



**PROGRAMA DE RESIDENCIA EN MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
DE LAS ADICCIONES**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**REPORTE DE CASO CLÍNICO CON EL PROGRAMA DE SATISFACTORES  
COTIDIANOS (PSC) EN UN USUARIO CON CONSUMO DE ALCOHOL**

PRESENTA: JENNIFER OSIO ECHANOVE

TUTOR: DR. AGUSTIN VELEZ BARAJAS

Comité tutorial:

Dra. Silvia Morales Chainé

Dr. Roberto Dropeza Tena

Mtro. Leonardo Reynoso Erazó

Mtro. Miguel Ángel Medina Gutiérrez



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

**Al Dr. Agustín Vélez:** Muchas gracias por ser mi mentor, mi guía, por brindarme sus sabios conocimientos y sus grandes palabras. Sin su apoyo este sueño no lo hubiera logrado. Gracias por su amistad, por su motivación y por tener la disposición de escucharme. Lo admiro mucho. Es un privilegio que usted sea mi tutor.

**Al Dr. Justino Regalado:** Cuando platique con usted de este proyecto siempre tuvo la visión de apoyarme e impulsarme, sin duda gracias a usted nunca hubiera llegado hasta donde estoy ahora profesionalmente. Gracias por siempre estar conmigo, agradezco a la vida por haberme encontrado a una persona como usted. Lo estimo y respeto.

**Al Dr. Raúl Sansores:** Muchas gracias por haberme dado la oportunidad de creer en mí desde que me inicié como profesionista. Gracias por transmitirme todos sus conocimientos e impulsarme a realizar las cosas de manera perfecta. Porque usted siempre será una figura de ejemplo y admiración.

**Al Maestro Raúl Martín del Campo:** Amigo, gracias por tu apoyo e impulso, sin ti, no hubiera mejorado en muchos aspectos de mi vida, te agradezco infinitamente. Te admiro ese gran entusiasmo y tenacidad con la que emprendes todos tus proyectos y tus logros profesionales. Gracias por creer en mí y abrir mi camino hacia nuevos horizontes, te estimo mucho.

**A la Dra. Silvia Morales Chainé:** Muchas gracias por darme la oportunidad de incorporarme al programa, por creer en mí y por formarme profesionalmente, gracias porque nunca se desesperó conmigo y siempre me escucho. Por abrirme los ojos de dejar de creer en el psicoanálisis, fue un privilegio formarme académicamente con usted. La admiro y respeto.

**A la Dra. Lidia Barragán:** Es un gran ser humano, fue un privilegio formarme con usted, no tengo palabras para demostrarle todo el agradecimiento que siento hacia su persona, nunca se rindió conmigo, siempre creyó en mí con su paciencia y cariño logré este gran sueño. Nunca cambie, personas como usted hacen que un ser humano nunca claudique.

**A la Dra. Sara Cruz:** Algún día quiero llegar a ser como usted, gracias por ayudarme a terminar este sueño, gracias por su gran profesionalismo y humildad para transmitir todos sus conocimientos, por el interés que tiene hacia sus alumnos siempre disipando dudas con su gran disposición y su gran sonrisa. La admiro y respeto.

**A mis Profesores de la Maestría** Muchas gracias por su paciencia y dedicación en mi formación académica, gracias por enseñarme a modificar mis conductas negativas, los admiro y respeto.

**A Lic. María Eugenia Mayar:** Te agradezco porque me enseñaste a nunca rendirme, a ver que hay miles de formas de solucionar los problemas, a no claudicar ni agachar la cabeza, te estimo mucho.

## DEDICATORIAS

Gracias Señor por escucharme y brindarme esta gran oportunidad de superarme.

**Mami:** Por estar siempre conmigo, por impulsarme y enseñarme a nunca rendirme. Sin tú gran apoyo y tus palabras no hubiera cumplido este sueño, por cuidar a Cami, por ser mi amiga, porque siempre estás ahí, porque nunca me juzgas, porque me amas incondicionalmente, por ser una de las cosas más importantes en mi vida. Te amo, este logro es gracias a ti.

**Papá patito roncado:** Siempre me has impulsado a ser mejor cada día, me señalas las cosas que debo corregir estando pendiente de todos los detalles que acontecen en mi vida. Gracias a ti pude lograr este sueño, gracias por tus traducciones, por volverte un experto en la terapia cognitivo conductual, por tu tiempo, tus palabras por ayudarme a superar mis miedos. Te amo lo que soy ahora es gracias a ti.

**Camila:** Hermosa todo lo que he logrado es por ti, te amo infinitamente, eres lo mejor que me ha pasado en la vida, deseo que sea una figura de ejemplo para ti y que cumplas todos tus sueños princesa, que seas un gran ser humano.

**Carlos:** Gracias por tu apoyo y por tu paciencia, por estar conmigo siempre, por impulsarme, por ayudarme a cumplir este sueño, pese a todas las vicisitudes seguimos adelante y siempre juntos. Te amo.

**A mi familia:** Karen, Rulí, Tía Mago, Tía Martha, Tío Héctor, Tío Ramón toda mi familia, los quiero gracias por todo su apoyo y cariño.

**A mis amigas:** Ara, Sofí, Edith, Angélica, Ernestina, Alejandra, Aniluchi, Gaby : las quiero, gracias por su cariño y amistad, por estar conmigo siempre.

**A mis amigas de la Clínica de tabaquismo:** Gracias por todo su apoyo y cariño (Fabiola, Yola, Gaby, Aby, Marú Mayar) por sus palabras y su amistad.

## INDICE

Contenido	Pág.
Introducción	3
Marco teórico	5
Datos epidemiológicos recientes en el campo de las adicciones	5
Resultados epidemiológicos del consumo de sustancias en nuestro país	7
Tabaco	7
Alcohol	8
Programas preventivos	9
Fundamentos conductuales y cognitivos de las adicciones	11
Teorías conductuales.	12
Condicionamiento clásico	13
Teoría cognitiva	18
Teoría del aprendizaje social.	19
Entrevista motivacional.	25
Precontemplación	26
Contemplación	27
Preparación o determinación	27
Acción	27
Mantenimiento	27
Recaídas	27
Reporte de caso clínico experiencia teórica y práctica	29
Intervención de fase diagnóstica en el Centro de Integración Juvenil	30
Fase diagnóstica	32
Reporte de trabajo en la fase diagnóstica del CIJ	35
Fase de tratamiento y rehabilitación / reinserción social en el Centro de Integración Juvenil Iztapalapa Oriente.	41
Fase de seguimiento en el Centro de Integración Juvenil.	41
Intervención de caso	42
Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).	42
SESION: ADMISION	56
SESION 1: EVALUACION	62
SESION 2 MUESTRA DE ABSTINENCIA	66
SESION 3 ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO Y NO CONSUMO	70
SESION 4: COMPONENTE BUSQUEDA DE EMPLEO	76
SESION 5: COMPONENTE TRISTEZA	82
SESION 6: REHUSARSE AL CONSUMO	91
SESION 7: METAS DE VIDA	94
SESION 8: SOLUCION DE PROBLEMAS	98

SESION 9: HABILIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS	104
SESIÓN 10: PREVENCIÓN DE RECAIDAS	107
Resultados	111
Discusión	119
Conclusiones	121
Anexos	123
Referencias	141

## **Introducción**

A través de los años el uso y abuso de sustancias adictivas se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. Las adicciones resultan ser un fenómeno social complejo que abarca todas las clases sociales, culturales y educativas. Ocasionan serias lesiones en el desempeño escolar, laboral, en las relaciones humanas, comunitarias y distorsionan el núcleo familiar de los individuos que consumen sustancias adictivas. La definición de droga por parte de la Organización Mundial de la Salud se refiere a todas las sustancias psicoactivas que al ser introducidas al interior de un organismo viviente modifica su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta y/o sus funciones motoras. (Tapia, 2001).

Las tendencias mundiales del consumo de sustancias adictivas reportan que en el año 2007 entre 172 y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez al año, en estas cifras también se incluyen a consumidores ocasionales que alguna vez han probado una droga y los consumidores problemáticos o dependientes. Según estas estimaciones en este año existían entre 18 y 38 millones de consumidores problema entre los 15 y 64 años. (UNODC, 2009).

En nuestro país la Encuesta Nacional de Adicciones ENA (2008) reporta que los adolescentes entre 12 y 17 años de edad tienen mayor riesgo de iniciarse en una adicción, siendo la marihuana la droga de preferencia para el consumo, asimismo el consumo de cocaína se duplicó y las anfetaminas, el crack y la heroína muestran una tendencia en crecimiento en comparación a la ENA 2002. Los resultados del uso de drogas en una población entre los 12 y 65 años aumentó de un consumo de 5.03% en el 2002 a un 6% en el 2008 en otras sustancia, y las drogas ilegales de 4.6% a 5.5%. La prevalencia reportada para el consumo de tabaco en fumadores activos es de 18.5%, lo cual representa a 14 millones de fumadores. El consumo de tabaco por hombres es de 27.8% y 9.9% en las mujeres. Los datos de la encuesta en el consumo de alcohol en México, reportan que el principal problema es el consumo de bebidas alcohólicas en grandes cantidades por ocasión y la dependencia afecta a 4.2 millones de individuos, lo que aumenta la posibilidad de dependencia y de daño a la salud, ya que se relaciona con 9% de las causas de mortalidad general, sobre todo por accidentes, cirrosis hepática y violencia intrafamiliar.

Debido al impacto del problema en el consumo de sustancias adictivas en nuestro país se han creado diversos Proyectos de Investigación a nivel epidemiológico y psicosocial así como diferentes programas como: los programas preventivos con tres tipos de intervención: universal, selectiva e indicada con la finalidad de evitar el consumo en la población (Gordon, 1983), programas de detección temprana en intervenciones breves con énfasis cognitivos conductuales, los cuales son recomendados por la Organización Mundial de la Salud, ya que estos programas aportan soluciones para la reducción del daño y la prevención de los problemas de salud, convirtiéndose en intervenciones efectivas de bajo costo y son sencillos de aplicar (Zweben y Fleming, 1999). Hoy en día existen varios programas de intervención breve en México como el Modelo de Autocambio dirigido a bebedores problema (Ayala, Echeverría, Ruiz, Tiburcio, 2004) y el programa de intervención breve a adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2004), El tratamiento breve para usuarios de cocaína (Oropeza, Loyola y Vázquez, 2003), el programa de Satisfactores Cotidianos PSC (Barragán, Flores, Morales, González, Martínez y Ayala 2005) y la Intervención Breve para Fumadores (Lira, 2005), los cuales han sido adaptados y han demostrado eficacia en los objetivos planteados de las intervenciones breves y ayudan a la moderación en el consumo o a la abstinencia dependiendo del caso específico a tratar.

Por todo lo anterior, el presente trabajo plasma los resultados teóricos y prácticos adquiridos en el Programa de Residencia en Psicología de las Adicciones de la UNAM, el cual tiene como objetivo formar psicólogos en el campo de las adicciones, capacitándolos en el dominio de las técnicas, métodos y procedimientos científicos novedosos.

En este reporte de experiencia profesional se muestran los resultados aplicados del Programa de Satisfactores Cotidianos PSC en el Centro de Integración Juvenil Iztapalapa Oriente en un usuario con un nivel de dependencia media hacia el alcohol. Cabe reiterar que la aplicación de dicho programa nuevamente demostró su eficacia ayudando al usuario a mejorar su calidad de vida y lograr la abstinencia en el consumo. También se incluye como anexo un proyecto de investigación que se desea implementar en fumadores titulado: "Desarrollo y Evaluación de un Programa para tratamiento a fumadores del INER", este programa es una adaptación del Programa de Satisfactores Cotidianos en fumadores, combinado con el diseño del tratamiento multicomponente. Este anexo es un bosquejo de la implementación del programa ya



que debido al tiempo no se logró aplicar, por lo que se muestra sólo como una propuesta, resaltando los conocimientos adquiridos en la Maestría.

## **MARCO TEÓRICO**

Hoy en día las adicciones se han convertido en un problema que atañe a la sociedad, además la visión y la perspectiva de éste han ido cambiando a lo largo del tiempo. Uno de los factores de mayor riesgo en los países respecto al problema de las adicciones es el aumento en el consumo en la población, la necesidad de crear programas preventivos eficaces que lleguen a las comunidades y a sectores de población que puedan encontrarse en riesgo de caer en el consumo de sustancias adictivas, así mismo se han desarrollado tratamientos con la finalidad de brindar ayuda a las personas consumidoras, ya que su salud y su vida social se ven mermada y en muchos casos la persona es etiquetada y estigmatizada por el consumo. Sin duda esta visión se ha ido modificando gracias a los numerosos estudios y a los avances en la investigación respecto al tema. En el presente trabajo se muestran los sustentos teóricos de la conducta adictiva y se describirán todos los avances de esta evaluación; dichos conocimientos fueron adquiridos en la Maestría de Residencia en Psicología de las Adicciones.

### **Datos epidemiológicos recientes en el campo de las adicciones**

En la actualidad diversas fuentes resaltan la gravedad del problema de abuso de sustancias adictivas como el alcohol, tabaco y drogas ilegales en nuestro país. Los datos epidemiológicos aportados por dichas fuentes permiten observar la frecuencia, la distribución, la magnitud del problema de salud pública y son de gran utilidad para la planificación de los servicios, las acciones necesarias para la reducción en el consumo, la creación de programas preventivos en las zonas de riesgo y para evaluar el impacto del consumo en la población. En este apartado se mencionan todas las fuentes de información que aportan datos epidemiológicos en México:

1. Debido a la necesidad de que nuestro país contara con información epidemiológica periódica sobre el uso de alcohol, tabaco, drogas médicas e ilegales se creó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), éste se encuentra conformado por diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales. Las funciones del sistema son identificar los grupos de riesgo, el consumo de drogas nuevas, los cambios en el patrón de consumo y los factores de riesgo asociados con

el uso de sustancias adictivas. Cuando se implementó el SISVEA sólo contaba con información de 8 ciudades; en la actualidad cuenta con datos de 53 ciudades, el 38% se encuentra localizado en la frontera norte del país y las restantes en las áreas metropolitanas y de recreación. (Observatorio de Tabaco, Alcohol y Drogas, 2003).

Las fuentes de información para la construcción de los indicadores del sistema de vigilancia son:

- Los centros de tratamiento: éstos reportan las características y patrones de consumo de las drogas de inicio y de impacto en la cual los usuarios solicitan atención. Los centros de tratamiento son instancias gubernamentales como los Centros de Integración Juvenil y no gubernamentales de la ONG.
- Consejos tutelares de menores: proporcionan datos específicos sobre los menores de edad que son detenidos por cometer infracciones.
- Servicios médicos forenses: Aportan información sobre las muertes ocurridas no naturales que están relacionadas con el abuso de drogas que pueden ocasionarla en forma directa o indirecta.
- Servicios de urgencias hospitalarias: arrojan información de datos obtenidos cada semestre en 51 servicios de urgencia en hospitales generales y en la Cruz Roja.

2. El Sistema de Reporte de Información en Drogas SRID es otra fuente de información epidemiológica que recopila información durante los meses de junio y noviembre de cada año desde 1986 a la fecha, esta información es aportada por las instituciones del sector salud y la procuración de justicia de la Ciudad de México. (Ortíz, Martínez y Meza, 2005). Es menester mencionar que durante las prácticas de competencia profesional de la maestría tuve la oportunidad de capacitarme en la logística de todo el SRID como los datos sociodemográficos que se recopilan, los motivos de ingreso a las instituciones con los problemas asociados al consumo. También me capacité en la codificación de la cédula (Informe Individual sobre Consumo de Drogas) mediante una guía de lector óptico.

3. La Encuesta Nacional de Adicciones recopila información sobre el uso, el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas tanto de drogas legales como ilegales por una encuesta aplicada a hogares en un rango de edad de 12 a 65 años en residentes permanentes en las zonas urbanas del país. La primera encuesta se realizó en el año de 1988, posteriormente en el año de 1993, 1998, 2002 y 2008 esta última contiene adicionalmente información de zonas rurales en el país.

4. Otra fuente de información es el Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas de Centros de Integración Juvenil (CIJ) distribuidos en toda la república. Los datos recopilados son de usuarios que solicitan atención en dichos centros, con un formato llamado Entrevista Inicial en donde se recopila la información, se codifica y se captura para el SISVEA. Es importante destacar que dentro del programa de residencia en la maestría tuve la oportunidad de rotar durante un año en el Centro de Integración Juvenil Iztapalapa Oriente, capacitándome en la logística de todas las actividades que se realizan en tratamiento y prevención.

### **Resultados epidemiológicos del consumo de sustancias en nuestro país**

En México se ha evaluado el consumo de sustancias a través de 5 Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) realizadas desde 1988 a la fecha, que han reportado las tendencias en el consumo de drogas; en la última ENA de 2008 se obtuvieron datos más precisos del consumo por estados, lo que permite evaluar la magnitud del problema por cada entidad federativa, así como también la percepción de la población ante el consumo de las sustancias; estos resultados son el parte aguas para la educación en la prevención, ya que permiten ver los factores asociados al consumo y el medio ambiente en donde se generan. A continuación se mencionarán los resultados epidemiológicos encontrados en la ENA 2008 de tabaco y alcohol, ya que estas sustancias son las que se abordan en el presente reporte.

#### **Tabaco**

En el ámbito nacional se estima que en la población de 12 a 65 años de edad el 35.6% que representa al 27 millones de mexicanos había probado alguna vez en su vida el cigarro, el 48.8% son hombres y el 23.4 % son mujeres, la comparación por edad resultó ser del 14.9% en los adolescentes y el 40.2% en los adultos. Los resultados por zonas urbano rurales fueron de 23.6% de la población, el 38.5% son hombres y el 9.7% mujeres, los resultados por adolescentes fueron de 8.7% y de adultos 28% los que probaron un cigarro al menos una vez en su vida.

En cuanto al promedio por la edad de inicio en el consumo de tabaco a nivel nacional se encontró una prevalencia de 17.1 años en un rango de 12 a 55 años de edad. En la población de adolescentes fue de 13.7 años y en los adultos 17.4 años, los resultados fueron muy similares en las zonas urbano- rurales.

Los resultados encontrados de los motivos de inicio del consumo de tabaco reportaron que el 60% de los fumadores empezaron el consumo por curiosidad, siendo el 29.8% hombres y el 26.9% mujeres los que iniciaron esta actividad por convivir con familiares fumadores. Para el consumo de la prevalencia de los fumadores que han fumado más de 100 cigarros en su vida se encontró a nivel nacional entre los 12 a los 65 años el 17.2% que representa a 13 millones de mexicanos, 2.5% son adolescentes y 20.4% adultos. En las zonas urbano rurales se encontró una prevalencia del 9.7%, el 18.2% hombres y 1.8% mujeres.

En forma general el consumo de tabaco a nivel nacional es de 18.5% los fumadores activos, lo que representa a 14 millones de mexicanos; el 17.1% son exfumadores y el 64.4 % nunca han fumado. La prevalencia en los hombres es de 27.8% y 9.9% son mujeres.

A pesar de que los fumadores conocen los daños a la salud ocasionadas por el tabaco como factor de riesgo de más de 25 enfermedades (SSA. 2009, Encuesta Global de Tabaquismo en adultos GATS), éstos continúan el consumo debido a que son adictos a la nicotina (Regalado, Lara, Osio y Ramírez, 2006). Sin embargo el 72.1% de los fumadores actuales quieren dejar de fumar, el 10.9% de los que dejaron de fumar en el último año tuvieron éxito y el 32% de los que alguna vez fueron fumadores con un consumo diario dejaron de fumar en el último año (GATS, 2009).

## **Alcohol**

La encuesta Nacional de Adicciones 2008 reporta el consumo de alcohol en personas que lo ingieren diariamente y el de los bebedores en riesgo; esta definición fue incluida de acuerdo a un patrón de consumo de grandes cantidades, marcado después de 5 copas por ocasión para los hombres y 4 copas para las mujeres. Los resultados también incluyen a la población que presenta abuso/ dependencia.

Los resultados reportan que la población mexicana no tiene un consumo de alcohol diario, 8 de cada 1000 personas consumen alcohol diariamente, 7.5 hombres por cada mujer, el tipo de consumo aumenta de acuerdo a la edad 3.4 veces es más frecuente en hombres mayores de 50 años de edad.

El patrón de consumo típico en grandes cantidades por ocasión es de casi 27 millones de mexicanos entre 12 a 65 años de edad, las frecuencias del consumo se oscilan entre menos de una vez al mes y diario, es decir la mayoría no bebe con frecuencia pero cuando bebe lo hace en grandes cantidades. Cerca de 4 millones de mexicanos

bebe en grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia, lo que se define como bebedor consuetudinario. El consumo de alcohol en forma consuetudinaria es más frecuente en los hombres 5.8 por cada mujer, aunque cabe mencionar que de acuerdo a los resultados de la encuesta el consumo está cambiando en las mujeres adolescentes.

El rango de edad tanto en hombres como en mujeres se presenta de 18 a 29 años en los niveles más altos de consumo; una de las características relevantes de los resultados es que el consumo de los adolescentes está siendo copiada igual al consumo de la edad adulta.

La proporción del consumo que presenta dependencia en la población mexicana es bastante elevada ya que 4 millones de personas presentan trastorno de dependencia, lo que representa a tres y medio millones de hombres y un millón y medio para las mujeres.

En cuanto a los problemas sociales ocasionados por el consumo de alcohol en nuestro país se encuentran los siguientes: problemas familiares según la ENA (2008) un 10.8%; las peleas 6%; los problemas con la policía un 3.7%; los problemas laborales por el consumo 3.7%; la pérdida de empleo o la posibilidad de perderlo el 1.4% y por último se encontró que el 41.3% de personas fueron detenidas por encontrarse bajo los efectos del alcohol.

En conclusión, el consumo de alcohol en nuestro país no es de una práctica diaria, sin embargo el beber en grandes cantidades por ocasión es el problema de esta adicción. Otros datos que parecen ser alarmantes y se deben considerar, es que los adolescentes están copiando los mismos patrones de consumo que los adultos y que las mujeres adolescentes han aumentado su consumo.

### **Programas Preventivos**

Debido a las tendencias epidemiológicas del consumo de drogas, es preponderante trabajar en la prevención de las adicciones con la finalidad de evitar el consumo de drogas, disminuir las situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo. A través de los años, se ha generado gran experiencia y conocimientos en la prevención del consumo de drogas en diferentes países, con la finalidad de contar con un marco teórico que logre especificar los factores asociados al consumo de las sustancias y definir cuales son los procedimientos y tratamientos más adecuados para modificar las conductas adictivas.

En la actualidad uno de los campos de conocimiento respecto al tema de la prevención es la investigación centrada en la epidemiología y el comportamiento. Entre la literatura más relevante de las investigaciones a nivel preventivo, son las que se encuentran a definir y comprender los factores de riesgo con mayor peso probabilístico de predecir un problema de consumo de drogas y que factores de protección son los más efectivos (CONADIC, 2006).

Cuando se habla de factores de riesgo y protección se dice que es un abordaje conceptual y metodológico que permite identificar y actuar sobre causas multifactoriales respecto a la etiología del consumo de sustancias adictivas (Modelos Preventivos, CONADIC, 2006). Este enfoque plantea el control de los factores de riesgo y la promoción de los factores de protección, los cuales requieren la participación de diferentes sectores, además los factores de protección interactúan sobre los factores de riesgo controlándolos en su relación de probabilidad respecto al consumo de drogas (Gordon y Cohen, 1996) cumpliendo con su función protectora.

Esta perspectiva se entiende como factor de riesgo a un atributo o característica individual, situacional o de contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso o abuso de sustancias o el mantenimiento en el consumo. El significado de factor de protección es un atributo o característica individual, situacional o ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso, abuso o mantenimiento en el consumo de drogas (Clayton, 1992).

Por lo anterior, el campo de la prevención en las adicciones ha generado varias definiciones de principios metodológicos que incrementan la probabilidad de la eficacia de un programa preventivo, los cuales son los siguientes:

- Comunicar a la población objetivo, los factores de riesgo y de protección de las sustancias adictivas, como: la población a la que está dirigida por edad, sexo, raza, locación, comunidad, pueblo, región o por institución escuela, lugar de trabajo, etc. Para realizar la evaluación de riesgo, protección y consumo de la población a quien se encuentra dirigida la prevención, se deben tomar en cuenta los factores de riesgo que incrementan la posibilidad del consumo y los factores de protección que inhiben los factores de riesgo. Atender dentro de la población definida todos los niveles de riesgo, con énfasis en los factores importantes de riesgo y de protección en los individuos y grupos vulnerables. El realizar la evaluación en la población ayuda a enfocar la prevención de una manera más efectiva y precisa.

- Utilizar enfoques para la prevención en el consumo de sustancias adictivas, como: el reducir la disponibilidad en el consumo en menores de edad, las leyes, las políticas y los programas que pueden ayudar a lograrlo. Por otra parte el reforzamiento de las habilidades y técnicas cognitivas que ayudan a que el individuo utilice estrategias que le ayuden a rechazar el consumo. Otro enfoque importante es reforzar los lazos sociales, cuidando las relaciones de amistad con personas y familiares que estén en contra del consumo de las sustancias, también grupos de apoyo social, grupos de pares, contextos religiosos, espirituales y actividades recreativas.
- Proporcionar intervención preventiva temprana en fases importantes, como: en edades tempranas del desarrollo y en diferentes etapas de la vida. Estas fases involucran circunstancias biológicas, psicológicas y sociales que pueden incrementar el riesgo en el consumo de sustancias como la pubertad, la adolescencia, los factores familiares o sociales, etc. Además se deben fortalecer las habilidades, las normas, las expectativas y las conductas aprendidas con anterioridad, con mensajes de campañas antidrogas e intervenciones preventivas apropiadas a la edad, enfatizando la pubertad y la adolescencia.
- Intervenir en campos y escenarios apropiados que puedan influir más sobre los factores de riesgo y de protección de abuso de drogas, como: los hogares, las escuelas, el trabajo, los grupos sociales, los amigos, etc.
- Manejar adecuadamente los programas de prevención, como: asegurarse que las políticas para establecer u operar los programas y mensajes dirigidos a la comunidad sean consistentes, que cuenten con la cobertura deseada, que sean sólidos y compatibles. El personal que realiza la prevención debe estar capacitado en la materia, con la finalidad de que los mensajes sean aplicados como fueron propuestos. Monitorear y evaluar los programas con objetivos y metas a cumplir para que sean efectivos.

### **Fundamentos conductuales y cognitivos de las adicciones**

A través de los años la Sociedad Psicológica Americana (APA) ha desarrollado una evaluación con tratamientos eficaces para trastornos concretos en muestras clínicas perfectamente especificadas en cuanto a los tratamientos de las adicciones, de los diez tratamientos efectivos para el abuso y dependencia de sustancias incluidos en

dichas revisiones, nueve corresponden a tratamientos de tipo cognitivo-conductual. (Stead y Lancaster, 2005).

Por lo anterior los enfoques de las teorías conductuales y cognitivas de las adicciones son alternativas eficaces en el tratamiento de las adicciones ya que son técnicas que se encuentran validadas empíricamente, ofreciendo resultados positivos y duraderos, debido a su validez experimental han demostrado ser aproximaciones bastante sólidas y eficaces. A continuación se mencionaran todos los enfoques cognitivos y conductuales de las adicciones los cuales son conocimientos que adquirí en los 2 años de residencia de la maestría en adicciones:

#### ❖ **Teorías conductuales.**

En el año de 1938 Skinner propone una teoría explicando que la conducta de los individuos es controlada por una carga genética y las contingencias del medio ambiente. La causa que ocasiona una conducta se debe a los estímulos contingentes. La conducta es conducida por los estímulos que la anteceden y es moldeada y controlada por los estímulos reforzantes que hacen que siga presentándose. En cuanto a la teoría conductual del uso de drogas el consumo se mantiene por principios del aprendizaje como el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje observacional llamado también aprendizaje vicario (Skinner, 1938, 1953, Staddon 2001 en Kazdin,). Bajo la perspectiva de la teoría conductual, la conducta más que encontrarse determinada por la carga genética, resulta de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo tanto es posible modificar comportamientos o aprender otros usando los mismos principios por los que se adquirió la conducta (Cooper, Heron y Heward, 1987).

Cabe reiterar que una estrategia conductual que se emplea para el estudio de las adicciones es que se identifiquen las conductas observables y que se cuantifiquen, que tengan relación con los eventos del entorno del sujeto, esta estrategia es llamada Análisis Funcional de la Conducta AFC (Bickel, DeGranpre & Higgins, 1993). El AFC es una entrevista estructurada que examina de forma exhaustiva los antecedentes y consecuencias de una conducta específica como la conducta de consumo a sustancias adictivas, la finalidad de emplear el AFC en las adicciones es establecer los precipitadores del consumo del usuario con el objetivo de que éste identifique una cadena de eventos que promueven la conducta de consumo, el segundo propósito del AFC es la identificación de las consecuencias tanto positivas como negativas de la conducta (Barragán et al. 2006). En general la finalidad del AFC es que los sujetos presenten una conducta de consumo a través de especificar los resultados agradables



inmediatos y los desfavorables a largo plazo de la conducta de consumo. El análisis funcional es una técnica sumamente eficaz para modificar la conducta a un ambiente positivo y reforzador para que una persona con un consumo a una sustancia adictiva se motive y aprenda otras conductas, es decir por medio de este ejercicio el usuario logra romper la asociación de estímulo- respuesta y asocia conductas de no consumo.

### **Condicionamiento clásico**

El condicionamiento clásico también conocido como condicionamiento respondiente o como condicionamiento pavloviano es un aprendizaje que establece la adquisición de asociaciones entre conductas particulares y consecuencias (Pavlov, 1921, Cooper, Heron y Heward, 1987). Todos los organismos intactos ingresan al mundo con la habilidad de emitir respuestas en presencia de ciertos estímulos que no se requiere de ningún aprendizaje, la mayoría de las especies sanas se encuentran equipados con las mismas habilidades de una serie de conductas no aprendidas. La habilidad para responder automáticamente a estos estímulos forma parte del equipo genético de cada organismo. Estos estímulos pueden ser protectores contra ciertos estímulos que podrían resultar dañinos a los organismos por ejemplo el cambio del ritmo cardiaco, la contracción de la pupila contra una luz brillante, etc. Dichas conductas fueron incluidas a través del tiempo de acuerdo a las necesidades de cada especie, a este tipo de conductas se le llamó conducta respondiente y estas conductas ayudan a cada organismo a tener respuestas estructuradas para diferentes estímulos específicos, estas conductas no podrían ser aprendidas por un tiempo en un organismo individual (Cooper, Heron y Heward, 1987). La conducta respondiente es definida como la conducta que es provocada por estímulos antecedentes, es decir una respuesta es producida por estímulos precedentes, no se requiere de nada para que esa respuesta ocurra, cuando se toma el estímulo antecedente y la conducta que produce se obtiene un reflejo en un organismo viviente. Cabe mencionar que nuevos estímulos adquieren la habilidad de generar respondientes, esto es llamado aprendizaje respondiente, fue descubierto por Pavlov, dicho autor llegó a la conclusión mediante un estudio del sistema digestivo de sus perros, descubrió que sus animales salivaban cuando era abierta la jaula para alimentarlos, esto no ocurría mientras escuchaban el sonido de las puertas sino cuando las puertas eran abiertas. Posteriormente Pavlov continuó realizando el trabajo de la demostración experimental del condicionamiento respondiente. El procedimiento de estos experimentos consistió en tocar una campana justo antes de que el asistente le abriera la jaula al perro para ser alimentado, la

comida en la boca fue denominado Estímulo Incondicionado (EI), lo que provocaba la salivación, el sonido de la campana fue llamado Estímulo Neutral (EN), no la provocó, sin embargo descubrió que después de aparear en numerosas ocasiones el sonido de la campana en presencia de la comida, el sonido de la campana por sí solo se convirtió en un Estímulo Condicionado (EC). En conclusión los perros aprendieron o se habían condicionado a salivar en respuesta a un nuevo estímulo que fue el sonido de la campana (Kazdin, 1978). Posteriormente Pavlov también descubrió que después del condicionamiento, el sonido de la campana perdía su habilidad para provocar la salivación si esta se presentaba varias veces sola sin ser seguida por alimento.

A continuación se describirán los conceptos básicos del condicionamiento clásico:

- **Conducta:** La conducta de un organismo es aquella porción de la interacción del organismo con su ambiente que se caracteriza por los movimientos detectables en el espacio a través del tiempo y que resultan en un cambio medible al menos en algún aspecto del ambiente (Copper, Heron y Heward, 1987). Este término usualmente es utilizado en un amplio grupo de clases de movimiento como la conducta de aplaudir, bailar, hablar, etc.
- **Respuesta:** El término de respuesta se utiliza para referirse a una instancia específica de una conducta en particular, la definición del termino respuesta es sumamente relevante en la ciencia de la conducta ya que las respuestas son el centro de observación y evaluación de los estudios conductuales. En conclusión la respuesta es la unidad de análisis medible en la ciencia de la conducta. (Skinner, 1969, en Cooper, 1987).
- **Ambiente:** Es el conglomerado de circunstancias reales en las que el organismo o las partes del organismo existen. El término podría incluir otras partes o aspectos del organismo distintas del que es objeto de estudio. Así el término apropiado denota un universo de eventos que difieren de una instancia a otra (Johnston y Pennypacker, 1980, en Cooper, 1987). La ciencia de la conducta siempre pretende descubrir las leyes o afirmaciones que describan las relaciones funcionales de la conducta y el ambiente.
- **Estímulo:** Es el término general utilizado para describir aspectos específicos del ambiente que pueden diferenciarse entre sí. En los estudios de conducta el término de estímulo se utiliza haciendo referencia a aquellas variables del ambiente que el

experimentador controla y manipula de alguna forma para determinar su influencia sobre la conducta de investigación.

Dentro del campo de las adicciones el condicionamiento clásico explica la adquisición, el mantenimiento y la recaída del consumo de sustancias, por ejemplo: un reflejo incondicionado ocurre en el momento de consumir la sustancia, ya sea alcohol o tabaco y las respuestas condicionadas ocurren cuando se experimenta la ingesta de la sustancia. En base a los principios asociativos del condicionamiento respondiente como son la intensidad del estímulo incondicionado (EI), la frecuencia del apareamiento, la contigüidad y la contingencia) la respuesta condicionada a la droga aumenta, lo que genera que el deseo o el apetito por la sustancia continúe después de la abstinencia. Las respuestas incondicionadas son asociadas con otros estímulos presentes en el momento en que la persona consume una sustancia, el resultado de esta asociación lleva a que los estímulos del contexto adquieran propiedades condicionadas (EC) provocando respuestas condicionadas, las respuestas condicionadas son parecidas a las respuestas incondicionadas del consumo de sustancias y conllevan a un estado de inquietud o deseo de consumir la sustancia (Oropeza, Loyola y Vázquez, 2003). Uno de los ejemplos más claros en una persona que es dependiente a una sustancia, cuando está hablando de su consumo, este sujeto experimenta inquietud y deseo de consumir la sustancia. El estímulo condicionado (EC) es el ambiente donde consume el usuario y estas señales condicionadas asociadas ante la presencia de un estímulo precipitador (externo o interno). Por ejemplo un fumador puede asociar el fumar con solo ver a un amigo con el que fumaba, o estar en el lugar donde siempre fumaba o que se encuentre en alguna situación donde ha consumido cigarrillos con anterioridad.

Bajo la perspectiva del condicionamiento respondiente se han diseñado algunos tratamientos para las adicciones con técnicas exclusivamente conductuales como el condicionamiento aversivo o el contracondicionamiento y la extinción de la conducta. A continuación se mencionarán el manejo de estas técnicas con los consumidores de tabaco.

- Técnicas aversivas

En los años setentas y a principios de los ochentas surgieron en Estados Unidos métodos para dejar de fumar con técnicas aversivas. Las bases teóricas de dichas técnicas estaban basadas en los experimentos clásicos de respuestas condicionadas en animales. Si un determinado comportamiento es asociado con un estímulo

desagradable, lo atractivo del comportamiento sería reducido y así podría desaparecer. Más aún, se alcanza mayor efectividad cuando el comportamiento que se desea eliminar de alguna forma se relaciona con un estímulo aversivo (Muller, 2006).

El primer reporte sobre técnicas aversivas en fumadores fue publicado en 1964 y se basó en la descripción de un método que consistía en echarles humo en la cara a los fumadores mientras fumaban. Esto condujo al desarrollo del método del “tabaquismo rápido” descrito por Lublin y Joslyn en 1968. Cabe mencionar que los tratamientos conductuales que incluían el tabaquismo rápido y aversivo alguna vez fueron el pilar de los tratamientos para dejar de fumar. Este tratamiento fue el único de todos los tratamientos aversivos que ayudó al parecer a los fumadores a dejar de fumar, sin embargo, la evidencia no es lo suficientemente fuerte debido a que los estudios que se realizaron carecían de estructura metodológica. La evidencia reportada en estos estudios es que, era una técnica efectiva para los fumadores que ya habían tomado otros tratamientos más convencionales y sin duda este tratamiento sólo se recomendaba a fumadores que no tuvieran problemas cardiopulmonares.

Existe otra variante del contracondicionamiento llamado sensibilización encubierta, y consiste en llevar al usuario a que utilice la imaginación guiada por el terapeuta a que imagine la secuencia de eventos en donde estaba acostumbrado a consumir (que imagine su cadena conductual) y aparear los pensamientos a sensaciones desagradables para que tenga aversión por la sustancia (Rimmele, Howard y Hilfirnk, 1995).

- Técnica de extinción de la conducta

Esta técnica consiste en eliminar la conducta que fue adquirida como consumir la sustancia a través de la asociación de estímulos reflejos. La extinción se logra exponiendo en ocasiones repetidas al estímulo condicionado sin aparearlo al estímulo incondicionado hasta que pierda su valor condicionado.

La técnica de control de extinción y control de estímulos en los fumadores es la explicación de que estos han estado expuestos a numerosos estímulos que se han asociado con la conducta. Cuando el fumador logra dejar de fumar eventualmente la presencia de estos estímulos o el hecho de sólo recordarlos puede desencadenar una respuesta condicionada de abstinencia (el deseo de volver a fumar). En 1986 Abrams

menciona el fenómeno de la reactividad condicionada a esas señales asociadas con la conducta de fumar y estas se convierten en un importante predictor de una recaída. Es importante destacar, que si esas señales que dominan la conducta de fumar se debilitan o se extinguen lograr dejar de fumar puede ser más sencillo. Algunos autores como Orleans, Rimer, Fleisher, Keintz, Telepchak y Robinson, mencionan que las técnicas cuyo objetivo principal es la extinción de la conducta son muy efectivas para dejar de fumar.

### **Condicionamiento operante**

El condicionamiento operante establece la adquisición de asociaciones entre las conductas particulares y sus consecuencias. Las conductas que se adquieren por este medio cambian de acuerdo a las consecuencias, se puede tener una consecuencia agradable (*reforzador*) o una desagradable (*castigo*), de esta forma la conducta que tiene un reforzador se mantiene y la otra que obtiene un castigo se debilita (Skinner, 1938 en Cooper, 1987).

A través de los años se realizaron estudios en los laboratorios sobre el condicionamiento operante destacando los efectos legítimos de las consecuencias recompensantes de las conductas y se extendió a la aplicación de estos estudios en los seres humanos, en los hospitales psiquiátricos, con niños con retraso, etc. (Lindsley, 1956, 1960 en Kazdin, 1994). Gracias a estas demostraciones bastante simples sugirieron que importantes conductas podrían ser influenciadas por las consecuencias ambientales.

Para Cooper los efectos y las consecuencias de una conducta operante sobre el ambiente, determina la frecuencia de la ocurrencia de la conducta futura. Las consecuencias de la conducta operante sirven para definir la operante en un conjunto de términos de condiciones antecedentes. Es decir la conducta operante se debe definir en términos de un control de variables.

La descripción completa de una operante específica se denomina *Contingencia* y esta descripción incluye: 1. Una definición precisa de los límites y el rango la topografía de las respuesta que producirá, 2) Una consecuencia específica y 3) la situación medioambiental (la privación o estimulación aversiva de Skinner) en la cual esa consecuencia influye en la probabilidad de una respuesta.

En conclusión la conducta operante es cualquier conducta cuya probabilidad de ocurrencia está determinada por su historia de consecuencias, la diferencia de la conducta operante a la respondiente es que la conducta respondiente proporciona a

las personas a un número de respuestas limitadas automáticas a ciertos estímulos y a eventos medioambientales apareados a estímulos y la conducta operante capacita a la persona a tener respuestas nuevas a un mundo cambiante, esta conducta es dinámica y va cambiando de acuerdo a las respuestas del ambiente.

Por ejemplo una persona establece una relación positiva al consumo de sustancias como el alcohol, el individuo aprende que a través del consumo de desinhibe y puede hablar mejor con los demás en una fiesta, o sabe que si está tenso y consume alcohol se relaja, es decir, obtiene reforzadores positivos de la sustancia, esto es un patrón conductual aprendido que puede ser modificado utilizando técnicas del condicionamiento operante, como el manejo de contingencias, reforzando al usuario a no consumir y mantener la abstinencia con fichas canjeables por dinero o incentivos (Higgins y Sliverman, 1999). Otra técnica muy eficaz para los tratamientos a sustancias adictivas son los planes de acción que se diseñan de acuerdo a cada individuo y deben ser reforzados por parte del terapeuta, durante el tratamiento se proponen actividades recreativas que no sean compatibles con el consumo, reorganizando el ambiente de la persona que consume.

### ❖ Teoría Cognitiva

El origen de la teoría cognitiva comenzó en la década de los años 30 del S. XX con Tolman, el cual argumentaba que el modo en que las personas actúan está orientada hacia una meta y que las expectativas de la persona se realizan en forma de planes que propician una conducta específica. La teoría cognitiva argumenta que la mayoría de los problemas de los individuos son causados por pensamientos erróneos. El término de cognición se refiere al conocimiento que poseen los individuos sobre el ambiente y como sus expectativas y creencias controlan su comportamiento. La teoría cognitiva se compone de tres factores bidireccionales y son los siguientes: 1. las cogniciones o los pensamientos, 2. los afectos o los sentimientos y 3. la conducta (Carrascoza,2007). Si una persona tiene pensamientos erróneos sus respuestas emocionales o conductuales resultarán problemáticas, entonces si la persona cambia sus pensamientos también cambiará la forma en la que piensa y actúa.

La teoría cognitiva ha sido aplicada en el campo de las adicciones, en los tratamientos se analizan los pensamientos que llevan al individuo a consumir drogas desarrollando patrones conductuales, estos pensamientos se convierten en pensamientos automáticos, rígidos, ilógicos, irracionales y se convierten en una forma de hacerle frente a las emociones negativas que siente la persona, también a negar el abuso en el consumo y a seguir consumiendo.

Bajo la perspectiva de la terapia cognitiva para el consumo de sustancias el abuso se traduce en una conducta disfuncional y está condicionado por pensamientos erróneos, la terapia modifica los procesos del pensamiento negativos y las percepciones que postergan los desordenes emocionales. La persona que es atendida en la terapia cognitiva aprende a identificar esos pensamientos y los modifica con pensamientos racionales o positivos por lo tanto sus conductas serán positivas y lo llevarán a una vida sin consumo de sustancias.

Una de las técnicas más efectivas para el tratamiento de las adicciones es la reestructuración cognitiva, la cual consiste en cambiar los patrones de pensamientos relacionados con el consumo y la reestructuración ayuda al usuario a conductas más adaptativas, la reestructuración se enfoca a modificar el papel que juega la sustancia para el usuario, el cambio de la conducta consiste en que la persona identifique los pensamientos que lo llevan a consumir y el deseo de la sustancia, cuando la persona ya identifica esos pensamientos tiene más elementos para afrontar el consumo.

La prevención de recaídas es otra estrategia cognitiva que ayuda a identificar al usuario que pensamientos lo pueden llevar a consumir nuevamente, la percepción del usuario ante una recaída no debe entenderse como un fracaso sino como aprendizaje que le ayuda a identificar las situaciones en las cuales el usuario se encuentra en riesgo para consumir la sustancia y que elabore planes de acción para hacerle frente al consumo (Marlatt y Gordon, 1985). Por ejemplo: si el usuario identifica que en el bautizo de su sobrina va a haber alcohol y se le va antojar consumir, piensa que no puede afrontar la situación, esta es una situación de riesgo y se elaboran planes de acción, se trabaja con la reestructuración cognitiva u otras técnicas de prevención de recaídas.

### ❖ **Teoría del aprendizaje social**

La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Albert Bandura y esta teoría afirma que el aprendizaje en las personas ocurre en un medio social, en el cual el individuo adquiere conocimientos, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes, también se aprenden diversos comportamientos observando a otros que ejecutan ese comportamiento y las consecuencias que adquieren de realizar ese comportamiento, la persona actúa de acuerdo a lo que cree esperar de las acciones que realiza. Dicha teoría argumenta la forma en la que las personas tratan de controlar los aspectos de las cosas que ocurren en su vida a través de los pensamientos, las emociones y las conductas, por lo que la conducta estará motivada y regulada por las normas internas

y por las acciones valorativas de sus propios actos (Carrazcosa,2007. p. 18.). Una vez que las normas personales se adaptan, la ambivalencia entre la realización de una conducta dependerá de la evaluación que realice la persona y el criterio que utilice, eso influirá en su comportamiento.

De acuerdo al enfoque de esta teoría el comportamiento humano es aprendido. Este comportamiento se explica en un modelo de reciprocidad triádica, en el que el comportamiento de la persona, los procesos cognoscitivos y los eventos sociales actúan de una forma interactiva. La naturaleza de la persona se define en término de varias capacidades como la simbolización, la anticipación, el aprendizaje vicario, la autorregulación y la autorreflexión. A continuación se mencionarán cada una de estas capacidades:

La simbolización se refiere a la capacidad que tiene la persona para utilizar los símbolos, estos impactan en la vida de las personas y proporcionan los medios para alterar y adaptarse al ambiente. Los símbolos permiten que la gente procese y transforme las experiencias en modelos internos que sirven de guías para las acciones futuras.

La anticipación se refiere a que la gente no reacciona a su ambiente inmediato, gran parte de su conducta es propositiva y está regulada por la anticipación. Las personas se anticipan de acuerdo a las consecuencias de sus actos, se proponen metas y planea las cosas a futuro. Los eventos futuros no determinan la conducta pero el sólo hecho de la representación cognitiva influye en la acción del presente. Cuando una persona anticipa los resultados de manera simbólica convierte las consecuencias futuras en motivadoras actuales y reguladoras de la conducta futura.

El aprendizaje vicario se da a través de la observación de la conducta de otras personas y sus consecuencias. La capacidad de aprender por la observación capacita a las personas para adquirir reglas, para adquirir patrones conductuales sin tener que aprenderlos por el ensayo y el error. Para Bandura el aprendizaje se da a través del modelamiento, se refiere al aprendizaje que se logra observar en la ejecución de alguien que participa en las conductas que se desea desarrollar (Kazdin, 1996. p.302). A través de la observación las personas adquieren respuestas deseadas sin llevarlas a cabo. Una de las técnicas cognitivas sumamente eficaz es el modelamiento conductual. Las fuentes de este aprendizaje son observar o escuchar los modelos. El modelamiento logra sus efectos alterando los procesos cognoscitivos.



La autorregulación se refiere a que la conducta humana está motivada y regulada por criterios internos y reacciones de evaluación de sus propias acciones, cuando las personas utilizan sus criterios personales surgen las discrepancias para que se realicen esas conductas, así que un acto dependerá de las influencias auto producidas de la persona.

La capacidad autorreflexiva se refiere a la capacidad que tienen los individuos para analizar sus experiencias y sus procesos de pensamiento, cuando la persona reflexiona acerca de sus experiencias y de lo que sabe se deriva un conocimiento genérico de ellos mismos y del mundo.

Por lo anterior, el procesamiento de información en que los datos de la estructura de la conducta y de los acontecimientos del entorno se transforman en representaciones simbólicas que sirven como lineamientos de la acción, es decir, el aprendizaje ocurre en el acto o de manera vicaria mediante la observación de otro modelo (observando a una persona en el ambiente), las consecuencias de la acción son fuentes de información y la motivación para que la persona actúe dependerá si es conveniente o no para que se realice esa conducta. El comportamiento se realizará de acuerdo a las consecuencias deseables o de acuerdo a las consecuencias que pueden ser insatisfactorias o negativas (Shunck, 1997).

Una de las características de la teoría del aprendizaje social es que las personas no son agentes autónomas ni portadores de fuerzas ambientales, éstas contribuyen de manera recíproca a su propia motivación y a su conducta dentro de un sistema que es recíproco, que incluye determinantes personales, la acción y los factores ambientales, éstos se afectan bidireccionalmente y a este modelo se le conoce como reciprocidad triádica. Es decir la conducta, los factores cognitivos y personales, así como los eventos ambientales operan como determinantes uno del otro (Bandura, 1986).

Desde el punto de vista de la teoría social cognitiva el consumo de sustancias se explica como conductas de hábitos sobreaprendidos y pueden ser modificados como otras conductas, sin embargo, estas conductas tienen consecuencias negativas para las personas que las consumen. Bajo esta perspectiva este modelo estudia los determinantes de los hábitos adictivos como los antecedentes situacionales, el ambiente, las creencias, las expectativas, la historia familiar y las experiencias de aprendizajes previas al consumo de la sustancia, también estudia las consecuencias de esas conductas con la finalidad de entender los efectos reforzantes para el mantenimiento del consumo y las consecuencias negativas que apoyen la eliminación de la conducta adictiva. Otro aspecto que considera son los efectos reforzantes de la

sustancia o las actividades asociadas a las reacciones sociales o interpersonales que experimenta la persona antes, durante y después del consumo, los factores sociales van de la mano con el aprendizaje de una conducta adictiva como la ocurrencia subsecuente de la conducta, que conlleva a que se establezca esa conducta. Por ejemplo en algunas situaciones las personas que consumen sustancias lo hacen porque se sienten estresadas o tristes, intentan bajar su ansiedad o se dan valor para hacer cosas, en cuanto a esas conductas que se establecen antes o después del consumo se convierten en mecanismos de afrontamiento inadecuados que provocan consecuencias negativas en su salud, su familia, su entorno social, etc.

Debido a que el presente reporte describe un caso de un usuario con dependencia severa al alcohol se mencionarán los principios de teoría del aprendizaje social acerca del uso y del abuso de alcohol según Abrams y Niaura (1987).

1. Aprender a beber forma parte integral del desarrollo psicosocial y de socializar en una cultura. La conducta de beber, las creencias, las actitudes y expectativas se forman por la influencia social de la cultura, los amigos, la familia.
2. Las diferencias individuales que predisponen a que una persona consuma alcohol interactúan con la influencia de los factores sociales y las situaciones para determinar el patrón de inicio. Las diferencias individuales pueden ser biológicas o psicológicas, las cuales pueden ser heredadas o adquiridas.
3. La experiencia con el consumo de alcohol se vuelve importante a medida del desarrollo y la experimentación con la sustancia. El consumo es reforzado tanto positiva como negativamente.
4. La combinación entre un factor individual y una situación que una persona no sepa como afrontar el consumo se convertirá en abuso más que en el uso, ya que la probabilidad de uso de alcohol es alta si la persona no aprende una alternativa más adaptativa en sus habilidades de afrontamiento. El abuso del consumo dependerá de las demandas ambientales, la disponibilidad del alcohol y las habilidades de afrontamiento.

5. Cuando el uso de alcohol es continuo, la tolerancia adquirida a sus propiedades reforzantes en el organismo, generará la ingestión de mayores cantidades de la sustancia para alcanzar el mismo efecto.
6. Si el consumo de alcohol se incrementa y se mantiene a lo largo del tiempo se incrementa el riesgo de desarrollar la dependencia física y psicológica. El consumo también puede mantenerse como reforzador negativo (para no sentir los síntomas de la abstinencia). Es importante mencionar que la dependencia psicológica motiva el consumo del alcohol, el individuo se apoya en el alcohol para resolver sus problemas, o el cambio de humor, para calmar su ansiedad, cansancio, etc.
7. El abuso de alcohol no sólo depende de reacciones biológicas y psicológicas, el consumo tendrá consecuencias individuales y sociales que conllevan a beber aumentando la tensión entre la persona y su ambiente, es decir, el determinismo recíproco de la Teoría del aprendizaje social, explica la pérdida de control del individuo que consume y no sólo se explica el comportamiento adictivo por un proceso de enfermedad biológica.
8. La influencia de los factores sociales, ambientales e individuales del consumo de alcohol varía a lo largo del tiempo, no existe una combinación necesaria de factores para que una persona se vuelva un bebedor problema o desarrolle alcoholismo, es decir, hay múltiples formas biopsicosociales para que se de el uso, el abuso y la abstinencia y la moderación en el consumo estará sujeta a los principios del aprendizaje social.
9. La recuperación al consumo de alcohol dependerá de la habilidad del individuo para elegir sus alternativas de afrontamiento, depende del autocontrol que tenga para afrontar el consumo. El individuo practicará a persuadir el consumo de manera verbal o a través de aprender el modelamiento conductual, la persona debe aprender habilidades para desarrollar altos niveles de autoeficacia para resistirse al consumo, identificando sus precipitadores externos o internos, debe de ser autoreflexivo a través del ejercicio del análisis funcional de la conducta, observará las consecuencias positivas del consumo, sin embargo, deberá observar que preponderan más las consecuencias negativas y los factores que lo ponen en riesgo y esto reforzará más su abstinencia y su decisión.

Por lo anterior los principios del modelo del aprendizaje social para explicar el uso y el abuso de alcohol en las culturas, dependerá de la forma para afrontar las demandas de la vida diaria que puede convertirse en algo nocivo si se utiliza de forma inadecuada. Cuando la persona abusa de manera severa, el consumo ocasiona consecuencias severas en el individuo y su ambiente social.

Otros autores como Marlatt y Gordon (1985) explicaron la perspectiva del desarrollo y mantenimiento de la conducta de beber. A continuación se explican los puntos centrales de dichos autores respecto al consumo:

1. Las conductas adictiva se conocen como malos hábitos o conductas maladaptativas. Existen factores biológicos que contribuyen para que una persona pueda estar predispuesta a beber, sin embargo existen patrones específicos que las personas aprenden en su conducta de beber.
2. Las conductas adictivas ocurren por el uso de la sustancia o el abuso, estas permanecen por la cantidad y la frecuencia.
3. La conducta adictiva está influida por el aprendizaje, tanto para explicar el uso como el abuso.
4. Las conductas adictivas son hábitos aprendidos y pueden analizarse como cualquier otro hábito.
5. Las conductas adictivas se determinan por factores situacionales, ambientales, creencias, expectativas, la historia familiar del individuo, las experiencias previas con la sustancia. Éstas también dependen de las consecuencias reforzantes, ya sea un reforzador positivo o negativo.
6. Además de los efectos que generan las sustancias en el organismo, también influyen las experiencias que el individuo tiene antes del consumo, durante el consumo y después, ya sea en forma social o interpersonal. Los factores sociales son importantes para la adquisición de la conducta adictiva o posteriormente.

7. Generalmente las conductas adictivas se dan en condiciones estresantes, en esa forma se convierten en conductas de afrontamiento inadecuadas o conductas maladaptativas.
8. Las conductas adictivas se ven afectadas por las expectativas de la persona para alcanzar los efectos deseados. Las expectativas de la autoeficacia son importantes para afrontar el consumo.
9. Los programas de autoayuda generan cambios en la conducta adictiva, ya que el individuo aprende nuevas habilidades y estrategias cognitivas desarrollando conductas adaptativas que cambian los procesos cognitivos.

### **Entrevista Motivacional**

En 1991 Miller describe que la Entrevista Motivacional ayuda a la persona a que adquiera un compromiso y deseo de cambiar, los orígenes proceden de las estrategias del counselling centrado en el cliente, la terapia cognitiva, la psicología social y la terapia de sistemas.

Esta herramienta se centra en la persona y el terapeuta interviene de manera precisa combinando elementos de enfoques directivos y no directivos con una base motivacional cuyo objetivo es promover la motivación al cambio terapéutico.

Cuando se habla de motivación, se entiende que es un proceso de disposición al cambio, el cual puede variar de un momento a otro o de una situación a otra a lo largo de que el usuario se encuentre en el tratamiento. La motivación no es estática, es positiva y va dirigida hacia el mejor interés que tenga la persona. Para Miller la motivación está relacionada a la probabilidad de que una persona entre, continúe y se adhiera a una estrategia de cambio específica (Miller, 1991).

Uno de los factores que preponderan en el éxito del tratamiento de una persona es el papel que juega el terapeuta en la motivación al cambio; hallazgos empíricos demuestran que el terapeuta está vinculado al éxito del tratamiento. Miller señala que las variaciones entre la efectividad de los terapeutas tiene que ver con las características y los estilos de estos. Uno de los ejemplos más claros de índice de deserción en los tratamientos es la falta de modulación en el tono de voz. Uno de los aspectos más importantes es la forma en la que el terapeuta se relaciona con la persona a tratar.

El estilo de la Entrevista Motivacional ayuda al terapeuta a manejar la ambivalencia, al conducir la entrevista el terapeuta es directivo pero está centrado en el cliente, con la finalidad de crear afirmaciones motivacionales que produzcan un cambio conductual y provoquen discrepancia que incremente la motivación para el cambio.

Por lo anterior, la Entrevista Motivacional cuenta con varios principios básicos como: expresar empatía, crear discrepancia, evitar la discusión, manejar la resistencia y fomentar la autoeficacia.

Cuando se emplea la Entrevista Motivacional para el tratamiento de sustancias adictivas, el terapeuta escucha al usuario de manera reflexiva, comprendiendo sus sentimientos y argumentos, él debe aceptarlo, nunca juzgarlo. Cuando el terapeuta utiliza la discrepancia lleva al usuario a distinguir la diferencia entre el consumo y una situación más saludable, haciendo hincapié en los costos que le ha generado el consumo o las consecuencias negativas, para que presente sus razones para cambiar y modificar su conducta. Es importante señalar que el terapeuta no debe confrontar al usuario, ni etiquetarlo, con la finalidad de que la persona no tome una actitud defensiva o molesta. El terapeuta debe manejar la resistencia dándole un giro a las respuestas de la persona cuando son poco cooperativas, éste debe intentar cambiar las percepciones del paciente de una forma más sutil que de manera impuesta. Por último, el terapeuta fomenta la autoeficacia y el optimismo que se basa en las fortalezas que posee la persona para disminuir su uso de drogas o dejar el consumo.

Autores como Di Clementi y Prochaska (1983) señalan que la motivación es un proceso de guía en la decisión de cambio de las personas, respecto al consumo de drogas un usuario se puede encontrar en alguna etapa de cambio, continuamente una persona salta de una etapa a otra. Un usuario puede encontrarse en la primera etapa, por lo tanto, la Entrevista Motivacional es una herramienta eficaz que brinda apoyo motivacional para que la persona cambie a otra etapa, cuando se hace referencia a las etapas de cambio, significa que el terapeuta debe identificar la etapa de disposición al cambio en la que se encuentra el usuario y que postura tiene respecto a la intervención y que problema lo lleva a buscar ayuda.

Por lo anterior, dichos autores mencionan que las etapas de motivación al cambio se encuentran en una rueda llamada “Rueda de cambio” definiendo seis etapas las cuales son las siguientes:

**Precontemplación:** en esta etapa el individuo no está interesado en cambiar su conducta respecto al consumo, la percepción que tiene la considera sin problemas y ni siquiera intenta abandonarlo. Generalmente en esta etapa, el usuario no llega a terapia ni busca ayuda por lo que la labor del terapeuta es recomendarle a la persona que asista a algún tratamiento, debe también establecer rapport, pedir permiso para tratar el tema y motivarlo a cambiar, generar confianza, ser empático, reconocer los aspectos que disfruta la persona del consumo, crear dudas respecto al uso de la sustancias, es decir, enfatizar todas las consecuencias negativas de una forma sutil, escuchar la percepción que tiene la persona acerca de su problema, obtener información acerca de los riesgos del consumo, darle retroalimentación, expresar interés e invitarlo a que acuda a tratamiento cuando el usuario lo requiera.

**Contemplación:** En esta etapa el usuario ya tiene alguna idea de abandonar el consumo, pero se siente con dudas respecto a su capacidad para poder lograrlo. En esta etapa la persona se siente ambivalente para cambiar. El terapeuta debe reconocer los intereses del usuario, debe explorar en forma exhaustiva los pros y los contras de su conducta de consumo, también debe de trabajar la ambivalencia, examinar el entendimiento del usuario respecto al cambio y sus expectativas respecto al tratamiento. Es importante mencionar que en esta etapa se debe establecer metas y el terapeuta debe ayudar al usuario a que realice buenas elecciones, establecer metas fortalece el proceso de cambio. Otro aspecto relevante es fomentar la autoeficacia del usuario, la cual consiste en llevar acciones adecuadas para cambiar el consumo.

**Preparación o determinación:** En esta etapa el usuario ya está dispuesto a cambiar. A medida en que el usuario avanza en esta etapa de cambio, el terapeuta debe estar pendiente del paciente para entrar en acción. En esta etapa el usuario disminuye su resistencia, muestra interés acerca del tema; está más tranquilo, relajado, optimista y hace comentarios motivacionales, se interesa más en su tratamiento.

**Acción:** En esta etapa el usuario ya muestra el compromiso consigo mismo e inicia conductas que lo llevarán a la moderación o a la abstinencia. La labor del terapeuta es ayudar al usuario a alcanzar su meta. Es importante mencionar que aunque las personas se encuentren en la etapa de acción siguen necesitando el apoyo del tratamiento o de un programa de intervención, con la finalidad de estar acompañados si existe una crisis o una recaída, además pueden regresar a otra etapa o mostrarse ambivalentes en la etapa de acción.

**Mantenimiento:** En esta etapa se trabaja con el usuario la prevención de recaídas, el usuario ya alcanzó sus metas e intenta mantener lo ganado. En esta fase el usuario como el terapeuta deben identificar las situaciones de riesgo y aplicar estrategias o planes de acción.

**Recaídas:** En esta etapa el usuario ha sufrido una recaída y debe decidir que hacer al respecto, deberá asumir las consecuencias y elaborar nuevamente planes de acción. La labor del terapeuta es ayudar al usuario a retomar su abstinencia y fomentar la voluntad para encaminarlo nuevamente a un cambio positivo, reforzar sus estrategias de afrontamiento para todas las situaciones que lo puedan poner en riesgo.

En conclusión, la rueda de cambio es un contexto motivacional en la que actúan los componentes principales de la entrevista motivacional, la finalidad de aplicar las herramientas de la entrevista es lograr un cambio en el comportamiento del usuario ayudándoles a explorar y a resolver las ambivalencias que se encuentren en el proceso de cambio ( Miller y Rollnick, 1996).

Dentro de la gamma de conocimientos impartidos en esta maestría fue la capacitación en los programas de intervención breve, las cuales utilizan componentes de la entrevista motivacional basadas en un enfoque cognitivo conductual.



**REPORTE DE CASO  
CLÍNICO Y  
EXPERIENCIA  
TEÓRICA Y PRÁCTICA  
EN LAS SEDES DE  
PARTICIPACIÓN**

Una parte fundamental en la Residencia en Adicciones de la Maestría fue la experiencia adquirida en diversas sedes especializadas en el estudio y el tratamiento de las adicciones. En este caso la experiencia adquirida durante el primer semestre fue en el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), en el segundo semestre tuve la gran oportunidad de adquirir conocimientos teóricos y prácticos en el Centro de Prevención y atención en adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM (CEPPREA) y en los últimos dos semestres en el Centro de Integración Juvenil Iztapalapa Oriente (CIJ).

La residencia en el Instituto Nacional de Psiquiatría contribuyó de manera importante en el área de la investigación en campo, con un proyecto sobre consumo de inhalables en una población en riesgo, como los trabajadores de las gasolineras y los zapateros por los pegamentos y materiales que utilizan en su profesión. Otro tema de interés dentro de la investigación fueron los poppers (sustancia inhalable de uso en las relaciones sexuales). En la revisión de la literatura en el consumo a nivel nacional se encontró poca información del uso de esta sustancia, los poppers se adquieren en las tiendas de placer sexual y la población que más consume es la comunidad gay. Cabe mencionar que esta investigación se encuentra en proceso de publicación. Otra participación importante en esta sede fue la participación en el SRID.

La aplicación de programas de intervención breve a la población que inicia el consumo de sustancias fue una de las actividades que realicé en el CEPREA en la UNAM y en el CIJ de Iztapalapa Oriente diseminando los programas aprendidos en el CEPREA, dicha experiencia me permitió desarrollar todas las habilidades clínicas para la evaluación y el tratamiento en adicciones.

El siguiente apartado narra detalladamente la experiencia adquirida en el Centro de Integración Juvenil Iztapalapa Oriente, cuyo objetivo de la residencia es diseminar los programas de intervención breve.

## **INTERVENCIÓN DE FASE DIAGNÓSTICA EN LA RESIDENCIA EN EL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL**

El Centro de Integración Juvenil Iztapalapa Oriente me brindó la gran oportunidad de aprender, evaluar y tratar a los usuarios con abuso y dependencia de sustancias adictivas. La población que atiende el CIJ Iztapalapa Oriente es de alto riesgo ya que se encuentra en una de las delegaciones del Distrito Federal de mayor consumo de sustancias adictivas y los usuarios presentan conductas antisociales, problemas familiares, legales, económicos, etc.

Es relevante mencionar que los Centros de Integración Juvenil imparten Programas llamados “de atención curativa” los cuales son el resultado de la experiencia en investigaciones y hallazgos clínicos a lo largo de sus 30 años de experiencia y existencia. Estos programas se ofrecen en las comunidades generales para el tratamiento de las adicciones, para reincorporar a los pacientes en su contexto familiar, social, cultural, personal y social.

Los servicios que proporciona la institución son realizados por un equipo multidisciplinario capacitado en salud mental como médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras.

Los objetivos del programa que ofrecen los Centros de Integración Juvenil son los siguientes: 1. La reducción o la abstinencia del consumo de sustancias adictivas, 2. El acortar el curso y la evolución de las conductas adictivas, 3. La identificación y el tratamiento de los problemas asociados al consumo, 4. Identificar y tratar los patrones de la relación familiar que pueden propiciar o mantener el comportamiento adictivo.

En el Centro de Integración Juvenil de Iztapalapa Oriente, durante el año 2008 se atendieron a 50,958 personas. En campañas de prevención en la comunidad brindó servicio a 49,124 personas. En tratamiento y rehabilitación se atendieron a 1,844 personas, 838 fueron pacientes y 1,006 familiares. Los servicios que brinda este Centro son la prevención, el tratamiento de consulta externa y el programa de Centro de día. (<http://www.cij.gob.mx/RedAtencion/Resumen/9370R.pdf>).

El servicio de consulta externa del Centro da atención a los pacientes que llegan a solicitar el servicio y a sus familiares, brindando terapia individual, grupal, terapia familiar múltiple, orientación a familiares de usuarios de sustancias y da recepción a

pacientes que son referidos de la Procuraduría General de la República, brindando tratamiento de rehabilitación y con un programa de reinserción social. En cuanto al Centro de día conjuga diversas estrategias para brindar un tratamiento adecuado a las necesidades de cada caso, el objetivo es deshabituarse, rehabilitar y favorecer la reinserción social del consumidor mediante la prevención, la reducción de los problemas asociados al consumo y el establecimiento de actividades multidisciplinarias, dura 3 meses y el horario de atención es de 9:00 a 20:00 horas.

La participación que realicé en el Centro además de la adaptación y diseminación de los Programas aprendidos en la Maestría fue también el conocer y aplicar el Programa de atención curativa realizando las siguientes actividades:

### **Fase diagnóstica**

El objetivo de ésta consiste en identificar la multiplicidad de agentes etiológicos a los cuales puede atribuirse el consumo de sustancias, destacando los factores de tipo orgánico y psicológico, así como la manera en que el entorno social y cultural influyen de modo adverso en la situación actual del usuario de sustancias. La efectividad de cualquier intervención terapéutica posterior, depende en gran medida de la validez y certeza del diagnóstico que se obtenga.

Los servicios en los que desarrollé habilidades clínicas durante mi estancia son:

- a. Entrevista Inicial: Ésta representa el primer contacto con el usuario y el terapeuta, su objetivo principal es realizar una valoración clínica sobre la evolución que ha tenido el consumo y sus repercusiones en las diferentes áreas del usuario. Este contacto es primordial, ya que es la base de que pueda ingresar a un tratamiento terapéutico. En el desarrollo de la entrevista inicial se obtienen datos sobre el motivo de consulta, el patrón de consumo de las drogas que utiliza o que ha consumido, la descripción detallada de los periodos donde no ha consumido, los factores que influyeron nuevamente para que volviera a consumir, problemas de salud que ha presentado, problemas psicosociales que ha generado el consumo, los diferentes tratamientos a los cuales acudido por el consumo, los recursos y el apoyo social y familiar con los que cuenta, en que etapa de motivación al cambio se encuentra y la opinión que tiene acerca de su consumo. Al término de la entrevista se determina el servicio al que será derivado el usuario, se contacta una cita subsecuente y se

le explica brevemente en que consiste, en la libreta de pacientes de primera vez del centro se le asigna un número de expediente, se le informa que tiene que pagar una cuota de recuperación la cual será asignada por la Trabajadora Social del Centro. En caso de que el paciente no pueda ser atendido por el Centro se realiza una carta de referencia a otras instituciones.

- b. Entrevista Psicológica: Forma parte del proceso diagnóstico de los usuarios, este es el punto de partida para la elaboración del plan terapéutico que se le brinda al usuario. En esta entrevista el terapeuta obtiene datos sobre los factores que influyeron para el inicio en el consumo, las circunstancias que influyen para que se mantenga en el consumo, las ganancias secundarias que obtiene el paciente en su propia familia por el consumo, la historia de vida del usuario, el impacto del consumo y sus repercusiones. Para la formulación diagnóstica se requiere valorar las aptitudes y las capacidades del usuario, la observación, la verbalización, la comunicación, el terapeuta debe de brindar comprensión y análisis. La Entrevista Psicológica explora las siguientes áreas:
1. Las carencias de los usuarios en la infancia, si hubo fallecimiento de los padres, hermanos o de figuras importantes, si tuvo carencias prolongadas del cuidado materno, si existen discusiones, peleas o separaciones en su familia, carencia de afecto o cuidados, negligencia o abandono,
  2. La historia general del desarrollo personal, su nacimiento, problemas en la alimentación, su desarrollo físico, el aprendizaje de esfínteres, su evaluación cognitiva, su adaptación y su rendimiento escolar, su actividad laboral,
  3. La forma predominante de sus relaciones interpersonales, el predominio de sus relaciones armónicas y satisfactorias con otros, la frecuencia de los conflictos y rencillas, la tendencia al aislamiento, la dificultad para formar lazos amistosos con los demás, la pasividad, si muestra sumisión, autoritarismo o si se inclina a la falsedad, el engaño o la tendencia de utilizar a las demás personas,
  4. Las maneras de abordar las situaciones difíciles, la apatía, el abandono, la ansiedad, la depresión, si es agresivo y si presenta conductas antisociales y principalmente las circunstancias que preceden al consumo de drogas,
  5. La presencia de circunstancias externas desfavorables como la causa inmediata de la demanda para pedir ayuda, generalmente los usuarios que acuden al Centro de Integración Juvenil acuden por sentirse presionados por terceros, como familiares, las escuelas o por problemas legales,
  6. El nivel de integración social, el grado de conocimientos adquiridos en su vida, su

rendimiento profesional, su independencia familiar, 7. Si el usuario ha tenido problemas legales por el consumo.

Al término de la entrevista el terapeuta debe realizar el análisis del paciente con base al Diagnóstico de los ejes I y II del DSM-IV, elaborando un diagnóstico psicológico, el plan terapéutico y fundamentar el pronóstico del paciente.

- c. Diagnóstico Familiar: El objetivo general de esta herramienta es formular un diagnóstico que permita determinar el plan terapéutico a seguir con los familiares del usuario, para coadyuvar al logro de la cesación en el consumo. Los objetivos específicos del diagnóstico familiar consisten en obtener información acerca de las relaciones significativas del usuario y su sistema familiar, realizar hipótesis sistémicas que expliquen la configuración del sistema relacional de la familia (el nivel de la estructura y la configuración). Indagar sobre la demanda de la familia (que esperan del tratamiento). Averiguar el sistema de creencias de la familia y elaborar un plan de tratamiento en caso que la familia requiera la terapia familiar.

Los criterios para derivar a la familia para el diagnóstico son: ser usuarios de sustancias, familiares que demanden la ayuda o una persona significativa. Cuando el terapeuta observe que la familia es disfuncional y que observe un síntoma como ser hijo de padres consumidores o alcohólicos, o que presenten algún problema orgánico, o de conducta y aprendizaje.

Durante la entrevista el terapeuta debe explicarle a la familia el objetivo del diagnóstico familiar, el plan terapéutico y su modalidad, realizar una retroalimentación y por último concertar una cita subsecuente.

### **Reporte de trabajo en la fase diagnóstica del CIJ**

En la tabla 1 se describe detalladamente los pacientes que fueron atendidos en el año de residencia en esta sede:

**Tabla 1. Pacientes atendidos en la residencia del CIJ**

<b>DATOS GENERALES</b>	<b>EXPEDIENTE</b>	<b>DROGA Y PATRÓN DE CONSUMO</b>	<b>FASE DIAGNOSTICA</b>
<b>Nombre:</b> MCM <b>Edad:</b> 14 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> consumió en la escuela y lo refirieron al centro, obligándolo asistir al tratamiento.	9335	Activo: PVC Experimental Consumo: Dos ocasiones	Entrevista inicial. Entrevista Psicológica y Diagnostico Familiar.
<b>Nombre:</b> HAG <b>Edad:</b> 18 años <b>Sexo:</b> Femenino <b>Motivo de consulta:</b> miedo a recaer en el consumo por los problemas legales de su hermano y familiares.	9342	Alcohol En remisión Abstinencia por dos años	Entrevista inicial. Entrevista Psicológica.
<b>Nombre:</b> HAA <b>Edad:</b> 16 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Problemas legales y su familia lo obligó asistir al tratamiento	9343	Activo y Alcohol Experimental Activo consumo diario, 3 monas máximo 5, alcohol cada 8 días	Entrevista Inicial Entrevista Psicológica.
<b>Nombre:</b> TAL <b>Edad:</b> 19 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Toca en un grupo musical y por el consumo deja de ir a trabajar	9349	Crack: 8 piedras al día	Entrevista Inicial Entrevista psicológica
<b>Nombre:</b> RMJ <b>Edad:</b> 36 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Carta de referencia de PGR, programa de reinserción social	9350	Alcohol: en abstinencia desde hace 6 meses por su encarcelamiento. Consumía 1 botella diaria	Entrevista Inicial Entrevista Psicológica
<b>Nombre:</b> CGA <b>Edad:</b> 50 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Abstinencia de narcóticos opiodes y benzodiazepinas y problemas legales y profesionales.	No se realizó apertura de expediente	Narcóticos opiodes: Nubain y otros. Es médico y tiene fácil acceso a la sustancia, también consume Benzodiazepinas, 5 pastillas al día. Se presenta en cuadro de síndrome de abstinencia.	Entrevista Inicial
<b>Nombre:</b> HZE <b>Edad:</b> 17 años <b>Sexo:</b> Masculino	9351	Marihuana: 3 cigarros diarios y hongos alucinógenos (sólo	Entrevista Inicial Entrevista Psicológica

<b>Motivo de consulta:</b> Carta de referencia del CCH, si quiere permanecer en la escuela debe llevar constancia del tratamiento.		los probó en una ocasión)	
<b>Nombre:</b> ATR <b>Edad:</b> 28 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> La familia solicita el tratamiento	9358	Inhalables desde los 10 años de edad, 1 bote al día de PVC y cemento.	Entrevista psicológica, la entrevista inicial fue realizada por la trabajadora social del centro. Diagnóstico Familiar
<b>Nombre:</b> SS <b>Edad.</b> 45 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Referencia de la PGR por delitos contra la salud y adicción. Acude al programa de reinserción social	9347	Marihuana: 5 Cigarros al día	Entrevista Inicial Entrevista Psicológica
<b>Nombre:</b> MSC <b>Edad:</b> 35 años <b>Sexo:</b> Femenino <b>Motivo de consulta:</b> Tuvo un accidente automovilístico por consumo de alcohol, depresión profunda.	Sin expediente	Alcohol 10 Copas diarias	Entrevista Inicial
<b>Nombre:</b> TAL <b>Edad:</b> 19 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Consumo de cocaína y alcohol, su familia le sugiere el tratamiento	9350	Alcohol más de 20 copas los fines de semana y cocaína 2 grapas al día.	Entrevista Inicial Entrevista Psicológica Tratamiento breve para usuarios consumidores de cocaína
<b>Nombre:</b> TFV <b>Edad:</b> 12 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Lo sorprendieron consumiendo en la escuela y lo mandaron a tratamiento.	9373	Consumo experimental de inhalables (solo en una ocasión 1 mona de PVC	Entrevista Inicial Entrevista Psicológica Diagnóstico Familiar
<b>Nombre:</b> FEE <b>Edad:</b> 19 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Consumo de cocaína, gastaba todos sus ingresos en el consumo, perdió su empleo y empezó a robar para comprar la sustancia.	9370	Consumo de cocaína en polvo 3 o más grapas al día, en ocasiones fuma piedra (crack)	Entrevista inicial Entrevista psicológica Admisión para PSC Farmacoterapia



<b>Nombre:</b> BLD <b>Edad:</b> 16 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Su madre lo llevó al tratamiento.	9215	Marihuana: 1 cigarro diario.  PVC: 1 mona diario Probó el crack y los hongos.	Entrevista inicial Entrevista Psicológica
<b>Nombre:</b> BLJ <b>Edad:</b> 17 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Su tía lo llevó a tratamiento, por consumo de alcohol y crack	9376	Alcohol los fines de semana 20 tragos estándar. Crack sólo ha consumido en tres ocasiones	Entrevista inicial Entrevista psicológica Diagnóstico Familiar
<b>Nombre:</b> ERM <b>Edad:</b> 40 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Que le den algo de tomar para disminuir su consumo	Sin expediente	Poliusuario: Sustancia de preferencia cemento, alcohol, cocaína	Entrevista Inicial
<b>Nombre:</b> JE <b>Edad:</b> 48 años <b>Sexo:</b> Femenino <b>Motivo de consulta:</b> solicita ayuda para su hijo ya que consume alcohol en forma frecuente a partir de la muerte de su hermano mayor el cual se suicidó	9349	Familiar de paciente con problemas de alcohol	Intervención en crisis por ideas suicidas. Entrevista Inicial Entrevista Psicológica Diagnóstico Familiar
<b>Nombre:</b> RRM <b>Edad:</b> 16 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Su madre lo sorprendió con los efectos del ácido con su primo y lo lleva al tratamiento.	9407	Ácidos en tres ocasiones y benzodiazepinas en 2 ocasiones, y metanfetaminas una vez al mes	Entrevista inicial Entrevista Psicológica Diagnóstico familiar
<b>Nombre:</b> JG <b>Edad:</b> 16 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Su madre lo llevó al tratamiento ya que abandonó la escuela e iba muy bien en su ciclo escolar. Se metió también a robar en una casa y comenzó a cambiar mucho su comportamiento.	9506	PVC 1 o 2 monas al día. 4 caguamas tres veces a la semana	Entrevista Inicial Entrevista psicológica Diagnóstico familiar
<b>Nombre:</b> MM <b>Edad:</b> 13 años	9494	En dos ocasiones ha inhalado 2 monas	Entrevista inicial Entrevista psicológica

<p><b>Sexo:</b> Masculino  <b>Motivo de consulta:</b>  Lo sorprendieron en la escuela inhalando una estopa con PVC y su madre lo trajo a tratamiento.</p>		<p>con sus amigos de la escuela.</p>	<p>Diagnóstico familiar</p>
<p><b>Nombre:</b> GMK  <b>Edad:</b> 14 años  <b>Sexo:</b> Femenino  <b>Motivo de consulta:</b>  Su madre la lleva al tratamiento porque en dos ocasiones la sorprendió inhalando tinner dentro de su cuarto.</p>	9527	<p>Inhalables 2 monas a la semana, PVC, barniz o tinner .</p>	<p>Entrevista inicial  Entrevista psicológica  Diagnóstico familiar</p>
<p><b>Nombre:</b> GPF  <b>Edad:</b> 20 años  <b>Sexo:</b> Masculino  Motivo de consulta: Su madre lo lleva a tratamiento ya que ella lo mantiene a él y a su novia que esta embarazada, tiene muchos problemas con su pareja actual.</p>	9557	<p>PVC ½ lata al día, marihuana 1 vez al mes, crack 5 piedras a la semana y alcohol cada 8 días 20 tragos estándar.</p>	<p>Entrevista Inicial  Entrevista Psicológica  Diagnóstico familiar</p>
<p><b>Nombre:</b> TO  <b>Edad:</b> 17 años  <b>Sexo:</b> Masculino  <b>Motivo de consulta:</b>  Lo llevan de la casa de readaptación social donde vive. La trabajadora social lo acompaña a las citas. Lleva el programa de firmas de readaptación social y libertad condicional. Situación de calle desde los 3 años de edad debido a abuso sexual de parte del padre.</p>	9572	<p>Poliusuario:  Consumo PVC y Cemento desde los 7 años. Crack 5 piedras al día, alcohol, marihuana, metanfetaminas, benzodiazepinas, hongos.  En abstinencia durante 1 mes (presenta cuadro de síndrome de abstinencia).</p>	<p>Entrevista inicial  Entrevista Psicológica  Se proponen componentes del PSC  Farmacoterapia</p>
<p><b>Nombre:</b> MA  <b>Edad:</b> 13 años  <b>Sexo:</b> Masculino  <b>Motivo de consulta:</b>  Su madre lo lleva al tratamiento porque lo sorprendió consumiendo inhalables.</p>	9558	<p>2 Monas de PVC tres veces por semana.</p>	<p>Entrevista inicial  Entrevista psicológica  Diagnóstico Familiar</p>

<b>Nombre:</b> MFB <b>Edad:</b> 14 años <b>Motivo de consulta:</b> Lo mandaron de la secundaria por consumo de inhalables.	9583	Dos monas en dos ocasiones. Probó el peyote en una ocasión. 1 cigarro de marihuana en una ocasión.	Entrevista inicial Entrevista Psicológica Diagnóstico familiar
<b>Nombre:</b> MLD <b>Sexo:</b> Femenino <b>Edad:</b> 15 años <b>Motivo de consulta:</b> Su mamá la llevó a tratamiento porque se fue de su casa.	9690	1 mona al día. En dos ocasiones fumo piedra. Alcohol 1 caguama diaria.	Entrevista inicial Entrevista Psicológica Diagnóstico familiar
<b>Nombre:</b> AYM <b>Sexo:</b> Masculino <b>Edad:</b> 12 años <b>Motivo de consulta:</b> Su madre lo llevó con sus hermanos por consumir marihuana.	9727	1 cigarro diario de marihuana. Desde hace 6 meses.	Entrevista Inicial Entrevista Psicológica Diagnóstico familiar
<b>Nombre:</b> NRC <b>Sexo:</b> Masculino <b>Edad:</b> 17 años <b>Motivo de consulta:</b> Sus padres lo obligaron a asistir a tratamiento porque lo encontraron consumiendo marihuana.	9749	1 cigarro de marihuana a la semana. Alcohol: Los fines de semana 6 copas por ocasión de consumo.	Entrevista Inicial Entrevista Psicológica Diagnóstico familiar
<b>Nombre:</b> FA <b>Edad:</b> 18 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Le pidió ayuda a su madre porque comenzaba a drogarse y con conductas antisociales.	9746	Tolueno 1 vez a la semana. Alcohol cada tercer día 2 caguamas por ocasión de consumo.	Entrevista Inicial Entrevista Psicológica Diagnóstico familiar
<b>Nombre:</b> GCJ <b>Edad:</b> 16 años <b>Sexo:</b> Masculino <b>Motivo de consulta:</b> Lo mandan de la delegación a solicitar tratamiento debido a que estuvo detenido en dos ocasiones.	9748	Marihuana 1 cigarro al día, ha probado los ácidos, LSD, benzodiazepinas, cocaína en piedra y polvo en una ocasión, hongos y una nueva sustancia que venden en las tiendas sadomasoquistas llamada micropunto	Entrevista Inicial Entrevista Psicológica Diagnóstico familiar
<b>Nombre:</b> MRN <b>Edad:</b> 17 años <b>Sexo:</b> Femenino <b>Motivo de consulta:</b> La mandan del centro de internamiento del CIJ Iztapalapa, la sacaron del tratamiento	9802	2 Monas de PVC al día y una Caguama al día. 1 mes de abstinencia,	Entrevista inicial Entrevista Psicológica Diagnóstico Familiar Farmacoterapia Se propone PSC

debido a que no cumplió las reglas y se involucró emocionalmente con un paciente del centro. Su madre la lleva al tratamiento ya que antes se fue de la casa y estuvo viviendo en la calle			
<b>Nombre:</b> MVM <b>Edad:</b> 12 años <b>Motivo de consulta:</b> Lo mandaron de la secundaria por sorprenderlo con una lata.	9607	Consumo experimental de inhalables en dos ocasiones	Entrevista Inicial Entrevista Psicológica Diagnóstico familiar

Es importante mencionar que el trabajo en este Centro fue enriquecedor para ampliar mis conocimientos teórico- prácticos en el campo de las adicciones. Los usuarios mencionados anteriormente no fueron candidatos para entrar a los modelos impartidos en la maestría debido a que una mayoría presentaban baja escolaridad, conductas antisociales y otros trastornos psiquiátricos. En el caso de los adolescentes, no coincidía con los horarios de atención ya que debido a sus actividades escolares eran canalizados a los horarios vespertinos. Por ultimo, algunos casos eran canalizados en los tratamientos que ofrece el centro después de realizar el diagnóstico familiar y su valoración clínica, por ejemplo: algunos eran candidatos idóneos para el centro de día o terapia grupal para adolescentes. Cabe señalar que también existe mucha deserción en los tratamientos, debido a que recaen o que los usuarios nunca dejan de consumir.

El siguiente apartado describe detalladamente los tratamientos que son impartidos por los especialistas que laboran en el centro.

### **Fase de Tratamiento y Rehabilitación / Reinserción Social en el Centro de Integración Juvenil Iztapalapa Oriente**

El objetivo de esta fase es que a través de la utilización de diferentes enfoques terapéuticos se pretende lograr la reducción y/o eliminación del uso de sustancias, además de trabajar con aquellos elementos a nivel individual, familiar y social que están propiciando y manteniendo el consumo de sustancias.

La fase de Tratamiento y Rehabilitación / Reinserción Social, está conformada por las siguientes modalidades terapéuticas:

- a. Orientación a Familiares de Farmacodependientes en forma Individual
- b. Terapia Individual
- c. Terapia Grupal
- d. Terapia Familiar
- e. Grupo de Padres (Terapia Familiar Múltiple - Orientación a Familiares de Farmacodependientes Grupal)
- f. Farmacoterapia
- g. Rehabilitación / Reinserción Social
- h. Terapias alternativas

### **Fase de seguimiento en el Centro de Integración Juvenil**

El objetivo de esta fase es valorar en el lapso de un año, el mantenimiento de los cambios obtenidos durante el trabajo terapéutico, detectando y evitando posibles recaídas.

Es pertinente aclarar que dependiendo el tipo de egreso se realizará o no este seguimiento.

Por lo anterior, el trabajo que realicé en la sede fue enriquecedor en la experiencia clínica y en el conocimiento de los diferentes programas que se imparten en los Centros de Integración, también en la experiencia de cuestiones administrativas que son rigurosas en la sede como es el llenado del expediente clínico, el registro de las horas y sus actividades, recopilando toda la información en un reporte mensual. Por último la actividad de mayor interés que realicé en la sede fue la intervención de caso, la cual se describe a continuación.

### **INTERVENCIÓN DE CASO: EXPERIENCIA TEÓRICA Y PRÁCTICA**

La información que se presenta, pretende ilustrar las habilidades clínicas adquiridas durante la residencia con un caso de alcohol atendido en el Centro de Integración Juvenil en el cual se aplicó el Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán et al. 2006).

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es un tratamiento breve con un enfoque cognitivo conductual dirigido a usuarios que han desarrollado una dependencia media a severa. Este modelo se deriva del modelo de tratamiento creado por Hunt y Azrin en 1973 llamado Community Reinforcement Approach (CRA), a través de los años este tratamiento ha sido reconocido a nivel mundial como uno de los más efectivos en comportamiento adictivo, tanto para la abstinencia y su mantenimiento, además está ampliamente recomendado por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas NIDA y por el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo NIAAA. Por lo tanto este Modelo cuenta con una gran gama de evidencia empírica que lo respalda (Allen, Litten y Fertig, 1995). El CRA fue adaptado en México en 2005 por Barragán, González, Medina Mora y Ayala y se validó en la población mexicana por Barragán y Flores en ese mismo año, logrando resultados favorables denominado *“Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana o Programa de Satisfactores Cotidianos”* (PSC); dos de los principales cambios que se le hicieron como parte de su adaptación consistieron en añadirle el componente de autocontrol emocional, así como adicionarle habilidades en los componentes de comunicación y rehusarse al consumo.

Los modelos de Salud Mental Comunitaria proponen el restablecimiento de los reforzadores vocacionales, sociales, recreacionales y familiares con problemas de alcoholismo se dan de manera natural en la comunidad y no en un hospital (Hunt y Hazrin, 1973), por lo tanto surge la importancia de que el usuario se entrene dentro del tratamiento en habilidades pro sociales para que los usuarios las apliquen en su vida, en sus escenarios naturales y logren la rehabilitación.

El marco teórico de Programa de Satisfactores Cotidianos denominado del CRA adaptado a la población mexicana consiste en el análisis conductual aplicado, el uso de la sustancia y el abuso se explica como una conducta operante que es mantenida por los efectos reforzantes de la droga, es decir, el consumo se percibe como una respuesta aprendida que va desde el uso hasta el abuso y menciona que todos los seres humanos tienen todas las características biológicas necesarias para descubrir los efectos reforzantes de las drogas y por lo tanto tienen la capacidad de desarrollar una conducta de abuso o de dependencia. Estas respuestas aprendidas pueden ser revertidas o modificadas, sin embargo, este modelo reconoce la existencia de factores ambientales como la disponibilidad y la tolerancia social que determinan el desarrollo de la conducta adictiva (Higgins, 1997). El Programa rehabilita al usuario intentando reestructurar los reforzadores naturales comunitarios como las actividades sociales y recreativas, la familia, las relaciones de pareja, las cuales son igual de importantes como el valor que le dan a la droga. Algunos de estos reforzadores se van perdiendo con el consumo de la sustancia, cuando se logra a través del modelo reestructurar

esos reforzadores naturales con la finalidad de que el consumo pierda su valor reforzante y éstos logren satisfacer a los usuarios.

El objetivo primordial del Programa de Satisfactores Cotidianos, es que los usuarios tengan un estilo de vida sin alcohol o drogas en conjunto del establecimiento de metas y estrategias motivacionales, generando una mejor calidad de vida a nivel personal y social. El usuario debe identificar su conducta de consumo y alcance la abstinencia mediante la practica de conductas eficientes que ayuden en su estilo de vida y no se encuentren asociados al consumo. Para lograr esta meta este programa está compuesto por una sesión de admisión, dos sesiones de evaluación y 12 componentes de intervención, los cuales son: 1. Análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo, 2. Muestra de abstinencia, 3) Metas de vida cotidiana, 4. Rehusarse al consumo, 5. Solución de problemas, 6. Habilidades de comunicación, 7. Control de emociones, 8. Búsqueda de empleo, 9. Consejo Marital, 10. Habilidades sociales y recreativas, 11. Prevención de recaídas y Entrenamiento al otro significativo. Por último el programa cuenta con cuatro sesiones de seguimiento al finalizar el tratamiento. En la Tabla 2 se describen, los componentes y sus objetivos del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).

**Tabla 2. Componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos**

Objetivos de cada sesión	Técnicas
<p><b>Admisión:</b> Permite determinar si el usuario es candidato para ingresar al programa, aplicando los instrumentos para conocer el nivel de dependencia a la su funcionamiento cognitivo y el nivel de satisfacción de su vida cotidiana. También se evaluaron los niveles de depresión y ansiedad para identificar si necesita atención psiquiátrica con la finalidad de recibir tratamiento integral.</p>	<p>Entrevista motivacional Reforzamiento Retroalimentación</p>
<p><b>Evaluación I y II:</b> Consiste en motivar al usuario a la abstinencia explorando su patrón de consumo, sus situaciones de riesgo y su nivel de auto-eficacia.</p>	<p>Escucha reflexiva Reforzamiento Retroalimentación</p>
<p><b>Análisis funcional de la conducta de consumo:</b> Consiste en reforzar y motivar al</p>	<p>Análisis funcional Reforzamiento</p>

<p>usuario a la abstinencia, orientándolo a la elaboración del análisis funcional de su conducta de consumo con el objetivo de reconocer sus precipitadores externos e internos, sus consecuencias positivas y negativas con la finalidad de que elabore planes de acción para enfrentar las situaciones que lo ponen en riesgo.</p> <p><b>Análisis funcional de la conducta de no consumo:</b> Permite que el usuario logre identificar conductas positivas en su vida que no estén relacionadas con el consumo y que compare las consecuencias de la conducta de consumo y con ello se incremente la probabilidad de que ocurran conductas positivas que sustituyan a la conducta de consumo.</p>	<p>Retroalimentación</p>
<p><b>Muestra de abstinencia:</b> Motivar al usuario a adquirir un compromiso para mantenerse en abstinencia por el período de tiempo que acuerde en la sesión con el terapeuta.</p>	<p>Escucha reflexiva  Reforzamiento  Retroalimentación  Carta compromiso</p>
<p><b>Rehusarse al consumo:</b> Consiste en que el usuario afronte situaciones de riesgo de consumo ante la presión social externa o ante precipitadores internos referentes a los pensamientos que activan la conducta de consumo y que aprenda a enfrentar eficazmente estas situaciones mediante el rechazo y la reestructuración cognitiva . Las estrategias empleadas para rehusarse la presión social son: 1. Negarse asertivamente. 2. Sugerir alternativas. 3. Cambiar el tema de la plática. 4. Ofrecer justificación. 5. Interrumpir interacción. 6. Confrontar al otro.</p>	<p>Reforzamiento  Instrucción verbal  Modelamiento  Ensayo conductual  Retroalimentación</p>
<p><b>Habilidades de comunicación:</b> Consiste en que el usuario mejore la comunicación con las personas con las que interactúa para que</p>	<p>Modelamiento  Ensayo Conductual  Retroalimentación</p>



<p>favorezca su interacción social, la obtención de apoyo, afecto y de negociaciones. Las habilidades empleadas son: 1. Iniciar conversaciones. 2. Saber escuchar. 3. Ofrecer entendimiento. 4. Ofrecer ayuda 5. Asumir o compartir responsabilidad. 6. Dar reconocimiento. 7. Recibir reconocimiento. 8. Compartir sentimientos. 9. Hacer críticas. 10. Recibir críticas. 11. Solicitar ayuda. 12. Expresar desacuerdo.</p>	<p>Habilidades de comunicación</p>
<p><b>Solución de problemas:</b> Consiste en dotar de estrategias al usuario para que aprenda a resolver los problemas en su vida diaria y así logre mejorar su calidad de vida. Las estrategias son: 1. La definición del problema. 2. Buscar alternativas. 3. Evaluar pros y contras. 4. Elegir la mejor alternativa. 5. Estructurar cómo ponerla en práctica y aplicarla.</p>	<p>Habilidades de solución de problemas          Ensayo conductual          Retroalimentación          Modelamiento</p>
<p><b>Consejo marital:</b> Consiste en que el usuario incrementa su satisfacción marital mediante el aprendizaje de habilidades que le permitan mejorar su comunicación de pareja, intercambiarse gratificantes recíprocos y resolver problemas mediante el uso de peticiones positivas para el establecimiento de acuerdos.</p>	<p>Reforzamiento          Instrucción verbal          Modelamiento          Ensayo conductual          Habilidades de comunicación</p>
<p><b>Control de emociones (Ansiedad):</b> Consiste en que el usuario aprenda las estrategias necesarias que le permitan controlar su ansiedad. Las estrategias incluyen: 1. Respiración profunda, 2. Tensión-Distensión y 3. Relajación con imaginación</p> <p><b>Control de emociones (enojo):</b> Consiste en que el usuario aprenda las estrategias necesarias que le permitan controlar el enojo. Las cuales son: Tiempo fuera. 2. Distracción</p>	<p>Instrucción verbal          Retroalimentación          Modelamiento          Respiración correcta</p> <p>Instrucción verbal          Ensayo conductual          Retroalimentación          Habilidades para el control del enojo</p>

<p>del pensamiento. 3. Auto instrucciones positivas.</p> <p><b>Control de emociones (tristeza):</b> Consiste en que el usuario aprenda a controlar la tristeza por medio de diferentes estrategias como: 1. Reestructuración positiva, 2. Realización de actividades agradables. 3. Búsqueda de lo positivo.</p>	<p>Modelamiento</p> <p>Ensayo conductual</p> <p>Retroalimentación</p> <p>Habilidades para el control de la tristeza</p>
<p><b>Metas de vida cotidiana:</b> Consiste en identificar el nivel de satisfacción del usuario en cada una de las áreas de su vida analizando los obstáculos para alcanzar las metas en cada una de estas áreas y realizar planes de acción para poder lograrlas.</p>	<p>Retroalimentación</p> <p>Escucha Reflexiva</p> <p>Reforzamiento</p>
<p><b>Habilidades sociales y recreativas:</b> Que el usuario adquiera conductas que le permitan establecer actividades que compitan con el consumo y que al mismo tiempo lo satisfagan.</p>	<p>Instrucción verbal</p> <p>Modelamiento</p> <p>Ensayo conductual</p> <p>Retroalimentación</p>
<p><b>Búsqueda de empleo:</b> Que el usuario adquiera habilidades para conseguir o mantener un empleo satisfactorio y libre de precipitadores al consumo.</p>	<p>Instrucción verbal</p> <p>Modelamiento</p> <p>Ensayo conductual</p>
<p><b>Prevención de recaídas:</b> Que el usuario aprenda a anticipar situaciones de riesgo para prevenir recaídas.</p>	<p>Instrucción verbal</p> <p>Modelamiento</p> <p>Ensayo conductual</p> <p>Análisis funcional de la conducta</p> <p>Sistema de advertencia temprana</p> <p>Reestructuración cognitiva</p>
<p><b>Entrenamiento al otro significativo:</b> Que la persona que acompaña al usuario (el otro significativo) aprenda conductas eficientes</p>	<p>Escucha reflexiva</p> <p>Reforzamiento</p> <p>Modelamiento</p>

para reforzar su abstinencia y prevenir recaídas, así como favorecer un ambiente familiar de apoyo y propiciar momentos agradables con el usuario.	Instrucción verbal Retroalimentación
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

Los criterios de inclusión del Programa de Satisfactores Cotidianos son: 1) Tener un nivel de dependencia media o severa para el alcohol a través de la aplicación de la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) de 22 a 47 puntos y/ o un nivel sustancial severa en el caso de consumo de drogas ilegales por el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD) de 11 a 20 puntos, 2) consumir por ocasión de consumo 14 tragos o más en el caso de los hombres y más de 10 tragos en las mujeres, así como un consumo semanal de 20 copas o más para los hombres y 15 copas o más respectivamente, 3) haber presentado recaídas o internamientos previos sin lograr un tiempo de abstinencia considerable, 4) presentar pérdidas en diferentes áreas de la vida cotidiana y presentar y/ o alternaciones en por lo menos 3 áreas: física, laboral, académico, familiar, social, legal, psicológico, económico y/ o personal, 5) tener 18 años o más, 6) saber leer y escribir, 7) un funcionamiento cognitivo de 6 o superior (promedio estandarizado).

Los instrumentos que se utilizan en el Programa de Satisfactores Cotidianos están publicados en el Manual de Terapeuta Tomo II del Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán et al, 2006) UNAM, CONACYT Y CONADIC. Y son los siguientes:

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

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

**Escala de dependencia al alcohol EDA (Skinner y Allen en 1982 en Barragán et. al, 2006).** Este instrumento fue elaborado en el año de 1982 por Skinner y Allen con el objetivo de medir la dependencia al alcohol, que puede ser desde una dependencia baja hasta severa. Esta conformada por 25 reactivos y las opciones de respuesta se clasifican en una escala de 3 puntos, incluyendo reactivos dicotómicos y algunos son de 4 puntos. La versión revisada de esta escala correlacionó muy alto con la versión original ( $r= 0.96$ ). Los datos de validez de Skinner y Allen (1982) y Ross et. al. (1990) demostraron que este instrumento se asocia positivamente con medidas similares asociadas con el consumo excesivo y no con dependencia ( $r=0.69$ ). Los datos de confiabilidad test- re-test fue de 0.92 y se aplicó a 76 personas a las que nuevamente se les aplicó dicho instrumento después de una semana de terapia (Barragán et. al, 2006).

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

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

**Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol ISCA (Annis 1982, versión adaptada al español por Echeverría, Oviedo y Ayala en 1998 en Barragán et al, 2006).** Este instrumento fue elaborado en el año de 1982 por Annis, su objetivo es medir las situaciones específicas de consumo de alcohol que puedan considerarse de alto riesgo para una recaída. Es de utilidad para apoyar el tratamiento y proporcionar un perfil en las áreas de mayor riesgo para el usuario. Este instrumento consta de 100 reactivos, los cuales se agrupan en dos subescalas: a) emociones desagradables, b) malestar físico, c) emociones agradables, d) probando mi autocontrol, e) necesidad y tentación de consumo, f) conflicto con otros, g) presión social y h) momentos agradables con otros. Cada uno de los reactivos se contesta en una escala de 4 puntos, que vale desde “nunca” hasta “casi siempre”. Las subescalas presentan una distribución normal y una validez de contenido y confiabilidad adecuada (Barragán et al, 2006).

**Inventario de las Situaciones de Consumo de Drogas ISCD (Annis, Graham y Martín 1988, adaptada al español por De León y Pérez, 2001 en Barragán et al, 2006).** Este instrumento fue diseñado para identificar las situaciones de riesgo asociadas al consumo de drogas, en las que el usuario es más propenso a presentar una recaída. El usuario tiene que identificar la frecuencia con la que consumió ante cada situación. Esta compuesto por 60 reactivos y cada uno se contesta en una escala de 4 puntos que va desde “nunca” hasta “casi siempre”. Está compuesto por 8 subescalas: : a) emociones desagradables, b) malestar físico, c) emociones agradables, d) probando mi autocontrol, e) necesidad i tentación de consumo, f) conflicto con otros, g) presión social y h) momentos agradables con otros. Posee una validez adecuada y una confiabilidad test- retest de .98.

**Cuestionario de Confianza Situacional CCS (Annis, Graham y Davis, 1987, versión adaptada al español por Echeverría y Ayala en 1997 en Barragán et al, 2006).** Este instrumento evalúa el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo de alcohol ante 10 categorías situacionales, las cuales se agrupan de la siguiente en 8 subescalas: : a) emociones desagradables, b) malestar físico, c) emociones agradables, d) probando mi autocontrol, e) necesidad i tentación de consumo, f) conflicto con otros, g) presión social y h) momentos agradables con otros. El usuario indica el porcentaje del 0% al 100% el nivel de autoconfianza para resistirse al consumo de alcohol en cada situación, donde el 0% significa una nula confianza para resistirse al consumo y el 100% se siente seguro para resistirse al consumo. Presenta una validez de constructor y confiabilidad adecuadas ( Barragán et al, 2006).

**Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas CACD ( Annis y Martín, 1985, versión adaptada al español por De León y Pérez, 2001, en Barragán et al, 2006).** Este instrumento fue diseñado con la finalidad de evaluar la confianza del usuario para resistir la urgencia de consumir drogas ante diversas situaciones. Se encuentra compuesto por 60 reactivos y el usuario debe indicar que tan confiado se siente a resistirse a consumir cualquier droga en esa situación, de 0% de confianza al 100% de resistirse. Los reactivos se agrupan en 8 subescalas, las cuales son las mismas de los instrumentos mencionados anteriormente. Presenta una confiabilidad y validez adecuadas.

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

**Inventario de Ansiedad de Beck (Beck 1988, versión adaptada por Robles, Varela, Jurado y Paéz, 2001 en Barragán et al, 2006).** Fue elaborado por Beck en 1988, el objetivo de este instrumento es evaluar los síntomas de la ansiedad. Esta

compuesto de 21 reactivos que se contestan en una escala de 4 puntos que van desde “poco o nada”, “más o menos”, “moderadamente” y “severamente”. El puntaje total indica nivel de ansiedad del usuario que puede ser mínima, leve, moderada o severa. Posee una validez de constructo adecuada y un alfa de cronbach de .83.

**Escala de Satisfacción (Azrin, Naster y Jones 1973, en Barragán et al. 2006).**

Este instrumento fue desarrollado por Azrin et al. en el año de 1973, el objetivo es detectar el nivel de satisfacción general del individuo en las diferentes áreas de su vida. Las áreas que evalúa son: 1) consumo/ sobriedad; 2) progreso en el trabajo o la escuela; 3) manejo del dinero; 4) vida social y recreativa; 5) hábitos personales; 6) relaciones familiares o matrimoniales; 7) situación legal; 8) vida emocional; 9) comunicación; 10) satisfacción general. Se le pide al individuo que establezca una escala del 1 al 10 cómo se siente respecto a cada área de su vida. Los puntajes cercanos a 1 reflejan una insatisfacción en esa área y aquellos que se acercan al 10 reportan satisfacción. Posee una confiabilidad de .76 mostrando una consistencia interna adecuada, así como una validez de criterio (Barragán et al, 2006).

El PSC busca impactar la conducta de consumo entrenando al usuario para el dominio de diversas habilidades, y lo logra mediante la combinación de técnicas cognitivas y conductuales. A continuación, se describen las principales técnicas que utiliza el Programa de Satisfactores Cotidianos PSC para lograr el cambio en la conducta de consumo del usuario y mejorar su calidad de vida:

## **TÉCNICAS COGNITIVAS**

**a) Reestructuración Cognitiva:** Su origen se basa en el supuesto de que todos los usuarios de drogas tienen creencias irracionales con respecto al uso de sustancias como: “Trabajo o estudio tan duro que me merezco una diversión como un trago o un cigarro”. “Si dejo de consumir me voy a deprimir o me voy a sentir muy ansioso”. “Tomar un trago me ayuda a relajarme y sentirme tranquilo” entre otras (Barragán et al, 2006), estos pensamientos provocan que la persona siga consumiendo a pesar de que le ocasiona problemas o que no puede dejar de hacerlo. Cuando los usuarios logran controlar estos pensamientos que son automáticos o estas creencias, son capaces de cambiarlos por otros pensamientos positivos o logran detenerlos. Finalmente consiguen un autocontrol de su propia conducta.

Los componentes que incluyen esta técnica dentro del PSC son: “Control de emociones (ansiedad, tristeza, enojo y celos)”, los cuales se apoyan de manera

significativa en esta herramienta utilizando auto- instrucciones positivas para el control del enojo; cambio de pensamientos negativos para el control de tristeza y celos. Otros componentes como “Muestra de abstinencia”, “Prevención de recaídas”, “Búsqueda de empleo” y “Rehusarse al consumo”, incluyen cambio de pensamientos negativos y precipitadores enseñan al usuario a que cambien sus pensamientos por otros más realistas.

## **TÉCNICAS CONDUCTUALES**

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

**b) Programación y control de actividades:** Los usuarios que consumen drogas generalmente están involucrados en actividades y conductas que favorecen el consumo, lo que trae como consecuencia que descuiden sus actividades psicosociales como son el trabajo, el estudio, sus hobbies etc. El PSC posee estrategias como la de elaborar planes de acción sesión tras sesión y controlando las conductas que se conviertan en situaciones de riesgo con la finalidad de que el usuario busque conductas productivas que favorezcan la abstinencia. Uno de los componentes que favorece este principio es el “habilidades sociales y recreativas” el cual ayuda al usuario a que tenga conductas alternativas de forma permanente o esporádica que le proporcionen momentos que disfrute y le resulten placenteros, el enfocarse hacia sus metas, el utilizar el apoyo de su red social que compitan con el consumo y logren satisfacerlo y aumenten su calidad de vida.

**c) Modelamiento y ensayos conductuales:** Generalmente, la mayoría de los usuarios cuando ingresan a un tratamiento tienen gran dificultad para comunicarse, para rehusarse a consumir, entre otros. Por lo tanto la labor del terapeuta es identificar esos déficits y enseñarle habilidades que le permitan superar esas dificultades. La técnica que ayuda a que los usuarios aprendan son los ensayos conductuales, donde el terapeuta toma el papel del usuario y le modela algunas respuestas que había pensado antes, después una vez que el usuario observó el modelamiento se le pide que ponga en práctica las habilidades aprendidas, hasta que las domine a través del



modelamiento conductual. Cada vez que el modelamiento se realiza fortalece al usuario a desarrollar un gran repertorio de conducta social.

**d) Autocontrol de las emociones:** Los usuarios con dependencia a las sustancias presentan con mucha frecuencia una incapacidad para enfrentar en forma eficiente sus estados de ánimo negativos como son el “enojo”, “la tristeza” y la “ansiedad”, lo que conlleva a una recaída (Cummings, Gordon y Marlatt, 1980; Beck, et al, 1989, en Barragán et al 2006). Por lo anterior, el entrenamiento para que el usuario logre controlar esos estados de ánimo, es de gran utilidad debido a que ayudan a la persona a que emplee las técnicas necesarias, incrementando su autocontrol y su autoeficacia ante esas situaciones de riesgo y reducen la posibilidad de presentar una recaída.

**e) Habilidades para la solución de problemas:** Cuando el usuario ya se encuentra en una etapa avanzada del abuso de drogas, muchos usuarios tienden a consumir para enfrentar las dificultades que se les presentan. Por lo tanto, es importante que el usuario aprenda a identificar sus problemas y los solucione de manera constructiva; esto se convierte en una necesidad básica que debe de satisfacer en el tratamiento. Cabe mencionar que el componente de “Solución de problemas” ayuda al usuario a que aprenda a solucionar sus problemas en su vida diaria y fortalezca su calidad de vida.

### **Procedimiento de la atención al usuario**

En la intervención participó un usuario dependiente al alcohol quien solicitó ayuda en el Centro de integración Juvenil Iztapalapa Oriente. En la primera consulta se aplicó la Entrevista Inicial y se canalizó a una consulta con el psiquiatra para Farmacoterapia por el nivel de dependencia y por síntomas de abstinencia (temblores, ansiedad, sudoración, depresión). El plan del tratamiento fue integral y se componía por intervenciones psicológicas y psiquiátricas. Desde la primera semana el psiquiatra prescribió medicamentos (antidepresivos y ansiolíticos). Posteriormente se realizó la entrevista psicológica, y se le dio cita para atenderlo con el Programa de Satisfactores Cotidianos.

El objetivo de implementar el PSC es impactar en la conducta de consumo del usuario, entrenándolo en diversas habilidades mediante la combinación de las técnicas descritas anteriormente.

Cabe mencionar que los componentes del PSC tienen una secuencia de aplicación flexible y acorde a las necesidades del usuario durante el proceso de admisión, evaluación y lo que reporte de acuerdo a sus necesidades específicas de riesgo que necesite enfrentar en ese momento en las sesiones de intervención. Por lo tanto, el orden del Programa que se implementó en el usuario fue: admisión, evaluación, muestra de abstinencia, análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo, tristeza, búsqueda de empleo, rehusarse al consumo, metas de vida, habilidades sociales y recreativas, solución de problemas y prevención de recaídas. Posteriormente se realizaron 2 seguimientos.

Por lo anterior se describirá minuciosamente los resultados del presente caso en cada una de las intervenciones del Programa.

## **SESIÓN ADMISIÓN**

El objetivo general de esta sesión es evaluar por medio de la entrevista conductual y la aplicación de los instrumentos si el usuario es candidato al programa.

### **1. Motivo de consulta**

No poder controlar su forma de beber, “necesito ayuda”, “soy un fracasado”, “deseo cambiar y no logro hacerlo”. El usuario se siente fracasado porque nunca ha podido dejar de beber, además profesionalmente se identifica que nunca aprovechó las oportunidades laborales y no ha logrado procurar estabilidad en la relación de pareja que le permita alcanzar una de sus metas que es tener hijos y económicamente siente que no ha logrado nada como un coche, una casa.

### **2. Entrevista inicial**

Se aplicaron 3 entrevistas: la primera fue la Entrevista Inicial (formato del CIJ), la Entrevista Conductual (formato del PSC) y la Entrevista Psicológica (formato del CIJ). La información recopilada de estos instrumentos es la siguiente:

#### **a) Características del usuario:**

APV es de estatura media, tez moreno claro, delgado, cabello castaño oscuro, se presenta limpio y bien alineado. En la consulta de primera vez el usuario no logra

controlar el llanto, su estado de ánimo es de tristeza, nunca ha tenido intentos suicidas pero si manifiesta ideas suicidas, piensa que “si el muriera sería todo más sencillo”. Las ideas suicidas se disparan cuando está consumiendo solo en su cuarto, observa el altar que le tiene a su madre y piensa que no ha logrado todas sus metas personales, se siente fracasado laboralmente. También presenta síntomas de ansiedad, sudoración, temblores por lo que se canaliza a la consulta con el Psiquiatra del CIJ. Ese mismo día el usuario fue atendido por el psiquiatra del centro y le prescribieron medicamentos (ansiolíticos y antidepresivos).

En la entrevista conductual reporta problemas cognitivos como: falta de concentración, pérdida de memoria, olvidos, cabe señalar que no presenta delirios. Durante la sesión se encuentra bien ubicado en espacio y tiempo.

En la segunda cita APV no asiste a la consulta por el consumo, el episodio dura 1 semana consumiendo todos los días 1 botella diaria de  $\frac{3}{4}$  de litro. El usuario regresa al CIJ a la semana siguiente disculpándose, se brinda nuevamente la atención en la que se incluyó el análisis funcional de la recaída. A partir de ese momento APV comienza a tomar sus medicamentos prescritos sertex y ativan. Cabe señalar que el usuario requirió medicamentos para el tratamiento psicológico. El medicamento de Sertex, fue prescrito para controlar su depresión, actúa como antidepresivo ayudando a la recaptura de serotonina. Este medicamento está indicado para el tratamiento de la depresión mayor. La dosificación indicada fue de 1 pastilla por las mañanas.

El medicamento Ativan, fue indicado para el control de la ansiedad y la abstinencia del alcohol, alivia los síntomas de la ansiedad, el insomnio y la prevención del delirium tremens. La dosificación indicada al usuario fue de: media pastilla en la mañana y media en la noche.

#### **b) Características sociodemográficas:**

APV es un hombre de 48 años, soltero, su nivel de escolaridad es de preparatoria con una carrera técnica y práctica la religión católica. Vive en casa de sus padres (finados) con 4 de sus hermanos y sus sobrinos en total viven 9 personas.

La casa en la que habita es propia y cuenta con todos los servicios. Trabaja como empleado en un taller textil, haciendo moldes y confeccionando ropa, es importante mencionar que en el lapso de la segunda cita al tratamiento consumió toda la semana, lo que provocó que perdiera su empleo.

APV tiene un nivel socioeconómico medio bajo, su ingreso mensual es un poco más del salario mínimo. Los gastos de la casa se reparten con sus hermanos, pero debido a que el usuario gasta el 50% de su sueldo en el consumo, la mayoría de los gastos los asumen sus hermanos.

### **c) Historia y patrón de consumo:**

APV empezó a consumir alcohol a los 19 años, por lo que ha consumido alcohol durante 29 años y en los últimos 3 años con 5 meses el consumo de alcohol ha incrementado por el fallecimiento de su madre. Considera su consumo como un gran problema que le ha ocasionado consecuencias negativas.

El periodo de consumo puede durar hasta una semana, toma 1 botella de  $\frac{3}{4}$  en un día o 2 cervezas diarias (caguamas). Consume principalmente destilados en un 70% y el otro 30% en cerveza, lo hace solo, generalmente en su cuarto, en ocasiones consumía en el trabajo, o saliendo de trabajar en la calle.

Su padre falleció por alcoholismo y 2 de sus hermanos presentan problemas con su forma de beber, su hermano mayor toma todos los días hasta embriagarse y tenía problemas hepáticos (falleció durante el tratamiento del usuario). APV comenta que el alcohol es permisivo y el consumo es normal en su núcleo familiar, por ejemplo: comenta que uno de sus sobrinos que vive con él consume drogas y le dicen que “es mejor que consumiera alcohol a que consuma drogas”, otro ejemplo es que “su madre cuando vivía le daba remedio para las crudas” y “lo esperaba cuando bebía para darle de cena”. Por lo que el aprendizaje vicario u la presión social son dos fuertes precipitadores que han favorecido la conducta de consumo.

APV estuvo 2 veces anexado durante 1 mes, en la primera ocasión fue porque sus hermanos decidieron anexarlo y en la segunda vez fue por voluntad propia, sólo logró dejar de consumir mientras estuvo adentro y en cuanto salía volvía a consumir. El periodo de abstinencia más largo que ha tenido sin estar en internamiento en sus 29 años de consumo fue durante tres meses porque tenía una relación con una mujer mormona y le ponía de condición que no bebiera porque iba en contra de su religión, el usuario se sentía muy enamorado y eso lo motivaba a seguir en abstinencia, sin embargo un día volvió a beber saliendo de su trabajo, todos los viernes sus compañeros se reunían para ir a comer y a beber, él decidió ese día acompañarlos y no pudo resistirse a beber, su novia se enteró del consumo y terminó la relación, este se sintió muy triste y enojado por lo que continuó bebiendo en exceso. Esto confirma lo que reporta la literatura que el exponerse a emociones desagradables es uno de los principales precipitadores.

En la tabla 3 se describen las características sociodemográficas del usuario y su patrón de consumo.

**Tabla 3. Características sociodemográficas de APV**

<b>Iniciales:</b> APV
<b>Sexo:</b> Masculino
<b>Edad:</b> 48 años
<b>Estado civil:</b> Soltero / sin pareja actualmente
<b>Escolaridad:</b> Carrera técnica textil / Bachillerato
<b>Ocupación:</b> Desempleado
<b>Religión:</b> Católica
<b>Fecha de admisión:</b> 20 de enero de 2009
<b>Principal sustancia de consumo :</b> Alcohol
<b>Motivo de consulta:</b> No puede dejar de beber, necesito ayuda “soy un fracasado” , “ deseo cambiar y no logro hacerlo”
<b>Edad de inicio:</b> 19 años
<b>Años consumiendo:</b> 29 años
<b>Años consumiendo en forma excesiva:</b> 3 años, 5 meses
<b>Episodio total del consumo:</b> 8 días
<b>Promedio mensual de gasto en el consumo:</b> 50% de su sueldo
<b>Porcentaje en consumo de bebidas:</b> 30% cervezas y 70% destilados
<b>Periodo de abstinencia:</b> En 2 ocasiones, en una ocasión duro 1 mes

#### **d) Consecuencias negativas del consumo**

**1. Familiar:** Sus hermanas ya no confían en él, ya están cansadas de resolverle sus problemas económicos, como ayudarlo a pagar sus gastos que le corresponden de la casa, sus lentes, sus pasajes. Su hermana mayor siente mucha tristeza por él, ya no sabe como hacerle para que salga adelante. Sus sobrinos también lo rechazan y critican, por ejemplo: en las fiestas le dicen que” no se vaya a poner borracho y los avergüence en la fiesta”. El siente mucha culpa y vergüenza por preocupar a sus hermanas, además de no poder ayudar a su hermano que también es alcohólico.

**2. Interpersonal:** El consumo le ocasionó perder sus relaciones de pareja más significativas como: su primera novia se iba a casar con ella pero debido al consumo no tenía trabajos estables, su novia decidió dejarlo y casarse con otra

persona, otra pareja que perdió fue con su novia que era mormona. Hasta la fecha no ha conseguido pareja y lo añora constantemente. Comenta también, que debido al consumo, las pocas ocasiones en las que sale o conoce gente, las mujeres lo evaden y rechazan. También se ha quedado sin amigos, la mayoría de la gente lo rechaza y critica, comenta que sus vecinos le dicen “el borrachito”. Por lo que él se siente aislado, aburrido porque no tiene actividades sociales.

**3. Físico:** Pérdida de memoria, síndrome de abstinencia, temblores, crudas, insomnio y gastritis.

**4. Emocional:** Depresión con ideas suicidas, frustración, culpa, ansiedad, impotencia y miedo a nunca poder dejar de consumir y morir como su padre.

**5. Trabajo:** Consumo en el trabajo, inasistencias, 5 pérdidas de empleo en donde tenía buenas oportunidades y se sentía realizado con las actividades que hacía como desempeñarse en el campo textil.

**6. Económicos:** El consumo le ocasiona que gaste gran parte de su sueldo, además ha perdido trabajos en donde ganaba bien.

#### **e) Motivadores al cambio**

El usuario comenta que ya está desesperado porque quiere vivir una vida normal, sin alcohol y sentirse bien, sus principales motivadores son: 1. Por su salud (tiene miedo a morirse como su padre ya que su padre murió de alcoholismo, también evitar morir como su hermano y ha visto morir a mucha gente en la comunidad en donde vive por alcoholismo. 2. La pérdida de memoria que le ha ocasionado el consumo. 3. Conservar el cariño y confianza de su familia, sus hermanos lo apoyan y lo ayudan económicamente. 4. Para no sentirse triste y solo, su madre falleció hace 3 años, comenta que era su única compañía y piensa que su madre estaría muy preocupada de verlo consumir de esa manera (cuando vivía su madre lo cuidaba, le daba de comer, lo esperaba cuando llegaba de trabajar), 5. Tener un empleo, 6. Conseguir una pareja.

**3. Instrumentos aplicados:** La Escala de Dependencia al Alcohol, Escala de Símbolos y Dígitos y Escala de Repetición de Dígitos del WAIS y Escala de

Satisfacción General. En la tabla 4 se presenta la información de los resultados del usuario.

**Tabla 4. Resultados de los instrumentos de admisión al tratamiento**

<b>Instrumentos</b>
<b>Resultados del EDA:</b> 27 puntos nivel de dependencia media
<b>Funcionamiento cognitivo:</b> 8 puntos (2 puntos superior al mínimo)
<b>Escala de satisfacción general:</b> 4 puntos que indica su insatisfacción con su funcionamiento en diferentes áreas de su vida cotidiana

1. **Criterios de inclusión al tratamiento:** Los criterios de inclusión del usuario para ingresar al PSC fueron:
  - Tener un nivel de dependencia media con una calificación de la Escala EDA de 27 puntos.
  - Total anual de copas al año: 2401 tragos estándar.
  - Problemas en diferentes áreas: físicos, laborales, familiares, interpersonal y emocional.
  - Estar en 2 ocasiones en anexos, dos períodos terminados y una deserción, tratamiento en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Juan Ramón de la Fuente” por depresión profunda asociado a su dependencia al alcohol en el área de consulta externa (durante el tratamiento tomó medicamento psiquiátrico).
  - En el periodo de la cita entre la entrevista inicial y la entrevista psicológica, tuvo un consumo de una semana, el cual le ocasionó la pérdida de su empleo y se presentó con síndrome de abstinencia, el cual fue tratado por el psiquiatra del CIJ prescribiéndole medicamento.

- El PSC impactará en la conducta de consumo ayudándolo en el desarrollo de diferentes habilidades y estrategias, las cuales al aplicarlas en su vida diaria le permitirán que mejore su calidad de vida y conllevará a que aumente su nivel de satisfacción en cada área de su vida.

Cabe señalar que debido a que el usuario tuvo un consumo excesivo en el inicio del tratamiento, se reforzó en esta sesión el manejo del auto-registro y se le explicaron los conceptos de evaluar las situaciones de riesgo para el consumo, se trabajó el análisis funcional para que elaborara planes de acción y evitar recaídas. Se realizó un modelamiento conductual para que aprendiera estas herramientas.

## **SESION 1: EVALUACIÓN**

El objetivo principal de esta sesión es evaluar el patrón de consumo del usuario, las situaciones de riesgo de consumo y el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo; así como el nivel de depresión, ansiedad del usuario.

Debido a que el usuario tuvo un consumo durante una semana y después empezó con la abstinencia, se le entregó el formato del auto-registro en la sesión de admisión. En esta sesión se revisó el auto-registro de APV. El usuario se mantuvo en abstinencia, para controlar los síntomas, la psiquiatra del CIJ lo valoró antes de entrar a la sesión de admisión.

Posteriormente se revisaron los planes de acción que realizó ante sus situaciones de riesgo.

**Situación de riesgo 1:** Le entregaron su cheque de la última quincena y su liquidación, se sentía triste por la pérdida de su empleo, sabía que al tener dinero podría gastarse todo en alcohol.

**Plan de acción 1:** APV le entregó su cheque de su liquidación a su hermana, para no gastarse su dinero, le pidió que no se lo entregara a menos que se presentara una emergencia.

**Retroalimentación 1:** Se felicitó al usuario por la decisión que tomó, se preguntó que más podría hacer en caso de que sintiera muchos deseos de beber y engañara a su hermana para que le entregara el cheque, el usuario contestó que continuará tomando



sus medicamentos y asistiendo al tratamiento, eso le ayuda a calmar los síntomas de abstinencia y también perdería la confianza de su familia. Se sugirió que cuando se presentara el deseo, realice otra conducta como leer. También se elaboró como plan de acción que solicitará a su hermana que cuando necesite cambiar el cheque de su liquidación, lo acompañe al banco y le administre su dinero.

**Situación de riesgo 2:** Los síntomas de la abstinencia, comenta que siente ansiedad y deseos de consumir.

**Plan de acción 2:** Tomar sus medicamentos en los horarios indicados y continuar con su tratamiento de farmacoterapia. Sus hermanos lo apoyan comprándole el medicamento, por lo que se toma sus pastillas delante de su hermana mayor, cuando se termine el medicamento, debe solicitarles a sus hermanos que se lo compren o cambiar su cheque en caso de que sus hermanos no pudieran comprarle el medicamento o solamente disponer del dinero necesario para comprar el medicamento y que alguien lo acompañe a comprar el medicamento.

**Retroalimentación 2:** Se reforzaron los beneficios de continuar con su tratamiento resaltando los beneficios que ha obtenido al dejar de consumir, como: la mejora en su estado de ánimo, el temblor en sus manos ha disminuido, duerme mejor. También se sugirió que buscara conductas eficientes que lo ayuden a no consumir, empezó a leer los libros que tenía en casa, salirse al parque o ponerse a buscar trabajo en el Internet. Se realizó reestructuración cognitiva<sup>1</sup> “cuando te venga el deseo de beber, piensa en todo el esfuerzo que has realizado y los días que llevas en abstinencia, que estás recuperando la confianza de tus hermanas”.

**Situación de riesgo 3:** Mis hermanas tienen botellas en casa y sé donde las esconden.

**Plan de acción 3:** Le pedí a mi hermana mayor que guardara bajo llave las botellas o que se deshiciera de ellas.

**Retroalimentación 3:** Se felicitó al usuario por el plan de acción elaborado y se le sugirió que le explicara a sus hermanos y sobrinos que ahora que estaba en abstinencia era importante que no dejaran cervezas o botellas a la vista porque eso le disparaba el deseo de consumir. También se realizó un modelamiento de cómo usar su comunicación para pedirle apoyo a su familia.

---

<sup>1</sup> Para que el usuario comprendiera esta herramienta y lograra utilizarla se trabajó con el formato de ejemplos de reestructuración cognitiva del componente de rehusarse al consumo y el menú de reestructuración cognitiva de Barragán et. al 2006.

**Situación de riesgo 4:** Cuando me siento solo o triste, cuando estoy en mi cuarto y veo la foto de mi madre.

**Plan de acción 4:** Rezarle a su mamá y pedirle que lo ayude.

**Retroalimentación 4:** Se hizo la observación de que el estar solo en su cuarto disparaba el deseo de consumir, se preguntó que podría hacer para no sentirse tan solo: se reforzó el plan de acción sugiriéndole que saliera de su cuarto y platicara con sus sobrinos y hermanos, que cambiara la foto de su mamá a otra habitación. Se trabajó con el pensamiento de sentirse solo, reestructurando el pensamiento identificando que en realidad no estaba solo, contaba con sus hermanos que lo estimaban y apoyaban.

Terminando la revisión de los planes de acción se le explicó al usuario el concepto de trago estándar y el objetivo del instrumento de la LIBARE a un año, también se explicó en que consistía el ISCA, el CCS, Los Inventarios de Beck y se aplicaron. Los resultados son los siguientes:

## **1. LIBARE**

Se midió la conducta de consumo de un año antes de iniciar el tratamiento de mayo de 2008 a febrero de 2009), este instrumento evaluó los cambios específicos en el patrón de consumo del usuario.

El patrón de consumo de APV fue de 2401 tragos estándar en el año anterior al tratamiento correspondiendo a un promedio semanal de 47.07 tragos estándar, con un promedio de copas por ocasión de 6.74, con un total de 356 días de consumo, 51 semanas con consumo, su mayor período de abstinencia es de 8 días. 731 tragos estándar los sábados, 710 tragos los domingos.

## **2. INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL ISCA**

Se evaluaron los precipitadores del consumo del usuario los cuales son: emociones desagradables 90%, necesidad y tentación al consumo 90%, presión social 90%.

## **3. CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL**

Los resultados de APV respecto a la autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol, en las áreas de mayor inseguridad fueron: emociones desagradables 30%, necesidad y tentación por consumir 10%, conflicto con otros 20%, presión social 30%.

#### **4. INVENTARIO DEPRESIÓN DE BECK**

Este instrumento permitió evaluar el nivel de depresión del usuario, el cual obtuvo un nivel de 18 puntos lo que indica una depresión moderada. Los reactivos más significativos fueron:

- Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
- Siento que no tengo nada que esperar en el futuro
- Al repasar lo que he vivido son muchos fracasos
- Me siento culpable la mayor parte del tiempo

#### **5. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK**

Este instrumento evaluó el nivel de ansiedad del usuario, indicando un nivel de ansiedad moderado con 16 puntos. Los reactivos más significativos son:

- Inseguridad
- Nerviosismo
- Manos temblorosas
- Miedo a perder el control
- Indigestión o malestar estomacal
- Debilidad

En la tabla 5 se muestran los resultados de los instrumentos aplicados en la sesión de evaluación.

**Tabla 5. Resultados de los instrumentos de la sesión de evaluación**

<b>Instrumentos</b>
<b>ISCA:</b> 90% emociones desagradables, 90% necesidad y 90% presión social
<b>CCS:</b> Momentos desagradables 30%, Necesidad 10%, Conflicto con otros 20%, Presión social 30%
<b>BECK DEPRESIÓN:</b> Depresión moderada (19 puntos)
<b>BECK ANSIEDAD:</b> Ansiedad moderada (16 puntos)

## **SESION 2: MUESTRA DE ABSTINENCIA**

El objetivo general de esta sesión es que el usuario establezca su Muestra de Abstinencia por un período viable que de preferencia le cubra 90 días sin consumo.

Debido a que el usuario ya presentaba 2 semanas en abstinencia con la ayuda de sus medicamentos, fue primordial que en esta sesión se comprometiera a establecer su fecha de abstinencia. La fecha que el usuario estableció fue del 17 de febrero de 2009 al 17 de febrero de 2010. Posteriormente APV firmo su carta compromiso.

Es importante señalar que APV siguió en abstinencia y se le dio retroalimentación positiva, motivándolo a continuar con su meta. Se recordaron sus motivos para mantenerse en abstinencia, resaltando que su estado anímico ha mejorado, así como sus síntomas físicos (síndrome de abstinencia), también se mencionó el apoyo de su familia en el tratamiento. El usuario reconoció que debido al esfuerzo y la motivación para cambiar, estaba recuperando la confianza de sus hermanos, su salud y mejorando su calidad de vida.

Se revisaron las situaciones de riesgo y los planes de acción que elaboró el usuario para el mantenimiento de su abstinencia. Los cuales son los siguientes:

**Situaciones de riesgo 1:** No encontrar trabajo, me siento frustrado y me dan ganas de beber.

**Plan de acción 1:** Buscar trabajo, mandar currícula, ir al estado de México a buscar trabajo, realizar trabajos pequeños de carpintería. Se reforzó que cambiara de pensamiento ya que si no consume estará listo para encontrar un trabajo.

**Retroalimentación 1:** Se felicitó al usuario por este plan de acción y se reforzó con más alternativas respecto a la búsqueda de empleo, se sugirió si conocía alguien que le pudiera dar empleo, mencionó que sus hermanas tenían una lonchería en el centro y que podría ayudarlas mientras consigue un empleo. Otra alternativa fue que el usuario pondría un letrero afuera de su casa de reparaciones de plomería, pintura, carpintería y electricidad.

**Situación de riesgo 2.** Recordar a mi mamá y a mi mejor amigo, cuando estoy en mi cuarto y veo el altar, me pongo triste y me dan ganas de beber.

**Plan de acción 2:** No estar en mi cuarto, ver la tele o leer, ir al panteón a ver a mi madre y llevarle flores.

**Retroalimentación 2:** Se realizó reestructuración cognitiva ya que el usuario se sentía triste por la muerte de su madre y su amigo, se le dio el ejemplo como realizar la reestructuración lo que conllevó a que el usuario cambiará su pensamiento “me siento triste, pero mi mamá ya está descansando, mejor voy a quitar su altar porque eso me lleva a beber, mejor cada vez que quiera verla voy a ir al panteón a llevarle flores”.

**Situación de riesgo 3:** Cuando estoy en mi cuarto me pongo a recordar como era antes en los trabajos (ganaba bien, tenía buenos puestos) y todas las oportunidades que dejé pasar en mi vida, como las parejas que tuve, que no me compré cosas como una casa o un coche.

**Plan de acción 3:** No estar en mi cuarto mucho tiempo, salirme a jugar futbol con mis sobrinos, platicar con mis sobrinos.

**Retroalimentación 3:** Se felicitó al usuario por las conductas que había utilizado para este plan de acción, reforzando que el ejercicio ayudaba mucho a su salud, también el que conviviera más con sus hermanas y sobrinos. Se realizó la reestructuración cognitiva, donde el usuario identificó que todavía podía aprovechar nuevas oportunidades, se resaltó que ahora estaba empezando un nuevo estilo de vida sin consumir alcohol.

Posteriormente el usuario recordó sus motivadores al cambio que le han permitido mantenerse en abstinencia e identificó los precipitadores y situaciones de riesgo que enfrentará durante su meta establecida. El usuario identificó a través de los instrumentos del ISCA, CCS y la LIBARE las situaciones de mayor riesgo. También ensayó conductas eficientes que le permitan afrontar esas situaciones de riesgo.

En la tabla 6 se describen los pensamientos precipitadores y los no precipitadores del usuario, los planes de acción y las principales situaciones de riesgo durante el periodo de la muestra de abstinencia.

**Tabla 6. Pensamientos precipitadores y situaciones de riesgo durante el período establecido de la muestra de abstinencia del usuario.**

<p><b><u>Situaciones de alto riesgo en la evaluación del ISCA Y CCS</u></b></p>
<p><b>1. Emociones desagradables:</b> Cuando estaba deprimido, cuando me entristecía al recordar algo que me había sucedido, cuando sentía que no tenía a nadie con quien acudir, cuando sentía que me estaba deprimiendo.</p> <p><b>2. Necesidad:</b> Cuando siente lo fresca y sabrosa que puede ser la bebida, cuando me acordaba de lo bien que me sabe mi bebida favorita, cuando veía algo que me recordaba la bebida.</p> <p><b>3. Presión social:</b> Cuando alguien estaba en la misma habitación bebiendo, cuando estaba en una situación en la que siempre bebía, cuando en fiestas otras personas estaban bebiendo.</p>
<p><b><u>Situaciones específicas</u></b></p>
<p>1. Cuando me siento solo y triste en mi cuarto, me pongo a pensar en las oportunidades que he dejado pasar</p> <p>2. Cuando paso por la tienda donde compraba el vino y mis cervezas</p> <p>3. En una fiesta familiar y veo a todos bebiendo.</p>
<p><b><u>Planes de acción</u></b></p>
<p>1. No estar solo en mi cuarto, me voy a platicar con mis hermanas, quitar el altar de mi cuarto que me recuerda a mi mamá y pensar que no estoy solo, tengo a mi familia que me quiere, ahora estoy empezando una nueva oportunidad, pensar que si me ha ido mal no significa que así me va a ir siempre.</p> <p>2. No pasar por la tienda de mi casa o ir acompañado de un familiar, llevar el dinero justo en caso de que compre algo. Si consumo voy a terminar sintiéndome mal y me puedo quitar el antojo tomando un refresco frío o un chocolate.</p> <p>3. Pedirle a un familiar que no me deje beber, ponerme a bailar o a platicar con mis familiares, alejarme de donde están sirviendo, irme de la fiesta o no ir si siento que no me puedo contener.</p>

Para finalizar la sesión se trabajó con un ensayo conductual de una situación de riesgo, elaborando planes de respaldo con la finalidad de que el usuario se entrenara para interferir con cada uno de los precipitadores del consumo. La situación de riesgo era que el próximo sábado festejarían los 15 años de su sobrina en su casa, el usuario se sentía vulnerable ya que iba a haber alcohol en la fiesta. Se reforzó al usuario con

varios planes de acción con conductas eficientes, además se solicitó que elaborará una lista de la red social de apoyo.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Se le explicó al usuario la importancia de establecer una red social de apoyo, la cual se utiliza en el componente de rehusarse al consumo de Barragán et. al 2006. Se realizó un ensayo conductual en sus interacciones de solicitar el apoyo.



### **SESIÓN 3: ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO Y NO CONSUMO**

El objetivo general de la sesión es analizar la conducta de consumo del usuario y elaborar planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas de sobriedad; así como analizar una conducta satisfactoria no relacionada con el consumo, para resaltar sus beneficios y motivar al usuario a mantenerla e incrementar su frecuencia.

Se revisaron los planes de acción ante las situaciones de riesgo que presentó el usuario, los cuales son los siguientes:

**Situación de riesgo 1:** La fiesta de 15 años de su sobrina, además llevaron antes de la fiesta, las botellas a su casa.

**Plan de acción 1:** El usuario le solicitó a su hermana mayor que guardaran las botellas para que él al verlas no sintiera tentación.

**Plan de acción 2:** En la sesión anterior el usuario aprendió a través del ensayo conductual a pedirles a sus familiares que lo ayudarán durante la fiesta, por lo tanto les solicitó a sus familiares que en la fiesta estuvieran al pendiente de que no bebiera. Su hermana mayor estuvo acompañando al usuario durante toda la fiesta.

**Plan de acción 3:** Se puso a bailar y a platicar con sus tíos durante la fiesta.

**Plan de acción 4:** Me fui a dormir temprano para no sentir deseos de consumir.

**Retroalimentación:** Se felicitó y motivó al usuario por su abstinencia y se resaltó que sus planes de acción fueron eficientes, se hizo la observación que no sintió deseos de consumir y que logró divertirse en la fiesta sin necesidad de beber se recordaron todas las conductas eficientes que aplicó para lograrlo, desde haber tomado la decisión de no consumir en este evento desde antes para evitar echar a perder la celebración, sentirse con más culpa después y afectar a los demás.

En esta sesión el usuario identificó la importancia y las características del análisis funcional de la conducta. En la tabla 7 describe el análisis funcional de la conducta de consumo del usuario.

**Tabla 7. Análisis funcional de la conducta de consumo del usuario APV**

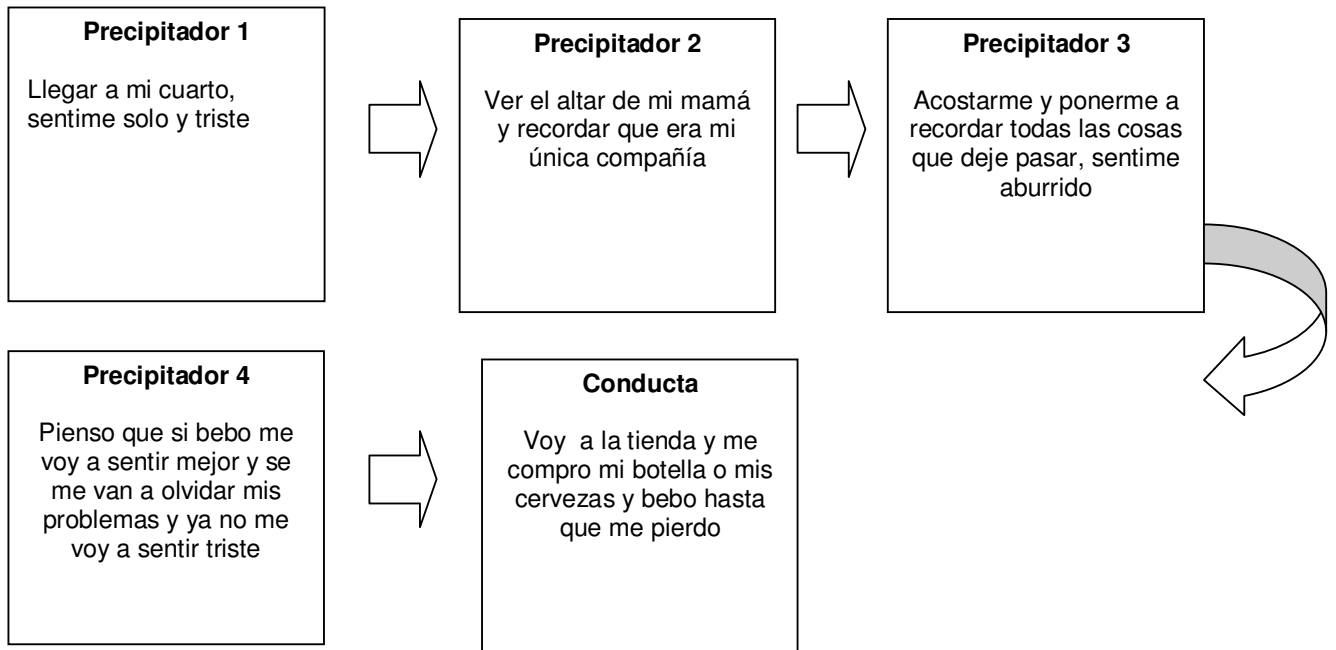
Precipitadores externos	Precipitadores internos	Conducta	Consecuencias positivas	Consecuencias negativas
<p>Estar solo en mi cuarto, consumía cuando salía del trabajo y llegaba a mi casa, en ocasiones consumía en el trabajo.</p>	<p>A nadie le importo, estoy solo, soy un fracasado, tomar es lo único que disfruto.</p> <p>Siento ansiedad, se me hace agua la boca, me sudan las manos.</p> <p>Me siento triste, nervioso y siento mucha culpa.</p>	<p>Consumo alcohol.</p> <p>1 botella de <math>\frac{3}{4}</math> o para las cervezas que me alcancen.</p> <p>Tomo toda la noche y al otro día para no sentir la resaca me la curo.</p> <p>Me tardo 10 minutos en acabarme mi trago cuando es alcohol solo, si es con refresco en 5 minutos.</p>	<p>Cuando tomo, no siento dolor al recordar a mi mamá o a mi amigo en el altar de mi cuarto, siento que platico con ellos.</p> <p>Me gusta tomar en mi cuarto, porque nadie me juzga y me molesta.</p> <p>Cuando tomo me olvido de lo mal y lo solo que me siento, no siento dolor ni tristeza, me escapo y me evado de mi realidad.</p> <p>Pienso que el alcohol me hace sentir bien, se me olvidan mis problemas.</p> <p>Cuando tomo siento mi cuerpo relajado, se me quita la cruda, los temblores y la sudoración en las manos.</p> <p>Cuando tomo siento tranquilidad y felicidad.</p>	<p>Mi familia ya no me aguanta, ya los tenía cansados y preocupados.</p> <p>Me da cruda, me duele la cabeza, se me olvidan las cosas, me duele el estómago, vomito, siento temblores en las manos y mucha ansiedad.</p> <p>Emocionalmente me siento triste, culpable, siento mucha frustración, dolor, desesperación, ansiedad e impotencia.</p> <p>Nunca he tenido un problema legal, en ocasiones cuando los policías me ven en la calle borracho, me mandan a mi casa.</p> <p>Perdí mi trabajo, mi jefe ya no me soportaba, llegaba tomado o bebía dentro de mi empleo, o no asistía a trabajar en días.</p> <p>He perdido mucho dinero por el consumo de alcohol, me quedo sin mi quincena. No he progresado en</p>

				<p>nada y no he logrado nada.</p> <p>Me he quedado solo en mi colonia nadie me soporta, no tengo pareja ni amigos.</p>
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

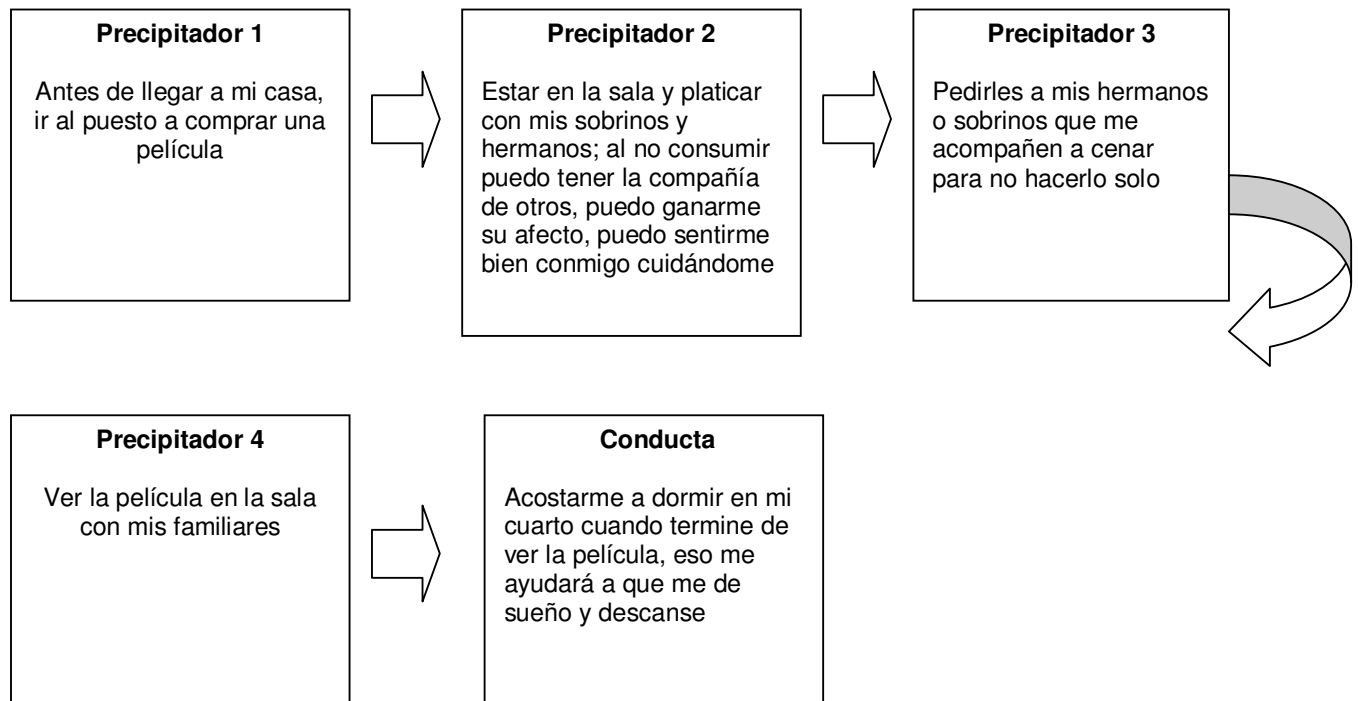
Una vez que el usuario analizó la conducta de consumo, éste logró comprender los antecedentes que la precipitan, es decir identificó las conductas que lo llevan al consumo y van provocando que la necesidad de consumir se intensifique y no pueda resistirse. Se enfatizó en las consecuencias negativas que son a largo plazo y traen mayores consecuencias que las positivas son de corta duración. APV logró identificar a través del ejercicio la relación de su conducta de consumo con las consecuencias negativas. También aprendió que si enfrenta de forma ineficiente los precipitadores provoca que se intensifiquen y por lo tanto consuma.

Posteriormente se trabajó con el ejercicio de cadena conductual, el cual ayudó a romper e identificar eslabón por eslabón los precipitadores que desencadenan la conducta de consumo. En la figura 8, se describen los precipitadores de la conducta de consumo y en la figura 9 se muestra el ejercicio de la conducta de cambio.

**Tabla 8. Precipitadores de consumo y de cambio en la cadena conductual del usuario APV.**



**Tabla 9. Cadena de cambio en el usuario APV**



En esta misma sesión se trabajó con Análisis Funcional de la conducta de no consumo, el usuario aprendió que puede realizar otras conductas positivas en su vida y lo hacen sentir satisfecho, sin tener consecuencias negativas como las que tiene cuando consume.

Al finalizar la sesión se realizó la conclusión del análisis en ambas conductas, el usuario comprendió que existen otras conductas que tienen reforzadores y que esa conducta logra competir eficazmente con la de consumo. El usuario quedó sorprendido y enfatizó que ya no recordaba que existían otras cosas que lo hacían sentir bien y no necesitaba beber. Su pensamiento fue *“no bebo jugando y me aceptan mi sobrino y sus amigos, si sigo sin consumir podré hacer mi vida social y nuevamente tendré amigos”*.

En esta sesión se trabajó con el Análisis funcional de la conducta de no consumo, donde el usuario identificó una conducta positiva, la cual la empleó en el ejercicio. En la tabla 10 se describe el análisis funcional de la conducta de no consumo.

**Tabla 10. Análisis funcional de la conducta de no consumo del usuario APV.**

Precipitadores externos	Precipitadores internos	Conducta	Consecuencias negativas	Consecuencias positivas
Jugar futbol a dos cuerdas de mi casa en el equipo de mi sobrino y sus amigos. Juego los días miércoles y domingos.	<p>Pienso que tenemos que ganar el partido y me concentro para hacerlo, también pienso que me gusta convivir con los chicos.</p> <p>Físicamente me siento saludable, me siento bien, siento como entra el aire a mis pulmones al correr.</p> <p>Emocionalmente me siento tranquilo, siento alegría y felicidad.</p>	<p>Juego el futbol, 2 veces por semana de 7:00 a 9:00 pm.</p> <p>Dura dos horas el partido.</p>	<p>Lo que me disgusta es que ellos están más jóvenes y se cansan menos, tienen mejor condición que yo. Además como pasó mucho tiempo en que no hacía ejercicio, me sofoco y me canso muy rápido.</p> <p>Lo que me disgusta del lugar en el que juego es que la cancha es de tierra y hay mucho polvo.</p> <p>Lo que me disgusta del momento es que se me mete la tierra a los ojos y</p>	<p>A nivel personal me gusta porque hago nuevos amigos y platico con los jóvenes.</p> <p>Físicamente me siento saludable, hago ejercicio.</p> <p>Emocionalmente me siento muy feliz, me relajo y me divierto mucho, me siento tranquilo y libre.</p> <p>Ya no me siento tan solo, me da mucho gusto que mi sobrino conviva más conmigo y no sienta vergüenza.</p> <p>También me ayuda a</p>

			<p>los jugadores son tramposos y te pegan. A veces el árbitro no les marca las faltas.</p> <p>Los pensamientos desagradables son que el árbitro es negligente y que son muy tramposos los jugadores. Eso genera que me enoje y me desespere</p>	<p>sentirme menos aletargado por el medicamento. Y ya socializo más con las personas.</p>
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

## **SESIÓN 4: COMPONENTE BÚSQUEDA DE EMPLEO**

El objetivo general de la sesión es que el usuario adquiera habilidades para conseguir o mantener un empleo satisfactorio y libre de precipitadores al consumo.

Debido a que el usuario no encontraba trabajo fue prioritario trabajar con este componente en esta sesión, ya que el no tener trabajo era una situación de riesgo, porque pasaba muchos ratos libres y se aburría. Tenía pensamientos de que era un fracasado y emocionalmente se sentía frustrado y triste.

Las situaciones de riesgo que enfrentó el usuario en esa semana fueron las siguientes:

**Situación de riesgo 1:** Mi hermano está enfermo y no quiere dejar de beber. Eso me pone muy triste, siento impotencia de no poder ayudarlo.

**Plan de acción 1:** Platicué con él y lo cuidé, lo atendía en lo que necesitaba y le enseñé la información de mi tratamiento, para motivarlo a que acuda conmigo a tratamiento.

**Retroalimentación 1:** Se reforzó al usuario por este plan de acción y se trabajó el ejercicio de reestructuración cognitiva, cambió el pensamiento de que “si bebo otra vez no me voy a sentir mejor al contrario me sentiría culpable y no voy a estar sobrio para cuidar a mi hermano, además le voy a ocasionar más problemas a mis hermanos”.

**Situación de riesgo 2:** Fui a una entrevista de trabajo y me sentí frustrado, porque no me contratan por mi edad, me siento desesperado.

**Plan de acción 2:** Me fui a buscar a mis hermanas a su negocio en lugar de llegar a mi casa y sentirme triste y solo, les platicué como me sentía y ellas me apoyaron y aconsejaron.

**Retroalimentación 2:** Se felicitó al usuario por la conducta que empleó de ir a buscar a sus hermanas, se enfatizó también que no se desesperara que era normal, en algunas empresas no contratan por la edad, sin embargo hay una gama de posibilidades. Se realizó una lluvia de ideas para que el usuario identificara todas las posibilidades donde podría trabajar. Se preguntó acerca del letrero que había puesto en su casa y comentó que ya tenía unas reparaciones en un edificio cerca de su casa, se brindó retroalimentación positiva por esta conducta.

A través de esta sesión APV identificó la importancia de la búsqueda y mantenimiento de empleo. El usuario recibió la retroalimentación de cómo elaborar su curriculum, el

llenado de la solicitud de empleo y la obtención de 5 fuentes probables de empleo. Después elaboró la lista de las personas a las que les solicitaría ayuda, el registro de las llamadas telefónicas para solicitar ayuda, la agenda de los lugares que visitará y las actividades a realizar. En las llamadas telefónicas acordó que llamaría a su tío y le pediría información de sus primos que trabajaban en Monterrey y él tenía la inquietud de que si no encontraba trabajo aquí se iría a trabajar para allá. Se realizó el modelamiento y el ensayo conductual de la llamada telefónica. A través de esta herramienta el usuario aprendió el saludo inicial de la llamada, exponer que está buscando trabajo y solicitar en forma específica su solicitud, preguntarle a su tío si lo recibiría y del trabajo.

Posteriormente se trabajó con el ensayo de la llamada telefónica para concretar una cita para el empleo. El usuario se presentó seguro, preguntó adecuadamente si se encontraba la persona responsable del lugar, describió sus habilidades y su experiencia (aprendió a través del registro de habilidades profesionales y laborales), para solicitar una entrevista de trabajo, también aprendió si no hay vacantes a solicitar información de una fuente de empleo en otro lugar, si podía llamar nuevamente en un tiempo razonable.

En la tabla 11 se describe el registro de habilidades personales y profesionales del usuario APV

**Tabla 11. Registro de habilidades personales y profesionales del usuario APV**

Habilidades personales	Habilidades profesionales
<p>Soy muy limpio y ordenado</p> <p>Me gusta leer e informarme de lo que pasa en el mundo</p> <p>Soy una persona puntual</p> <p>Me preocupo por los demás</p> <p>Soy una persona tranquila</p> <p>Hogareño</p> <p>Soy humilde y honesto</p> <p>Soy callado y respetuoso</p>	<p>Me gusta cuidar los detalles en mi trabajo y que quede a la perfección</p> <p>Cumplo con todas las actividades impuestas y soy creativo</p> <p>Soy puntual</p> <p>No participo en chismes y problemas con mis compañeros de trabajo</p> <p>Cuido cada detalle de mi trabajo</p> <p>Si me solicitan que me quede más tiempo trabajando horas extras, lo hago sin ningún problema</p> <p>Me gusta crear propuestas y crear nuevos proyectos</p>



	Tengo una amplia experiencia en la materia
--	--------------------------------------------

El usuario aprendió las conductas eficientes para una entrevista laboral como: tener una buena presentación, un vestuario apropiado y buena higiene personal, asegurar el tiempo de traslado y transporte a la entrevista, acudir puntualmente, al llegar a las instalaciones saludar cordialmente a las personas que le reciban, al pasar con la persona entrevistadora, mantener contacto visual y prestar atención a lo que el entrevistador pregunta, tener una postura que demuestre seguridad, responder las preguntas de acuerdo al currículum y solicitud de empleo que se haya elaborado si es que se retoman algunas preguntas, para lo cual deberá estar preparado al haber leído y analizado la solicitud y el currículum, si se encuentra nervioso mantenerse tranquilo, llevar un libro para ocuparse si lo hacen esperar y lograr mantener la calma o su folleto del componente para repasar las herramientas, mantener un tono de voz adecuado. Aprendió a enfrentar el rechazo y a tener conductas para mantener su empleo y su desarrollo laboral.

Gracias a todas las herramientas del componente de empleo el usuario identificó las situaciones por las que perdió su empleo como: que tomaba dentro de las instalaciones, llegaba tarde o alcoholizado a trabajar, la mayoría de los lunes faltaba a trabajar. El usuario reconoció que su jefe era bastante tolerante con él y que le había dado muchas oportunidades que él no aprovechó. Además se dio cuenta que era un buen empleo aunque no ganaba mucho pero hacía lo que le gustaba, ahora que estaba buscando trabajo valoró que trabajaba en un lugar haciendo lo que había estudiado.

Posteriormente, el usuario identificó el tipo de empleo donde le gustaría realizar su búsqueda y detectar sus actividades laborales, lugares y sujetos con los que le gustaría trabajar. En la tabla 12 se describe la definición de metas profesionales.

Tabla 12. Definición de metas profesionales del usuario APV.

Definición de metas profesionales	Lugares	Actividades	Personas
<b>Meta 1</b>	Me gustaría regresar a trabajar a mi empleo anterior.	Hacer moldes para ropa y confeccionarlas, bordar ropa.	Con mis antiguos compañeros de trabajo, me gustaba platicar y convivir con ellos. Además mi jefe era buena persona y me tenía consideraciones.
<b>Meta 2</b>	En las fabricas para hacer ropa que se encuentran en el estado de México.	Hacer moldes para ropa y confeccionarlas, bordar ropa. Realizar el trabajo de la fábrica.	Adaptarme a los empleados que trabajan ahí y convivir con ellos.

En esta sesión el usuario aprendió todas las estrategias del componente como llenar una solicitud de empleo, la elaboración de su curriculum vitae, pensar en cinco fuentes probables de empleo, concertar citas vía telefónica.

Al finalizar la sesión se realizaron 2 ensayos conductuales los cuales son los siguientes:

**1. Ensayo conductual “Solicitar empleo en la fábrica”:** El usuario aprendió como dirigirse cuando llegara a pedir el empleo en una fábrica en el Estado de México; en el ensayo el usuario mostró una comunicación positiva y concreta, además mostró un buen lenguaje corporal (buen tono de voz, veía a los ojos, se mostraba seguro), expresó todas sus habilidades personales y profesionales.

**2. Ensayo conductual “Solicitarle a su exjefe nuevamente empleo”:** El usuario aprendió habilidades de comunicación <sup>3</sup> para poder hablar con su jefe: **“ofrecer entendimiento”** (el usuario aprendió que su jefe tenía razón al despedirlo y le

<sup>3</sup> Se trabajó con el folleto del componente de habilidades de comunicación para realizar el ensayo conductual de Barragán et. al, 2006.

ofrecería una disculpa por su comportamiento), **“asumir y compartir responsabilidad”** (sé que soy responsable de que me despidiera y está mal que tomara dentro del trabajo, en verdad no sabe como lo lamento); **“dar reconocimiento”** (en verdad era un buen trabajo, me arrepiento por mi comportamiento, la empresa me permitía desarrollarme y crear las cosas que me gustan), **“compartir sentimientos”** ( me siento triste y enojado por mi comportamiento anterior, no sabe como me gustaría enmendar mi error y demostrarle que he cambiado); **“recibir críticas”** (yo entiendo que usted esté molesto por mi comportamiento y tuvo razón al tomar esa decisión, me podría dar nuevamente una oportunidad), **“solicitar ayuda”** ( me gustaría que me diera una nueva oportunidad, para mí es muy importante recuperar mi empleo, mire le traje mi carnet de mi tratamiento, actualmente me encuentro en abstinencia y estoy tomando todos mis medicamentos, déjeme demostrarle nuevamente que puedo hacer mi trabajo de una manera responsable). El usuario aprendió todas las habilidades y en el ensayo mostró una comunicación positiva y asertiva. Su lenguaje corporal fue adecuado y resaltó todas sus habilidades personales y laborales.

En conclusión el usuario demostró en los ensayos buen lenguaje corporal, destacó todas sus cualidades y virtudes, comentó que se sentía más seguro al practicar los ensayos, se dio cuenta de la amplia experiencia en su profesión. Realizó reestructuración cognitiva con los pensamientos. En la tabla 11 se describen los pensamientos negativos asociados a la búsqueda de empleo y a su empleo anterior.

**Tabla 11. Pensamientos negativos asociados al empleo del usuario APV**

Pensamientos negativos	Pensamientos positivos
<p>“ Soy un fracasado, dejé pasar muy buenas oportunidades, nadie me va a contratar”</p> <p>“Estoy viejo, nadie me va a contratar”</p> <p>“ A lo mejor no consigo empleo”</p> <p>“Mi jefe me va a rechazar por borracho”</p>	<p>“Todavía tengo tiempo para aprovechar nuevas oportunidades, soy bueno a lo que me dedico y lo puedo demostrar”</p> <p>“Puedo trabajar, tengo una buena edad y soy productivo, además cuando entrego mi curriculum en las empresas me comentan que tengo buen curriculum”</p> <p>“ Si busco, voy a encontrar trabajo, además tengo buena experiencia y me gusta hacer un trabajo de calidad y bien hecho”</p> <p>“Ya no bebo, estoy en tratamiento, le voy a explicar a mi jefe y le ofreceré una disculpa por mi comportamiento”</p>

## **SESIÓN 5: COMPONENTE TRISTEZA**

El usuario aprenderá las estrategias necesarias para el control de la intensidad y la duración de las emociones desagradables como la tristeza, para favorecer el mantenimiento de su abstinencia.

Debido a que en esta sesión el usuario se encontraba muy triste por el fallecimiento de su hermano (falleció por el consumo de alcohol, padecía cirrosis hepática y nunca dejó de consumir) manifestó sentimientos de culpa y se encontraba muy deprimido.

Las situaciones de riesgo que presentó el usuario en esa semana fueron:

**Situación de riesgo 1:** Mi hermano no paraba de tomar, mis hermanas me lo encargaron y yo tenía una entrevista de trabajo, pero mi hermano empeoró tenía convulsiones, vómito. Fui a buscar al doctor a una cuadra pero se negó a acompañarme, como mi hermano seguía mal lo llevé a Alcohólicos Anónimos y le pusieron alcohol en el ombligo, eso me puso muy nervioso y sentí deseos de beber.

**Plan de acción 1:** Cuando dejé a mi hermano en su cama y observé que se encontraba mejor, pensé que no valía la pena tomar y terminar como mi hermano, me acordé de todo el esfuerzo que me ha costado y que mis hermanos no necesitan más problemas. Posteriormente me fui a mi entrevista de trabajo.

**Retroalimentación 1:** Se dio retroalimentación positiva al usuario por las conductas eficientes y por el cambio de pensamiento. También se felicitó y se indagó como le fue en la entrevista de trabajo.

**Situación de riesgo 2:** Cuando regresé de mi entrevista me sentí muy culpable porque me avisaron que mi hermano estaba grave en el hospital y sentí la necesidad de consumir alcohol.

**Plan de acción 2:** Pensé que nada arreglaría con ponerme a tomar, y que mis hermanos no necesitaban más problemas, así que me salí al hospital y me quedé cuidando a mi hermano todos los días.

**Retroalimentación 2:** Se reforzó el plan de acción del usuario con cambio de pensamiento por su sentimiento de culpa ya que hizo todo lo que estuvo en sus manos

para que su hermano recibiera la atención ya que estaba sufriendo mucho. El usuario se percató que había hecho todo lo posible por ayudar a su hermano. Además se dio cuenta de todos los cambios que había hecho en el tratamiento y que si hubiera continuado tomando su salud iba a empeorar y podría haber muerto como su hermano.

**Situación de riesgo 3:** En el funeral de mi hermano, me sentía muy triste y me dieron ganas de beber.

**Plan de acción 3:** Les pedí a mis familiares que no trajeran botellas en el funeral, también le solicité a mi hermana que estuviera pendiente y que por ningún motivo me dejara beber, aunque me sintiera muy triste.

**Retroalimentación 3:** Se dio retroalimentación positiva por utilizar la estrategia de apoyo social. Se sugirió que hablara con sus hermanos de como se sentía culpa por la muerte de su hermano, se reforzó con las herramientas de habilidades de comunicación.

Posteriormente, el usuario comprendió la función de la tristeza y la importancia de aprender a controlarla. Se hizo hincapié que era normal que sintiera la tristeza en lo que elaboraba el duelo de la muerte de su hermano.<sup>4</sup> En el folleto de tristeza comprendió las herramientas de cambiar pensamientos equivocados, realizar actividades agradables, búsqueda de lo positivo y el auto- registro del control de tristeza.

En la tabla 12 se presenta la información del usuario de la aplicación de las herramientas de cambios de pensamientos equivocados, actividades agradables y búsqueda de lo positivo.

---

<sup>4</sup> Se habló en la sesión de las 5 etapas del duelo: 1. la negación y el aislamiento, la ira, negociación, depresión, aceptación de la tanatóloga Elizabeth Kubler Rose. Era importante que el usuario comprendiera que tenía que elaborar su duelo y una vez que se encontrara mejor en el aspecto sentimental podría continuar con su vida y las metas planteadas como la búsqueda de empleo.

**Tabla 12. Herramientas empleadas en el usuario APV del componente de tristeza.**

Cambiar pensamientos equivocados	Realizar actividades agradables	Búsqueda de lo positivo en actividades cotidianas
<p><b>PASO 1</b>  <b>Suceso:</b> Ya no me invitan a fiestas.  <b>Pensamiento:</b> Me siento rechazado y aislado  <b>Sentimiento:</b> Me siento triste y frustrado.</p>	<p><b>Actividad 1:</b> Escuchar música.  <b>Horario de la actividad 1:</b> En las noches.</p>	<p><b>Beneficios de la actividad 1:</b>  Me ayuda a relajarme, me pone contento, me acuerdo de cosas bonitas.</p>
<p><b>PASO 2:</b>  <b>Pensamientos que me entristecen:</b> Mientras más pase el tiempo hay menos oportunidades para conocer personas, además muchos me consideraron y yo también como una persona no grata cuando bebía.</p>	<p><b>Actividad 2:</b> Salir a caminar  <b>Horario de la actividad 2:</b> Cada vez que me sienta triste o por las mañanas a las 9:00 am.</p>	<p><b>Beneficios de la actividad 2:</b>  Hago ejercicio, me relajo, voy pensando como puedo resolver mis problemas, me distraigo y observo a mucha gente.</p>
<p><b>PASO 3</b>  <b>Cuestionamiento de pensamientos negativos:</b> Pensar así me afecta, me hace sentir mal, yo mismo me rechazo, además ahora que no bebo puedo ser una persona muy agradable.</p>	<p><b>Actividad 3:</b> Leer  <b>Horario de la actividad:</b> Todos los días en las tardes o cuando vaya en el transporte público.</p>	<p><b>Beneficios de la actividad 3:</b>  Aprendo acerca de lo que estoy leyendo, me distraigo, me imagino otras realidades, me gusta leer libros de contenido motivacional, me ayudan a darme ideas de como resolver mis problemas. Me hacen sentir feliz y me motivan a seguir adelante.</p>
<p><b>PASO 4</b> Buscar alternativas para los pensamientos negativos:  Todavía puedo hacer mi vida</p>	<p><b>Actividades de emergencia:</b>  1. Convivir con mi familia, platicar con ellos.</p>	<p><b>Beneficios de las actividades de emergencia:</b>  1. Mi familia me ayuda y me aconseja a salir adelante, me</p>

y encontrar a alguien que me quiera y me acepte y no necesito tomar para sentirme feliz.	2. Ver una película  3. Practicar yoga en la delegación	hacen sentir bien y seguro. Me divierto mucho platicando con ellos y me orientan a resolver mis problemas.  2. Me ayuda a distraerme, me entretengo y se me olvida lo que estoy sintiendo en ese momento.  3. Me relajo y hago ejercicio, me ayuda a tener paz mental.
<b>PASO 5 Construye pensamientos más realistas:</b> Aún soy joven puedo encontrar una pareja		

Posteriormente se entregó al usuario el registro de ocurrencia de tres situaciones de tristeza. El objetivo es que reporte tres situaciones de tristeza que se le hayan presentado posterior a la sesión, y describa brevemente las estrategias que utilizó para controlarla.

En la tabla 13 se describe el autoregistro del control de tristeza del usuario APV.

**Tabla 13. Autoregistro de la sesión: control de tristeza de APV.**

<b>Situación</b>	<b>Siendo 0 nada triste y 10 muy triste ¿qué tan triste te sentiste?</b>	<b>Habilidad aplicada</b>	<b>Siendo 0 nada triste y 10 muy triste ¿qué tan triste te sentiste después de aplicar la habilidad?</b>	<b>¿Hay algo que necesites mejorar?</b>
Pensar que por mi edad no conseguiré	<b>9</b>	<b>Reestructuración cognitiva:</b> Pensé que el no	<b>3</b>	Voy hacer más responsable, voy a continuar con mi



pareja		consumir me abrió la puerta a una nueva vida, nuevas oportunidades y nunca es tarde para encontrar y conocer a alguien.		tratamiento, tengo que ser menos tímido y acercarme con mayor seguridad a las mujeres, salir más a lugares para conocer personas
No haber logrado una casa propia	9	<b>Reestructuración cognitiva:</b> Cuando consiga empleo voy a ahorrar dinero y comenzaré a comprarme mis cosas, buscaré mis puntos en Infonavit y me compraré una casita.	2	Voy a buscar un empleo y seré responsable en cuidar cada detalle para conservarlo, continuaré con mi tratamiento para no consumir y ahorraré ahora sí mi dinero.
El recordar a mi mamá y mi mejor amigo que falleció	10	<b>Modificación de conducta y reestructuración cognitiva:</b> Quitar el altar de mi mamá de mi cuarto, me ayudó porque siempre recordaba con las fotos a mi amigo y mi madre. Pensé que no los dejo descansar y a ellos no les gustaría verme mal, además mi madre ya no sufre por su enfermedad y yo	2	Tengo que buscar actividades que me hagan sentir feliz, buscar nuevas amistades y superar la muerte de mis seres queridos.

		tenía que demostrarle que si podía dejar de tomar. Tengo ahora más oportunidades y una vida por vivir.		
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

En la tabla 14 se describen los resultados del empleo de las estrategias aprendidas del componente de tristeza al finalizar el tratamiento.

**Tabla 14. Resultados de las herramientas aprendidas del componente de tristeza al finalizar el tratamiento de APV.**

<b>Situación</b>	<b>Lugar y personas</b>	<b>Nivel de Tristeza</b>	<b>Estrategia utilizada</b>	<b>Resultados obtenidos</b>
La muerte de mi hermano, me siento culpable de no ayudarlo, cuando se puso malo no lo llevé a tiempo al hospital.	En mi casa con mi familia, mis hermanas quisieron velarlo en la casa	<b>10</b>	<p><b>Pensamiento negativo:</b> Soy culpable, si lo hubiera ayudado más, no hubiera sufrido y no se hubiera muerto. Mis hermanas pueden pensar que yo no hice nada, que no lo cuidaba.</p> <p><b>Cambio de pensamiento:</b> Su enfermedad ya estaba muy avanzada, yo hice todo lo posible, lo llevé al Dr., lo cuidé hasta el último</p>	Se dio cuenta que la dependencia al alcohol de su hermano y su muerte fue consecuencia del consumo y decisión de su hermano. Lo cual le sirvió de motivación a su abstinencia.

			momento y el supo cuanto me preocupaba por él y cuanto lo quise.	
Pensar que ya no puedo conseguir trabajo	En mi casa y en el CIJ durante las sesiones anteriores al componente	9	<p><b>Pensamiento negativo:</b> De todas formas, no conseguí el trabajo y mi hermano se murió.</p> <p><b>Cambio de pensamiento y auto-instrucciones positivas:</b> El no consumir alcohol me abre la puerta a nuevas posibilidades y me doy cuenta de que siempre he sido reconocido por la calidad de mi trabajo, además mi hermano ya estaba muy enfermo y yo no podía hacer nada.</p> <p><b>Habilidades de comunicación:</b> utilizó las herramientas del ensayo</p>	Regresó a su trabajo anterior, se dio cuenta de todas sus cualidades laborales y su trabajo es reconocido por su jefe, consiguió un aumento de sueldo. Al principio su jefe le había dado un trabajo temporal de coser y confeccionar unas camisas, cuando el usuario le demostró su compromiso, su relación con él y sus compañeros de trabajo mejoró significativamente.

			<p>conductual y logró regresar a su empleo.</p> <p>Metas de vida cotidiana: Utilizó las estrategias aprendidas del componente y eso le permitió que su jefe le diera más responsabilidad y le diera nuevamente el empleo en forma fija y con sus prestaciones.</p>	
No tener una pareja	En mi casa o cuando voy en la calle o veo parejas juntas	7	<p><b>Cambio de pensamiento y auto-instrucciones positivas:</b> Voy a encontrar una oportunidad, voy a conocer a alguien que se interese por mí</p> <p><b>Realizar actividades agradables:</b> Ir a bailar, salir con mis compañeros de trabajo, saco a bailar a las mujeres.</p> <p><b>Lenguaje corporal:</b> Utilicé</p>	Va a los lugares de baile donde no consume, conoce personas y se divierte, no ha conseguido pareja, pero es optimista sabe que esas cosas solas llegan. Ya no se muestra tan tímido y ahora se acerca con mayor seguridad a las mujeres.

			las técnicas de utilizar un buen tono de voz, mostrarme seguro. <b>Habilidades de comunicación:</b> <b>Iniciar conversaciones y saber escuchar.</b>	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## SESION 6: REHUSARSE AL CONSUMO

El objetivo general de la sesión es que el usuario aprenda a enfrentar situaciones de riesgo de consumo externas e internas eficazmente mediante el aprendizaje y utilización de las habilidades de Rehusarse al Consumo.

A continuación se describen las situaciones de riesgo que el usuario enfrentó en esta semana:

**Situación de riesgo 1:** Fui a jugar futbol el domingo y terminando el partido compraron cervezas y se me hizo agua la boca, hacia calor, los muchachos me ofrecían.

**Plan de acción 1 :** Mi primera reacción fue ver a mi sobrino, me puse nervioso y él les contestó que no estaba bebiendo ahorita, después me fui al baño y pensé que no valía la pena consumir una cerveza y echar a perder mi tratamiento.

**Retroalimentación 1:** Se felicitó al usuario por su abstinencia, y se reforzó el plan de acción con las habilidades del componente.

**Situación de riesgo 2:** Me enojé mucho porque los hijos de mi hermano y su ex esposa vinieron a la casa a exigir unos documentos de mi hermano para quedarse con sus bienes, se pusieron muy groseros. Ninguno vino al funeral, pero cuando se enteraron que mi hermano murió, lo único que les importó fue lo que les había dejado. Antes de que mi hermano se perdiera en el consumo tenía una buena posición económica y una casa muy bonita. Sentí mucha impotencia y me dieron ganas de beber.

**Plan de acción 2:** Dejé que mi hermana hablara con ellos y me salí de ahí. Me fui a caminar al parque y me tranquilicé, me distraje platicando con un vendedor. Después pensé que no valía la pena consumir por esa situación.

**Retroalimentación 2:** Se dio retroalimentación positiva por la conducta empleada y el cambio de pensamiento. Se reforzó el plan de acción con las estrategias del componente de control de enojo<sup>5</sup>, se realizó un modelamiento y un ensayo conductual. Las técnicas que el usuario aprendió del modelamiento fueron: “Tiempo fuera”, “Distracción del pensamiento” y “Auto- instrucciones positivas”.

---

<sup>5</sup> Se utilizaron las herramientas para el control del enojo del usuario. Para realizar el ensayo conductual de

Posteriormente, se trabajó con la lectura de rehusarse al consumo y se hizo hincapié en la importancia del lenguaje corporal de este ejercicio, aprender a controlarlo y que sea congruente con la decisión del no consumo.

El ensayo conductual de la sesión fue realizado con la situación de riesgo que pasó el usuario en el partido de futbol. APV mostró un lenguaje corporal seguro en el ensayo y su tono de voz fue firme. En la tabla 15 se describen las técnicas utilizadas del componente en el ensayo conductual.

**Tabla 15. Estrategias empleadas de rehusarse al consumo del usuario APV**

<b>Habilidad de rehusarse al consumo utilizada</b>	<b>Descripción de la situación (el terapeuta era el amigo de su sobrino que le ofrecía cervezas después del partido)</b>
<b>Negarse asertivamente</b>	En el partido de futbol, el amigo de su sobrino que le ofreció una cerveza, no gracias, ahorita no quiero muchas gracias.
<b>Sugerir alternativas</b>	No gracias, se me antoja mejor agua para el calor y calmar mi sed. No tienes mejor agua fría que me regales.
<b>Cambiar el tema de la plática</b>	No gracias, ahorita no se me antoja, mejor cuéntame que te pareció el partido del America.
<b>Ofrecer justificación</b>	En el ensayo se estuvo hostigando al usuario con el consumo, "No seas sangrón tomate una, no pasa nada, también se te quita la sed con la cerveza, pareces niño, tómatela te va a saber deliciosa, ándale." "No gracias, ahorita de verdad no se me antoja, además no puedo estoy tomando medicamentos que no se pueden combinar con el alcohol".
<b>Interrumpir interacción</b>	No gracias, ahorita no, mejor me voy, tengo cosas en casa que hacer, mi hermana me esta esperando para acompañarla al súper. Nos vemos en el próximo partido, que estés bien.

<b>Confrontar al otro</b>	Ya te dije que no, muchas gracias, no se porque no entiendes que no quiero beber ahora, porque me estás insiste e insiste, no quiero tomar en este momento, no se me antoja, gracias.
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Se realizó también la identificación de los pensamientos precipitadores del usuario, en este ejercicio el usuario aprendió a identificar esos pensamientos. Se resaltó la importancia de que al cambiar el pensamiento con otras ideas de que no necesita consumir y realizar otras conductas que lo ayuden a no consumir. Posteriormente se trabajó con ejercicio de reestructuración cognitiva.



## SESIÓN 7: METAS DE VIDA

El objetivo general de la sesión es, que el usuario adquiriera habilidades para establecer metas en las diferentes áreas de su vida cotidiana, planes y períodos para su consecución.

En esta sesión, el usuario llegó muy contento porque había recuperado su empleo, decidió buscar a su jefe y éste le ofreció un trabajo temporal. El usuario se comprometió a cumplir con el trabajo y aplicar todas las herramientas que aprendió en el componente de empleo. Por lo tanto, en esta sesión se trabajó con el componente de metas de vida para que el usuario permanezca con la meta de su empleo y otras metas que son importantes en diferentes áreas de su vida.

Se revisaron las situaciones de riesgo que presentó el usuario en la semana:

**Situación de riesgo 1:** Pasé a la tienda y estaba un muchacho que consume drogas y estaba tomando. En ocasiones tomaba con él en la calle. Cuando me vio me ofreció tomar y estaba muy insistente, estaba tomando el brandy que me gusta y al verlo se me antojó.

**Plan de acción 1:** Pensé que si tomaba no valía la pena el esfuerzo de mi abstinencia, aunque se me antojara, me acordé de todas las cosas que he aprendido en el tratamiento. Estaba muy insistente pero le dije no muchas gracias, ahorita no, ¿cómo has estado?, le dije que me tenía que ir porque mi hermana me estaba esperando en la casa.

**Retroalimentación 1:** Se felicitó al usuario por el plan de acción y por su abstinencia, se recordaron todas las estrategias de rehusarse al consumo y también con el análisis funcional de la conducta en los precipitadores internos de las sensaciones físicas que él sintió y como rompió el precipitador.

En esta sesión APV aprendió la importancia las ventajas del establecimiento de las metas de vida a través del folleto de lectura del componente y sus ejercicios. Se hizo hincapié que gracias al planteamiento de las metas va a tener cambios en diferentes áreas de su vida, se sentirá mejor, podrá superarse, al identificar el compromiso de una meta se comprometerá a no recaer; al ocuparse de las metas va a estar

pensando menos en consumir, va a ganar más confianza con su jefe y hermanos, se sentirá más seguro.

En la tabla 16 se describen las metas del usuario en 10 áreas de su vida y los logros obtenidos al finalizar el tratamiento.

**Tabla 16. Metas de vida del usuario APV**

<b>Areas</b>	<b>¿Qué voy a hacer?</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Logros</b>
<b><i>Sobriedad por 1 año</i></b>	Tomar mi medicamento.  Asistir a mi y tratamiento.  Estar atento a las situaciones que me pueden llevar a consumir.  Llenar mi auto registro	Todos los días  1 vez a la semana  Todos los días, en todo momento.	El tratamiento y mi medicamento me hacen sentir mejor, ya no me siento mal físicamente, ya no tengo deseos de consumir, me siento libre y más seguro de mi mismo, mi familia está contenta y nunca había estado ningún día sin consumir. Y ahora puedo ver que si se puede, me siento muy diferente porque volví a vivir.
<b><i>Trabajo Recuperar mi trabajo a la brevedad</i></b>	Mantenerme en abstinencia para que mi jefe vea que sigo cumpliendo.  Que mi jefe me contrate de manera fija, tener mi trabajo a tiempo, hacer el trabajo con calidad	Todos los días  De lunes a viernes	Mi jefe está contento conmigo y reconoce mi trabajo, dice que soy muy bueno, que tengo experiencia, que a los clientes les gusta mi trabajo y ya me contrató de manera fija. Terminé el trabajo, gané un dinero extra.
<b><i>Dinero Ahorrar cuánto, en</i></b>	Ahorrar todo mi sueldo y dejar sólo	Cada quincena voy ahorrar el 70% de mi	Me compré mis lentes, ya tengo algo

<b>cuánto tiempo y para que</b>	los gastos necesarios	sueldo	ahorrado y mi hermano me va a poner otra parte para comprarme mi coche, me pago solo mis medicamentos y ayudo a mis hermanas con los gastos de la casa.
<b>Actividades recreativas</b> <b>Ir a clases de yoga, ir a bailar</b>	Ir a tomar clases de yoga  Ir a bailar a los lugares donde no se bebe  Salir con mis hermanos los fines de semana	Ir mañana a la delegación a preguntar de las clases  Un sábado al mes  Todos los sábados y domingos	No tomé clases de yoga porque no hay clases los sábados, voy a tomar clases de pintura.  Me divierto bailando y conozco personas  Me voy al cine, al panteón, me divierto con mi familia y estamos más unidos
<b>Relación con los amigos</b> <b>Conocer personas que no consuman y procurar su amistad</b>	Salir con mis compañeros del trabajo  Conocer más gente ya que no tengo amigos	Los fines de semana, cuando me hagan una invitación  Sábado una vez al mes.	Me he divertido con ellos, convivo más y un compañero ya se volvió mi amigo, estoy contento  He conocido gente en los lugares y convivo con ellos, me pongo de acuerdo para ir a otros centros de baile
<b>Hábitos personales</b> <b>Hacer un hábito de</b>	Leer mis libros	Todos los días a las 9 PM.	He leído muchos libros que me gustan,

<p><b>la lectura</b></p>			<p>me siento mejor. Ahora hago cosas diferentes y no necesito tomar para sentirme bien. Me concentro mejor, antes no podía porque tomaba.</p>
<p><b>Relación familiar</b> <b>Ganarme la confianza de mis familiares</b></p>	<p>Demostrar a mis hermanas que voy a continuar en abstinencia y recuperar su confianza</p>	<p>Todos los días</p>	<p>Mis hermanos están muy contentos conmigo, me hicieron una comida el día que terminaron mis sesiones, ahora me tienen confianza, creen en mí y ya no están preocupados por mi salud, mi hermano me va a dar una parte para comprarme mi coche</p>

## **SESIÓN 8: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

El objetivo general de la sesión es enseñar al usuario conductas efectivas de enfrentamiento ante situaciones difíciles de su ambiente y vida cotidiana que le permitan resolverlas, controlar su ambiente, disminuir tensión.

Las situaciones de riesgo que presentó el usuario en esa semana fueron:

**Situación de riesgo 1:** La contadora de la empresa, le argumentó a mi jefe que ya me había pagado mi semana de trabajo y nunca me lo entregó. Eso me puso muy tenso y me dieron ganas de beber en ese momento.

**Plan de acción 1:** Pensé que el beber no me iba a servir de nada, mejor me di la vuelta y ya no discutí con ella, fui hablar con mi jefe y le dije que siempre firmaba la lista donde se comprueba que recibí mi cheque, él habló conmigo y me dijo que no me preocupara que él arreglaría esa situación.

**Retroalimentación1:** Se felicitó al usuario porque no consumió y por elaborar ese plan de acción, se sugirieron otras conductas de ir al baño a echarse agua en la cara, ponerse a elaborar sus pendientes del trabajo y que se acordara de las técnicas aprendidas del control del enojo, para el problema con la contadora de su trabajo.

Por tal motivo, se utilizó en esta sesión el componente de solución de problemas con la finalidad de que el usuario aprendiera a enfrentar esas situaciones difíciles sin necesidad de consumir.

APV aprendió a través de la sesión a: identificar el problema, dar alternativas, decisión de una solución y la definición de los resultados.

En la tabla 17 se describe el problema que describió el usuario en esta sesión

Tabla 17. Ejercicio de solución de problemas del usuario APV.

Identificar el problema:	Genera alternativas:	Decidir una solución	Evaluación de resultados
<p>La contadora de mi trabajo no llevó bien mis cuentas del sueldo durante el mes.</p>	<p><b>Opción 1:</b> Platicar con ella, para saber que pasó.</p> <p><b>Opción 2:</b> Mostrarle una lista de lo que percibí y lo que me falta de cobrar.</p> <p><b>Opción 3:</b> Mostrarle que tengo la razón y que me paguen la cantidad faltante</p> <p><b>Opción 4:</b> Plantearle el problema a mi jefe.</p> <p><b>Opción 5:</b> Recordarle constantemente a la contadora, lo que me hace falta en el mes.</p>	<p><b>Ventajas de la opción 1:</b> Aclararlo directamente con ella, sin enojarme para que en futuras ocasiones no se vuelva a repetir.</p> <p><b>Desventajas de la opción 1:</b> Que es su palabra contra la mía.</p> <p><b>Ventajas de la opción 2:</b> Demostrarle que en la lista no firmé.</p> <p><b>Desventajas de la opción 2:</b> No dan recibos de pago sólo firmo en una hoja y ella guarda el documento.</p> <p><b>Ventajas de la opción 3:</b> Que me paguen mi dinero porque lo trabajé y no es justo que pasen esas cosas.</p> <p><b>Desventajas de la opción 3:</b> Que la contadora me tenga coraje y que en futuras situaciones trate de</p>	<p>La calificación que asigno es de 9 me siento completamente satisfecho.</p>

		<p>perjudicarme.</p> <p><b>Ventajas de la opción 4:</b>          Demostrarle a mi jefe que es injusto y que finalmente dije la verdad.</p> <p><b>Desventajas de la opción 4:</b> que mi jefe decida despedirla porque no es la primera vez que pasa</p> <p><b>Ventajas de la opción 5:</b> al recordarle y demostrarle que tengo la razón no se volverá a presentar una situación igual.</p> <p><b>Desventajas de la opción 5:</b> Que sea grosera conmigo y que discutamos constantemente.</p>	
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

La siguiente tabla 18 demuestra los resultados de los problemas del usuario APV y las soluciones que empleó para resolverlos al finalizar el tratamiento.

**Tabla 18. Lista de solución de problemas al finalizar el tratamiento del usuario APV.**

<b>¿Cuál es el problema?</b>	<b>Problema 1</b> No tengo ningún amigo con quien platicar y convivir.	<b>Problema 2</b> El trabajo que me dio mi jefe es temporal y no se que hacer cuando lo termine, en que voy a trabajar.	<b>Problema 3</b> Con los hijos de mi hermano que falleció, están peleando los papeles de mi hermano para quedarse con sus propiedades. Cuando van me enojo mucho y me dan ganas de decirles todo lo que pienso.
<b>Opciones</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar una lista de las amistades que tenía antes con las que no bebía.</li> <li>2. Hablarles por teléfono.</li> <li>3. Invitarlos a salir a tomar un café.</li> <li>4. Salir a lugares a conocer gente, en salones de baile donde no se toma.</li> <li>5. Ser más sociable con mis compañeros de trabajo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buscar otros empleos, hacer una lista de lugares, y llamadas telefónicas.</li> <li>2. Hablar con mi jefe para que me contrate nuevamente.</li> <li>3. Entregar todo a tiempo, quedarme horas extras, para que mi jefe vea mi disposición.</li> <li>4. En caso de no encontrar trabajo irme a trabajar al local de mis hermanas en el centro.</li> <li>5. Seguir trabajando en hacer reparaciones.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escucharlos y ver cual es su punto de vista.</li> <li>2. Darles los papeles sin hablar con ellos para que no volvamos a verlos.</li> <li>3. No entregarles nada si no se preocuparon en vida por mi hermano que lo arreglen como puedan.</li> <li>4. Esperarnos a la lectura del testamento y decidir que hacemos.</li> </ol>
<b>Ventajas</b>	1. Al realizar la lista,	1. Lograr conseguir	1. Me acercaría a mis



	<p>recordé muchas cosas y me sentí muy bien.</p> <p>2. A dos amigos los localicé y ahora los frecuento seguido.</p> <p>3. Salí a salones de baile, ahora voy un sábado al mes, me divierto mucho bailo y conocí más gente.</p> <p>4. Me hice amigo del policía que cuida la empresa, ahora salgo con él y somos buenos amigos.</p>	<p>un trabajo en el que me sienta a gusto y que tenga todas las prestaciones.</p> <p>2. Me quedaría en mi trabajo y me sentiría muy contento.</p> <p>3. Le demostraré a mi jefe que he cambiado y que ya no bebo, demostraré todas mis cualidades.</p> <p>4. Ayudaría a mis hermanas y aprendería nuevas cosas.</p> <p>5. Estaría ocupado y ganaría algún dinero.</p>	<p>sobrinos y entendería las razones por las cuales ellos no estaban cerca de su papá, nunca he escuchado su punto de vista.</p> <p>2. Al no hablar con ellos, no me enojaría y se acabaría el problema dándoles los papeles.</p> <p>3. Se me quitaría el coraje, porque haría enojar a mi cuñada.</p> <p>4. Estaré informado de la última voluntad de mi hermano y haría lo que él quería.</p>
<p><b>Desventajas</b></p>	<p>1. Cuando hice la lista pensé en que tal vez no los localizaría.</p> <p>2. Cuando les llamé algunos se negaron y a otros no los localicé.</p> <p>3. Me sentí inseguro al principio.</p> <p>4. Cuando salgo evito ir a lugares donde consumen alcohol.</p> <p>5. Cuando salgo con mi amigo evito ir a lugares donde toman alcohol.</p>	<p>1. Actualmente es difícil conseguir un empleo y que por mi edad no es tan fácil.</p> <p>2. Que tal vez mi jefe no quiera darme el empleo, porque ya tiene un nuevo empleado.</p> <p>3. Me voy a sentir cansado y a lo mejor no me contratan.</p> <p>4. En este trabajo no realizaría las actividades que me gustan y se hacer.</p> <p>5. No siempre hay trabajo que yo pueda hacer.</p>	<p>1. Tal vez, no me gustaría escuchar lo que dicen mis sobrinos.</p> <p>2. No me acercaría a ellos y mi hermano no creo que le hubiera gustado esas actitudes con su familia.</p> <p>3. Le causaríamos muchos problemas a su familia y gastarían dinero, y se que a mi hermano no le hubiera gustado eso.</p> <p>4. Que tal vez mis sobrinos y su esposa no se merezcan todo, por no estar con mi hermano.</p>

<b>Solución del problema</b>	<p>Ahora frecuento a dos amigos e hice uno nuevo, me siento feliz y ya no me siento solo. Puedo divertirme sin alcohol.</p>	<p>Conseguí mi empleo en forma permanente y me dieron todas mis prestaciones. Ahora tengo más responsabilidades y me siento muy contento.</p>	<p>Escuché y me acerqué a mis sobrinos, ellos sufrieron mucho abandono y maltrato por el alcoholismo de mi hermano, ahora los frecuento y se arregló la repartición de los bienes.</p>
------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **SESIÓN 9: HABILIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS.**

El objetivo general de la sesión es que el usuario adquiriera conductas que le permitan establecer actividades que compitan con el consumo y que apoyen la abstinencia.

Se revisaron las situaciones de riesgo que presentó el usuario en esa semana los cuales fueron:

**Situación de riesgo 1:** Una vecina me dijo que ella me había prestado un cepillo de madera y que no se lo había regresado, me lo dijo de una forma grosera y molesta, esto me causó mucho enojo, le hice el comentario que yo no tenía la necesidad de esta herramienta porque yo tengo uno nuevo. Sentí ganas de beber.

**Plan de acción 1:** Le comenté que pensara a quien se lo pudo haber prestado, le enseñé el cepillo para que revisara que no era el suyo, pensé que no valía la pena pelearme con ella porque la iba a estar viendo constantemente y no es bueno buscarse problemas. También pensé que ya llevaba mucho tiempo sin beber y que nada valía la pena para echar a perder tanto esfuerzo.

**Retroalimentación 1:** Se reforzó al usuario con un modelamiento y un ensayo conductual para arreglar esta situación con técnicas del componente de control de enojo y habilidades de comunicación, también se recordaron las herramientas que aprendió la sesión pasada del componente de solución de problemas. Se felicitó al usuario por los planes de acción que elaboró para remediar la situación y se reforzó con otras alternativas.

**Situación de riesgo 2:** Corté mal una camisa en mi trabajo y estaba echando a perder la tela, como son guayaberas y tienen bordados especiales, me dio mucho coraje por mi falta de atención, me angustié y recordé que antes llevaba mi anforita y bebía un trago para calmarme.

**Plan de acción 2:** Por el momento me sentí muy mal y estaba molesto conmigo mismo, me relajé y pensé que son errores que comete cualquier persona que no pasa nada y no debía presionarme, antes cuando tomaba no terminaba mi trabajo y

quedaba mal con mi jefe. Analicé el problema y busqué una solución, finalmente busqué recortes de la misma tela y por suerte quedó bien la camisa.

**Retroalimentación 2:** Se felicitó al usuario por elaborar este plan de acción y el dominio de la técnica de reestructuración cognitiva. Se reforzó el plan de acción con más estrategias para futuras situaciones.

En esta sesión se enfatizó la importancia de las habilidades sociales y recreativas señalando que éstas logran competir con el consumo de alcohol y apoyan su abstinencia. Se recordaron las actividades recreativas del usuario que estaban involucradas con el consumo de alcohol y que él identificará las actividades y personas con las que contará para su meta de la abstinencia.

En los ejercicios del componente APV fue sugiriendo todas las actividades recreativas de no consumo, probándose a realizarlas sin sentirse presionado, también se enfatizó el apoyo de los otros significativos que apoyan su abstinencia y con ellos podrá realizar actividades recreativas. Se brindó información de actividades comunitarias para que el usuario cuente con alternativas sociales e interactúe con más personas y conozca nuevas amistades. Posteriormente se estableció un compromiso semanal para la realización de dos actividades fijas y una esporádica y se detectaron y resolvieron los obstáculos para la realización de estas actividades.

Se trabajó con la detección de obstáculos para la realización de las actividades recreativas de APV elaborando varios modelamientos de asistir a un salón de baile donde no se consumen bebidas alcohólicas y el puede conocer a mujeres, ya que el interés del usuario es de encontrar pareja y él argumenta que es muy tímido y siente miedo e inseguridad cuando se acerca a ellas. En el modelamiento se enseñó como acercarse a las mujeres, utilizando las herramientas de habilidades de comunicación de iniciar conversaciones como: Hola, ¿te gustaría bailar conmigo?; Hola mi nombre es:, ¿no te molesta si me siento a tu lado?, a través del modelamiento el usuario aprendió muchas estrategias y las demostró en el ensayo conductual, es importante mencionar que también se trabajó con las estrategias del componente de solución de problemas para vencer los obstáculos para acercarse a las mujeres que le interesan.

Se estableció que el usuario tuviera contacto con alguna institución para realizar actividades recreativas, él acordó que iría al centro comunitario de la delegación para preguntar por las clases de yoga, los fines de semana.

En la tabla 19 se describen las actividades sociales y recreativas del usuario APV que se establecieron en esa sesión y las que realizó al finalizar el tratamiento:

**Tabla 19. Actividades sociales y recreativas del usuario APV.**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>LOGROS DE LAS ACTIVIDADES</b>
<p><b>Actividad permanente:</b> Leer, todos los días en las mañanas cuando me voy a mi trabajo en el transporte público de 7:00 a 8:00 AM y en las noches de 9:00 a 10:00 PM.</p>	<p>Todas las quincenas me compro un libro y me siento muy contento porque estoy leyendo mucho y aprendo de todos los temas, mejoro mi ortografía y el leer me permite tener más temas de conversación.</p>
<p><b>Actividad permanente:</b> Salir a caminar al parque que está a dos cuadras de mi casa, todos los días de 6:00 a 6:30 AM.</p>	<p>Me siento saludable y contento por hacer ejercicio, me voy a trabajar con más energía y vitalidad.</p>
<p><b>Actividad esporádica:</b> Una vez al mes voy al California dancing club a bailar. Voy el último viernes de cada mes.</p>	<p>Me siento contento porque me divierto mucho, conozco gente y platico y bailo con mujeres.</p>

## **SESIÓN 10: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.**

El objetivo general de la sesión es que el usuario aprenda a prevenir el consumo de alcohol, identificando las posibles situaciones de riesgo y crear planes de acción para enfrentar con eficiencia y sin consumo las situaciones difíciles a futuro.

Se revisaron las situaciones de riesgo que enfrentó el usuario esta semana, las cuales fueron:

**Situación de riesgo 1:** Una compañera del trabajo nos invitó al bautizo de su hija el sábado, en la mesa mi compañera nos llevó dos botellas de alcohol para que nos sirviéramos, me puse muy nervioso y sentí miedo.

**Plan de acción 1:** Respiré profundamente, y pensé que yo podría controlar mi consumo, cuando me ofrecieron les dije que no gracias, que ellos sabían que estaba en tratamiento y no iba a tomar. Me acordé del sistema de advertencia y le pedí a una compañera que me apoyara y que no permitiera que bebiera, le dije que para mí era muy importante no consumir. También me acordé y utilicé las estrategias que me enseñaron en el componente de rehusarse al consumo.

**Retroalimentación 1:** Se felicitó al usuario por no beber y por los planes de acción que realizó, se recordaron todas las estrategias del componente de rehusarse al consumo y se reforzó el plan de acción para futuras ocasiones.

**Situación de riesgo 2:** En la misma fiesta el esposo de mi compañera solicitó hacer un brindis y me dio un vaso con tequila, como estaba muy insistente y alcoholizado no entendía razones, me sentí nervioso.

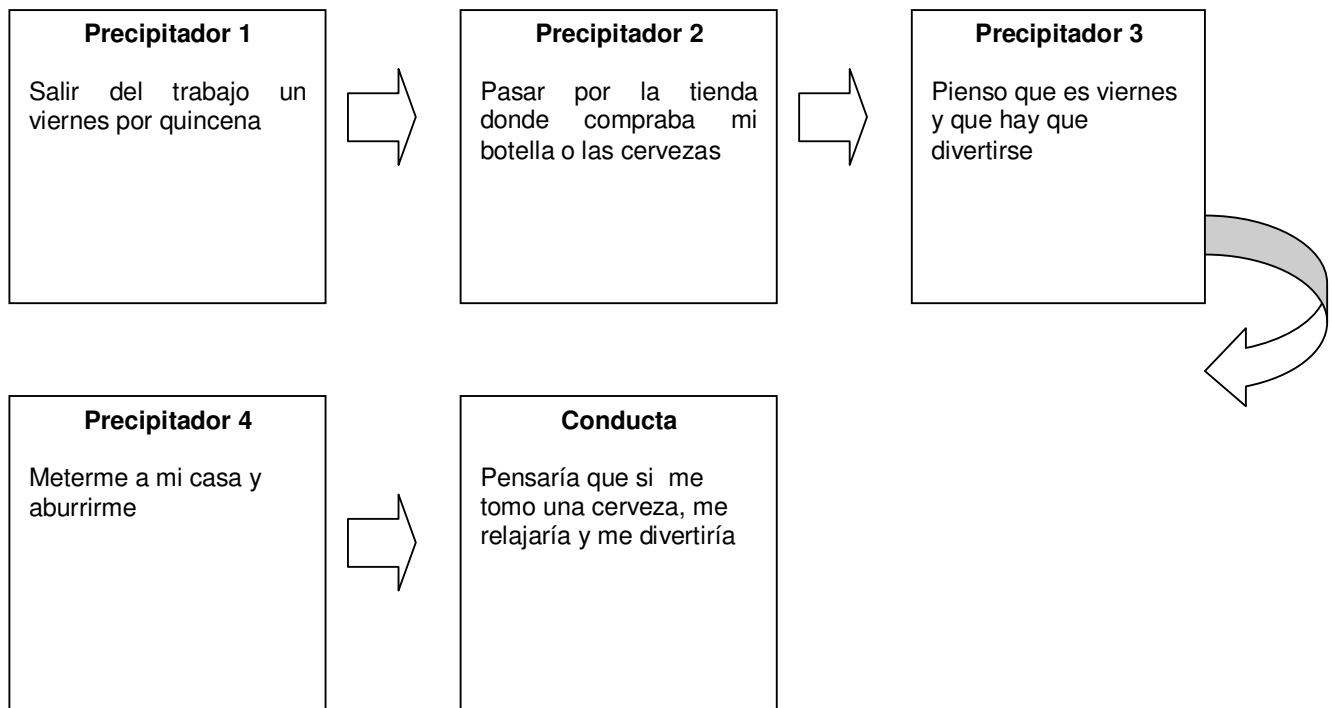
**Plan de acción 2:** Dejé el vaso en la mesa y agarré el mío con refresco, le insistí que era el vaso que me había dado para brindar, me paré a bailar con otra compañera y decidí salirme de la fiesta una hora después, porque la mayoría de los invitados ya estaban tomados. Me salí de la fiesta porque mi compañero estaba tomado y lo llevé a su casa. Pensé que así como se veía él, me veía yo cuando tomaba.

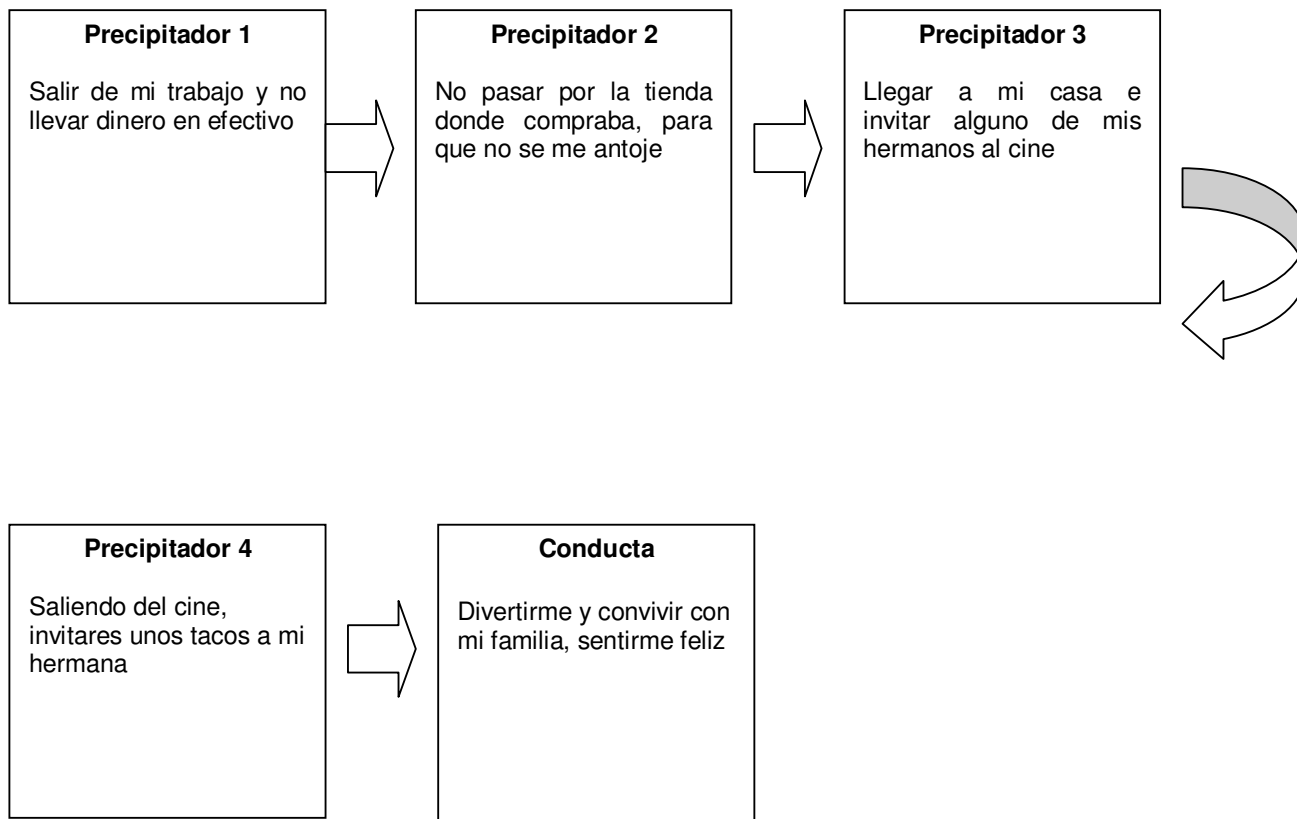
**Retroalimentación 2:** Se reforzó al usuario con un ensayo conductual de rehusarse al consumo, se felicitó por las conductas que realizó para no consumir y como cambió su pensamiento de acordarse cuando tomaba y como se veía ante los demás.

En esta sesión, se trabajó con las situaciones que le llevaron al usuario a consumir y como aprendió del Análisis funcional de la conducta a identificar esas conductas y modificarlas por conductas eficientes, se enfatizó en la importancia de la prevención de recaídas para situaciones futuras y se enseñaron las estrategias del componente, se trabajó con el ejercicio de la cadena conductual analizando la recaída que tuvo el usuario hace años, se identificaron todos los precipitadores que lo llevaron a la recaída y con una situación que el pensara que lo podía llevar a una recaída; se hizo hincapié en utilizar el sistema de advertencia temprana (esta estrategia el usuario la utilizó en todo el tratamiento) y la reestructuración cognitiva del componente.

En la tabla 20. Se muestra el ejercicio de la cadena conductual del usuario en una recaída.

**Figura 20. Situación de una posible recaída del usuario APV**





En la tabla 21. Se describen los pensamientos precipitadores de consumo de una posible recaída y la aplicación de la estrategia de reestructuración cognitiva.

**Tabla 21. Ejercicio de reestructuración cognitiva del componente de prevención de recaídas del usuario APV.**

<b>Pensamientos</b>	<b>Cambio de pensamientos</b>
1. No lograr mis metas, ni cumplir mis sueños y por eso volver a beber.	1. Si me esfuerzo lograré mis metas y cumpliré mis sueños, nada vale la pena para que vuelva a beber por todo lo que he logrado. No tengo porque beber.
2. Si no consigo pareja y me siento solo, con la bebida no me siento tan solo y me	2. No necesito beber para sentir placer, el amor llegará, sólo es cuestión de tiempo;



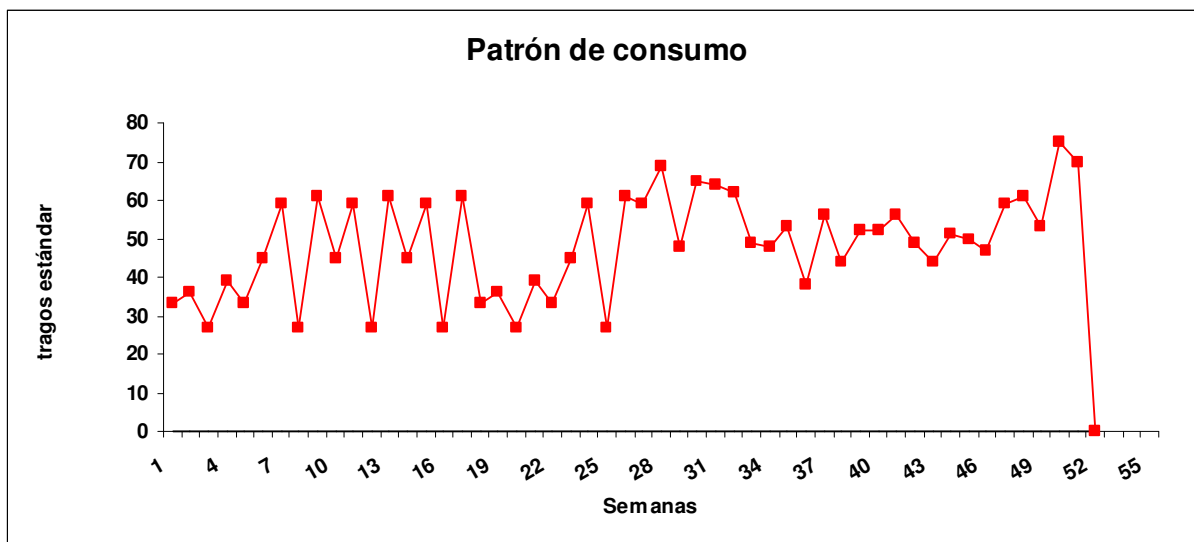
<p>da placer.</p>	<p>además no estoy solo porque tengo a mi familia y tengo nuevos amigos.</p>
<p>3. Merezco divertirme un rato, si bebo me voy a sentir bien.</p>	<p>3. No necesito beber para divertirme, la sensación de beber pasa muy rápido y después tengo puras cosas negativas. Mejor voy a ver una película para divertirme.</p>
<p>4. En el partido de futbol, hace calor y es domingo, una cerveza me refrescaría.</p>	<p>4. La cerveza no me quita el calor, no vale la pena beber, mejor me tomo una botella con agua para refrescarme.</p>

## RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PRE- TEST- POST- TEST DEL USUARIO

En el siguiente apartado, se describen los resultados del usuario APV antes de iniciar el tratamiento y en los seguimientos al mes, a los tres y a los seis meses de concluir el tratamiento.

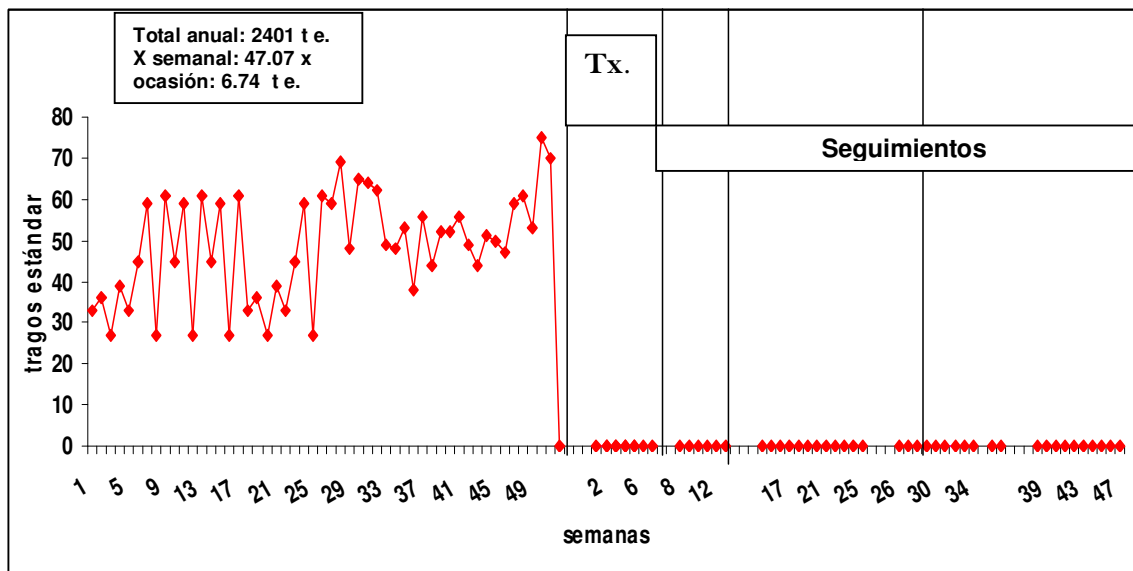
En la figura 22. Se muestran los resultados del patrón de consumo obtenidos de la Línea base retrospectiva (LIBARE) un año antes de iniciar el tratamiento. Se midió la conducta de mayo de 2008 a febrero de 2009. El patrón de consumo de APV fue de **2401** tragos estándar en el año anterior al tratamiento, correspondiendo a un promedio semanal de **47.07** tragos estándar, con un promedio de copas por ocasión de **6.74**, con un total de 356 días de consumo, 51 semanas con consumo, su mayor período de abstinencia es de 8 días, **731** tragos estándar los sábados, **710** tragos los domingos.

Figura 22. Patrón de consumo de APV un año antes de iniciar el tratamiento.



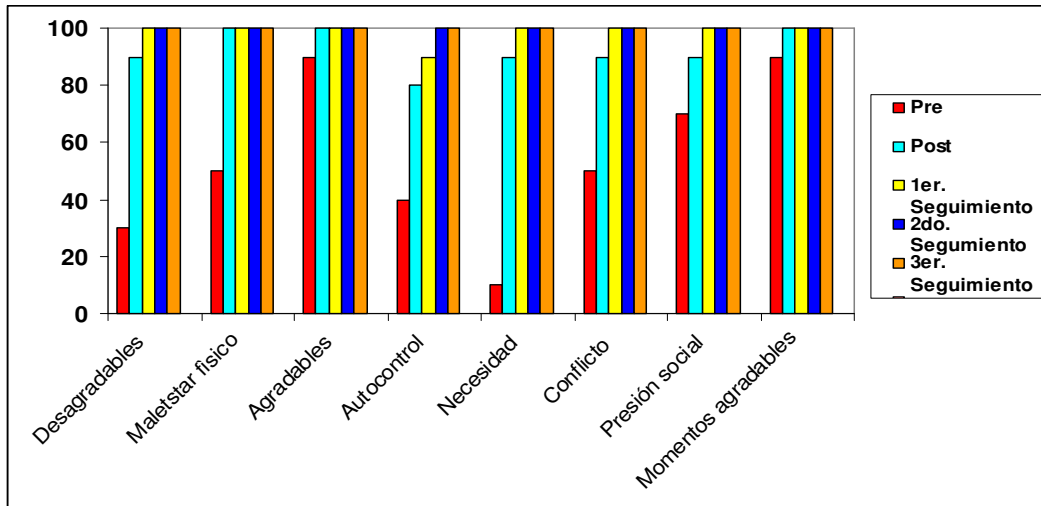
En la figura 23. Se describen los resultados del patrón de consumo del usuario APV, antes del tratamiento y el primer seguimiento al mes de finalizar el tratamiento, a los tres y a los seis meses. APV no tuvo ningún consumo en los tres seguimientos.

**Figura 23. Patrón de consumo de APV antes de iniciar el tratamiento, durante el tratamiento y en los seguimientos.**



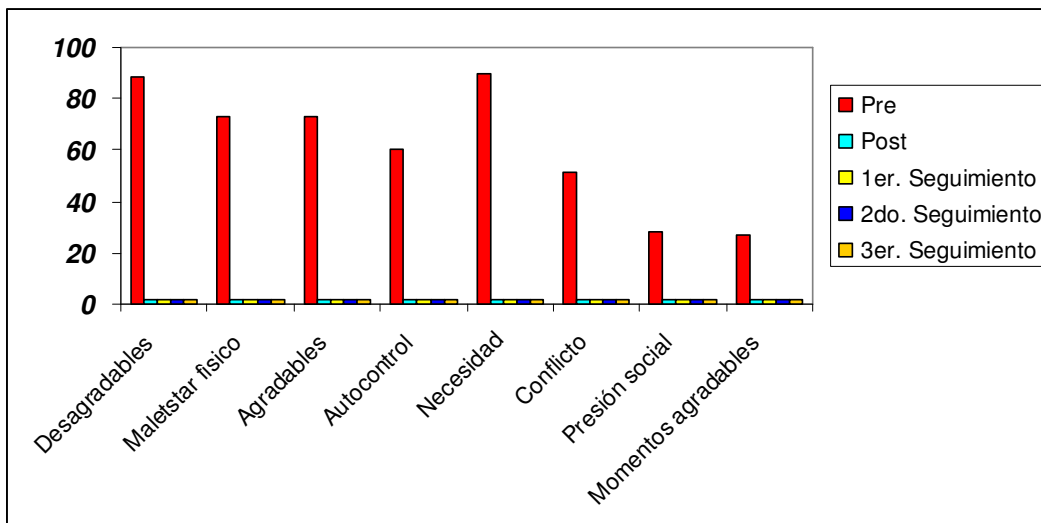
Los resultados del nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol del usuario APV antes del tratamiento, en las áreas de mayor inseguridad fueron: momentos desagradables 30%, necesidad 10%, conflicto con otros 20%, presión social 30%. En la evaluación al finalizar el tratamiento el usuario mostró 90% momentos agradables, 80% autocontrol, 90 % necesidad, 90% conflicto con otros y presión social 90%. En el primer, segundo y tercer seguimiento el usuario reportó 100% de autoeficacia en las áreas donde tenía mayor inseguridad para consumir.

**Figura 24. Resultados Pre- Post, 1er, 2do y 3er seguimiento, del nivel de autoeficacia del usuario APV**



Los resultados de los precipitadores del consumo de alcohol del usuario APV antes del tratamiento fueron: emociones desagradables 90%, necesidad y tentación al consumo 90%, presión social 90%. Los resultados de los precipitadores después del tratamiento y en los seguimientos fueron 0%. En la figura 25 se describen los resultados de los precipitadores del consumo de alcohol pre-post y de 1er, 2do y 3er seguimiento del usuario.

**Figura 25. Resultados pre-post y de los seguimientos de los precipitadores del consumo de alcohol del usuario APV.**

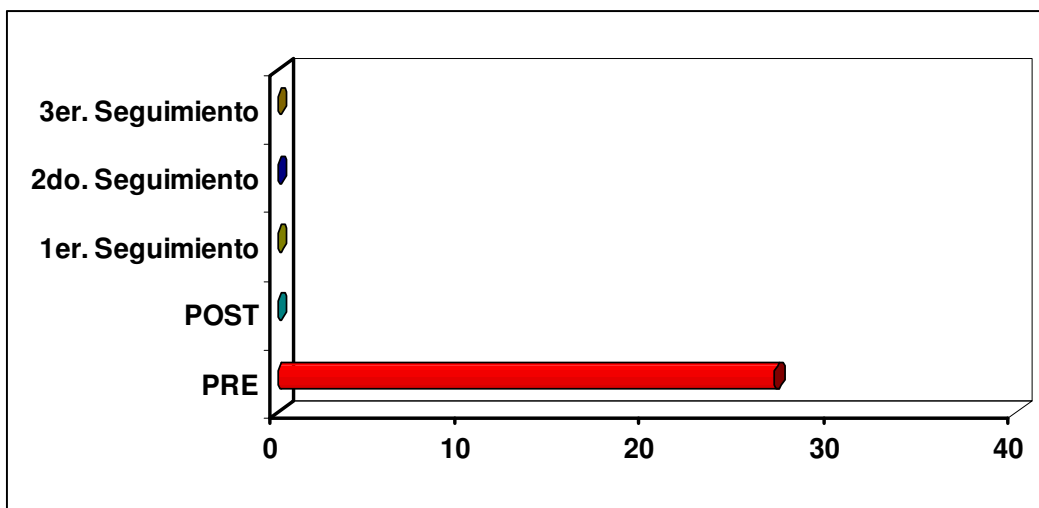


Los resultados del nivel de dependencia del usuario antes de iniciar el tratamiento fueron de 27 puntos, lo que indica un nivel de dependencia media, los reactivos de mayor relevancia del usuario fueron:

- Con frecuencia sufro crudas los domingos o lunes por las mañanas
- Le tiemblan las manos o tiene escalofríos cuando se encuentra sobrio
- Al día siguiente de beber se siente enfermo con vómito, dolor estomacal o retortijones
- Cuando bebe se tambalea o zigzaguea al caminar
- Siente pánico al pensar que no tendrá una copa cuando la necesite
- Después de un período de abstinencia, termina bebiendo otra vez
- Bebe durante todo el día
- Ha tenido palpitaciones por beber
- Piensa constantemente en beber y en las bebidas
- Cuando bebe ha tenido miedo y sensaciones extrañas

En cuanto a los resultados del post tratamiento y en los tres seguimientos la puntuación fue de 0 puntos. En la figura 26 se muestran los resultados de la puntuación obtenida por la Escala de Dependencia al Alcohol EDA.

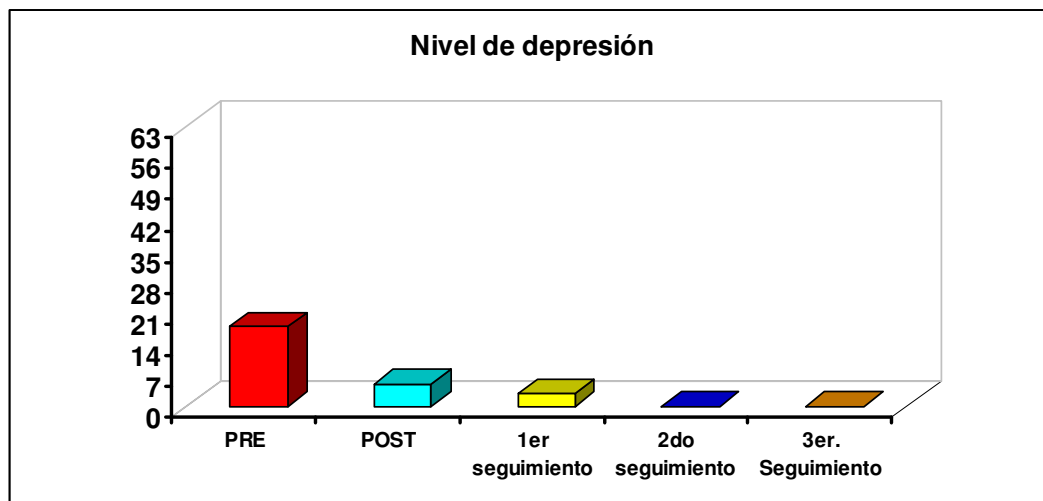
**Figura 26. Resultados del Nivel de Dependencia al Alcohol del usuario APV.**



**Nivel de dependencia media: 27 puntos antes del tratamiento, Post, 1er, 2do y 3er. seguimiento: 0 puntos.**

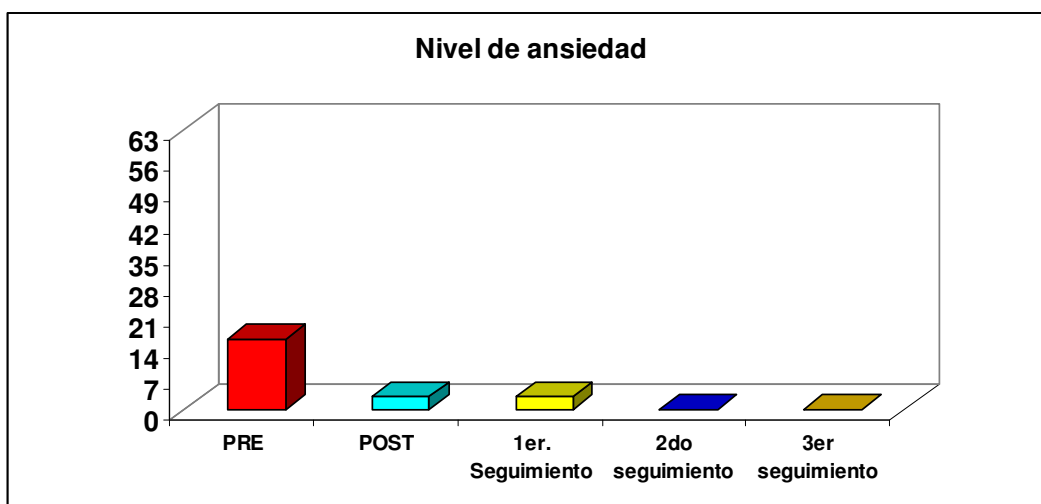
Los resultados del nivel de depresión del usuario APV antes de iniciar el tratamiento fueron 18 puntos, lo cual indica un nivel de depresión moderada, en la evaluación post tratamiento el usuario tuvo una puntuación de 5 puntos indicando una depresión mínima, los reactivos relevantes fueron: creo que me veo feo y me canso más fácil de lo que solía hacerlo, en el 1er seguimiento el usuario tuvo una puntuación de 3 puntos, nuevamente marcó el reactivo de: creo que me veo feo. En el 2do y 3er seguimiento APV obtuvo una puntuación de 0 puntos, lo cual indica que no tiene síntomas de depresión. En la figura 27 se describen los resultados del nivel de depresión del usuario.

**Figura 27. Resultados del nivel de depresión Pre- Post y del 1er, 2do y 3er seguimiento del usuario APV.**



Los resultados del nivel de ansiedad del usuario antes del tratamiento fueron de 16 puntos indicando un nivel de ansiedad moderado, en la sesión de post evaluación y en el primer seguimiento obtuvo 3 puntos indicando un nivel de ansiedad leve, en el segundo y tercer seguimiento APV tuvo 0 puntos. En la figura 28 se describen los resultados del nivel de ansiedad del usuario.

**Tabla 28. Resultados del nivel de ansiedad Pre- Post y del 1er, 2do y 3er seguimiento del usuario APV.**

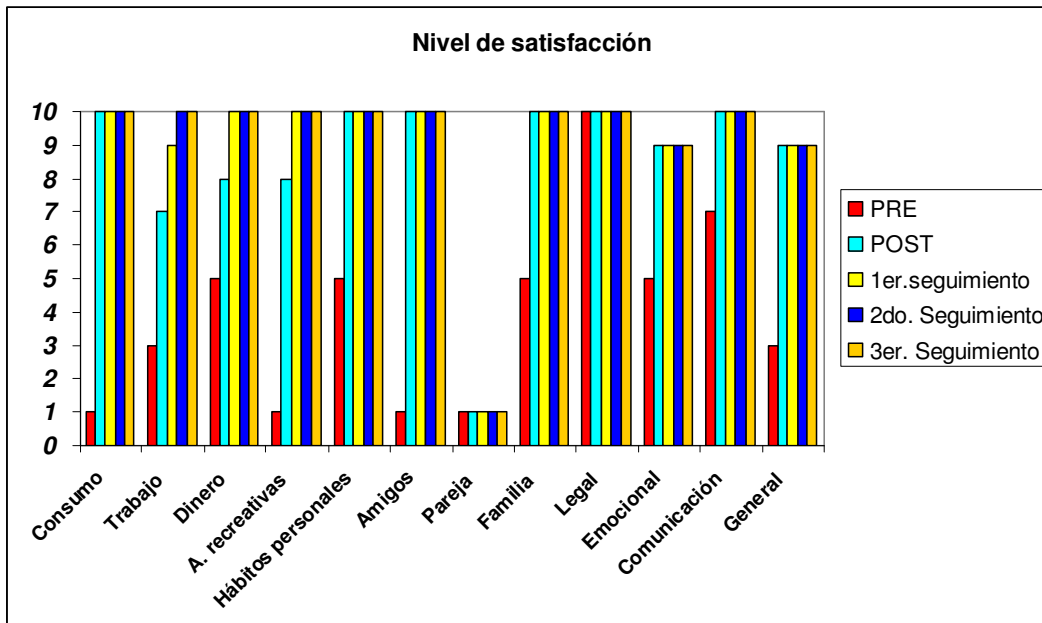


Los resultados en la Escala de Satisfacción General del usuario APV son: antes del tratamiento en **el área de consumo o sobriedad** tuvo una calificación de (1), la evaluación al finalizar y en los tres seguimientos mostró una calificación de (10) puntos lo cual indica una mejoría significativa. En **el área del trabajo** antes del tratamiento mostró una calificación de (3), en la evaluación final el usuario obtuvo una calificación de (7), comentó que ya había conseguido trabajo pero no de manera fija y en el primer seguimiento de (9), ya que su jefe lo había contratado de manera fija con todas sus prestaciones, en el segundo y tercer seguimiento obtuvo una calificación de (10). En cuanto **al área del dinero** antes de iniciar el tratamiento tuvo una calificación de (5), en la evaluación al finalizar el tratamiento mejoró con una calificación de (8), ya que ahora estaba ahorrando para comprarse su coche y ya pagaba por su cuenta los medicamentos prescritos por el psiquiatra del CIJ, en los tres seguimientos APV obtuvo una calificación de (10) por lo que mejoró significativamente. En **el área de actividades recreativas** tuvo una calificación de (1) al iniciar el tratamiento, sin embargo en la evaluación al finalizar el tratamiento mejoró con una calificación de (8), y en los tres seguimientos mejoró con una calificación de (10). En **el área de hábitos personales** marcó una calificación de (5) al iniciar el tratamiento, al finalizar y en los tres seguimientos el usuario mejoró marcando una calificación de (10). En **el área de satisfacción de los amigos** el usuario mostró una calificación de (1) antes de iniciar el tratamiento, pero en la evaluación final y en los tres seguimientos marcó una calificación de (10), lo que significa que éste estaba satisfecho en esa área de su vida. En **el área de relación de pareja** no tuvo mejoría ya que antes se inició el tratamiento

tuvo una calificación de (1), y en la evaluación al finalizar el tratamiento y los tres seguimientos el usuario no tuvo mejoría, él seguía añorando encontrar una pareja, lo cual comenta que ha sido muy difícil. En el **área de la relación familiar** obtuvo una calificación de (5) antes de iniciar el tratamiento, al finalizar el tratamiento y en los tres seguimientos tuvo una calificación de (10), puntos lo que indica que en esta área sus relaciones familiares mejoraron significativamente, ya que recuperó la confianza de su familia y lo apoyan en todo momento, incluso al finalizar el tratamiento la familia del usuario se reunió para acompañarlo y le hicieron una comida sorpresa. En **el área de Vida emocional** al iniciar el tratamiento obtuvo una calificación de (5), posteriormente en esta área en la evaluación final y en los tres seguimientos, tuvo una calificación de (9), lo cual indica que en esta área el usuario se sentía satisfecho. En **el área legal** el usuario nunca ha tenido ningún problema legal por su consumo, en todas las evaluaciones tuvo una calificación de (10). En **el área de comunicación** el usuario marcó una calificación de (7) puntos, al finalizar el tratamiento y los seguimientos el usuario obtuvo una calificación de (10). Por último la calificación **de satisfacción general** al inicial el tratamiento fue (3), al finalizar el tratamiento y en los tres seguimientos el usuario tuvo una calificación de (9), lo cual indica que el usuario mejoró significativamente en todas las áreas de su vida.

En la figura 29 se describen los resultados del nivel de satisfacción general pre y post tratamiento y en los tres seguimientos realizados.

**Figura 29. Resultados del Nivel de satisfacción del usuario APV.**





## DISCUSIÓN

El objetivo de utilizar el programa de Satisfactores cotidianos fue que el usuario modificara su conducta de consumo y se mantuviera en abstinencia, mediante la práctica de conductas eficientes que ayudarán a mejorar su estilo de vida y no estuvieran relacionadas con el consumo. Por lo anterior, el objetivo principal de utilizar un programa intensivo como el PSC se cumplió, logrando que el usuario alcanzara la abstinencia y reestableciera su calidad de vida a través de reforzadores recreativos, familiares, emocionales (Barragán et al, 2006).

A través de la implementación del programa, el usuario se entrenó en el análisis de los antecedentes y consecuencias de su consumo de alcohol, identificando las situaciones que lo ponían en riesgo y en el aprendizaje de elaborar planes de acción que ayudaran en el mantenimiento de su abstinencia.

El aprendizaje de todas las estrategias para la prevención de recaídas ayudó significativamente al usuario para mantenerse en abstinencia, demostrando resultados favorables en el tratamiento y en los tres seguimientos realizados.

Debido a la amplia gamma de los componentes del programa y el sustento teórico que los respalda, el usuario aprendió en cada sesión a utilizar estrategias que favorecieron a crear reforzadores positivos que compitieran con la conducta de consumo, demostrando resultados favorables desde la sesión de admisión, donde se enseñó al usuario a identificar las situaciones de riesgo y la elaboración de planes de acción, como lo señala la economía conductual al incluir actividades que compitan con la del consumo (Higgins y cols.), los cuales le ayudaron a mantenerse en abstinencia; la atención asistencial del Centro coadyuvó en el monitoreo de los medicamentos como lo señala Zabicky Elizondo que necesitan atención integral. Estos ayudaron a los síntomas de la abstinencia y el deseo intenso por consumir, además del tratamiento. Es decir, gracias a la disseminación del programa y al trabajo con el equipo multidisciplinario se trataron los síntomas físicos y psicológicos relacionados con el consumo. Lo anterior coincide con el argumento de varios autores como Hall, Hummfleet Reus, Muñoz y Collen en 2004.

Los principales precipitadores en el usuario fueron las emociones desagradables como lo señala Cummings y cols, la necesidad, conflicto con otros y la presión social; en cada sesión se implementaron los componentes de acuerdo a las necesidades que iba

presentando el usuario ante las situaciones de riesgo que se le presentaban. Gracias al aprendizaje de las estrategias en cada componente, los modelamientos y los ensayos conductuales ayudaron al usuario al desarrollo de habilidades para controlar sus emociones y los pensamientos que antecedían al consumo, como: la tristeza, el enojo, la ansiedad. El desarrollo de conductas favorables que implementó el usuario en el tratamiento, ayudaron a competir con las conductas asociadas al consumo, como el salir a caminar al parque, jugar fútbol, platicar con sus hermanos cuando llegaba de trabajar, el quitar el altar de su mamá, etc. La abstinencia favoreció en la motivación del usuario para la búsqueda de empleo, en la mejora de su economía, en sus relaciones familiares e interpersonales.

Sin duda, la implementación del programa ayudó a mejorar su calidad de vida, el usuario logró desarrollar habilidades sociales y recreativas que no están asociadas al consumo, mejorando significativamente su estado de ánimo, como lo señala Barragán que la satisfacción cotidiana es predoctora de la abstinencia. Aunque el mismo, no ha logrado encontrar una pareja como se había plantado en sus metas, en los seguimientos se corroboró que su estado de ánimo es favorable y logró alcanzar todas las metas planteadas y aumentando su nivel de satisfacción en todas las áreas de su vida.

## **CONCLUSIONES:**

De acuerdo a los resultados obtenidos, nuevamente el Programa de Satisfactores cotidianos demostró su eficacia en la modificación de la conducta de consumo y en el mantenimiento de la abstinencia del usuario. La identificación de los precipitadores de riesgo ayudó a incrementar su nivel de autoconfianza para controlar el consumo.

El aprendizaje de las estrategias implementadas en cada componente, ayudaron al usuario a la prevención de recaídas, el control de las emociones que anticipaban el consumo de alcohol, los pensamientos negativos y las conductas relacionadas.

El usuario mejoró significativamente en todas las áreas de su vida, logrando todas las metas planteadas y su nivel de satisfacción aumentó en casi todas las áreas de su vida, excepto en la relación de pareja.

Por lo anterior, el caso clínico plasmado en este reporte demuestra la eficacia de las intervenciones cognitivo conductuales en el tratamiento de los trastornos adictivos, además, la diseminación de los Programas impartidos en la Maestría en el Centro de Integración Juvenil, son de gran utilidad en la ayuda a usuarios en el tratamiento de las adicciones, auxiliándolos en la identificación de los antecedentes y las consecuencias de su conducta de consumo, así como en las principales situaciones de riesgo y en el aprendizaje de habilidades para afrontar el consumo y en la prevención de recaídas. Otro punto a favor es que los tratamientos impartidos en la sede no todos son de corte cognitivo conductual, la mayoría son de un enfoque psicodinámico, por lo que la implementación de los Programas de Intervención Breve con enfoques cognitivos conductuales han demostrado eficacia en los objetivos planteados, y ayudan a la moderación en el consumo o a la abstinencia, dependiendo del caso específico a tratar.

Sin embargo, debido a las características de la población, como: el hecho de tener baja escolaridad, el presentar conductas de riesgo, problemas legales, conductas antisociales, etc., los Programas no logran cubrir la demanda de los usuarios, ya que aunque éstos poseen todas las características de los criterios de inclusión, muchos de los usuarios presentan una alta deserción y los Programas no cuentan con todas las estrategias para ayudar al mantenimiento de la abstinencia. Por ejemplo: el Programa de Satisfactores Cotidianos tiene una gran diversidad en los componentes que se

acoplan a las necesidades del usuario, el PSC no contiene componentes de conductas antisociales como robar, el abuso, el maltrato físico, etc.

Por otro lado la mayoría de los usuarios tienen problemas familiares, han sido objeto de abuso sexual y necesidades económicas que sobrepasan las estrategias implementadas en los Programas.

Finalmente, se sugieren fortalecer las estrategias en la retención de los usuarios una vez que egresen del Centro, para disminuir la tasa de ausentismo y aumentar la asistencia al tratamiento con la finalidad de continuar con su proceso terapéutico y con el aprendizaje de habilidades y estrategias que se adquieren a través de los programas. Además es prioritario la adaptación de los Programas a un nivel de escolaridad bajo y ampliar los componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos, así como la adaptación del PSC en adolescentes.

# ANEXOS

En este apartado, se muestra un proyecto de investigación que se desea implementar en fumadores, titulado: “Desarrollo y Evaluación de un Programa para tratamiento a fumadores del INER”, este programa es una adaptación del Programa de Satisfactores Cotidianos en fumadores, combinado con el diseño del tratamiento multicomponente según las Guías Clínicas del tratamiento en Tabaquismo (Fiore, 2008). Este es un bosquejo de la implementación del programa ya que debido al tiempo no se logró aplicar, por lo que se muestra sólo como una propuesta, resaltando los conocimientos adquiridos en la Maestría.

## **DESARROLLO E INTERVENCIÓN DE UN PROGRAMA PARA TRATAMIENTO A FUMADORES DEL INER**

### **Antecedentes**

El tabaquismo es la causa número uno de muertes y enfermedades que se podrían prevenir a nivel mundial. En nuestro país esta adicción se ha convertido en un problema de salud pública, ya que a pesar de que el fumador conoce los daños a la salud ocasionados por el tabaco, éste sigue fumando por la adicción a la nicotina, por tal motivo se han desarrollado diversos programas de tratamiento que sean eficaces para los usuarios dependientes de tabaco, ya que se sabe que aproximadamente el 72.1% de los fumadores actuales desean dejar de fumar (GATS, 2009).

Los primeros tratamientos psicológicos para dejar de fumar comenzaron en la década de los 60, con técnicas de modificación de la conducta de fumadores (Lublin I. & Joslyn L., 1968; Schmahl, D.P., Lichtenstein, E. & Harris, D.E., 1972; Foxx, R.M. & Brown, R. 1979; Lichtenstein, E. & Brown, R., 1980; Colletti, G., Supnick, J.A. & Rizzo, 1982, Foxx, R.M. & Axelroth, E. 1983) y a través de los años dichos tratamientos han evolucionado con la finalidad de poder disponer de un tratamiento que resulte efectivo en la abstinencia de los fumadores.

En la actualidad las Guías para el tratamiento para dejar de fumar USDHHS (2000, 2008) mencionan que el tratamiento más efectivo es el tratamiento farmacológico junto con el psicológico, denominado tratamiento multicomponente. El diseño de este tratamiento está constituido por tres fases, las cuales son las siguientes: la preparación para dejar de fumar, el dejar de fumar (abandono) y el mantenimiento de la abstinencia (Fiore, 1996, 2000, 2008).

En México, desde hace 20 años se realizó la primera adaptación del tratamiento multicomponente, éste consistía en un tratamiento médico y psicológico impartido en

el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (Sansores, Espinosa, 1998). El programa estaba fundamentado en diversas técnicas, como: técnicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de recaídas (Schwartz, 1987, Orleans y Slade, 1993, Niaura y Abrams, 2002). A través de los años, dicho programa fue diseminado en la mayoría de las Clínicas de Cesación en el país (SSA. Informe anual de labores INER, 2002). Posteriormente, en el 2005 se realizó el Primer encuentro de Clínicas de Tabaquismo en México, los expertos evaluaron los programas de cesación del tabaquismo llegando a la conclusión de que muchas clínicas elaboran una réplica del Programa del INER, pero encontraron diferencia en las técnicas terapéuticas (Sansores, Ramirez, Pérez, Regalado, Guisa, Quintanilla, 2005). Por tal motivo, surge la necesidad de ampliar este proyecto con la finalidad de desarrollar una intervención que provea de conocimientos y técnicas terapéuticas validadas y de vanguardia como la utilización de la adaptación de algunos componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán et al. 2006). Este programa es la adaptación del CRA (Community Reinforcement Approach) en usuarios con dependencia severa a alcohol y otras drogas, el cual demostró que el modelo del tratamiento favorece la abstinencia de los usuarios (Barragán, Flores, Medina y Ayala, 2005). El CRA es uno de los tratamientos más efectivos de corte cognitivo conductual, desarrollado por Hunt y Azrin en 1973. El objetivo de este programa era que los usuarios llegaran a la abstinencia del alcohol al organizar su vida cotidiana mediante el acceso a otros reforzadores alternativos que compitieran con el consumo; este modelo ha demostrado ser eficaz internacionalmente y ayuda a los usuarios con dependencia a alcanzar y mantenerse en abstinencia y logran evitar y disminuir las recaídas.

Actualmente, en una revisión en la literatura se encuentran pocas investigaciones del CRA en la dependencia a la nicotina, en 2009 Roozen, Van Beers, Wevvers, Bretrelers, Willemsen, Postumus y Kerkhof desarrollaron un estudio en usuarios dependientes de nicotina con tratamiento de naltrexona, nicotina y el CRA reportando una abstinencia de 45% a los tres meses de seguimiento en el grupo que recibió la terapia de reemplazo y el CRA.

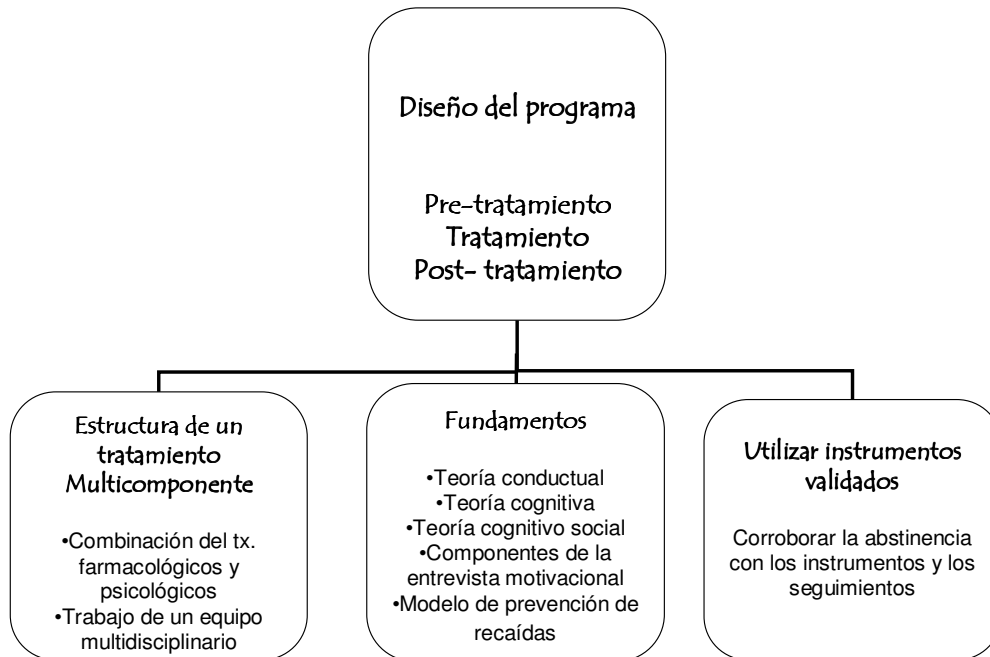
Por lo anterior, es de sumo interés desarrollar en nuestro país una intervención de un programa de cesación, utilizando el modelo del Programa de satisfactores cotidianos en combinación del tratamiento multicomponente, con la finalidad de lograr un programa de cesación eficaz para la abstinencia y el mantenimiento en los fumadores.

### **Diseño del tratamiento**

El desarrollo de la intervención consiste en una combinación del tratamiento multicomponente con la adaptación de algunos componentes del Programa de

Satisfactores cotidianos. La intervención se aplicará a los usuarios que ingresen a tratamiento para dejar de fumar. El tratamiento está integrado por 10 sesiones de terapia grupal. La figura 30 muestra la estructura del diseño de la intervención del programa.

**Figura 30. Diseño de la intervención del programa.**



## FASE DEL PRE- TRATAMIENTO

**Objetivo:** Evaluar a los fumadores que acudan a solicitar el tratamiento para dejar de fumar, conocer el patrón de consumo y sus características. La finalidad de dicha evaluación es determinar si cumplen los criterios de inclusión de la intervención.

**Procedimiento:** El usuario llega a solicitar la información del tratamiento, posteriormente, si está interesado en recibir la atención se aplicarán los instrumentos de admisión y evaluación. A continuación se describirá cada uno de los pasos del proceso de admisión del paciente:



**1. Aplicación de los instrumentos.** El terapeuta le da instrucciones al paciente de la forma de llenar los instrumentos, haciendo hincapié en que la información proporcionada es confidencial y debe contestar los cuestionarios solo. Los instrumentos utilizados son los siguientes:

- Cuestionario de pre- selección
- Historia de patrón de consumo
- Cuestionario de Fagerstrom
- Escala de disposición al cambio SÓCRATES
- Cuestionario de las situaciones de consumo de tabaco
- Inventario de las situaciones de consumo de tabaco
- La Línea base retrospectiva LIBARE
- Escala de Depresión y Ansiedad de Beck.
- Entrevista Psiquiátrica modificada
- Entrevista socioeconómica

**Cuestionario del Patrón de consumo:** este instrumento fue desarrollado por Sansores y cols. La finalidad de esta herramienta es de conocer la historia del consumo en el fumador y cuales son los mecanismos asociados a su adicción. Dentro de este cuestionario se encuentra un apartado que evalúa el consumo en cada una de las etapas en las que atraviesa un fumador, el contar con la cantidad exacta de cigarrillos fumados permite indagar la relación de la cantidad de los cigarros y la propensión a contraer una enfermedad relacionada con el tabaquismo. La cantidad acumulativa de cigarros se le conoce también como paquetes año, ésta se calcula multiplicando el número de cigarros fumados al día por el número de años que ha fumado y después se divide entre 20.

**Cuestionario Fagerstrom de dependencia a la nicotina:** Fue desarrollado por Fagerstrom y colaboradores en 1991. Permite conocer el grado de dependencia que el fumador ha desarrollado por los efectos farmacológicos de la nicotina en el organismo, con este instrumento se puede determinar si el fumador tiene una dependencia baja, moderada o severa. Una puntuación de más de 6 indica una dependencia alta, si es menor a esta cantidad indica que es una dependencia baja o moderada. Cabe mencionar que dicho instrumento tiene problemas de confiabilidad y validez en los

constructos, sin embargo, dicho instrumento es el más utilizado a nivel mundial para evaluar la dependencia en los fumadores. Dicho instrumento es autoaplicable.

**Cuestionario Breve de confianza situacional:** las situaciones medidas en este cuestionario se basan en el trabajo de Marlatt & Gordon en 1980, en México fue estandarizado por Echeverría & Ayala en 1997, los cuales realizaron la traducción del cuestionario y su adaptación al español. Se realizó un análisis de los reactivos y se modificaron algunos de ellos, posteriormente se hizo el piloteo. Su objetivo es medir el concepto de autoeficacia con relación a la percepción del paciente y su habilidad para afrontar eficazmente sus situaciones principales en las que consume. Este cuestionario consta de 8 reactivos y se le pide al sujeto que valore el porcentaje de seguridad que el considera de un 0 a un 100% para poderse resistir al consumo en ciertas situaciones. Las situaciones principales del consumo que los autores consideraron que son las principales fueron las situaciones personales en donde el consumo involucra las respuestas a un evento que puede ser fisiológico o psicológico y este se subdivide en 5 categorías: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando mi autocontrol y necesidad física o urgencia por consumir. También evalúa las situaciones en grupo y se divide en 3 categorías: conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. La forma de administración de dicho instrumento es que el terapeuta lo aplique, es decir, no es autoaplicable. La forma de calificación es que los resultados arrojan porcentajes que indican la seguridad que el sujeto percibe de resistirse a consumir de manera excesiva en cada una de las situaciones mencionadas. El usuario localiza a lo largo de un continuo que va del 0 % al 100% su propio porcentaje de seguridad. El 0% significa que “definitivamente si consumiría” y el 100% que no lo haría.

**Escala de estados de disposición al cambio y anhelo al tratamiento SÓCRATES:** Esta escala fue desarrollada por Miller y Tonigan en 1996, en México fue adaptado por Salazar, Martínez y Ayala en el 2001. Su objetivo es evaluar la etapa de disposición al cambio de los sujetos, identificando si el usuario se encuentra dentro de la categoría del reconocimiento del problema o bien que ya está haciendo algo para resolverlo. La escala original constaba de 32 reactivos, utilizando una escala de 5 graduaciones que van de totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Para su adaptación a fumadores, la escala consta de 19 reactivos y fue realizada por Lira. Se evalúa la disposición al cambio en función de tres indicadores: reconocimiento, ambivalencia y acción. La confiabilidad y análisis factorial de este instrumento se determinó con una muestra de 1,672 sujetos que participaron en el proyecto MATCH. Este análisis mostró

tres factores: 1. La etapa de acción con una varianza del 27%, 2. El reconocimiento con una varianza de 11% y 3. La ambivalencia con 7% en la varianza. La confiabilidad para estos factores fue de .83, .85 y .60. Este instrumento puede ser autoaplicable aunque lo más recomendable es que lo aplique el terapeuta. La forma de calificación del instrumento es: se anota las puntuaciones obtenidas en cada reactivo en el cuadro de calificación. Las respuestas tienen los siguientes valores: totalmente en desacuerdo = 1, en desacuerdo = 2, de acuerdo = 3, totalmente de acuerdo = 4.

**Inventario de las situaciones de consumo de tabaco.** Este instrumento fue desarrollado por Nolasco en 2009, surge por el interés o la necesidad de contar con un instrumento que permita identificar las situaciones de consumo en los fumadores. El desarrollo del instrumento pasó por tres fases: 1. la identificación de las situaciones de consumo de los fumadores a través de grupos focales. 2. la categorización de las situaciones por un panel de expertos. 3. la construcción del instrumento con las fases identificadas, el análisis y la confiabilidad y validez. Para la primera fase participaron de 6 a 12 fumadores y se identificaron 98 situaciones de consumo. En cuanto a la categorización de las situaciones se realizaron 2 piloteos en el que participaron 37 jueces, en el primer piloteo 15 y 22 en el segundo. En el primer piloteo el instrumento constaba de 98 situaciones y 10 categorías y en el segundo por 90 y 9 categorías. Posteriormente, se realizó un piloteo por fumadores y éste quedó conformado por 46 reactivos y 6 categorías. En cuanto a la confiabilidad y validez del instrumento, el análisis factorial arrojó 4 factores: emociones desagradables, búsqueda de bienestar, ocupando mi tiempo libre y momentos agradables con otros. El análisis de consistencia interna mediante el coeficiente de confiabilidad de alpha de Crombach, arrojó un coeficiente alfa de .97 para el cuestionario en su totalidad y los valores para los factores resultantes arrojaron una confiabilidad de .79 a .94. Finalmente, el cuestionario quedó conformado por 33 reactivos, las opciones de respuesta del instrumento son las siguientes: nunca, rara vez, frecuentemente y siempre. El instrumento puede ser autoaplicable.

**Escala de depresión de BECK:** Elaborado por Beck en 1988. La estandarización del instrumento en población mexicana fue realizada por Jurado, et al. 1998; implicó la obtención de confiabilidad por consistencia interna en una muestra de 1508 adultos de entre 15 y 65 años, obteniéndose un Alpha de Cronbach de .87, con una probabilidad de .000, el análisis factorial arrojó igual que en la versión original tres factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. La validez concurrente del instrumento con la Escala de Zung en una muestra de 120

personas en edades de entre 17 y 72 años con diagnóstico psiquiátrico de depresión arrojó una correlación estadística de  $r = .70$ , con una probabilidad menor que  $.000$ . En una evaluación posterior, se obtuvo una correlación entre el Zung y el Inventario de Depresión en 546 estudiantes de entre 15 y 23 años con una correlación de  $.65$  con una probabilidad menor que  $.000$ . El puntaje final se convirtió a porcentual mediante una conversión en la que 63 puntos corresponden al 100% y el puntaje obtenido se multiplicó por 100 y se dividió entre 63. Este instrumento consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El individuo selecciona uno o varios que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación. Se califica sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y clasificando la sumatoria total de la siguiente manera:

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

**Escala de ansiedad de Beck** elaborado por Beck en 1988. La estandarización del instrumento en población mexicana fue realizada por Jurado, et al. 1998; implicó la obtención de confiabilidad por consistencia interna en una muestra de 1508 adultos de entre 15 y 65 años, obteniéndose un Alpha de Cronbach de  $.87$ , con una probabilidad de  $.000$ . El análisis factorial arrojó igual que en la versión original tres factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. La validez concurrente del instrumento con la Escala de Zung en una muestra de 120 personas en edades de entre 17 y 72 años con diagnóstico psiquiátrico de depresión arrojó una correlación estadística de  $r = .70$ , con una probabilidad menor que  $.000$ . En una evaluación posterior, se obtuvo una correlación entre el Zung y el Inventario de Depresión en 546 estudiantes de entre 15 y 23 años con una correlación de  $.65$  con una probabilidad menor que  $.000$ .

El instrumento fue estandarizado a la población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), en una muestra de 1000 sujetos obteniéndose la puntuación promedio, desviación estándar y las normas para la población mexicana; mostró una alta consistencia interna con un Alpha de Cronbach de  $.83$  y una validez de constructo que arrojó cuatro factores principales congruentes con los referidos por los autores de la versión original: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. En una muestra de

188 sujetos se obtuvo una alta confiabilidad test-retest de  $r = .75$  y en una muestra de 192 sujetos una validez convergente adecuada entre el Inventario de Beck de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) ya que los índices de correlación fueron moderados y positivos con una  $p < .05$ ; y una validez discriminante que permite detectar pacientes con trastornos de ansiedad y normales ( $t = -19.11$ ,  $p < .05$ ). Es un cuestionario de 21 reactivos, permite evaluar síntomas de ansiedad. El tiempo de aplicación varía de entre cinco a diez minutos. Las respuestas se clasifican en: "Poco o nada", que se califica con cero puntos; "Más o menos", que se califica con un punto; "Moderadamente" que se califica con dos puntos y "Severamente" que se califica con tres puntos. Posteriormente se hace la sumatoria total y se obtienen el puntaje que indica el nivel de ansiedad; este nivel corresponde a:

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

**Entrevista psiquiátrica modificada (entrevista psicológica):** este es un instrumento semiestructura derivado de la Standardized Psychiatric Interview de Goldberg y colaboradores en 1970. En México se realizó la estandarización de dicho instrumento en 1989 por Sánchez, Gómez y Padilla. Con la finalidad de ser aplicada por entrevistadores con experiencia clínica en el área de la salud mental. El objetivo de incluir este instrumento en la intervención es evaluar a los usuarios con la finalidad de que se encuentre en condiciones óptimas para poder incorporarse a la terapia de grupo. Dicho instrumento evalúa la comorbilidad psiquiátrica de los usuarios. En la Clínica para dejar de fumar del INER es empleada con la finalidad de cumplir con la selección de los pacientes. Esta herramienta brinda elementos para tomar la decisión de incluirlo en las intervenciones. La fuente de la recolección de los datos consiste en la expresión verbal y el lenguaje no verbal del paciente. Otra fuente de recolección es la interpretación que hace el terapeuta de acuerdo a su experiencia clínica y a los datos reportados. Es importante mencionar que la evolución del terapeuta debe de ser exhaustiva ya que el sujeto mostrará ciertas conductas cuando se entreviste con el terapeuta y éstas podrán proporcionar ciertos indicadores de la información proporcionada y también por la que el sujeto no proporciona. No se trata de utilizar etiquetas o que el entrevistador catalogue o diagnostique por su primera impresión,

sino de utilizar el instrumento con la finalidad de obtener la mejor información posible de la historia del paciente.

**Linea Base Retrospectiva LIBARE:** Este instrumento fue desarrollado por Sobell y Sobell en 1992; es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario un año antes de iniciado el tratamiento, aunque también puede utilizarse durante y después del tratamiento. La LIBARE mide la conducta de consumo de sustancias adictivas antes, durante y después de tratamiento. Evalúa cambios específicos en el patrón antes del tratamiento; permite identificar datos como: los días/meses de mayor consumo y la frecuencia del consumo. Para su aplicación: se le pide al usuario que registre la cantidad cigarros que fumó día a día hasta un año antes de la fecha actual. Se puede auxiliar de apoyos como: días de asueto, fiestas, cumpleaños, celebraciones, vacaciones, periodos de abstinencia por juramento, internamientos.

## **2. Proceso de admisión al paciente**

Este es el primer contacto del terapeuta con el paciente. Durante éste, se obtienen datos generales de la persona, su patrón de consumo, su relación con su familia y personas cercanas, el terapeuta describe brevemente en que consiste el tratamiento, disipando todas las dudas del usuario.

Una vez que el paciente haya concluido con el llenado de los instrumentos, el terapeuta corrobora que cada uno de los instrumentos se encuentren completos y perfectamente llenados, posteriormente se realiza la Entrevista Psicológica al paciente con la finalidad de saber si es candidato idóneo para ser admitido a la intervención. Cabe mencionar que si no logra ser admitido, el terapeuta lo canalizará o le proporcionará la información de acuerdo a la demanda o a la necesidad del paciente.

Dentro de la aplicación de la Entrevista Estructurada es muy importante que el terapeuta establezca el rapport y la empatía con el paciente, el terapeuta deberá expresar empatía, deberá ser directo, modulará su tono de voz, cuidará sus expresiones faciales y su lenguaje corporal, mostrando interés, compromiso y comprensión hacia éste. También utilizará herramientas de la Entrevista Motivacional con el objetivo de que éste logre pasar a otra etapa de cambio, las técnicas que se utilizarán de la Entrevista Motivacional son las siguientes:

- Expresar empatía: escucha reflexiva y tomar la ambivalencia como una parte del proceso de cambio.
- Crear discrepancia: disonancia cognoscitiva saber dónde está el paciente y a donde quiere llegar en el proceso de cambio. Aclarar sus objetivos, analizar las consecuencias que le ha traído su consumo y cuales son sus razones para cambiar. Siempre se debe evitar discutir acerca de las ideas que tenga el paciente.
- Dar un giro a la resistencia: Ayudar al paciente a encontrar posibles soluciones para su problema y considerar sus recursos.
- Fomentar su autoeficacia: Hacer énfasis en la responsabilidad del usuario para hacer un cambio.
- Motivar al usuario: El terapeuta debe ofrecer un consejo, se tiene que identificar el problema, el terapeuta deberá hacer hincapié en la importancia del cambio y realizar recomendaciones para un cambio específico. Tendrá que eliminar los obstáculos, ofrecer alternativas. Es importante mencionar que se debe disminuir la responsabilidad en el terapeuta incrementando la responsabilidad del usuario.

Para obtener el proceso de motivación al cambio en la que se encuentra el paciente, se tomará en cuenta el modelo de Prochaska y Diclementi (1983), los cuales argumentan que la motivación es un proceso que guía a cambiar a las personas, esta es cíclica y todas las personas a traviesan por diferentes etapas para lograr su meta. Dichas etapas son las siguientes:

**Precontemplación.** En esta etapa la persona se percibe sin problemas ante su consumo y ni siquiera piensa o intenta abandonarlo. La intervención del terapeuta en esta etapa ante el paciente es que aumente la duda acerca del riesgo que corre ante las situaciones de su consumo.

**Contemplación.** En esta etapa el paciente se encuentra con una vaga idea de abandonar su consumo pero tiene dudas acerca de su capacidad para poder lograrlo, en esta etapa se manifiesta la ambivalencia en cuanto a su decisión para cambiar. La

labor del terapeuta en esta etapa es reforzar las razones que tiene el paciente para abandonar el tabaco y hacerle notar los riesgos que conllevan al consumo del tabaco.

**Determinación.** En esta etapa el paciente ya está dispuesto a cambiar y debe elegir cual es su mejor plan de acción para conseguir su meta. El debe cuestionarse sobre la alternativa que le resulte más efectiva para abandonar su consumo de tabaco. La intervención del terapeuta en esta etapa es guiar al paciente a que elija el plan de acción más adecuado, si el paciente logra llevar a cabo este plan de acción avanza a la etapa de acción.

**Acción.** En esta etapa el paciente ya tiene el compromiso consigo mismo y comienza con las conductas que lo llevarán a lograr la abstinencia. La tarea del terapeuta es ayudar al paciente a lograr su meta, sin embargo, cabe señalar que no existe la garantía que la modificación conductual sea permanente.

**Mantenimiento.** En esta etapa se trabaja la prevención de una recaída. El paciente junto con el terapeuta identifica las situaciones de riesgo y aplica la estrategia adecuada para poder vencer estas situaciones. Si a pesar de utilizar la estrategia de la prevención de recaídas el usuario tiene una recaída, la labor del terapeuta consistirá en renovar el proceso de cambio.

Es muy importante destacar que en la rueda del cambio, es el contexto motivacional en el que actúan todos los principios de la entrevista motivacional. Una de las ideas del proceso de cambio es que saltar de una etapa a otra involucra un gran esfuerzo del paciente, que puede tener apoyo externo o en el proceso del tratamiento y por personas que sean significativas. Cabe destacar que las etapas del cambio no son lineales ya que el paciente puede pasar de una etapa a otra sin un orden específico. En conclusión la disposición al cambio debe ser siempre el centro de atención para el tratamiento.

### **3. Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión al tratamiento son: ser mayores de 18 años de edad, tener una dependencia de moderada a severa según la puntuación de la escala Fagerstrom, tener un nivel de escolaridad de secundaria, sin consumo de alcohol u otras drogas, sin enfermedades psiquiátricas diagnosticadas por el médico, de acuerdo al manual de enfermedades mentales DSM-IV y haber concluido la fase de pre- selección.



## FASE DE TRATAMIENTO

En la fase del tratamiento se adaptaran los componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos, los cuales son: Análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo, Muestra de abstinencia, Solución de problemas, Control de emociones, Rehusarse al consumo y Prevención de recaídas.

En cada sesión se describirá la utilización de las técnicas cognitivo- conductuales, describiendo los objetivos, el sustento teórico y su estructura metodológica y listas checables de la aplicación de las técnicas. Se continuará con la estructura de la combinación del tratamiento combinado (psicológico y farmacológico) en base a las guías de tratamiento para tabaquismo de la OMS, NIDA, etc. Se actualizará de acuerdo a la literatura, los tratamientos sustitutivos de nicotina, y éstos se implementarán de acuerdo a las necesidades de los usuarios. Es importante mencionar que se continuará con el programa de cesación (el terapeuta se encargará de preparar al usuario para la fase de la abstinencia o abandono con estrategias como las de anticiparse a las situaciones de riesgo y elaborar planes de acción y dotando de reforzadores positivos que compitan con el consumo).

Todas las sesiones contarán con material didáctico, como: folletos con información, ejercicios de cada una de las técnicas, videos, pláticas.

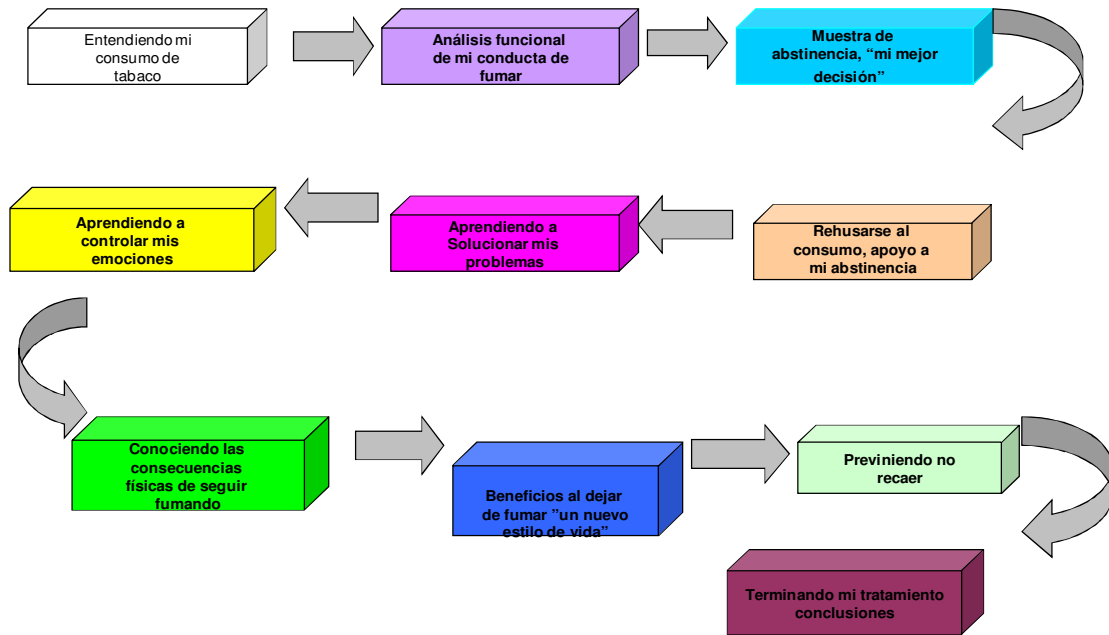
Los instrumentos que se utilizarán en todas las sesiones son:

**Hoja de registro del consumo de cigarros (auto- registro):** el objetivo de este es, que el fumador reporte su consumo diario de cigarros con la finalidad de monitorear la conducta: a que hora está fumando, cuántos cigarros se fuma, que actividad se encontraba realizando y que emoción está sintiendo en ese momento.

**Hoja de registro de los síntomas de la abstinencia:** el objetivo de éste es, que el fumador señale en todas las sesiones del tratamiento si durante el día manifestó algún síntoma de abstinencia y el grado de severidad en que se manifestó, la cual va de una escala de nada a severamente (nada, un poco, ligeramente, moderadamente, severamente). Esta versión fue adaptada por Abrams y colaboradores en el 2003.

En la figura 31. Se describen el diseño de las sesiones del tratamiento.

Figura 31. Sesiones del tratamiento.



En la tabla 32 se muestran las 10 sesiones de tratamiento con los objetivos generales de la sesión y las estrategias didácticas que se desean implementar.

Tabla 32. Descripción de las 10 sesiones del tratamiento

Sesiones	Estrategias didácticas
<p><b>Sesión 1 “Entendiendo mi consumo de tabaco”:</b> El objetivo general de la sesión es que los usuarios conozcan todas las situaciones y los estímulos que funcionan como antecedentes de su conducta de consumo, así como también que mecanismos llevan al organismo a la búsqueda del consumo de la nicotina.</p>	<p>Dinámica grupal Escucha reflexiva Reforzamiento Retroalimentación Modelamiento Ensayo conductual</p>

<p><b>Sesión 2: “Análisis funcional de mi conducta de fumar”:</b> El objetivo geral de la sesión es analizar la conducta de consumo de los usuarios, elaborar planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas de no fumar, así como analizar una conducta satisfactoria no relacionada con el consumo, para resaltar sus beneficios y motivar al usuario a mantenerla e incrementar su frecuencia.</p>	<p>Dinámica grupal Análisis funcional Reforzamiento Retroalimentación</p>
<p><b>Sesión 3 “Muestra de abstinencia mi mejor decisión”:</b> El objetivo general de la sesión es que los usuarios se comprometan a permanecer en abstinencia, reforzando todos los beneficios que existen al dejar de fumar y fortalecerlos en esta decisión, brindándoles todas las herramientas que existen en el tratamiento para dejar de fumar.</p>	<p>Dinámica grupal Escucha reflexiva Reforzamiento Retroalimentación Carta compromiso</p>
<p><b>Sesión 4 “Rehusarse al consumo”:</b> El objetivo general de la sesión es que los usuarios afronten situaciones de riesgo de consumo de fumar externas e internas eficazmente mediante el aprendizaje y utilización de las habilidades de Rehusarse al Consumo. Las estrategias empleadas son: 1. Negarse asertivamente. 2. Sugerir alternativas. 3. Cambiar el tema de la plática. 4. Ofrecer justificación. 5. Interrumpir interacción. 6. Confrontar al otro.</p>	<p>Dinámica grupal Reforzamiento Instrucción verbal Modelamiento Ensayo conductual Retroalimentación</p>
<p><b>Sesión 5: “Aprendiendo a solucionar problemas”.</b> El objetivo general de la sesión es enseñar a los usuarios conductas efectivas de enfrentamiento ante situaciones difíciles de su ambiente y de su vida cotidiana que los llevan a fumar con la finalidad de que puedan resolverlas, logrando controlar su ambiente,</p>	<p>Dinámica grupal Habilidades en solución de problemas Retroalimentación Modelamiento Ensayo conductual</p>

<p>disminuir su tensión y que se mantengan en abstinencia. Las estrategias que se utilizarán son: 1. La definición del problema. 2. Buscar alternativas. 3. Evaluar pros y contras. 4. Elegir la mejor alternativa. 5. Ponerla en práctica.</p>	
<p><b>Sesión 6: “Aprendiendo a controlar mis emociones”:</b> El objetivo general de la sesión es que los usuarios aprendan estrategias necesarias para el control de la intensidad y la duración de las emociones desagradables de enojo, tristeza, ansiedad, mantenimiento de su abstinencia.</p>	<p>Dinámica grupal Instrucción verbal Retroalimentación Modelamiento Respiración correcta Relajación muscular y mental Habilidades para el control del enojo, tristeza, ansiedad.</p>
<p><b>Sesión 7 “Conociendo las consecuencias físicas de seguir fumando”:</b> El objetivo general de la sesión es que los usuarios conozcan todos los daños a la salud causados por el tabaquismo y como han afectado su función respiratoria, también que a través de esta información refuercen su abstinencia conociendo los beneficios físicos que existen al dejar de fumar (Participación del equipo multidisciplinario: médico y técnico en rehabilitación respiratoria)</p>	<p>Dinámica grupal Instrucción verbal Retroalimentación Reforzamiento Entrevista motivacional</p>
<p><b>Sesión 8 “Beneficios al dejar de fumar, un nuevo estilo de vida empleando nuevas actividades recreativas”</b> El objetivo general de la sesión es que los usuarios realicen nuevas conductas que le permitan establecer actividades que compitan con el consumo y que apoyen la abstinencia.</p>	<p>Dinámica grupal Instrucción verbal Retroalimentación Modelamiento Ensayo conductual</p>
<p><b>Sesión 9 “Previniendo no recaer”:</b> El objetivo general de la sesión es que los usuarios aprendan todas las estrategias que existen en la prevención de recaídas y</p>	<p>Dinámica grupal Instrucción verbal Modelamiento Ensayo conductual</p>

<p>puedan afrontar todas las situaciones de riesgo.</p>	<p>Análisis funcional de la conducta  Sistema de advertencia temprana  Reestructuración cognitiva</p>
<p><b>Sesión 10 “Terminando mi tratamiento, conclusiones”:</b> El objetivo general de la sesión es que los usuarios analicen todas los esfuerzos que han realizado durante el tratamiento y las estrategias aprendidas.</p>	<p>Dinámica grupal  Retroalimentación  Escucha reflexiva  Reforzamiento</p>

## **FASE DEL POST TRATAMIENTO**

Se realizarán las sesiones de seguimiento al mes, a los tres meses, a los seis y al año del tratamiento. Se evaluará la abstinencia con la prueba de monóxido de carbono con cada uno de los usuarios para corroborar la abstinencia.

Los instrumentos que se utilizarán en la fase de seguimiento de la abstinencia son:

- Reportes de consumo
- Cuestionario de confianza situacional
- Inventario de las situaciones de consumo de tabaco
- Escala de Depresión y Ansiedad de Beck

## Referencias

1. Abrams, D.B., Niaura, R., Brown, R.A., Emmons, K.M., Goldstein, M.G. y Monti, P.M. (2003). *The tobacco dependence treatment handbook. A guide to best practices*. Nueva York: Guildford.
2. Allen y Litten Allen, J., Litten, R., & Fertig, J.B. (1995). NIDA-NIAAA Workshop: *Efficacy of therapies in drug and alcohol addiction*. *Psychopharmacology Bulletin*, 301, pp. 655-669.
3. American Psychiatric Association. (1999). Practice Guideline for the treatment of patients with substance. *American Psychiatric Association*.
4. Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
5. Ayala, H, Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1997) Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, pp. 113-127.
6. Babor, T. & Higgins-Biddle, J. (2001), *Intervención Breve Para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria*. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias: OMS.
7. Bandura, A. (1977), *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall.
8. Barragán, L. Flores, M. Morales, S., González, J., Martínez, J. y Ayala, H. (2006). *Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del Terapeuta*. México: Facultad de Psicología UNAM y CONADIC.
9. Bickel, W., DeGrandpre, R., & Higgins, S., (1993). Behavioral economics: A novel experimental approach to the study of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 33. pp. 173 – 192.

10. Bien, T., Miller, W. & Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* (1993) 88, pp. 315-336.
11. Carrascoza, C. (2007). *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. Facultad de Psicología UNAM: México.
12. Carrol, K. (1998). *A cognitive behavioral approach: Treating cocaine addiction*. Therapy manuals for drug addiction. NIDA National Institute on Drug Abuse, NIH Publication Number 98-43038. Obtenido el 27 de enero de 2010, desde <http://www.nida.nih.gov/TXManuals/CBT/CBT5.html#202020>.
13. Centros de Integración Juvenil. Guía Técnica del Programa de Atención Curativa (1999). *Manual de procedimientos Internos*.
14. Centros de Integración Juvenil (2011). Obtenido el 10 de enero de 2011, desde (<http://www.cij.gob.mx/RedAtencion/Resumen/9370R.pdf>).
15. Chambless, D y Ollendick, TH. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review*, 52, 685-716.
16. Colleti, G., Supnick, J.A. y Rizzo, A.A. (1982). Long-term follow-up (3-4 years) of treatment for smoking reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7, 429-433.
17. Consejo Nacional Contra las Adicciones (2003). *Mejores prácticas en la prestación de servicios para dejar de fumar*. Serie: Actualización Profesional en Salud. México, D.F.: CONADIC: Secretaría de Salud.
18. Consejo Nacional Contra las Adicciones (2006) *“Principios básicos para la construcción de modelos preventivos ¿Qué evidencias científicas sustentan la prevención del consumo de drogas? En lineamientos para la prevención del consumo de drogas en la escuela mexicana*. México: SEP- SSA., pp. 35-39.



19. Cooper, J., Heron, T., & Heward, W. (1987) *Applied behavior analysis*. Prentice Hall.
20. Di Clemente, C., (1991). Motivational interviewing and stages of change. En Miller, W., & Rolnick, S. (Eds.) *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, pp. 191-202, New York: Guilford Press.
21. *Encuesta Nacional de las Adicciones*. (2002). Secretaria de Salud: Consejo Nacional Contra las Adicciones; Subdirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría "Ramón de La Fuente Muñiz". Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática.
22. *Encuesta Nacional de las Adicciones* (2008). Secretaria de Salud: Consejo Nacional Contra las Adicciones; Subdirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría "Ramón de La Fuente Muñiz". Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática.
23. Echeverría, L., y Ayala H., (1977). *Cuestionario de confianza situacional: Traducción y Adaptación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
24. Ellis, A.; Mcinerney, J.; Digiuseppe, R. y Yeager, R. (1992) *Terapia Racional Emotiva con alcohólicos y toxicómanos. Manual para profesionales de la psicología*. España: Bilbao.
25. Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz E.R., Heyman, R.B., Holbrook, J., Jaén, C.R., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L. y Wewers, M.E. (1996). *Clinical Practice Guideline # 18 Smoking Cessation*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
26. Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., Heyman, R.B., Jaén, C.R., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L., Wewers, M.E., Baker, T., Fox, B.J. Y Hasselblad, V. (2000). *Treating*

*tobacco use and dependence*. Rockville, MD: U.S.Department of Health and Human Services, Public Health Service.

27. Foxx, R.M. y Axelroth, E. (1983). Nicotine fading, self-monitoring and cigarette fading to produce cigarette abstinence or controlled smoking. *Behavior Research and Therapy*, 21, 17-27
28. Foxx, R.M. y Brown, R.A. (1979). Nicotine fading, self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 115-125.
29. Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107- 109. En: Leaf, P. (1999). A system of care perspective on prevention. *Clinical Psychology Review*, 19, No. 4.
30. Guía para el tratamiento de la dependencia de la nicotina. 1996. *American Psychiatric Association*.
31. Guiza, V., Quintanilla J., Lovaco M., Torres, A., Ponciano G. Morales R. Clínicas contra el tabaquismo en México. Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el control de tabaco. *Instituto Nacional de Salud Pública: Cuernavaca Morelos*.
32. Heartherton, T., Kozlowski, L., Frecker, R., Fagerstrom, K. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A Revlsion of Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119/ 1127.
33. Higgins, S. T. y Silverman, K. (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: research on contingency management interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
34. Higgins, S. y Heil, S. (2002). Principles of Learning in the Study and Treatment of Substance abuse. *National Institute of Drug Abuse*. pp. 81- 87.

35. Hunt, G., & Azrin, N., (1973). A Community Reinforcement Approach to alcoholism. *Behavioral Research and Therapy*, Pergamon Press. Inglaterra, 11, pp. 91 – 104.
36. Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones practicas*. 2ª. Edición México: Manual Moderno.
37. Lando, H.A. (1993). Formal quit smoking treatments. En C.T. Orleans y J. Slade (Eds.), *Nicotine addiction. Principles and management*. Nueva York: Oxford University Press. pp. 221-244.
38. Lira-Mandujano, J., González-Betanzos, F., Carrascoza, C., Ayala, H. & Cruz-Morales, S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, vol.32, No. 1, enero-febrero.
39. Lichtenstein, E. & Brown, R.A. (1980). Smoking cessation methods: Review and recommendations. En W.R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors. Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity* (pp. 169- 206). Nueva York: Pergamon Press.
40. Lublin L. & Joslyn L. (1968). *Aversive conditioning of cigarette adiction*. Paper presented at the Meeting of the Western Psychological Assosation. Angeles. US.
41. Mackay J, Eriksen M. *The Tobacco Atlas*. World Health Organization; 2002. 2. WHO. International treaty for tobacco control. 2005. Obtenido el 13 de Noviembre de 2008, desde: <http://www.who.int/features/2003/08/en>.
42. Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
43. Martínez, K., Ayala, H., Salazar, M., Ruiz, G. & Barrientos, V. (2004). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

44. Miller, W.R., and Tonigan, J.S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) *Psychology of Addictive Behaviors* 10(2):81-89.
45. Miller, W. & Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. España: Paidós.
46. Miller, W. & Rollnick, S. (1996). ¿Qué es la entrevista motivacional? *Revista de Toxicomanías*. Nº. 6 – 1996, pp. 4-7.
47. Muller Fernando. (2006) *Cesación Tabáquica tiempo de intervenir MEDEF*. Buenos Aires. Polemos.
48. National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide* Obtenido el 15 de noviembre de 2008, desde: <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html>
49. Niaura, R., Abrams, D.B., Shadel, W.G., Rohsenow, D.J., Monti, P.M. y Sirota, A.D. (1999). Cue exposure treatment for smoking relapse prevention: A controlled clinical trial. *Addiction*, 94, 685-695.
50. Nolasco M, V. (2009). *Construcción, validación y confiabilidad del inventario de las situaciones de consumo de tabaco (ISCT)*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología de la UNAM.
51. *Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas* (2003). Consejo Nacional Contra las Adicciones CONADIC.
52. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2009). *Informe mundial sobre las drogas 2009. Resumen Ejecutivo*.
53. Orleans, C.T. y Slade, J. (Eds.) (1993). *Nicotine addiction. Principles and management*. Nueva York: Oxford University Press.
54. Oropeza, R., Loyola, P. & Vázquez, F. (2003). *Tratamiento Breve para Usuarios de cocaína: Un modelo cognitivo, principios de aplicación*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

55. Ortiz A., Martínez, R. & Meza D. (2005). *Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana No. 39.* Noviembre, 2005. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
56. Pavlov, I. (1927). *Conditioned Reflexes.* Oxford: Oxford University Press, 1927
57. Pomerleau, O.F. & Pomerleau, C.S. (1984). Neuroregulators and reinforcement of smoking: Towards a biobehavioral explanation. Neuroscience biobehavioral explanation. *Neuroscience Biobehavior Review*, 8, pp. 503-513.
58. Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy.* Homewood, IL: Dow-Jones-Irwin.
59. Regalado, J.; Lara, G.; Osio, J. & Ramírez, A. (2006). Tratamiento Actual de Tabaquismo. *Salud Pública de México*, 49, 2, pp.270-280.
60. Sansores, R. y Espinosa, M. (1999). Manual *Cognitivo Conductual para Dejar de Fumar.* México, INER.
61. Sansores, R., Ramírez, A., Espinosa, M. & Sandoval, R. (2002). Tratamientos disponibles para dejar de fumar en México. *Salud Pública de México*, 44, 1, pp. 116-124
62. Sansores, R., Ramírez, A., Pérez, P., Regalado, J., Guiza V.. & Quintanilla, J. (2005). Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el control de tabaco. *Instituto Nacional de Salud Pública: Cuernavaca Morelos.*
63. Schmahl, D.P., Lichtenstein, E. & Harris, D.E. (1972). Successful treatment of habitual smokers with warm, smoky air and rapid smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 105-111.

64. Schwartz, J.L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
65. *Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA)*. Dirección General de Epidemiología. Obtenido el 10 de diciembre de 2007, desde <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/sisvea.htm>
66. Sobell, C., Maisto, A., Sobell, B. & Cooper, M. (1979). Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior. *Behavior Research and Therapy*, 17, 157-160.
67. Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: Guided selfchange treatment*. New York: Guilford Press.
68. SSA. *Encuesta Global de Tabaquismo en adultos (2009)*. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (MX). México: Coeditado con la Organización Panamericana de la Salud, Primera Edición.
69. Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms. An Experimental Analysis*. New York: Appleton Century Crofts.
70. Stead LF. Lancaster (2005) Terapy Group behavior therapy progammes for smoking cessation. *Cochrane Database System Rev*: (2).
71. Shunck, D. (1997) *Aprendizaje Cognitivo Social*. En D. Shunk: *Teorías del Aprendizaje*: México: Pretice Hall.
72. Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1993). A report adapted by the APA Division 12 Board. Washington. *American Psychological Association*, pp.1-12.
73. Tapia Conyer R. (2002). *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectiva*. 2ª edición. México: Manual Moderno.
74. USDHHS (2000). *Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U. S. Department of Health and Human Services, Centers for

Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

75. Villalba, J.; Espinosa, M. & Sansores, R. (1999). Clínicas de Tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 12, 2, pp.82-86.
76. Zweben, A. & Fleming, M (1999). Brief interventions for alcohol and drug problems. En: Tucker, D. M., Donovan, G. A. y Marlatt (Eds). *Changing addictive behavior*. New York: Guilford Press.