalizó a valoración psiquiátrica para recibir tratamiento integral por problema dual, en la valoración psiquiátrica se le prescribió fluoxetina.

Las consecuencias negativas en áreas de vida como: la interpersonal, física, emocional, legal, en el trabajo y a nivel financiero por el consumo del usuario se pueden observar en la siguiente tabla:

AREA DE VIDA	CONSECUENCIAS
Interpersonal	Rechazo de su familia, sufrimiento, se desvelan por esperarlo, reclamos por su parte, pérdida de la confianza, riñas, pérdida de pareja
Física	Cruda física, sudoración, nerviosismo, bajar de peso, insomnio, lagunas mentales, internamiento
Emocional	Culpabilidad, cruda moral, depresión, paranoia, ansiedad
Trabajo	Faltas, se retiraba del trabajo sin aviso, en 2 ocasiones perdió el empleo, llamadas de atención, conflicto con la autoridad, incumplimiento de actividades
Financiero	Gasto excesivo, dinero destinado a otra cosa se iba en el consumo, deudas

En cuanto a la [inclusión al tratamiento](#) el usuario presenta una dependencia sustancial con 14 puntos, consumía 3.8 gr. De cocaína por ocasión de consumo, tenía problemas en al menos 3 áreas de vida, además contaba con 2 internamientos a anexos de Alcohólicos Anónimos.

## ***Programa de Tratamiento (PSC) Programa de Satisfactores Cotidianos***

El flujograma o el orden en que se presentaron los componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos fue el siguiente:

<b>Componentes</b>	
1	<b>Análisis Funcional</b>
2	<b>Tristeza</b>
3	<b>Ansiedad</b>
4	<b>Enojo</b>
5	<b>Solución de Problemas</b>
6	<b>Metas de vida</b>
7	<b>Comunicación</b>
8	<b>Muestra de Abstinencia</b>
9	<b>Rehusarse al consumo</b>
10	<b>Habilidades sociales y recreativas</b>
11	<b>Prevención de recaídas</b>

En cada uno de los componentes del tratamiento, se realizaron ensayos conductuales y registros de ocurrencia mediante los que se facilitaba la recuperación de los usuarios. A continuación se menciona lo que se trabajó en la aplicación de las estrategias en escenarios naturales con el usuario 2 en los distintos componentes.

En el análisis funcional de la conducta del consumo se puede observar lo que ocurre antes (precipitadores), después se describe la conducta de consumo poniendo cantidad y periodo de consumo más frecuente y lo que ocurre después (las consecuencias) tanto positivas, como negativas, así el usuario logra darse cuenta de las consecuencias después de haber consumido.

**Tabla 1. Componente de análisis funcional de la conducta de consumo.**

Precipitadores	Conducta	Consecuencias positivas	Consecuencias negativas
<p>Regularmente se encuentra solo, en casa y en la tarde. Sus pensamientos son: quiero consumir, lo necesito. Lo que siente es sudoración, nerviosismo y ganas de vomitar. Las emociones que presenta son frustración, miedo, soledad y tristeza</p>	<p>Consume piedra de 8-10 gramos en un periodo de 8-10 horas</p>	<p>Le agrada consumir solo porque nadie lo ve y nadie lo molesta, y así no es juzgado. Lo hace en casa porque siente confianza y seguridad de que nadie le va a decir nada. Consume en la tarde porque las frustraciones le llegan a esa hora, entonces el consumo hace que se olviden por un tiempo</p>	<p>A nivel interpersonal siente rechazo de su familia, sufrimiento por su parte, se desvelan y le hacen reclamaciones. A nivel físico, siente cruda física, sudoración, nerviosismo, baja de peso. A nivel emocional existe culpabilidad, cruda moral, depresión y paranoia. En el trabajo falta, y abandono por el consumo. A nivel financiero existe un gasto excesivo y el dinero destinado a otra cosa se va en el consumo. Otro: Problemas con la autoridad en general</p>



En este mismo componente se realiza una cadena conductual en la cual se le muestra al usuario como podría romper la cadena de consumo desde el inicio de ésta, y como es más sencillo que al final.

En la siguiente cadena conductual el usuario reportó que había consumido 11 papeles, que equivale a 2.5 gramos de cocaína aproximadamente.

#### CADENA DE CONSUMO

Precipitador 1	Precipitador 2	Precipitador 3	Precipitador 4
Soledad	Pensamiento de “no tengo la capacidad para lograr no consumir”	Beber una cerveza	Ir al lugar donde la venden

#### CADENA DE CAMBIO

Precipitador 1	Precipitador 2	Precipitador 3	Precipitador 4
<p>Pensar: “Sé que no estoy solo, tengo gente a mi alrededor, la relación de pareja se puede dar después, poco a poco”</p> <p>Buscar a alguien de su familia, a un compañero del grupo A.A y platicar con ellos.</p> <p>Arreglar las camionetas, caminar o hacer ejercicio</p>	<p>No necesito la droga o el alcohol para estar bien o arreglar un problema.</p> <p>Platicar con alguien que esté pasando por lo mismo.</p> <p>Pensar en lo diferente que era mi vida en los lapsos de abstinencia.</p>	<p>Tomar líquidos para quitarse la sed.</p> <p>Evitar los lugares y a las personas que beben.</p>	<p>Pensar: “si puedo vivir sin la sustancia, me puedo alejar del lugar.</p> <p>Tratar de buscar a una persona del grupo A.A. que haya pasado por lo mismo.</p>

En la segunda parte del análisis funcional, se describe una conducta que compita con el consumo, en este caso se optó por la conducta de caminar, como se muestra en la siguiente tabla, por lo cual el usuario se daba cuenta que presentaba mayores consecuencias positivas, que aunque eran a mediano plazo, se notaba un avance en la mejora de su estilo de vida.

**Tabla 2. Componente de análisis funcional de la conducta de no consumo.**

Precipitadores	Conducta	Consecuencias negativas	Consecuencias positivas
<p>Se encuentra solo en el módulo por las tardes</p> <p>Pienso en distraerme para no pensar en consumir, quiero liberarme de la tensión.</p> <p>Siento nerviosismo, sudoración en las manos.</p> <p>Las emociones son ansiedad e irritabilidad.</p>	<p>Caminar 2 veces por semana cuando sienta la necesidad, después de las 6 pm. De 30 a 40 minutos.</p>	<p>A lo mejor que tardaría un poco más tranquilizarse</p>	<p>Interpersonal: Tendría una mejor convivencia con su familia, y no se preocuparían.</p> <p>Física: Mayor salud, se liberarían toxinas, dejar de fumar, evitar el sobrepeso, mejor trabajo para el corazón</p> <p>Emocional: Calmaría la ansiedad de consumir, cambiaría sus pensamientos, disminuiría la irritabilidad.</p> <p>Trabajo: Estaría menos tenso en el lugar de trabajo, no le molestaría tanto lo que le dijeran en cuanto a su desempeño.</p>

El siguiente componente que se trabajó fue de control emocional, comenzando con manejo de tristeza. Por lo cual se llenó un formato en donde se describe la situación que generó tristeza, se le pide al usuario que califique su nivel de tristeza del 1 al 10, que hizo, los resultados que obtuvo y el nivel de tristeza después de haber aplicado alguna estrategia que se le enseñó durante la sesión. Lo cual se nota una disminución en el nivel de tristeza cuando aplica las estrategias, se nota que aumenta la efectividad cuando acompaña una estrategia cognitiva a cada estrategia de tipo conductual.

**Tabla 3. Componente de control de tristeza.**

Situación (Con qué personas y en qué lugar)	Nivel de tristeza	Estrategia utilizada	Resultados obtenidos	Nivel de tristeza
No merezco que me quieran Estoy solo En casa con mamá y hermanas	8	Pensar “soy muy duro conmigo mismo en pensar que no merezco que me quieran, mi familia me quiere por el simple hecho de ser parte de ella”. Platicar con algún miembro de A.A. de la situación, evitar escuchar música que me ponga triste, escuchar rock. No estoy solo, tengo el apoyo de muchas personas.	Me siento mejor, ya no pienso tan pesimista	4
Dios no me ayuda, volví a consumir, no vale la pena, todo lo que hago son	9	El único problema que tengo yo me lo causo y lo puedo dejar de hacer, continuar con mis actividades, ir al	Siento que tengo más control y aunque haya recaída no es tarde	2

destrozos, para qué me levanto de la cama		grupo, ir a la terapia, a caminar		
---	--	--------------------------------------	--	--

Enseguida se trabajó con manejo de ansiedad, por lo cual se describen 2 situaciones, que generaron esta emoción.

**Tabla 4. Componente de control de ansiedad.**

<b>Situación (Con qué personas y en qué lugar)</b>	<b>Nivel de ansiedad</b>	<b>Estrategia utilizada</b>	<b>Resultados obtenidos</b>	<b>Nivel de ansiedad</b>
Estar tranquilo y no tener problemas. Se encuentra en casa con su mamá	9	Evitar estar solo y pedirle a su mamá que se quede con él. Pensar en consecuencias del consumo, que ya no le genera placer, sino al contrario, se acordó de la respiración profunda pero no la realizó	Evitó consumo y disminuyó la ansiedad	1
Recordar los momentos en que consumía y se sentía orgulloso de hacerlo, ganas de hacerlo. Estaba con amigos consumidores en la feria	8	Se fue del lugar, con una amiga no consumidora. Pensó "no voy a conseguir nada." Escuchar situaciones que han vivido personas de A.A., qué consecuencias han tenido por el consumo	Evitar consumir, sentirse bien consigo mismo y alejarse de las personas que le provocan consumir	1

En el manejo del enojo, se describen igualmente 2 situaciones a continuación:

**Tabla 5. Componente de control de enojo.**

Situación (Con qué personas y en qué lugar)	Nivel de enojo	Estrategia utilizada	Resultados obtenidos	Nivel de enojo
Enojo por falta de dinero en la semana, se encuentra en casa	9	No puedo hacer nada de forma inmediata. Fue a la feria "San José y se subió a los juegos peligrosos que le generan adrenalina	Satisfecho de hacer una actividad diferente, sin consumir	2
Le dijo a una persona que le renta el local, que se saliera porque se encontraba consumiendo alcohol, el le respondió que no lo iba a hacer "Hazle como puedas	10	Le comentó a su mamá para que le ayudara a solucionar el problema. Ver consecuencias de llegar a la violencia, pensar que lo podían demandar, le iban a hacer algo a mi familia, ver que tenía que hacer las cosas bien	Pensar en una solución más detenidamente	4

El registrar la ocurrencia de cada emoción, es de gran utilidad porque se conoce que las emociones desagradables son precipitadores del consumo de sustancias, así como también consecuencias del consumo, así en su disminución es menos probable que el usuario presente alguna recaída.

Al percatar la necesidad de resolver el problema con la persona con quien tuvo el conflicto sobre el desalojo del local, se prosiguió al componente solución de problemas donde se plantearon alternativas. Por lo cual se siguieron una serie de pasos necesarios para la solución del problema.

Se planteó la pregunta inicial ¿Cuál es el problema?

“Que no quieren desalojar el local y que es molesto que no quieran acatar reglas y tomar una autoridad que no les corresponde”

Se plantearon varias opciones para resolver el problema

Opción 1: Hablar con la persona y arreglar la situación como un acuerdo

Opción 2: Resolverlo por la vía legal.

Opción 3: Hacer un contrato con cláusulas

Opción 4: Llegar a los golpes

De cada una de las opciones se revisaron ventajas y desventajas:

**Tabla 6: Componente de Solución de Problemas.**

Opción	Ventajas	Desventajas
1. Hablar con la persona y arreglar la situación llegando a un acuerdo	Se llegaría a un acuerdo, sin ponernos agresivos, comprendería la situación tomando en cuenta las 2 partes, intercambiaría opiniones	Que no entendiera su punto de vista, que hablando se enojaran y llegaran a los golpes. No estar tranquilo si no se soluciona, seguir con el enojo.
2. Resolverlo por la vía legal	Así tendría un antecedente que me ampare Si no tiene comprobantes de pago, tendría que pagar	Invertir dinero, tiempo Estar con molestias por el proceso legal
3. Hacer un contrato con cláusulas	Se prohibirían las situaciones que le molestan. Respetaría la autoridad porque él no la tiene, porque no es el dueño.	Sería poco flexible

4.Llegar a los golpes	Ninguna	Me quedaría remordimiento "Porque lo hice" se agrava la situación, se afectaría toda la familia porque lo podrían demandar.
-----------------------	---------	---

Al tomar en consideración las ventajas y desventajas de cada opción el usuario tomó la decisión de la primera opción y se contestó a la pregunta de cómo la llevaría a cabo?

Al fin de todo el conflicto el hermano habló con la persona que le renta el local y le dijo su molestia, a lo cual el expresó entendimiento y le pidió otra oportunidad y llegó al acuerdo de que ya no iba a ocurrir el consumo de alcohol dentro del local. El usuario contestó a la pregunta ¿Cómo me fue con la solución? Se concluyó bien y se llegaron a acuerdos, quedó satisfecho que se respete la autoridad.

En la realización del componente de solución de problemas, se le enseña al usuario a un buen manejo de toma de decisiones al presentársele situaciones difíciles que ocurren a lo largo de la vida, además de que se le convence de que el consumo no es la mejor alternativa de solución, además de que en ocasiones empeora la situación, por lo que se ha visto que los problemas también pueden fungir como precipitadores del consumo.

En el componente de metas de vida, lo que se intenta es que el usuario se plantee metas en las distintas áreas de vida para mejorar su satisfacción de vida cotidiana y como consecuencia se mantenga en abstinencia, ya que incrementando su satisfacción en cada área de su vida, va a decrementar el deseo de continuar consumiendo (Ver Tabla siguiente).

**Tabla 7. Componente de metas de vida.**

Area	¿Qué debo hacer para lograrlo?	¿Cuándo debo de hacerlo?	Logros
1.Consumo Mantener la abstinencia	Cambio de pensamientos: No hay satisfacción en el consumo, nada bueno me deja consumir, obtengo el rechazo de la gente, tengo problemas de todo tipo. Evitar a las personas con las que consumía. Asistir a terapia y al grupo A.A.	El cambio de pensamientos cada vez que se presente en alguna situación de riesgo de consumo La terapia una vez por semana Ir al grupo A.A. todos los días	Tiene muy presentes las consecuencias negativas del consumo Es constante en su terapia No falta a sesiones del grupo A.A.
2.Progreso en la escuela y/o trabajo Conservar el trabajo	Asistir puntualmente, ir todos los días en el horario asignado	Todos los días de trabajo	No ha faltado, ha asistido puntualmente
3.Manejo del dinero Buena administración del dinero	Que su hermana administre el dinero Evitar pensamientos precipitadores para el consumo cuando hay dinero "Pensar en todo el daño que me hace el consumo, y que ya no se siente lo mismo, el dinero es para estar bien con mi familia	Los días 21 y 30 de todos los meses cuando recibe la renta de los locales	No consumió en esas fechas
4.Actividades recreativas Caminar en el parque	Asistir al parque que se encuentra cerca de su casa y pensar lo agradable que es realizar ésta actividad "voy a tomar aire puro, me voy a desestresar caminando, paso un momento agradable, me distraigo"	Durante 15 a 30 minutos, 3 veces por semana	Lo ha llevado a cabo
5.Relación con padres y familiares Integrarme con la familia	Cambio de pensamientos: Voy a tener un fruto si me integro, mayor comunicación, los voy a conocer más, empezar con ellos para después hacerlo con las demás personas	En el desayuno todos los días a las 8:30 horas	Cuando se levanta temprano, lo realiza



6.Hábitos personales Levantarme más temprano	Dormirse más temprano Poner el despertador más temprano Pensar en todo lo que puede hacer cuando logra levantarse temprano:"rinde más el día, puede realizar mayor número de actividades, salir por las tardes"	Todos los días entre 8 y 9 de la mañana	De lunes a Viernes se ha podido lograr, constándole trabajo los fines de semana
7.Situación legal Llegar a un acuerdo con respecto al terreno, sin violencia	Llegar a un acuerdo con su padre que los beneficie a las dos partes	Mediados y finales de mayo	Se llegó a un acuerdo, se menciona que la mitad es para su padre, y la otra mitad para todos los demás miembros de la familia
8.Vida emocional Manejo de frustración	Cambio de pensamientos: "Debo de vivir y estar satisfecho por lo que logro, evitar minimizar los logros, aceptar que a veces se va a equivocar, prepararse para perder algunas veces, verlo como un aprendizaje y volver a intentarlo"	Cada vez que ocurra una situación en la cual reaccione con frustración	Si lo ha llevado a cabo
9.Comunicación Iniciar conversaciones	Acercarse a ellos a preguntarles sobre sus intereses y hablar de los suyos, con su hermana mayor evitar pensar que lo sabe todo o que sabe más que los demás, evitar pensar siempre tengo la razón	A la hora del desayuno y cuando haya una oportunidad	Ha tenido acercamiento con su hermana, pero mayormente con su mamá.

Se ha observado que las habilidades de comunicación en los usuarios de sustancias se ven disminuidas ya que existe un déficit, ya sea antes de que existiera un consumo crónico o después de haber presentado la adicción a la sustancia. Por esta razón se les enseña a los usuarios habilidades de comunicación a través de ensayos conductuales.

En cuanto al componente de comunicación se describen 2 situaciones en las cuales el usuario practicó sus habilidades.

**Tabla 8. Componente de habilidades de comunicación.**

Habilidad de comunicación	Descripción de la situación
<p>Asumir responsabilidad</p> <p>Expresar sentimientos</p>	<p>Cuando su hermana la reclama por el consumo, ha tenido maltratos, mentadas y groserías, para esto él va a evitar ser hiriente, evitar decirle groserías, si se llegara a molestar el usuario utilizaría tiempo fuera y buscaría el momento adecuado para hablar del asunto, a lo cual pediría perdón por los problemas ocasionados por el consumo y se comprometería a que no va a volver a consumir</p> <p>Evitar pensamientos como: un hombre no llora, es fuerte, no lo puedo expresar, y cambiarlos por no es malo llorar.</p> <p>Expresar aprecio a su madre, diciéndole que la quiere, que la necesita, que las atenciones que ella tiene con él las aprecia, como prepararle de comer.</p>

El componente de muestra de abstinencia es para que el usuario se comprometa a por lo menos mantenerse en abstinencia por 90 días, lo cual se le presentan las ventajas de un periodo de abstinencia y los beneficios que le podrían traer a su vida.

Se firmó la muestra de abstinencia por 3 meses del 22 de mayo del 2009 al 22 de agosto del 2009 con el usuario.

**Tabla 9. Componente de muestra de abstinencia.**

<b>Situaciones de riesgo</b>	<b>Planes de acción</b>
Exceso de confianza: “Es tan fácil dejar de drogarme, no le doy la importancia necesaria a que ha sido difícil dejar el consumo”	Seguir asistiendo al grupo A.A. y ver los errores de los demás miembros, pensar en sus metas personales como encontrar una pareja y tener una relación estable, y que si llega a consumir tendría un retroceso en cualquier meta que se plantee.
Recibir dinero	Darle el dinero a su hermana y guardar para los pendientes que son: techar el local, acabar unos baños, puertas

En muchas ocasiones los usuarios de sustancias tienen deseos de mantener su abstinencia, pero no presentan alternativas para rehusarse o caen en el consumo porque los logran convencer sus pares o sus pensamientos precipitadores, por lo cual es importante brindarles otras formas de rehusarse al consumo.

En cuanto al componente de habilidades de rehusarse al consumo, el usuario utilizó muy recurrentemente la de Reestructuración cognitiva o cambio de pensamientos, ya que no se presentaba con frecuencia la Presión social (Ver Tabla).

**Tabla 10. Componente de habilidades para rehusarse al consumo.**

<b>Habilidad de rehusarse al consumo</b>	<b>Descripción de la situación</b>
Reestructuración cognitiva	Cuando haya conflicto con otras personas, por ejemplo con su hermana, cuando existan peleas verbales, evitar que se acumule el enojo, preguntar a la otra persona que quiere, que le gustaría, y también decirle a la otra persona lo que le molesta de ella
Reestructuración cognitiva	Si se le antoja consumir pensaría: “Ya no tengo condición física, cuando tenga un problema, pensar que tiene solución, y que puedo ir con alguien para que me ayude, puede ser un miembro del grupo, o su mamá”.
Reestructuración cognitiva	Cuando tenga pensamientos como: “sigo siendo desafiante, malo, cuando estoy con amigos el miércoles, ellos estaban tomando y yo... El cambio de pensamientos sería: “nunca he conseguido nada, solo disgustos conmigo mismo, con la familia, solo enojos, frustración por el consumo, además no hay sensación de alegría con el consumo”

En el componente de Actividades Sociales y Recreativas, se intenta que el usuario busque actividades alternativas que compitan con el consumo, por eso se buscan actividades que le agraden al usuario y que se sienta satisfecho al llevarlas a cabo.

En cuanto al componente de Actividades sociales y recreativas el usuario eligió 3 actividades que competían con el consumo, y en las cuales se sentía satisfecho realizándolas (Ver tabla).

**Tabla 11. Componente de actividades sociales y recreativas.**

<b>Actividades</b>	<b>Horario</b>
Actividad permanente 1: Jugar futbol	<b>2 veces por semana</b>
Actividad permanente 2: Asistir al grupo A.A.	<b>Diario 2 horas</b>
Actividad esporádica: Asistir al reclusorio	<b>Lunes y viernes</b>

En el tratamiento de usuarios crónicos de sustancias se ha observado que aunque haya grandes períodos de abstinencia pueden existir recaídas y es parte del proceso, se le muestra al usuario que las recaídas fungen como oportunidades para aprender de su consumo y como herramientas para prevenir situaciones de riesgo y estar prevenidos cuando la probabilidad de recaer sea mayor. Así el usuario identifica sus precipitadores antes de que ocurran las recaídas y hace algo enfrentando la situación.

En el componente de Prevención de recaídas, el usuario comenta de una ocasión en la cual consumió la cantidad de 3 papeles, y se puede ver claramente como el alcohol fungía como un precipitador para el consumo de cocaína y que era más fácil romper la cadena cuando se le antojaba tomar alcohol.

**Tabla 12. Componente de Prevención de recaídas.**

**CADENA DE CONSUMO**

<b>Precipitador 1</b>	<b>Precipitador 2</b>	<b>Precipitador 3</b>	<b>Precipitador 4</b>
No había cambios, había dejado de consumir 6 meses, todo lo veía igual, no había cambiado nada, pensó que su familia iba a cambiar con él	Comencé a consumir una cerveza	Fiesta con amigos y alcohol	3 cervezas más

**CADENA DE CAMBIO**

<b>Precipitador 1</b>	<b>Precipitador 2</b>	<b>Precipitador 3</b>	<b>Precipitador 4</b>
El que tiene que cambiar soy yo. Esto es un proceso, no voy a conseguir nada con volver a consumir. Poca tolerancia a la frustración: quería que las cosas salieran de forma rápida. Debo de hacerme responsable de mis actos.	<b>Saber que no es necesario tomar, si me tomo una voy a seguir con la otra y si lo hago voy a terminar consumiendo cocaína</b>	<b>Buscar a alguien (miembro de grupo A.A.) que platique con él o pensar en lo que va a venir si lo hace, que irremediamente va a seguir y va a terminar consumiendo cocaína</b>	<b>Buscar un grupo de 24 horas que lo pueda contener, tiene teléfonos para llamar a miembros de algún grupo. Concientizar lo que ha pasado y tener confianza de que puedo parar de tomar y evitar consumir cocaína.</b>

Al término del tratamiento se le preguntó al usuario 3 situaciones en las cuales podría tener una recaída para así hacer planes de acción y evitarla.

Situaciones de riesgo	Planes de acción
Exceso de confianza	Que me estén recordando las consecuencias negativas del consumo los miembros del grupo A.A., escuchar sus experiencias, tener metas a corto plazo como techar los locales, mantenerse ocupado.
Tener grandes cantidades de dinero	Invertir el dinero en cosas que hacen falta de la casa, techar, empezar a hacer un baño y empezar a poner loseta, también que su hermana administre el dinero
Tener el pensamiento de yo soy mejor drogándome	No soy mejor drogándome, porque empeora las cosas, porque además ya no me siento bien físicamente, no hay sensación de satisfacción en el consumo, si no consumo estaré sin remordimientos, sin cruda. El consumo me ha costado muchos errores en la vida, muchas parejas, la pérdida de la confianza de su familia, la confianza en sí mismo.

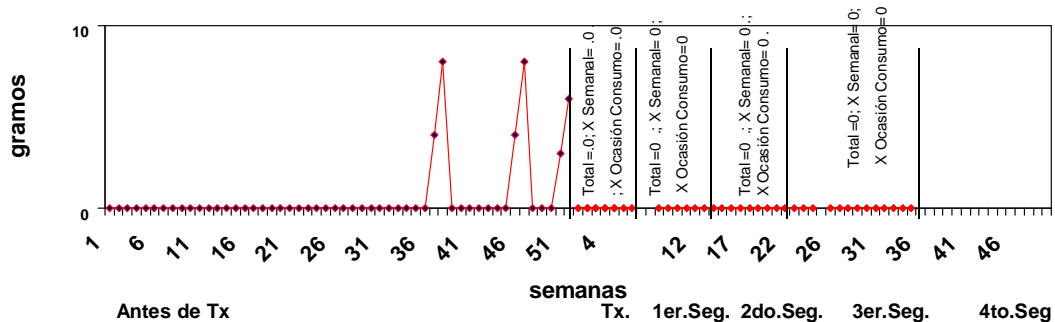
A continuación se presentan las comparaciones entre la evaluación del pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimientos, presentando los resultados que se obtuvieron de los instrumentos de medición que aplica el PSC, en el caso CAC y los cambios que existieron gracias a la eficacia del tratamiento.

En cuanto al patrón de consumo se pudo observar que el usuario no consumió cocaína, durante y después del tratamiento. En los seguimientos al mes, tres meses, seis meses y al año, después del tratamiento se mantuvo en abstinencia, por lo cual se puede ver que el tratamiento resultó exitoso.

Fig. 7. Muestra la frecuencia y cantidad del consumo de cocaína en el caso CAC, antes, durante y después del tratamiento.

**CASO (CAC)**

**PATRÓN DE CONSUMO DE COCAINA**



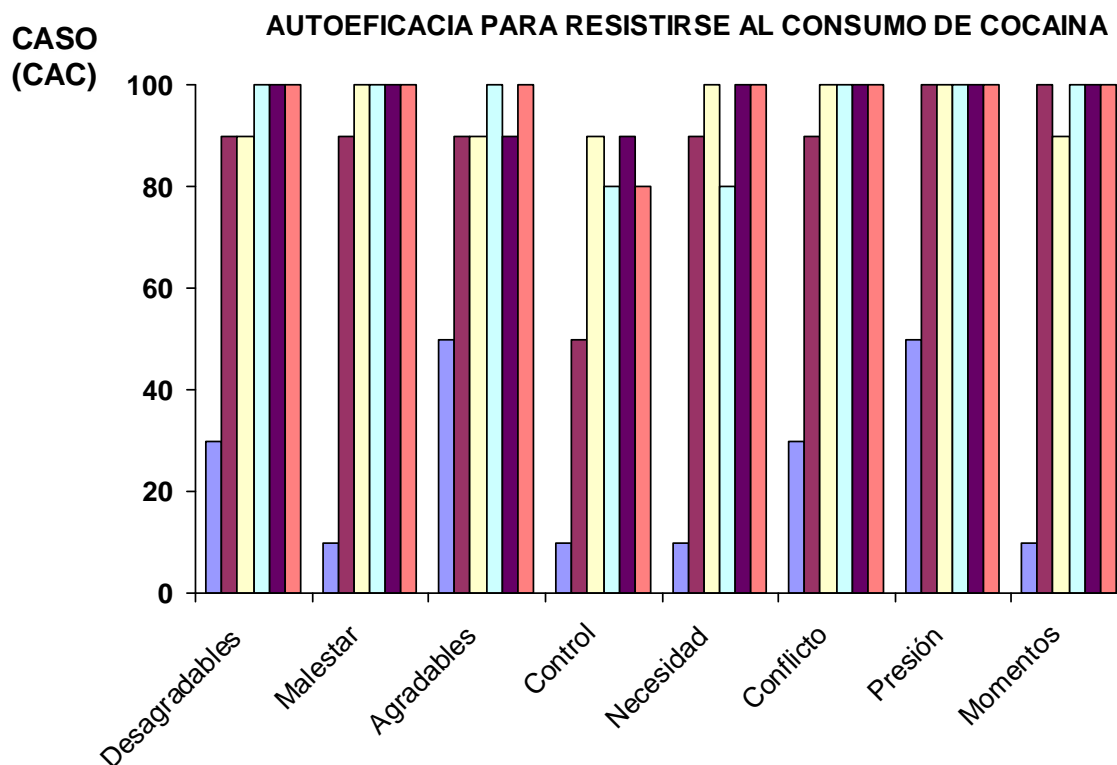
Patrón de consumo de cocaína Antes del Tratamiento  
 Total anual= 11 gramos , Promedio Semanal=3.8 gr.  
 Ocasiones de consumo=3; Promedio por ocasión=3.8 gr.  
 Semanas con consumo=3; Mayor periodo de abstinencia= 240 días

En Tx y en los seguimientos a 1 mes, 3 meses, 6 meses y al año no existió consumo cocaína



En cuanto al nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de cocaína se pudo observar que en todas las situaciones de consumo hubo un aumento en el nivel de seguridad para resistirse al consumo como se puede observar obteniendo las medias de cada una de las situaciones: en emociones desagradables el nivel de autoeficacia aumentó de un 30 a un 98%, el malestar físico de un 10 a un 98%, en emociones agradables de 50 a 96%, en probando autocontrol de 10 a 78%, en necesidad física de 10 a 94, en conflicto con otros de 30 a 98%, en presión social de 60 a 100% y en momentos agradables de 10 a 98%.

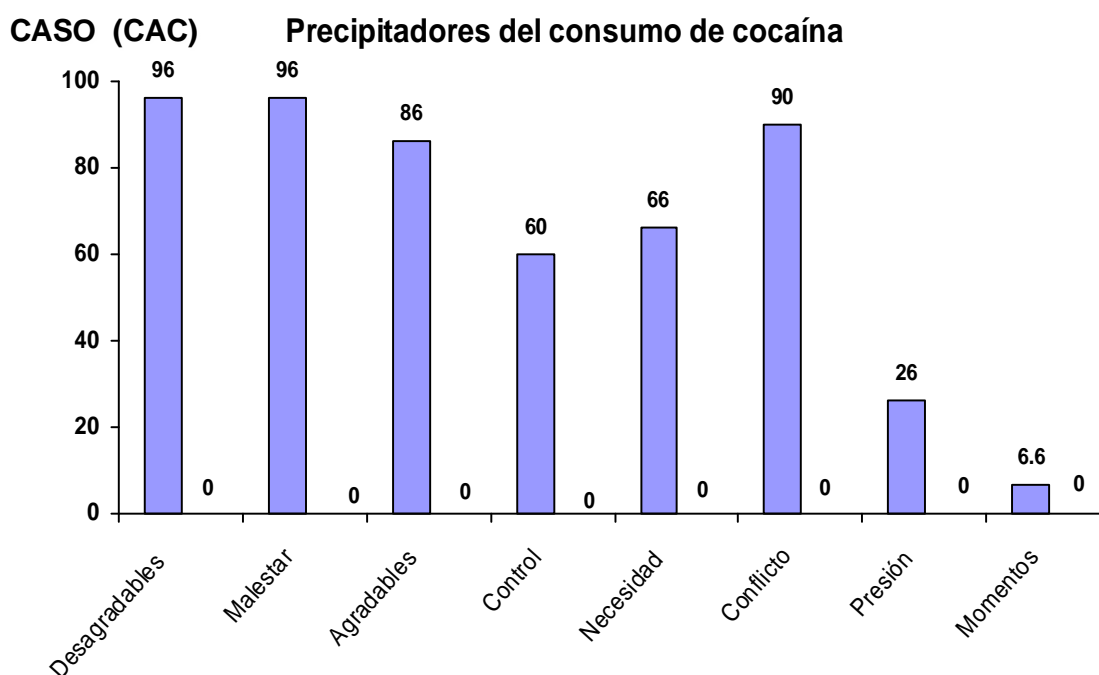
Fig.8. Muestra los niveles de autoeficacia para resistirse al consumo de cocaína del caso CAC, que arrojó el CCS, antes, durante y después del tratamiento.



Las medias antes y después del tratamiento del nivel de autoeficacia en cada situación de consumo son: emociones desagradables (30 y 98); malestar físico (10 y 98); emociones agradables (50 y 96); probando autocontrol (10 y 78); necesidad física (10 y 94), conflicto con otros (30 y 98), presión social (60 y 100) y momentos agradables (10 y 98).

En cuanto a los precipitadores del consumo de cocaína se pudo observar una reducción a 0 de la frecuencia de todas las situaciones en las cuales el usuario solía consumir.

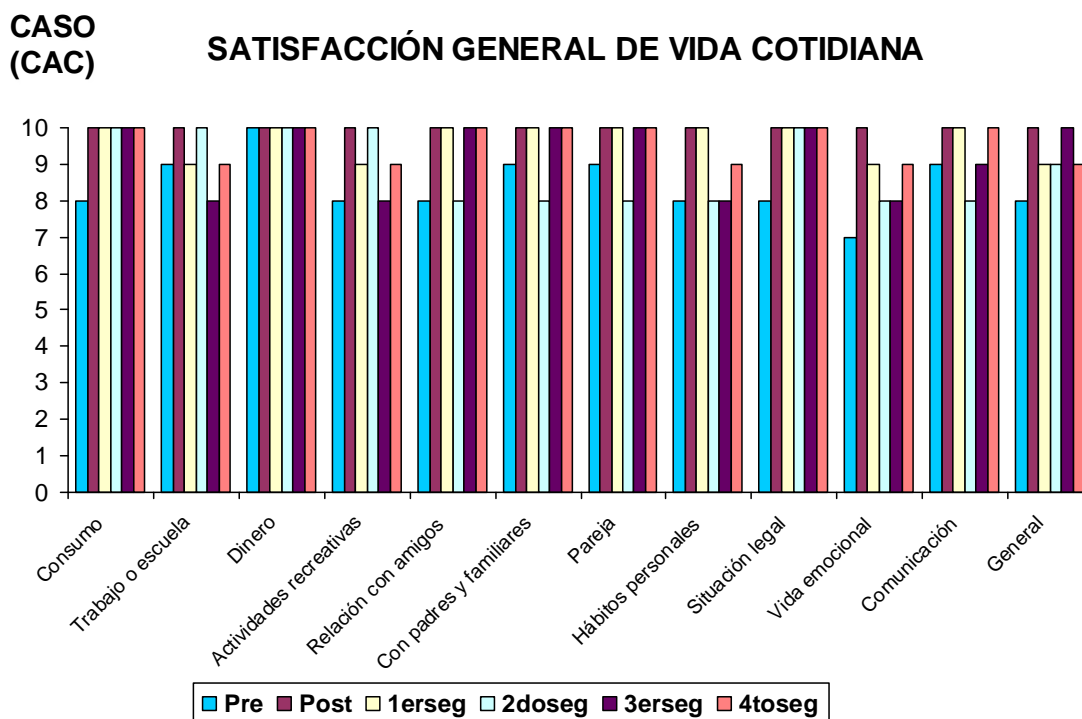
Fig.9. Muestra el nivel de frecuencia de consumo en situaciones de consumo del caso CAC, antes y durante el tratamiento, que se obtuvieron del ISCD.



Situaciones de Consumo de cocaína en el Usuario **CAC** Antes y después del Tratamiento. Con una media de 65.825 antes del Tx y una media de 0 después del Tx.

En cuanto al nivel de satisfacción general de vida cotidiana se pudo observar que incrementó en todas las áreas de vida. En el área de consumo se incrementó la satisfacción obteniendo una media de 8 antes del tratamiento y una de 10 después del tratamiento, en el área de trabajo obtuvo (9, 9.2), respectivamente, en el área de manejo de dinero obtuvo (10,10), en el área de actividades sociales y recreativas (8, 9.2), en el área de relación con amigos (8, 9.6), en el área de relaciones familiares (9,9.6), en el área de hábitos personales (8, 9), en situación legal (8, 10), en vida emocional (7, 8.8), en comunicación (9, 9.4), y por último en satisfacción general tuvo unas medias de (8, 9.4); respectivamente.

Fig. 10. Muestra los niveles de satisfacción en las áreas de vida, antes, después y en los seguimientos



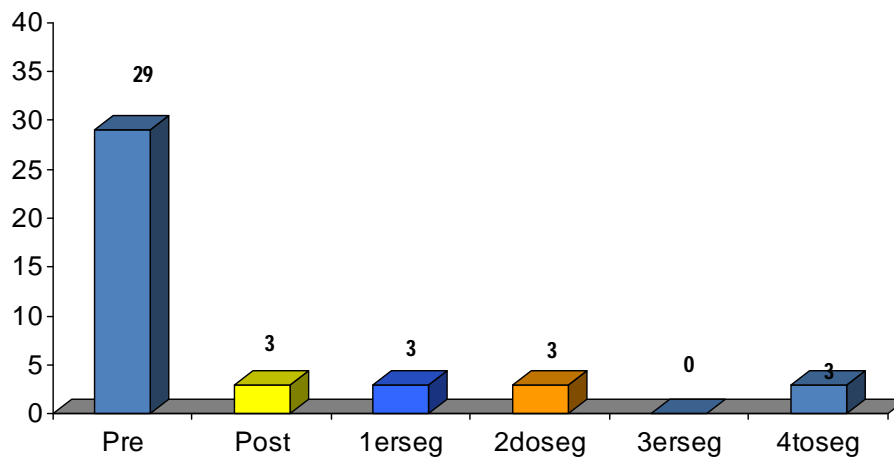
Nivel de Satisfacción General de Vida Cotidiana del usuario **CAC** Antes, después, y en los seguimientos del tratamiento

El nivel de depresión también decreció, por lo cual antes del tratamiento el nivel de depresión era de 29 puntos (Severa) y durante y después del tratamiento en los 4 seguimientos hubo una notable disminución en la mayoría de los síntomas, obteniendo una media de 2.4 después del tratamiento

Fig. 11. Muestra el nivel de depresión, antes, después del tratamiento y en los seguimientos

**CASO  
(CAC)**

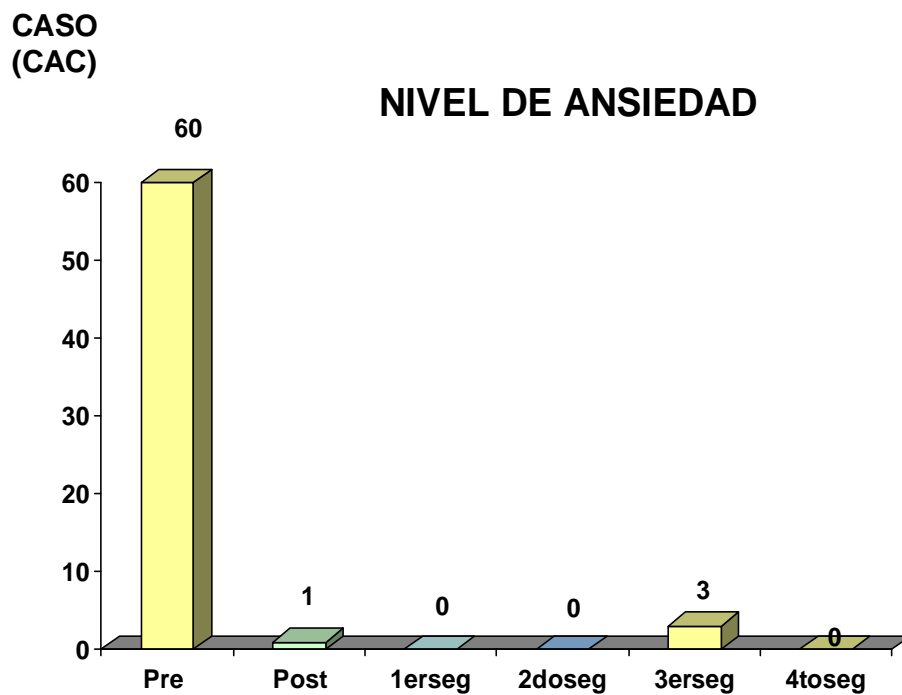
### **NIVEL DE DEPRESIÓN**



**Nivel de Depresión antes, después en los seguimientos**

El nivel de ansiedad disminuyó de igual forma, por lo que antes del tratamiento existieron 60 puntos, lo cual se considera una ansiedad severa, obteniendo una media de 0.8 después del tratamiento.

Fig. 12. Muestra los niveles de ansiedad antes, después del tratamiento y en los seguimientos



**Nivel de Ansiedad antes, después y en los seguimientos**

## Conclusiones del caso

Como se pudo observar en el caso el Programa de Satisfactores Cotidianos fue exitoso y se probó su efectividad, existiendo cambios en el patrón de consumo, por lo que no existió consumo después del tratamiento, ni en los seguimientos al mes, a los 3 meses, 6 meses y al año.

El nivel de autoeficacia, es decir, la seguridad de resistirse al consumo aumentó considerablemente en las 8 situaciones, en cuanto a la frecuencia de consumo en las distintas situaciones: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros, el consumo no se presentó durante, ni después del tratamiento, obteniendo una media de 65.82 antes del tratamiento y 0 después del tratamiento.

El nivel de satisfacción también aumentó en todas las áreas de vida, principalmente en: vida emocional, actividades sociales y recreativas, situación legal, comunicación y satisfacción general.

Con respecto al nivel de depresión y ansiedad disminuyó considerablemente los síntomas, pasando de una depresión y ansiedad severa a una mínima.

## Conclusiones y sugerencias finales

Se concluye que las intervenciones antes mencionadas son efectivas, sin embargo faltan estudios de corte longitudinal en los cuales se vea el impacto de dichos programas a través del tiempo, lo cual explicaría fenómenos como las fuertes recaídas que tienen los usuarios después de varios años de no consumo. Es de suma importancia el apoyo interdisciplinario que pueda existir para apoyar este tipo de intervenciones, sin embargo, sólo el PSC contempla esta posibilidad por ser para usuarios crónicos.

El Programa de Adolescentes está dirigido a adolescentes que inician el consumo de sustancias adictivas, por lo cual sería de gran utilidad implementar un programa dirigido a usuarios crónicos de sustancias en etapa de la adolescencia y añadir en este programa un componente para control emocional, así como también se sugiere la creación de un folleto para drogas de diseño, las cuales han incrementado su consumo en los últimos años (ENA,2002).

En general los programas del CEPREAA en su mayoría están dirigidos a una población específica de usuarios de sustancias, los cuales presentan problemáticas leves, el único programa que es para usuarios más severos tanto de dependencia como problemas asociados es el “Programa de Satisfactores Cotidianos”.

Los Programas del CEPREAA son efectivos y validados empíricamente, sin embargo es importante su difusión y promoción, para esto se realiza actualmente la capacitación en los programas, que se incluyen en la Especialidad en Línea “Educación para la salud en Comportamiento Adictivo” a los “Centros de Atención y Prevención Primaria de Adicciones” CAPA.

En relación al modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol y otras drogas, suele ser eficaz para disminuir la tensión, así como los síntomas físicos y psicológicos que origina vivir con un usuario de sustancias.

Es un modelo flexible al cual antes de realizar planes de acción puedes ayudar al familiar a enfrentar el consumo de algún miembro de la familia de manera más benéfica, es decir, lo apoya en la búsqueda de bienestar del familiar y así reducir su estrés y los síntomas físicos y psicológicos asociados.

Sin embargo, se podría sugerir otro modelo de intervención que implemente estrategias como habilidades de comunicación, solución de problemas, que el familiar aprenda a reforzar positivamente al usuario cuando se encuentre en abstinencia, control de emociones, metas de vida en las que se tiene oportunidad de plantearse un proyecto de vida y así incrementar la calidad de vida del familiar.



## REFERENCIAS

- Barragán, L. (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*. Vol. 28(1) pag. 61.
- Barragán, L., Marlene., Medina-Mora., Ayala (2007). Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*. Vol. 30 (3). 29-38.
- Carrascoza C. (2007). *Terapia Cognitivo Conductual para el Tratamiento de las Adicciones*. Facultad de Psicología. UNAM.
- Echeverría S; Ruíz T, Salazar J, Tiburcio S. (2004). Manual de detección temprano e intervención breve para bebedores problema. UNAM. CONADIC.
- Elkins I, McGue M, Malone S y Iacono W, (2004). The effect of parental alcohol and drug disorders on adolescent personality. *Am J Psychiatry* 161:670-676.
- ENA (1998). Encuesta nacional de adicciones. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones: México.
- ENA (2002). Encuesta nacional de adicciones: tabaco alcohol y otras drogas. Reporte ejecutivo. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones: México.
- Hill S, Shen S, Lowers L, Locke-Wellman J, Mathews A y McDermott M, (2008). Psychopathology in offspring from multiplex alcohol dependence families with and without parental dependence: A prospective study during childhood and adolescence. *Psychiatry Res.* 15:160(2): 155-166
- Homish G, Leonard K y Kearns-Bodkin J,(2007). Alcohol Use, Alcohol Problems, and Depressive symptomatology Among newly married couples. *Drug Alcohol Depend.* 83(3):185-192.
- Leonard K y Eiden R, (2007). Marital and Family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annu Rev clin Psychol.* 3:285-310.
- Latendresse S, Rose R, Viken R, Pulkkinen L, Kaprio J y Dick D, (2008). Parenting Mechanisms in links between parents and adolescents alcohol use behaviors. *Alcohol Clin Exp Res.* 32(2):322-330.
- Martínez K; Ayala, H. (2003): Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología UNAM.

- Marshal M, (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clin Psychol Rev.* 23(7): 959-997.
- Medina- Mora, Cravioto P, Villatoro J, Fleix C, Galván F, Tapia R (2002). Consumo de drogas entre adolescentes. Resultados de la encuesta nacional de adicciones. *Salud Pública de México.*
- Medina- Mora, M.E. y Rojas, E. (2003). La demanda de drogas: México en la perspectiva internacional. *Salud Mental*, 26(2), 1-11
- Morean M, Corbin W, Sinha R, y Malley S, (2008). Parental history of anxiety and alcohol use disorders and alcohol expectancies as predictors of alcohol-related problems. *Journal of studies of alcohol and drugs.*
- Natera G. (1989). Patern of consumption in offspring related to parents drinking. Trabajo presentado en el 18<sup>th</sup>. Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Toronte, Canada. Mayo 30. Junio 5.
- Natera G, Borges G, Medina-Mora M, Solís L, y Tiburcio M, (2000). La influencia de la historia de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México.* 43(1).
- Natera G.; Mora J.; Tiburcio M. (1999): Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental*, 22(Número especial): 114-120.
- Natera G.; Mora J.; Tiburcio M. (2003): El rol paterno frente al consumo de alcohol y drogas de sus hijos varones: Un estudio cualitativo. *Hispanic Health Care International*, Vol. 2(2). 81-91.
- Natera G.; Tiburcio M. (2003): Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto. *Salud Mental*, Vol.26(5): 33-42.
- Natera G.; Orford J.; Tiburcio M.; Mora J. (1998): Prevención del consumo de alcohol y drogas en el trabajador y sus familiares. Manual para el Orientador. OIT/OMS/SSA/IMP, México.
- Natera G.; Casco M.; Nava A. (1990): Respuestas naturales de la familia al uso y abuso de alcohol y drogas. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, reseña de la V Reunión de investigación, 1( ) 40-47.
- Nolen-Hoeksema S, Wong M, Fitzgerald H y Zucker R, (2006). Depressive Symptoms over time in women partners of men with and without alcohol problemas. *J Abnorm Psychol.* 115(3):601-609
- Orford J.; Natera G.; Davies J.; Nava A.; Mora J.; Rigby K.; Bradbury C.; Copello A.; Velleman R. (1998): Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*, 21 (1): 1-13.
- Orford J.; Natera G.; Davies J.; Nava A.; Mora J.; Rigby K.; Bradbury C.; Bowie N.; Copello A.; Velleman R. (1998): Toletate, engage or withdraw: A study of the structure of family coping in South West England and Mexico City. *Addiction* 93(12): 1799-1813.

- Orford J.; Natera G.; Velleman R.; Copello A.; Bowie N-; Bradbury C.; Davies J.; Mora J.; Nava A.; Rigby K.; Tiburcio M. (2001): Ways of coping and the health of relatives facing drugs and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction* 96(5): 761-774.
- Orford J, Natera G, Copello A, Atkinson C, Mora J, Velleman R, Crundall I, Tiburcio M, Templeton L, Walley G, (2005). Coping with alcohol and drug problems: The experiences of family members in three contrasting cultures. Routledge. Taylor and Francis Group. London and New York.
- Ortíz A, Martínez R, Meza D, Soriano A, Galván J, Rodríguez E (2007). Uso de drogas en la Ciudad de México. Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID). *Salud Mental*, 30, 41-46.
- Schepis T, Desai R, Smith A, Cavallo D, Liss T, Mcfetrtridge A, Potenza M y Krishnan-Sarin S, (2008). Impulsive Sensation Seeking, parental history of alcohol problems, and current alcohol and tobacco use in adolescents. *J Addict Med.* 2(4):185-193.
- Tobo N y Fontao M, (2005). El sufrimiento de la esposa en la convivencia con el consumidor de bebidas alcohólicas. *Rev Latin-am Enfermagem* 13(Número especial)
- Velleman R, 1993. Alcohol and the family. London: Institute of alcohol Studies
- Velleman R y Templeton L, (2007). Understanding and modifying the impact of parents substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment.* 13:79-89.
- Villatoro J, Medina-Mora, Rojano C, Fleiz C, Bermúdez P, Castro P, Juárez F(2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. *Salud Mental* 25, 43-54.
- Villatoro, J. Gutiérrez, M. Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N. y Medina-Mora, ME: (2007). Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F.