



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

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

**APLICACIÓN GRUPAL DEL PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS EN
USUARIOS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EN
CONFLICTO CON LA LEY**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

IRAIS MARIANA REYES MARTÍNEZ

ASESOR

DR. JOSÉ AGUSTÍN VÉLEZ BARAJAS

REVISOR

MTRO. CÉSAR CARRASCOSA VENEGAS

MÉXICO, D.F. JUNIO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A mis padres por el apoyo incondicional que siempre me han dado, por ser como son, porque gracias a eso soy.

A mi hermana Sarahi, por estar ahí cuando lo necesito, por leerme y retroalimentarme.

A mis hermanos Josué, Misael, Benjamín, Saúl y Ximena. Gracias por existir y ser parte de mi vida.

Al Dr. José Agustín Vélez por ser una guía importante para la elaboración de este trabajo y por ser una gran persona.

Al Mtro. César Carrazcosa por las sugerencias realizadas para el mejor entendimiento del lector.

A la Dra. Lidia Barragán por su constante disposición para leerme y darme recomendaciones.

A la Dra. Silvia Morales por su apoyo académico y motivacional.

A Emir por su apoyo en la lectura de los diferentes capítulos.

A Alejandro Sánchez S. por su constante motivación y su apoyo brindado.

A mis amigas y amigos: Lucía, Liz, Emir, Val, Raquel, Evelyn, Karla, Norma, Ever, Marisol y Juan por estar a mi lado a lo largo de estos años y hacer que la vida sea de colores.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi formadora en el estudio y por todo lo que me ha dado.

Al Centro de Integración Juvenil Iztapalapa Oriente y en especial a la Lic. María Dolores Herrera Rojas, Directora de la unidad, por darme la oportunidad de implementar el Programa de Tratamiento.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca brindada para la realización de los estudios de posgrado.

ÍNDICE

Introducción	5
Capítulo 1. Antecedentes de estudios epidemiológicos en México, consumo de la marihuana y conceptos básicos en adicciones.	7
1.1. Definición de conceptos epidemiológicos y antecedentes en México.	7
1.2. Epidemiología del consumo de marihuana.	10
1.3. Conceptos básicos en adicciones.	13
1.3.1. ¿Qué es la adicción?	16
1.3.2. ¿Qué es abuso?	17
1.3.3. ¿Qué es una droga?	17
1.4. Clasificación de las sustancias psicoactivas.	18
Capítulo 2. Teorías que sustentan los programas de tratamiento cognitivo-conductuales	26
2.1. Conductismo	27
2.2. Cognoscitivismo	30
2.3. Terapia centrada en el Cliente y Entrevista Motivacional	32
Capítulo 3. Programas de tratamiento en adicciones.	37
3.1. Programas de tratamiento para personas con abuso de sustancias psicoactivas y en conflicto con la ley.	37
3.1.1. Prácticas basadas en evidencia y mejores prácticas.	38
3.1.2. Principios para el tratamiento de abuso de drogas para población en problemas con la justicia.	41
3.2 Programa de satisfactores cotidianos para personas con dependencia a sustancias adictivas.	45
3.3. Reflexiones sobre la ley en México para el tratamiento de usuarios	47

con dependencia a sustancias psicoactivas y en conflicto con la ley.

Capítulo 4. Aplicación grupal del Programa de Satisfactores Cotidianos en usuarios con dependencia a sustancias psicoactivas y en conflicto con la ley.	54
4.1. Escenario	54
4.2. Instrumentos	55
4.3. Participantes	59
4.4. Procedimiento	65
4.5. Resultados	85
Capítulo 5. Discusión	107
Referencias	116
Anexos	121

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema social, que afecta no sólo al individuo sino a la sociedad, ya que implica: disminución en la edad productiva de las personas, accidentes de tránsito, gastos económicos importantes del sistema de salud y de justicia, entre otros.

A partir de estudios epidemiológicos se ha visto el crecimiento en la prevalencia del consumo de drogas legales: alcohol y tabaco; e ilegales: mariguana, cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico.

Las drogas ilegales que más se consumen en el mundo son, en primer lugar, la mariguana con una prevalencia anual entre el 2.6% y el 5.0%; en segundo lugar se encuentran los estimulantes de tipo anfetamínico, con una prevalencia anual entre 0.3% a 1.2% (UNODC, 2012). Asimismo, el consumo de mariguana en México, ha tenido un incremento en los últimos años duplicándose de 0.6% al 1.2% (del 2002 al 2011 respectivamente). El consumo en hombres de 12 a 65 años a diferencia de las mujeres ha tenido un incremento importante. Pasó de 1.7% a 2.2% del 2008 al 2011 (SSA-CONADIC-INP-INSP, 2011).

Por otro lado, los usuarios con abuso de mariguana presentan problemas a nivel físico, psicológico, social y legal. Los problemas legales se observan regularmente por la posesión de la sustancia en cantidades mayores a las permitidas por la Ley General de Salud.

Con base en lo anterior el objetivo del presente trabajo es describir la implementación y adaptación del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) en modalidad grupal en usuarios con dependencia a las sustancias psicoactivas, (en su mayoría consumidores de mariguana) y en conflicto con la ley. Además de mostrar los resultados obtenidos a partir dicha implementación.

En el primer capítulo se abordarán los antecedentes de estudios epidemiológicos en México, la prevalencia del consumo de la mariguana, así como los conceptos básicos en adicciones. A lo largo de este capítulo se retoman fragmentos de la

historia que describen la conceptualización de la adicción en siglos anteriores y la transformación que este término ha tenido a lo largo de los años, para facilitar al lector su entendimiento.

En el segundo capítulo se describen las teorías que sustentan los programas de tratamiento cognitivo-conductual aplicados al ámbito de la adicción. De esta manera, se comprenderán los principios básicos que explican la conducta adictiva, así como la forma de abordar ésta metodológicamente. Se revisará la teoría conductista basada en el condicionamiento clásico y operante de Pavlov y Skinner; la cognoscitiva con las aportaciones de Albert Bandura; la terapia centrada en el cliente que propuso Carl Rogers y por último la Entrevista Motivacional que desarrollaron Miller y Rollnick.

En el tercer capítulo se muestran programas de tratamiento en adicciones con enfoque cognitivo-conductual basados en evidencia o que han dado resultados positivos (mejores prácticas). Algunos de ellos enfocados a usuarios en conflicto con la ley. La revisión de la metodología de dichos programas, así como de los principios que propone el National Institute on Drug Abuse sustentó la aplicación de diversas técnicas utilizadas en la terapia grupal que se describe en el último capítulo y aportó sugerencias de mejora para la implementación de programas para usuarios dependientes de sustancias y en problemas con la justicia. Al final del capítulo se describen los antecedentes y las características generales del PSC.

Por lo tanto en el cuarto capítulo se muestra la metodología en la aplicación y adaptación del Programa en modalidad grupal en usuarios con dependencia a las sustancias psicoactivas y en conflicto con la ley. Se describe el escenario (Centro de Integración juvenil, Iztapalapa Oriente), los instrumentos utilizados, las características de los participantes, el procedimiento y los resultados obtenidos a partir de la intervención terapéutica.

Por último, en el capítulo cinco se presenta la integración de los cuatro capítulos anteriores.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN MÉXICO, CONSUMO DE LA MARIJUANA Y CONCEPTOS BÁSICOS EN ADICCIONES.

1.1. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ANTECEDENTES EN MÉXICO.

La epidemiología es el estudio de la distribución de las enfermedades en las poblaciones para determinar la naturaleza de las mismas, las características de la población que está siendo afectada y los factores que influyen en dichos patrones (Sloboda, 2003).

Algunos de los indicadores más utilizados en la epidemiología de las adicciones son: el consumo per cápita, la morbilidad (incidencia y prevalencia), mortalidad, patrón de consumo (frecuencia y cantidad), problemas relacionados (accidentes, consecuencias sociales, etc.), características de la población (edad, sexo, edad de inicio), entre otros.

Es útil describir algunos indicadores como consumo per cápita, incidencia y prevalencia pues estos son los que requieren a mi juicio de más entendimiento.

El consumo per cápita es un indicador que se obtiene dividiendo la producción total de sustancias (alcohol, por ejemplo) entre el número de usuarios potenciales, (generalmente 15 años o más).

Este indicador puede obtenerse para los casos de las sustancias legales, tabaco y bebidas alcohólicas, en los que se cuenta con registros de la producción legal. Tiene la limitación de no incluir la producción no registrada o que no paga impuestos, misma que puede ser importante (Medina-Mora, 2003).

La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

La prevalencia es un indicador útil para conocer el número de casos que han estado expuestos (prevalencia total), el número de casos activos en un periodo determinado, usualmente se consideran casos activos en el año (prevalencia

lápsica) o mes previo (casos activos) a la realización de los estudios. Es común también que se indague sobre el número de días en el último mes que se usaron las sustancias.

Es conveniente resaltar que en el campo de las adicciones los estudios epidemiológicos han sido de considerable importancia ya que éstos nos ayudan a identificar poblaciones vulnerables, o de alto riesgo para el consumo de sustancias adictivas, así como los factores asociados al consumo. Asimismo podemos observar las tendencias en el consumo de las diferentes sustancias a nivel nacional, todo esto con la finalidad de crear y establecer acciones adecuadas para la prevención y tratamiento de las adicciones.

Los estudios epidemiológicos se basan en el modelo de Salud Pública y toman en cuenta la triada epidemiológica, que se muestra a continuación:

- a) Agente: sustancia psicoactiva.
- b) Huésped: individuo consumidor.
- c) Ambiente: donde se comercializa y se consume la sustancia.

Dentro de la epidemiología de conductas adictivas, la atención se centra en la interacción entre el ambiente y el huésped. De lo anterior surgen dos relaciones, por un lado la vulnerabilidad del individuo ante los factores de riesgo en el ambiente; y por otro, la susceptibilidad del individuo en razón de los factores protectores también existentes en el ambiente.

En México se empezaron a realizar los primeros estudios sobre epidemiología en la década de los 70's. El primero fue realizado por el Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia (CEMEF) en el año de 1974 llamado "*Las drogas y sus usuarios*". A partir de este estudio se realizaron las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) de parte de la Secretaría de Salud (SSA) en los años, 1988, 1993, 1998, respectivamente y a partir del 2002 se hizo en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). En el

2008 se hizo la encuesta en la que además de la SSA, colaboró el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), así como en la última encuesta y la más actual, la ENA, 2011.

Además de esta fuente de información, existen otras como:

- *El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)* comandado por la SSA. Este recaba información de cuatro fuentes principales: Centros de Tratamiento gubernamentales y no gubernamentales, Consejos Tutelares para Menores, Servicios Médicos Forenses y de manera periódica Servicios de Urgencias de Hospitales de segundo nivel. Actualmente el SISVEA se encuentra operando en las 32 entidades federativas en una cobertura de 155 ciudades con la participación de 716 Centros de Tratamiento, 32 Consejos Tutelares para Menores, 22 Servicios Médicos Forenses y 158 Servicios de Urgencias.
- *El Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID)* llevado a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Este sistema recopila información de instituciones de salud y justicia del D.F.
- *Informes epidemiológicos de los Centros de Integración Juvenil (CIJ).*
- *Encuestas de Consumo de Drogas en Estudiantes* elaborados por la Subsecretaría de Servicios Educativos para el D. F. y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. (1976-2012).

Con estos estudios se han podido identificar algunas variables relacionadas a la etiología y a las consecuencias del consumo del alcohol y de otras drogas como por ejemplo: la accesibilidad, disponibilidad, actitudes, antecedentes familiares, enfermedades, accidentes, etc.

En el siguiente apartado se presentará la epidemiología del consumo de marihuana a nivel mundial, nacional. Se abordarán también informes estadísticos de los Centros de integración Juvenil.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE MARIHUANA

El principal tema que se aborda en el presente documento, es la aplicación de un programa de tratamiento grupal en usuarios que en su mayoría eran consumidores de marihuana. En este sentido se presenta la epidemiología de dicha sustancia. Asimismo es la droga ilegal que más se consume alrededor de todo el mundo y en su consumo presenta consecuencias negativas a nivel físico, psicológico, social, familiar y legal. Su posesión implica probables arrestos policíacos ya que la gran mayoría de consumidores portan más de la cantidad permitida y establecida por la Ley General de Salud.

Según el Informe Mundial sobre las Drogas (UNODC, 2012) se calcula que 230 millones de personas adultas (de 15 a 64 años) consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez durante el año 2010, esto equivale al 5% de la población adulta mundial. Además reportan que las dos drogas ilegales de mayor consumo es la cannabis y los estimulantes de tipo anfetamínico, incluido el éxtasis con una prevalencia anual mundial entre el 2.6% y el 5% en la primera, y entre el 0.3% a 1.2%, en la segunda. El número de consumidores de cannabis en todo el mundo oscila entre 119 y 224 millones de personas adultas.

El panorama en México, es más bajo, comparado con los datos mundiales, ya que en la última Encuesta Nacional de Adicciones (SSA-CONADIC-INP-INSP, 2011), la prevalencia en el consumo de cualquier droga en el último año en la población total (de 12 a 65 años) es de 1,8% y el consumo de drogas ilegales es de 1.5%.

Así, el porcentaje de dependencia al consumo de drogas durante el último año es de 0.7%. Los hombres con un porcentaje de 1.3, mientras que las mujeres con un 0.2% (SSA-CONADIC-INP-INSP, 2011).

El consumo de marihuana en México, así como a nivel mundial es la primera droga de mayor uso con una prevalencia en el último año del 1.2%, seguida por el consumo de cocaína en segundo lugar y los estimulantes de tipo anfetamínico en tercero, con una prevalencia de 0.5% y 0.2% respectivamente.

Además, el consumo de marihuana ha tenido un incremento en los últimos años y en casi 10 años se duplicó de 0.6% registrado en el 2002 al 1.2% en el 2011. Cabe resaltar que el consumo en hombres de 12 a 65 años ha tenido un incremento estadísticamente significativo ya que pasó de un 1.7% en el 2008 a 2.2% en el 2011; a diferencia de las mujeres en las que permaneció estable (0.4% a 0.3%, respectivamente).

Es importante señalar que en la población urbana de 12 a 65 años con relación, al consumo de marihuana es más alta que en la población total (urbana y rural), teniendo una prevalencia en el consumo en el último año de 1.4% y en los hombres de 2.5%.

En la población adulta en el grupo de 18 a 34 años se observa que el consumo de la marihuana aumenta todavía más, con un porcentaje del 1.9 para ambos sexos y con una prevalencia en el consumo de 3.4% para hombres a diferencia de las mujeres con un 0.4%. Asimismo en los hombres de este mismo grupo de edad, en población urbana el consumo de marihuana en el último año es de 3.8 % en comparación con las mujeres con un porcentaje de 0.5.

Estas cifras de la ENA, 2011 apoyan la información reportada en el Informe Mundial de Drogas (UNODC, 2012), en el que señalan que el consumo de drogas ilegales se concentra en la población masculina joven en entornos urbanos.

Según el Sistema de Información de Registro de Drogas (SRID) en su reporte No. 51 de Noviembre del 2011 (Ortiz, Martínez , & Meza, 2011), en el cual se tienen resultados de la aplicación del “Informe Individual sobre el consumo de drogas” en 1,042 casos de usuarios de drogas en la Cd. de México, realizada en 45 instituciones de atención a la salud y procuración de justicia, la sustancia que más se consumió alguna vez en la vida fue la marihuana con un 78.7%, seguida de la cocaína con un 36.4% y de los inhalables con un 34.2%.

El uso de sustancias “alguna vez en la vida” en la población que asistió a los Centros de Integración Juvenil A.C. a tratamiento la marihuana se encuentra en primer lugar, con un 74%, seguida de los inhalables con un 57.6% y la cocaína con un 41%. La marihuana también fue la droga de inicio, seguida de los inhalables y cocaína (Ortiz, Martínez , & Meza, 2011).

El tipo de usuario que asistió a tratamiento es “alto”, es decir que, reportó el consumo de drogas en el último mes durante 20 días o más, con un 42.2%, seguido de moderado con un 21.1%(Usuario que reportó el consumo en el último mes, de 6 a 19 días).

Según un Informe publicado por Centros de Integración Juvenil titulado “Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento por sexo, entidad federativa y unidad de atención durante el período de julio a diciembre del 2010” (CIJ, 2011), se observa que en la Unidad Iztapalapa Oriente, el porcentaje que asistió a tratamiento durante el periodo julio-diciembre 2010 fue en su mayoría hombres con un 83.4% y mujeres con un 16.6%. La droga de mayor impacto en hombres, fue la marihuana (33.4%), seguida del consumo de los inhalables (29.5%) y el crack (16.7%). El estado civil de este grupo de hombres fue en su mayoría “soltero” (69.3%), seguido de “unión libre” (12.1%) y “casado” (9.3%). La escolaridad que reportaron los usuarios varones fue en primer lugar, la

secundaria (46.9%), en segundo, bachillerato (29.4%) y en tercero, la primaria (12.1%).

El principal motivo de ingreso a los Centros de Integración Juvenil según el Sistema de Registro de Información en Drogas (Ortiz, Martínez , & Meza, 2011) en el Distrito Federal fue por “tratamiento a farmacodependencia” (31.2%), seguido de: “llevado a tratamiento por la familia” (27.7%); “canalizado por institución educativa” (25%) y “canalizado por instituciones de justicia” con un 13.1%. El último motivo de ingreso que se presenta es importante resaltarlo ya que pertenece al segmento de población con el cual se trabajó en el Centro de Integración Juvenil (CIJ) Iztapalapa Oriente.

1.3. CONCEPTOS BÁSICOS EN ADICCIONES

Es necesario hacer un breve recorrido histórico del consumo del alcohol, esto con la finalidad de entender y reflexionar algunas cuestiones sobre el enfoque con el cual se ha entendido el concepto *adicción*.

En el México prehispánico la bebida de preferencia y la que más se consumía era el pulque, este uso se realizaba de manera ceremonial, es decir, se podía beber hasta llegar a la embriaguez sólo en ciertas ocasiones “especiales”, por ejemplo cuando era la fiesta de la diosa Huixtocihuatl (diosa mexicana de la sal), los comerciantes eran quienes bebían; en cambio durante la fiesta llamada Izcalli, dedicada a Ixcozauhqui (uno de los dioses del fuego), la borrachera era general, bebían hombres y mujeres, niños y niñas, viejos y mozos (Viesca Treviño, 2002).

Por otro lado en esta misma época, había restricciones ante la embriaguez; el que bebía era rigurosamente castigado, por ejemplo, a las personas nobles e ilustres que lo hacían reiteradamente se les mandaba a ahorcar, este es el caso del Señor de Cuautitlán mandado a ahorcar por Moctezuma. A los plebeyos que era la

primera vez que bebían se les trasquilaba o se les daba de palos, sin embargo si reincidían, se aplicaba la pena de muerte.

En el México Colonial estas costumbres se fueron modificando, pues el uso de alcohol se fue extendiendo a otros contextos y se iba haciendo menos exclusivo el uso en los rituales. Asimismo a partir del siglo XVI, el pulque que anteriormente había sido la bebida de preferencia se convirtió en la bebida de los plebeyos con lo que su uso era exclusivo de algunos grupos específicos y posteriormente el cultivo de la caña de azúcar fue promovido por el propio Hernán Cortés y así se comenzó la disponibilidad del aguardiente en el mercado. Más tarde, la producción del mezcal y tequila, llenó los últimos huecos de alcoholización del país (Viesca Treviño, 2002).

Para la segunda mitad del S. XIX, se observaba afuera de las tiendas de raya los *“borrachos sabatinos sentados o peleando”* (Viesca Treviño, 2002).

Para ejemplificar lo anterior, se muestra un fragmento que Ignacio Manuel Altamirano escribió en 1869:

... “nos es triste decir que hace tiempo que notamos los progresos cada vez más crecientes que hace un vicio en nuestro país, un vicio que corroe las entrañas de un pueblo, como las del individuo: la embriaguez”.

Esta horrible plaga aumenta el número de sus víctimas cada día, escogiéndolas lo mismo entre las clases proletarias que en las aristocráticas. Todo el mundo bebe; el pobre *pulque* o *aguardiente de caña*; el rico o el hombre levita, *ajenjo* o *ginebra*.

Ya para acabar con tan espantoso mal no sólo deben unirse los anatemas de la religión y de la moral, sino los afanes de la higiene pública y los cuidados de la autoridad si no quiere gobernar sobre un pueblo imbecil, inepto para los trabajos de la guerra y la paz. (El renacimiento, 23 de enero 1869).

En esta época la tendencia general, apuntaba hacia una condena de la embriaguez. Esta condena formaba parte del orden moral cristiano que imperaba en la sociedad mexicana de ese siglo (Pérez, 1992). Las ideas que se tenían respecto a la persona que tomaba alcohol son muy similares a las que tenemos actualmente, por ejemplo tomo una frase que nos ilustra esto:

“El alcohol horripila, pero únicamente en el espectáculo del borracho callejero, medio desnudo, temulento. La borrachera discreta, bien vestida y paseada en coche es cosa diferente, respetable y decente.” *El Diario Ilustrado, 1908* (Pérez, 1992).

De acuerdo a Berruecos (2010) *“no fue sino hasta mediados del siglo XX, cuando en una reunión internacional de la Organización Mundial de la Salud, se reconoció que esta enfermedad tenía que ver con problemas de índole psicológica del individuo que consumía en exceso, por lo cual se abrió por fin la puerta a los investigadores de la mente”*. Sin embargo, años más tarde, también se decidió que era una enfermedad no solo psicológica sino también social por lo cual, casi a finales de la década de los sesenta, aparecen por primera vez los estudios sociales y culturales acerca del consumo del alcohol (Berruecos Villalobos, 2010).

En la última mitad del siglo XX con los estudios del Dr. Jellineck (1960) en su texto "El Concepto de Enfermedad en el Alcoholismo" presentado ante diferentes grupos de médicos, que en esa época ya reclamaban un punto de vista diferente para tratar el problema, mismo que no debería ser enfocado ni como una degradación moral o "vicio" ni como un problema similar o idéntico al que sufrían todos los pacientes internos en un Hospital Psiquiátrico. En su ya célebre escala de Alcoholomanía, el Dr. Jellineck propone 4 grandes fases del proceso de la enfermedad y una serie de 45 síntomas que se van presentando en cada una de las etapas y que terminan con la muerte del Alcohólico si este no es atendido a tiempo. Así se fue consolidando la adicción como una enfermedad tratable. Con estos estudios y los que se fueron acumulando durante finales del siglo anterior y

principios de este, hoy en día se considera a la adicción como una enfermedad del cerebro (National Institute on Drug Abuse, 2011). Sin embargo debemos tomar en cuenta los factores psicológicos, sociológicos y culturales que influyen en la misma.

1.3.1. ¿QUÉ ES LA ADICCIÓN?

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría o APA (por sus siglas en inglés); define la “adicción” como el consumo perjudicial para el individuo tanto a nivel físico, psicológico y social, en donde la persona no puede controlar el consumo de la sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, etc.), y que se caracteriza por la presencia de los siguientes aspectos, dentro de un período de 12 meses:

1. Tolerancia. Es cuando se necesita consumir en mayores cantidades la sustancia para conseguir el efecto deseado o bien el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Síndrome de abstinencia. Efectos desagradables al suspender el consumo de la droga.
3. Consumo de la sustancia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Deseo persistente por controlar el consumo de la sustancia.
5. Empleo de tiempo cada vez mayor por la obtención de la sustancia.
6. Reducción importante de actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo de la sustancia.
7. Continuación del consumo a pesar de tener conciencia del daño (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que le irrita las fosas nasales, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

1.3.2. ¿QUÉ ES ABUSO?

La característica más importante del abuso de sustancias de acuerdo al DSM-IV es la presentación de consecuencias adversas para la persona, relacionadas con el consumo repetido de éstas (Cruz Martin del Campo, 2007) . Algunos ejemplos son:

1. Incumplimiento de obligaciones en el trabajo.
2. Consumo de la sustancia en situaciones donde puede existir algún peligro para el individuo.
3. Presentación de problemas sociales o interpersonales.

El término *abuso* se utiliza sólo para el alcohol, pues el tabaco, así como las drogas llamadas ilegales no tienen una dosis segura de consumo.

1.3.3. ¿QUÉ ES UNA DROGA?

A lo largo de los años se han definido las drogas de acuerdo a la ideología imperante en cada época. Sin embargo la definición que nos da actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la palabra **droga**, es la siguiente: *“Droga es toda sustancia, o mezcla de ellas, distintas a las necesarias para el mantenimiento de la vida (alimento, agua, oxígeno), que al introducirse en un organismo vivo modifica alguna de sus funciones y, a veces, la propia estructura de los tejidos. Estos cambios también incluyen alteraciones en el comportamiento, las emociones, las sensaciones y los pensamientos de las personas”* (Centros de Integración Juvenil, 2008).

También se puede entender como **droga** a *“la sustancia que afecta la función del cerebro cuyo uso y posesión puede ser ilegal y producir adicción. Un concepto más claro, y por tanto recomendable es el de sustancia psicoactiva. En este término se puede definir a las sustancias que actúan sobre la percepción, las*

emociones y/o el estado de ánimo. En general son estos compuestos los que son motivo de abuso y pueden producir adicción” (Cruz Martin del Campo, 2007).

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 (SSA-CONADIC, 2010) para la Prevención, Tratamiento y control de las Adicciones, en el apartado 3. “Definiciones”, se entiende por sustancia psicoactiva, psicotrópica o droga, a *“la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol”.*

1.4. CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Existen diversas formas para clasificar a las sustancias psicoactivas o drogas, como lo es la jurídica (legal o ilegal) o la informal (drogas blandas y drogas duras). El Instituto Nacional de Abuso de Drogas, de los Estados Unidos (NIDA, por sus siglas en inglés), principal organismo encargado de promover el estudio de las drogas de abuso, recomienda el uso de una clasificación farmacológica de estas sustancias (Cruz Martin del Campo, 2007), por medio del **efecto** que ellas producen en el Sistema Nervioso Central (SNC). Los grupos básicos utilizados en esta clasificación son los siguientes:

- a) *Estimulantes* del sistema nervioso central (ver tabla 1.1).
- b) *Depresores* del sistema nervioso central (tabla 1.2).
- c) *Alucinógenos* (tabla 1.3).
- d) *Opioides* (tabla 1.4).

Tabla 1.1. Sustancias con efectos estimulantes (Cruz Martin del Campo, 2007)

Efecto en el S.N.C	Sustancia	Descripción	Se conoce también como:	Efectos inmediatos	Efectos a largo plazo
Estimulante	Anfetaminas	Bajo el nombre genérico de anfetaminas se agrupan varios compuestos químicamente relacionados. El nombre químico de la anfetamina es fenil-isopropil-amina. A partir de estas sustancias se crearon otras como la <i>metanfetamina</i> (éxtasis).	Anfetas, pastas, chochos. <i>Bennies, black beauties, crosses, hearts, speeds, truck drivers, uppers</i>	Hiperactividad. Euforia. Mejoría de la atención. Sensación de fuerza y poder. Disminución del apetito. Conducta repetitiva y estereotipada. Aumento de la presión arterial. Aumento de la frecuencia cardíaca. Reducción de la necesidad de dormir.	Daño cardiovascular. Daño hepático. Pérdida de peso. Debilidad muscular. Estados paranoides. Depresión.
	Cocaína	Es el más poderoso estimulante del Sistema Nervioso Central que proviene de sustancias naturales. Se extrae de las hojas de la planta <i>Erythroxylum coca</i> , que crece en las regiones altas de Sudamérica. La cocaína en polvo se vende clandestinamente en papeles doblados varias veces sobre sí mismos a los que se llama "grapas".	<i>Coca, aguja, escorpión, doña blanca, blanca nieves, nieve, cois, suco, grapa, papel, perico, pericazo, anchoa, línea, la fina, lady pura.</i>	Mejoría del estado de ánimo. Aumento de energía y reducción de la fatiga. Mayor rendimiento muscular. Disminución del apetito. Deseo de hablar. Enojo y agresión verbal. Aumento transitorio de la autoestima. Dilatación de pupilas.	Pérdida de peso y disminución crónica del apetito. Patrones irregulares de sueño. Deterioro de la memoria. Problemas de concentración. Irritabilidad y cambios repentinos de humor. Paranoia. Arritmias cardíacas. Crecimiento del corazón.
	Crack	La cocaína y el crack son formas químicas diferentes de un mismo compuesto; por tanto sus efectos son los mismos, sólo varían en intensidad y duración. El <i>crack</i> se calienta y se fuma en pipas o en utensilios improvisados, como latas de refrescos y antenas de auto, por ejemplo.	Piedra, roca, rocas de coca, cristales, quemada. <i>Crack, rock.</i>		
	MDMA o éxtasis	El componente fundamental es la Metilen-Dioxi-Met-Anfetamina o MDMA. Esta sustancia posee propiedades comunes a otros alucinógenos; pero en realidad pertenece a la familia de los estimulantes. Son pastillas bonitas. Por sus	Éxtasis, cristal, tachas, carita feliz, angelitos, la droga del amor, pantera negra, pitufos, barquitos, o el nombre	Aumento de la socialización. Sentimientos de unión y empatía. Aumento de la sensibilidad la tacto.	Pérdida de memoria. Falla renal. Destrucción de músculos (rabdomiólisis).

		colores algunas podrían pasar por tabletas de vitamina C.	de la figura que tienen grabada. <i>Adam, clarity, ecstasy, e, eve, X, XTC, lover's speed, STP, doves, dolphins, fantasy, rolls, pills.</i>	Aumento de la frecuencia cardíaca. Disminución de la fatiga. Falta de apetito. Aumento de la temperatura corporal. Transpiración excesiva. Apretamiento involuntario de las mandíbulas. Efectos alucinógenos. Aumento de la empatía.	
Metanfetaminas	Se trata de potentes estimulantes fabricados en el laboratorio que se venden por lo general en trozos o en polvo, de forma que puedan ser inhalados, tragados, inyectados o fumados mediante una pipa. Ejerce efectos estimulantes mayores que las anfetaminas.	Anfetetas, pastas, tachas, cristal cristales, crista, rola, la droga del amor. <i>Chalk, crack, crystal, fire, glass, go fast, ice, meth, speed.</i>	Agresividad. Violencia. Conducta psicótica.	Daño cardíaco. Daño neuronal. Pérdida de memoria.	
Nicotina	Las plantas de las que se produce el tabaco son del género <i>Nicotiana</i> , originarias de América y perteneciente a la familia de las solanáceas. El principio activo del tabaco es la nicotina, sustancia de propiedades adictivas con efectos sobre el estado de ánimo. Además de la nicotina, el tabaco contiene alquitrán.	Cigarros, puros, cigarrillos, rapé (polvo para inhalar).	Aumento de frecuencia cardíaca. Aumento de presión arterial y del metabolismo. Incremento del estado de alerta y de la energía y actividad intestinal.	Trastornos respiratorios y cardiovasculares. Cáncer.	

Tabla 1.2. Sustancias con efectos depresores (Cruz Martin del Campo, 2007).

Efecto en el S.N.C.	Sustancia	Descripción	Se conoce también como:	Efectos inmediatos	Efectos a largo plazo
Depresor	Alcohol	El alcohol etílico o etanol se obtiene de la fermentación o destilación de jugos de frutas, granos y vegetales.		Disminución de la ansiedad. Sensación de bienestar. Disminución de las inhibiciones. Baja capacidad para concentrarse. Sedación y somnolencia.	Disminución del deseo sexual. Hepatitis alcohólica, Cirrosis hepática. Cardiopatía alcohólica. Irritación de mucosas, úlceras, sangrados. Síndrome alcohólico fetal. Pancreatitis. Impotencia.
	Barbitúricos	Son drogas que se usan como sedantes, depresores, tranquilizantes, hipnóticos, ansiolíticos y anticonvulsivos, pero el margen de seguridad de estos compuestos es muy bajo, ya que la cantidad que se necesitaba para producir los efectos deseables (inducción de sueño, etc.) no estaba lejos de lo que producía la muerte.	Chochos. <i>Barbas, reds, red birds, phennies, tooies, yellows.</i>	Disminución de la ansiedad. Sensación de bienestar. Disminución de las inhibiciones. Baja capacidad para concentrarse. Sedación y somnolencia.	Confusión, fatiga, deterioro de la coordinación locomotora. Pérdida de la memoria. Pérdida del juicio.
	Benzo-diacepinas	Son drogas generalmente depresivas que generalmente se usan para tratar problemas de ansiedad y sueño, pero al ser altamente adictivas la persona pierde la capacidad de controlar su	Chochos. <i>Candy, downers, sleeping pills, tranks.</i>	Disminución de la ansiedad. Sensación de bienestar. Disminución de las inhibiciones.	Confusión, fatiga, deterioro de la coordinación locomotora. Pérdida de la memoria. Pérdida del juicio.

		uso.		Baja capacidad para concentrarse. Sedación y somnolencia.	
	GHB	Es una de esas sustancias que se desarrollan en la búsqueda de compuestos con fines terapéuticos. Su nombre proviene de la abreviatura de ácido gamma-hidroxi-butírico.	Éxtasis líquido. G, Georgia home boy, scoop, easy lay.	Sueño. Relajación. Disminución de la ansiedad, Sensación de bienestar. Disminución de las inhibiciones.	Convulsiones. Pérdida de reflejos.

Tabla 1.3. Sustancias con efectos alucinógenos (Cruz Martin del Campo, 2007).

Efecto en el S.N.C.		Sustancia	Descripción	Se conoce también como:	Efectos inmediatos	Efectos a largo plazo
Alucinógenos	LSD y sustancias relacionadas	LSD	En la búsqueda de sustancias activas similares a las de un hongo, el <i>ergot o cornezuelo del centeno (Claviceps purpurea)</i> , se encontró la LSD (dietilamida del ácido lisérgico). El LSD es una sustancia muy potente que produce cambios drásticos de percepción que predominan sobre los demás. La LSD se vende generalmente en papeles parecidos a estampillas postales impregnadas con una solución diluida de LSD que los consumidores mascan, o en pastillas muy pequeñas a las que llaman "microdots".	Ácido, puntos, micropuntos, Félix el gato, Bart simpson, papeles, papelitos, submarinos.	Estados alterados de percepción (se "oyen" colores, se "ve" música). Distorsión de la propia imagen corporal. Aumento en el brillo y la intensidad de los colores. Alteración en la percepción de las formas.	Presentación de desórdenes mentales crónicos y eventos posteriores al consumo donde se reviven los efectos percibidos durante la intoxicación ("flashbacks").
		Peyote	El nombre científico de la planta conocida como <i>peyote</i> es <i>Lophophora williamsii</i> y el alcaloide responsable de sus efectos alucinógenos es la mescalina. El <i>peyote</i> es una cactácea de sabor amargo que crece naturalmente en zonas semidesérticas como la Huasteca mexicana.	Venado, yote, petróleo (jugo de peyote).	Cambios intensos en el estado de ánimo. Alucinaciones. Peligro de "malos viajes" con visiones aterradoras, paranoia y pánico.	
		Hongos alucinógenos	Los hongos del género <i>Psilocybe</i> son alucinógenos. Su principal componente activo es la psilocibina.	Hongos, pajaritos, gorritos, champis, homplis, derrumbes, balitas, champiñones, huitlacoques, humos.	Aumento de frecuencia cardíaca y presión arterial. Dificultad para expresar pensamientos. Dilatación pupilar.	
Cannabinoides	Mariguana	Se llaman cannabinoides a los compuestos activos que se obtienen de la planta de la mariguana, Cannabis sativa o Cannabis indica y sus efectos psicoactivos son debidos	Maríhuana, María, Juanita, la Juana, canabis, mota, mostaza, mois, mosh,	Euforia. Distorsión espacio-tiempo. Disminución del	Tos, infecciones respiratorias frecuentes. Pérdida de memoria. Síndrome amotivacional.	

		a uno de sus principios activos: el tetrahidrocannabinol, cuyas siglas son THC. El cannabis es una planta con cuya resina, hojas y flores se elaboran las sustancias psicoactivas ilegales más empleadas: hachís y marihuana. Existen muchas variedades de productos de <i>Cannabis</i> , desde las hojas secas preparadas para fumar en cigarrillos o pipas, hasta las mezclas hechas con diferentes partes de la planta incluyendo los botones de las flores, o extractos de aceite. El hashish es uno de los preparados con mayor contenido de cannabinoides.	yerba, la verde, pasto, yerba mala, café, gallo, toque, churro, porro, carrujo, hash, pastel.	tiempo de reacción. Confusión. Pérdida de coordinación locomotora. Risa incontrolable. Incremento del apetito. Boca sed y seca. Ojos rojos. En ocasiones, paranoia.	Deficiencia inmunológica. Enfermedad pulmonar. Cáncer pulmonar. Disminución de la fertilidad.
	Ketamina	Es un anestésico discociativo que se sintetizó como un análogo de la fenciclidina con menos riesgos.	Vitamina K	Aumento de la frecuencia cardiaca y presión arterial, con deterioro de la coordinación locomotora. Delirio y depresión respiratoria. Produce una imagen corporal alterada que se caracteriza por sensación de disgregación (manos y pies lejanos). Apatía, mareo, euforia.	Comportamiento violento. Estado comatoso. Confusión. Desorientación. Psicosis tóxica.
	PCP	La <i>fenciclidina, polvo de ángel o PCP</i> fue introducida a la terapéutica como anestésico a finales de la década de los 50's. Por producir anestesia, una intensa sensación de disociación con el entorno y mirada pérdida, se le clasificó como anestésico disociativo.	Polvo de ángel o polvo cósmico, píldora de la paz.	Pánico, agresión y violencia.	Pérdida de apetito y depresión. Pérdida de la memoria. Desorientación. Psicosis tóxica. Comportamiento violento. Estado comatoso. Confusión.

Tabla 1.4. Sustancias opioides (Cruz Martin del Campo, 2007).

Efecto en el S.N.C.	Sustancia	Descripción	Se conoce también como:	Efectos inmediatos	Efectos a largo plazo
Opioides	Morfina	Los opioides se llaman así porque son compuestos que tienen efectos similares a los del opio. El opio se extrae haciendo cortes superficiales en las cápsulas inmaduras de la variedad de amapola <i>Papaver somniferum</i> . Esta planta contiene morfina, llamada así en honor de Morfeo, el dios griego del sueño.	<i>M, Miss Emma, monkey, white stuff.</i>	Sensación intensa de bienestar. Relajación, somnolencia. Indiferencia frente al entorno. Náusea Analgesia. Disminución de la función intestinal, constipación.	Hepatitis. SIDA. Disminución de la función inmunológica.
	Heroína	Opiáceo semi-sintético que se obtiene al tratar la morfina con diferentes sustancias químicas. Es cinco a diez veces más potente como analgésico que la morfina.	Hero, chiva, caballo, hache, arpón, tierra negra.	Baja de presión al ponerse de pie. Disminución de la frecuencia respiratoria.	
	Codeína	Es un alcaloide natural presente en el látex del opio. Es eficaz para quitar la tos.		En casos extremos (a dosis altas): parálisis respiratoria y muerte.	

CAPÍTULO 2. TEORÍAS QUE SUSTENTAN LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUALES.

Una de las características de la conducta adictiva es la persistencia del consumo de la sustancia a pesar de las consecuencias que esté causando en el individuo (salud, economía, familia, relaciones sociales, trabajo, pareja, entre otras). Además, se ha visto que, la persona con adicción, elige la gratificación inmediata en vez de una recompensa a largo plazo (Bickel & Potenza, 2006). El uso problemático de las sustancias es una manifestación de diversos factores personales, sociales y biológicos (Carroll & Miller, 2006).

Por este lado, la adicción se ha tratado de explicar desde diversos enfoques: médico, social, psicológico, antropológico, entre otros. Dentro del campo de estudio de la psicología hay diversas teorías explicativas como el psicoanálisis, el conductismo, y el humanismo o terapia centrada en el cliente. Cada una de estas teorías tiene una base epistemológica distinta, en la que la relación del sujeto con el objeto es distinta y en la que se concibe al sujeto pasivo o activo sobre el objeto. Cabe señalar que todas estas teorías buscan reducir el sufrimiento del individuo y que depende del enfoque, si se verá al sujeto como un agente pasivo o activo, además de que las técnicas a utilizar serán distintas. Asimismo la interdisciplinariedad en el estudio de la psicología es posible si el enfoque epistemológico es semejante. Algunos autores (Noriega Méndez & Gutiérrez Millán, 1995) han clasificado esta interdisciplinariedad en tres modos: a) atomista; b) confusional; y c) relativista. El enfoque relativista es el que se tomará en cuenta en este documento ya que de acuerdo a Noriega (1995) es la *“forma de relación entre profesionales y disciplinas que han establecido con claridad el alcance de sus respectivos campos, que han nombrado sus objetos de estudio y observables particulares: desde ahí enfrentan competentemente los problemas que le son propios y delegan los que no, admitiendo, cuando el caso lo exige, la relativización de sus supuestos por los hallazgos realizados en otro campo”*. Esto, porque la adicción, es una manifestación de diversos factores, por lo cual, se debe de abordar desde distintas disciplinas (médicas, psicológicas, sociales, entre otras).

En este sentido, en el presente capítulo se abordará la disciplina psicológica desde el enfoque cognitivo-conductual y la terapia centrada en el cliente en la cual está fundamentada la entrevista motivacional (no dejando de lado otras disciplinas como la médica), puesto que el programa de tratamiento presentado en el capítulo cuatro está fundamentado en éste.

Se han realizado estudios sobre el uso de drogas desde el enfoque de la psicología evolutiva y desde el punto de vista médico y se ha mostrado que la dependencia a éstas se localiza en regiones primitivas del cerebro que regulan los reforzadores naturales como la comida, la bebida, el sexo y la interacción social. Estas áreas específicas del cerebro comprenden el sistema límbico que incluye la amígdala, el núcleo accumbens, y la corteza prefrontal (Bickel & Potenza, 2006).

En estas áreas cerebrales se encuentran algunos procesos básicos del ser humano, como lo son: la memoria, el aprendizaje, la motivación, así como la toma de decisiones.

Desde la psicología se han abordado estos procesos a partir de diferentes teorías, como son la: conductista, del aprendizaje social, cognitiva-social, motivacional. A continuación se hará una breve descripción de los principios que manifiesta cada una de ellas, así como los autores que proponen dichos principios.

2.1. CONDUCTISMO

Esta teoría inició con el condicionamiento clásico de Pavlov (1927) quien era fisiólogo. A partir de sus observaciones en su perro se dio cuenta que respondía a ciertos estímulos (reflejo) y que los asociaba cuando se repetían, así que comenzó a aparear diversos estímulos para producir una respuesta condicionada. Es decir, se apareaba un estímulo incondicionado (comida) con un neutro (sonidos de una campana) en varias ocasiones para producir una respuesta condicionada (salivación) al presentarse sólo el estímulo condicionado (sonidos de la campana).

El principal postulado de esta teoría es E-R (estímulo- respuesta) .El sujeto juega un papel pasivo en esta teoría y el objeto un papel activo.

Esta teoría aplicada en el campo de las adicciones, apoya la idea de que el estímulo incondicionado es una droga, la respuesta condicionada es una reacción que reduce los efectos de la droga, es decir, la respuesta condicionada prepara al organismo para el estímulo incondicionado que está por aparecer (Chance, 2001). En el caso de un consumidor de morfina, la respuesta incondicionada es la disminución a la sensibilidad del dolor, pero la respuesta condicionada a los estímulos asociados con ésta es una aumento a la sensibilidad del dolor (Siegel, 1975).

Al mismo tiempo que Pavlov hacía experimentos de reflejos condicionados, el estudiante Thorndike hacía experimentos con gatos, para observar el aprendizaje de éstos en cajas de trucos (Chance, 2001). Estos experimentos consistían en meter en una caja de truco a un gato. Esta caja contenía una palanca y un anillo, que al pisarla o jalar (el anillo) se abría la puerta para escapar. Con varios ensayos se observó la disminución en el tiempo que el gato pisaba la palanca y/o el anillo. Thorndike vio que una respuesta cualquiera tiene dos tipos de consecuencias. A éstas las llamó “condición satisfactoria” y “condición incómoda”, es decir, si el gato no encontraba la salida de la caja, le seguía la continuidad del hambre (condición incómoda) y si la encontraba podía satisfacer su necesidad (condición satisfactoria). Por lo tanto si a la respuesta le seguía una situación satisfactoria se tendía a repetir. Así, *“la probabilidad de una respuesta depende de su efecto sobre el ambiente”*, un principio que Thorndike denominó Ley del Efecto (Chance, 2001).

Sobre esta base conceptual, en el período de 1930-1939, Skinner comenzó a realizar experimentos con ratas en una caja llamada actualmente “caja de Skinner”. Esta caja tenía un mecanismo en el cual se conectaba un depósito de comida con una palanca. Si se apretaba la palanca, se activaba el mecanismo y dejaba caer unos pellets de comida. Así la rata comenzaba a asociar el palanqueo con la comida y por lo tanto se reforzaba la conducta. En este procedimiento se observó que *“la conducta se fortalece o se debilita en función de sus consecuencias”* (Chance, 2001). A esto se le llamó aprendizaje operante debido a que la conducta opera sobre el ambiente y en función de las consecuencias del ambiente, el animal aumenta o disminuye su conducta.

A partir de estos experimentos Skinner propuso los siguientes procedimientos operantes: 1) reforzamiento positivo; 2) reforzamiento negativo; 3) castigo positivo; 4) castigo negativo y 5) extinción (figura 2.1).

Figura 2.1 Procedimientos operantes.

		Tasa de Conducta		
		Aumento	Disminución	Extinción
Consecuencias	Se agrega algo	Reforzamiento positivo	Castigo Positivo	
	Se quita algo	Reforzamiento negativo	Castigo negativo	
	Discontinuidad contingente			*

Si se aplica reforzamiento positivo o negativo la conducta tenderá a repetirse y aumentará la frecuencia de ésta. Por lo contrario, si se utiliza el castigo positivo y/o negativo la frecuencia de la conducta disminuirá y podrá llegar a extinguirse.

En el condicionamiento operante de Skinner aplicado a la conducta adictiva, se observa que las consecuencias del consumo de drogas a corto plazo operan como reforzadores positivos y/o negativos que mantienen dicha conducta y además la incrementa. Por esto, algunos programas de tratamiento están encaminados a que el usuario identifique actividades incompatibles con el consumo que sean placenteras (reforzantes), esto, para competir el reforzamiento que tiene la conducta adictiva. Por otro lado, a mediano y largo plazo las consecuencias por el consumo de sustancias psicoactivas son negativas y funcionan como castigo positivo y/o negativo, por lo que en algunos casos la frecuencia de la conducta disminuye o bien desaparece. Sin embargo se ha visto que a pesar de que el individuo presente estas consecuencias negativas, sigue con el consumo, por lo

que para ese individuo el reforzamiento de la droga es más potente que el de otras actividades.

En este sentido, se han propuesto técnicas para la identificación de los antecedentes de la conducta de consumo, así como de las consecuencias positivas (a corto plazo) y negativas (a mediano y largo plazo), con la finalidad de que el individuo conozca la relación que tienen diferentes estímulos para la presentación de la conducta y pueda romper estas cadenas con estrategias cognitivas y comportamentales. Una técnica es el Análisis Funcional de la Conducta, que se utiliza en varios programas de tratamiento cognitivo-conductuales.

Por lo anterior, Skinner propone una teoría que incluye no sólo el estímulo y la respuesta, sino integra otro componente el cual es el reforzador (E-R-R). Es decir que, la conducta es guiada por los estímulos que la anteceden y las consecuencias que la siguen. De acuerdo a la base epistemológica de esta teoría el sujeto sigue siendo un sujeto pasivo.

2.2. COGNOSCITIVISMO

En el apartado anterior los postulados teóricos del conductismo se enfocan a que la conducta está en función de los estímulos y consecuencias que operan sobre el ambiente. En este sentido, este enfoque teórico toma en cuenta la conducta observable y medible. Sin embargo, otros autores proponen que la conducta no sólo está determinada por las consecuencias del ambiente o por los estímulos externos, sino que, existen cogniciones que influyen en el individuo para que se realice la conducta. La teoría cognitiva tiene tres factores bidireccionales: 1) cogniciones o pensamientos; 2) afectos o sentimientos; y 3) la conducta, por lo que la forma de actuar está precedida por creencias, actitudes, percepciones, esquemas cognitivos y atribuciones. La teoría cognitiva fue propuesta por varios autores. Tolman desde los años 30's postuló la idea de integrar las "variables intervinientes" y "las representaciones mentales" a la explicación de la presentación de la conducta. En la década de los 50's George Kelly enfatizó la idea de la interpretación de los eventos de la vida realizados por el individuo (Carrascoza, 2007) y más tarde en los años 60's y 70's Albert Bandura propone su Teoría del

aprendizaje social cognitiva a partir de la investigación en la utilización del modelamiento en el tratamiento de los trastornos conductuales (Chance, 2001). Antes de hacer la descripción de dicha teoría se definirán los conceptos de aprendizaje y aprendizaje vicario.

El aprendizaje en la teoría del aprendizaje social es una adquisición de conocimientos a través del procesamiento cognitivo de información. Por lo tanto, el aprendizaje vicario es, una adquisición de conocimientos a través del procesamiento cognitivo de información a partir de la experiencia de observar un modelo (Carrascoza, 2007).

Bandura plantea que existen cuatro procesos para explicar el aprendizaje vicario y ocurren durante la observación de un modelo o poco después. Estos procesos son: 1) de atención, el cual tiene que ver con que el organismo observe las características de la conducta del modelo y sus consecuencias; 2) de retención, que implica realizar acciones para recordar la conducta del modelo; 3), reproductores motores, se requiere de estos procesos para que el observador lleve a cabo la conducta modelada, y 4) motivacionales, determinarán si se llevará a cabo la conducta observada.

Asimismo, esta teoría explica que el aprendizaje humano se produce por la interacción recíproca de tres elementos: factores personales (cognitivos y emocionales), contexto ambiental y conducta. A estos elementos los llama determinantes recíprocos. Esta interacción no significa armonía en cuanto a la intensidad de las influencias. Estas varían en función del individuo y la situación. En este sentido, se dio el cambio de un modelo simplista E-R a un modelo E-O-R en el que "O" son los factores cognitivos que intervienen en la conducta.

Por otro lado, el ser humano en esta perspectiva posee diferentes capacidades básicas como son la: simbolización, anticipación, autorregulación, autorreflexión y el aprendizaje vicario (Carrascoza, 2007). Estas capacidades se describen brevemente en la tabla número 2.1.

Tabla No. 2.1 Capacidades básicas del ser humano de acuerdo a la Teoría del aprendizaje social de Bandura (Carrascoza, 2007).

Capacidades Básicas	Descripción
Simbolización	Es la capacidad para utilizar símbolos. Mediante ese uso, las personas procesan y transforman las experiencias en modelos alternos que facilitan la acción futura.
Anticipación	Los individuos tienen la capacidad de anticipar las posibles consecuencias de sus actos.
Autorregulación	La mayor parte de la conducta humana es regulada por juicios internos y reacciones evaluativas a sus propias acciones. Por lo que la diferencia entre una acción y el criterio con el que se mide, activan acciones auto regulatorias.
Autorreflexión	Es una capacidad que tiene el ser humano para reflexionar acerca de las experiencias, creencias y/o pensamientos. A partir de esto evalúan y cambian sus pensamientos.
Aprendizaje Observacional	A través de la observación de modelos el individuo aprende reglas de conducta, valores, actitudes, creencias, patrones de pensamiento y acción.

Por otro lado, uno de los conceptos que se utiliza ampliamente dentro de la teoría social del aprendizaje es “autoeficacia”. La autoeficacia se refiere a las creencias que posee el individuo acerca de sus habilidades para ejecutar de manera exitosa una respuesta “adecuada” para afrontar un evento o situación. Ésta influye en la conducta del individuo a través de los sistemas motivacional, cognitivo y emocional (Carrascoza, 2007).

Por esto en los programas cognitivo-conductuales se trabaja para aumentar la autoeficacia en los individuos a partir del desarrollo de distintas habilidades para afrontar situaciones de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido, el terapeuta deberá apoyar al usuario para que identifique sus habilidades y las fortalezca. Esto se hace con diferentes técnicas basadas en la Entrevista Motivacional, tema que se hablará en el siguiente apartado.

2.3. TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Las habilidades del terapeuta juegan un papel muy importante. Se ha visto que uno de los principales predictores del apego y terminación del tratamiento es mostrar

empatía con el usuario definido esto por Carl Rogers como terapia centrada en el cliente (Miller, 2006) . La terapia centrada en el cliente conceptualiza al individuo como un sujeto activo, reflexivo, capaz de tomar sus propias decisiones, asertivo y que puede encontrar soluciones para sus problemas. Ésta propone que el rol del terapeuta no determina las soluciones y/o sugerencias sino que el individuo las establece. Rogers propone que el terapeuta requiere brindar tres características que son fundamentales para preparar el cambio en el usuario de drogas, las cuales son: 1) empatía adecuada; 2) calidez no posesiva y 3) autenticidad (Miller & Rollnick, 1999). Esta empatía “adecuada” involucra una *“actitud de escucha concreta que clarifique y amplíe la propia experiencia y el significado que el paciente da a dicha experiencia, sin que el terapeuta le imponga su propio significado”* (Miller & Rollnick, 1999).

De acuerdo a Miller (2006), *“la adicción es fundamentalmente un problema de motivación”*. Esto con base en que la adicción puede ser entendida como una función de motivaciones poderosas que frecuentemente compiten y que se reflejan en experiencias subjetivas como el craving (deseo por consumir), disminución en la solución de problemas, restricción, tentación, compulsión y falta de control (Miller, 2006).

En este sentido la *motivación*, se define como *“un estado presente en una persona para el cambio. Se dice también que, es un estado interno, influido de varios factores externos”* (Miller & Rollnick, La entrevista motivacional, 1999). A partir de esta definición se observa que la motivación puede ser intrínseca, extrínseca, intrapersonal e interpersonal. La motivación intrapersonal se ha evaluado con cuestionarios a lápiz y papel, así como con entrevistas estructuradas y semi-estructuradas. Algunas variables que miden el nivel de motivación intrínseca son: 1) la necesidad o tentación de consumo; 2) los pros y contras del consumo a través del balance decisional; 3) el deseo de consumo; 4) las expectativas por los efectos tanto positivos como negativos; 5) la intención de cambio; 6) la percepción de la necesidad de cambio o la importancia de éste; 7) los problemas en el reconocimiento; 8) la percepción del nivel de autoeficacia y 9) las etapas del

cambio. Asimismo, la motivación se observa a partir de la conducta que realiza el individuo y del discurso que da (Miller & Rollnick, 1999).

Por otro lado, la motivación interpersonal se debe a factores externos, que en este caso, puede ser la presencia frecuente del terapeuta o de un amigo cercano que escuche reflexivamente al individuo, es decir, que muestre empatía.

En este sentido, la entrevista motivacional es una aproximación dirigida a apoyar a los pacientes a que adquieran un compromiso y logren el deseo de cambiar. Ésta se fundamenta en la terapia centrada en el cliente, la teoría de sistemas y la psicología social de la persuasión. De este modo, se basa teóricamente en dos constructos que son el de la ambivalencia y en el conflicto entre la comprensión y la restricción (Miller & Rollnick, 1999).

En la entrevista motivacional no se utilizan estrategias confrontativas autoritarias que se pueden convertir en provocaciones que no favorezcan el cambio y se ha observado a partir de diversos estudios que la resistencia aumenta en los pacientes que recibieron una confrontación autoritaria por parte del terapeuta. Sin embargo cabe aclarar que la confrontación es necesaria para que el usuario de drogas se observe y vea la situación por la que está pasando, pero esta forma de confrontación es distinta ya que aumenta la toma de conciencia en el individuo. De esta confrontación que hablamos en la entrevista motivacional es la que enfrenta al usuario de drogas con sus pros y sus contras de su consumo abusivo de drogas a partir de brindar información y retroalimentación acerca de las consecuencias del consumo.

Por otro lado y como se mencionó anteriormente, la motivación intrapersonal se puede evaluar a partir de ubicar al individuo en algunas etapas de cambio. Si el usuario se encuentra en las primeras fases (pre-contemplación y contemplación) se observará que su motivación al cambio es baja, caso contrario, si el usuario está llevando acciones para modificar su conducta su motivación es alta. Para poder entender mejor estas fases Prochaska y DiClemente desarrollaron un modelo de las etapas de cambio por las que las personas transitan para modificar algunas conductas. Este refiere que hay seis etapas de cambio: 1) pre-contemplación, en la

que la persona no considera que tenga un problema y no necesita un cambio; 2) contemplación, la cual se caracteriza por un estado de ambivalencia en el individuo y no se encuentra seguro de cambiar; 3) determinación, en ésta la persona se da cuenta de que necesita un cambio, sin embargo, no sabe cómo hacerlo; 4) acción, en la que el individuo comienza a realizar acciones que involucran un cambio; 5) mantenimiento, las acciones son constantes para permanecer en el cambio y por último; 6) la recaída, se deja de hacer lo propuesto. En esta última etapa, la recaída, el sujeto puede comenzar a transitar desde la primera etapa o bien irse directo a la acción, esto dependerá de la motivación para el cambio. Para estas etapas se sugieren estrategias motivacionales que lleve a cabo el terapeuta. Éstas se observan en la tabla no. 2.2.

Tabla No.2.2. Estrategias motivacionales para cada etapa del cambio (Miller & Rollnick, La entrevista motivacional, 1999).

Etapa de cambio	Estrategia motivacional
Pre-contemplación	Aumentar la percepción de riesgo del consumo abusivo de drogas con base en información y retroalimentación.
Contemplación	Realizar el balance decisional para evocar las razones para cambiar y no cambiar. Además de aumentar la auto-eficacia para la modificación de la conducta actual.
Determinación	Apoyar al usuario a establecer el mejor curso de acción para lograr el cambio.
Acción	Ayudar al usuario a realizar las acciones para el cambio.
Mantenimiento	Apuntala a que el usuario identifique y utilice estrategias para prevenir una recaída.
Recaída	Apoya para renovar el proceso de cambio y utiliza estrategias para la motivación, tomando como base que la recaída es algo normal y que se puede aprender de ella.

Además existen técnicas que se utilizan a lo largo del proceso de cambio del individuo. Dichas estrategias han sido propuestas por diversos investigadores que estudian los factores motivacionales para el cambio. Estas ocho estrategias son: 1) ofreciendo consejo; 2) eliminando obstáculos; 3) ofreciendo alternativas; 4) disminuyendo la deseabilidad; 5) practicando la empatía; 6) Ofreciendo retroalimentación; 7) aclarando objetivos y; 8) ofreciendo ayuda activa (tabla 2.3).

Tabla No. 2.3 Aproximaciones efectivas a la motivación al cambio (Miller & Rollnick, 1999).

Técnicas	Descripción
Ofreciendo consejo	Se debe identificar adecuadamente el problema. El consejo debe ser claro, explicando y recomendando la importancia del cambio.
Eliminando obstáculos	Identificar y eliminar los obstáculos para que se dé el cambio.
Ofreciendo alternativas	Ofrecer a los pacientes la posibilidad de elegir opciones distintas reconociendo su libertad de elección con respecto a sus objetivos terapéuticos.
Disminuyendo la deseabilidad	Identificar los reforzadores que mantienen la conducta en el usuario, es decir, averiguar por qué esa conducta es deseable para el individuo y buscar estrategias para disminuirlas, por ejemplo, a través de métodos de contra condicionamiento aversivo.
Practicando la empatía	Es una habilidad que se puede aprender y el objetivo es comprender el significado de los demás a través de la escucha reflexiva.
Ofreciendo retroalimentación	Ésta se puede realizar a partir de los resultados de los instrumentos diagnósticos, o bien, de la realización de un auto-registro diario.
Aclarando objetivos	No sólo con la retroalimentación es suficiente para producir el cambio. Es necesario que las personas expongan objetivos claros, realistas y alcanzables.
Ofreciendo ayuda activa	Es estar interesado de una forma activa y afirmativa por el proceso de cambio del usuario.

Por lo anterior, se observa que la entrevista motivacional fundamentada en la terapia centrada en el cliente es una técnica que ofrece diversas herramientas al terapeuta para favorecer el cambio natural en los usuarios de sustancias psicoactivas. Las habilidades que el terapeuta desarrolla a partir de este modelo van desde la escucha reflexiva, hasta la identificación de los motivos por los cuales estos usuarios mantienen dicha conducta y/o la modifican.

En este sentido, el conocimiento de la terapia centrada en el cliente, la teoría del aprendizaje social, la conductual y la cognitiva ofrece a los terapeutas un mayor entendimiento de los factores por los cuales un individuo abusa de las sustancias psicoactivas, así como técnicas para el tratamiento de la adicción. Además, las teorías expuestas anteriormente emergen en un modelo cognitivo-conductual (Carrascoza, 2007).

Una vez que se han descrito las bases teóricas que sustentan los programas de tratamiento con corte cognitivo-conductual, en el siguiente capítulo se presentan algunos programas enfocados al tratamiento de las adicciones que han mostrado ser eficaces para las personas en conflicto con la ley.

CAPÍTULO 3. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EN ADICCIONES.

A partir de la relación entre abuso de drogas-delito, se han propuesto: a) programas de tratamiento dirigidos a personas infractoras que abusan de las sustancias que están basados en evidencia científica y otros que han dado resultados positivos en su aplicación (mejores prácticas) y b) trece principios elementales que estos programas deben contemplar, de acuerdo al National Institute on Drug Abuse por sus siglas en inglés NIDA, esto con la finalidad de que los usuarios cumplan sus metas de tratamiento respecto al abuso de drogas y a su problema legal (National Institute on Drug Abuse, 2012) . De esta manera se abordarán en este capítulo estos dos temas que se retomarán en el capítulo cuatro y en la discusión.

3.1. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS CON ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EN CONFLICTO CON LA LEY.

Se ha visto que el abuso de drogas está relacionado en al menos tres tipos de delitos: 1) por posesión o venta de drogas; 2) directamente relacionados con el abuso de drogas (robos para conseguir drogas); y 3) relacionados con un estilo de vida que predispone que el individuo se involucre en actividades ilegales, por ejemplo, la asociación con delincuentes o con mercados ilícitos.

Se ha observado también que el tratamiento que no se adecua a las necesidades de los individuos y que es insuficiente en calidad e intensidad probablemente no tendrá una reducción considerable en el uso de drogas y en la reincidencia. Éste puede ser incorporado de diferentes maneras en la justicia criminal: 1) dentro de las cárceles; 2) corte de drogas; 3) en el tratamiento bajo libertad condicional con y sin supervisión se debe dar prioridad a los infractores que cumplen los criterios de dependencia de los que no, esto para la integración a tratamiento. Asimismo la baja motivación al tratamiento o la resistencia a disminuir el consumo de drogas, no debe ser un motivo para excluir a los usuarios del tratamiento. Más bien es

recomendable trabajar con aproximaciones motivacionales. La condición o mandato legal puede ayudar a que los individuos permanezcan en y por más tiempo en tratamiento ya que se ha visto que un gran porcentaje de individuos que han sido citados por las instituciones de justicia para asistir a tratamiento, acuden a él. Por lo que, aquellos individuos que asisten a tratamiento bajo mandato legal tienen buenos o mejores resultados de los que no (National Institute on Drug Abuse, 2006). Esto puede diferir de otros estudios realizados en México, como por ejemplo, el del Instituto Mexicano del Juicio Oral A.C. (IMEJO) nombrado “*Diagnóstico de la aplicación de las disposiciones de la Ley General de Salud, Código penal federal, y código federal de procedimientos penales en materia de narcomenudeo*” en el que se encontró que: a) el ministerio público (MP) no realiza una evaluación diagnóstica para identificar el nivel de adicción de la persona infractora; b) el 90% de las personas derivadas a tratamiento hacen caso omiso de la notificación (Del Río Rebolledo & García Silva, 2012). No obstante, habrá que confirmar estos datos con otros estudios, ya que es una primera aproximación a estos procesos de derivación. Además de que, en el capítulo cuatro, “*Aplicación Grupal del Programa de Satisfactores Cotidianos en Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas y en conflicto con la ley*” se observa que los usuarios bajo mandato legal tienen un buen apego a tratamiento.

3.1.1 PRÁCTICAS BASADAS EN EVIDENCIA Y MEJORES PRÁCTICAS

A partir de los años 70’s (1974) en que fue establecido el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos, se ha apoyado la investigación para el tratamiento dirigido a personas infractoras que abusan de las sustancias psicoactivas (National Institute on Drug Abuse, 2012) .

A través de los años y de las investigaciones realizadas en esta área, se han desarrollado *prácticas basadas en evidencia* (con estudios controlados) que suelen ser eficaces para la recuperación del dependiente a las sustancias adictivas. Asimismo, se han visto cuales son las *mejores prácticas* (que no necesariamente han demostrado su efectividad a través de estudios de investigación estrictamente

controlados), que han sido implementadas por programas de tratamiento efectivos (Salazar Villegas, 2012).

En la literatura, algunas *prácticas basadas en evidencia y mejores prácticas* que más se utilizan para los usuarios y/o dependientes de drogas son: terapia de logro motivacional (MET, por sus siglas en inglés); entrevista motivacional; terapia cognitivo conductual; manejo de la contingencia; programas de prevención de recaídas; y los grupos de auto ayuda (Salazar, 2012). En la tabla 3.1 se describe brevemente cada una de ellas.

Tabla 3.1. Practicas basadas en evidencia y mejores prácticas.

Prácticas basadas en evidencia y mejores prácticas.	Descripción
Terapia de logro motivacional (Motivational Enhancement Therapy ,MET por sus siglas en inglés)	Es una intervención sistemática que fomenta el cambio en la motivación del individuo con relación a su consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas que está fundamentada en la aproximación clínica conocida como entrevista motivacional. Ésta incorpora una lista de cotejo de retroalimentación de la evaluación (Miller, 1995).
Entrevista motivacional	Es una aproximación centrada en la persona orientada a metas que facilita el cambio a través de la exploración y resolución de la ambivalencia (Miller, 2006).
Terapia Cognitivo-Conductual	Las estrategias de la terapia cognitivo conductual están basadas en la teoría en que el proceso de aprendizaje juega un papel crítico para el desarrollo de patrones de conductas mal adaptadas como el abuso de sustancias psicoactivas. Los individuos que se encuentran en la terapia cognitivo-conductual aprenden a identificar y corregir conductas problemáticas utilizando una serie de habilidades que pueden ser empleadas tanto para detener el consumo como tratar otros problemas que pueden ocurrir al mismo tiempo del consumo. Asimismo un elemento central de esta terapia es que el individuo desarrolle habilidades de enfrentamiento para anticipar riesgos y aumentar el autocontrol (National Institute on Drug Abuse, 2012).
Terapia de manejo de la contingencia	Esta terapia involucra adicionar una recompensa que sea contingente a la conducta de no consumo (Bickel & Potenza, 2006). Por lo que se dan recompensas tangibles, (boletos de cine, permisos, entre otros) como reforzadores positivos para mantener la conducta de abstinencia. Estudios realizados tanto en los programas de tratamiento con metadona y terapia psicosocial han demostrado que las intervenciones basadas en incentivos son altamente eficaces en el incremento de la retención al tratamiento y la promoción la abstinencia del consumo drogas. (National Institute on Drug Abuse, 2012).
Programas de Prevención de recaídas.	Es una estrategia de intervención terciaria que tiene por objeto reducir la probabilidad y la severidad de la recaída a través de la reducción de conductas problemáticas (Hendershot C., Witkiewitz, George, & Marlatt, 2013).

	Los programas de prevención de recaídas incluyen la identificación de situaciones de alto riesgo para cada usuario y la manera de enfrentarlas, esto para favorecer el aumento de la autoeficacia, y así evitar las recaídas. (Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999).
Grupos de Autoayuda	El programa de tratamiento basado en grupos de autoayuda tiene como principal objetivo el apoyo entre pares, y no participan profesionales (Salazar Villegas, 2012). Estos en su mayoría están basados en el Modelo de 12 pasos como los programas de Alcohólicos Anónimos (AA).

Por otro lado, y con relación a los Programas para personas con abuso de drogas y en conflicto con la ley, se han encontrado en la mayoría de las investigaciones componentes comunes, los cuales se centran en: a) evaluación y tratamiento mixto; b) los servicios del programa y el contenido; y c) y terminación del tratamiento. Dentro de los programas de tratamiento efectivos se incluye: 1) evaluación con instrumentos estandarizados para evaluar la severidad de la adicción; 2) intervenciones que llamen la atención de los usuarios y que los motiven al cambio; 3) tratamientos orientados a utilizar comunidades terapéuticas, cognitivo-conductuales, técnicas estandarizadas de modificación conductual , servicios integrales que atiendan tanto trastornos médicos como psicosociales; 4) implicación de la familia en el tratamiento; 5) duración del tratamiento de más de 90 días; 6) integración de los sistemas de salud para un cuidado continuo mientras que el “infractor” se mueve en diferentes fases del sistema de justicia criminal; 7) aplicación de antidoping para monitorear el progreso del tratamiento; y 8) uso de sanciones e incentivos para reforzar la adhesión o retención al programa de tratamiento y/o el uso de programas de reforzamiento (Friedmann, Taxman, & Henderson, 2007).

Asimismo Taxman (Friedmann, Taxman, & Henderson, 2007) propone un sistema continuo de tratamiento, que incluye nueve procesos programáticos para facilitar el cambio en el usuario infractor como: 1) metas de tratamiento que sean compatibles con las metas de seguridad gubernamentales; 2) instrumentos de evaluación para identificar apropiadamente a los usuarios inculcados para los servicios de tratamiento; 3) responsabilidad expuesta en combinar los programas y servicios para el ofensor; 4) incentivos y sanciones para moldear la conducta y trabajar en el cumplimiento de la terapia; 5) realización de pruebas antidoping para monitorear el

avance; 6) un programa de cuidado continuo que permita al infractor moverse del sistema de justicia criminal obteniendo servicios de tratamiento para reforzar la recuperación; 7) estrategias de trabajo en equipo y procedimientos para reforzar la importancia de los componentes programáticos individuales en la policía; 9) énfasis en la calidad de la programación en el número de personas a quién se brindará el servicio (es decir, que no exceda el número, ya que afecta la calidad del servicio). En este sentido, se ha visto a partir de diversas investigaciones que, las comunidades terapéuticas en prisiones adoptan la mayoría de los principios enlistados anteriormente (Friedmann, Taxman, & Henderson, 2007).

Simpson. citado en el artículo de Friedman (Friedmann, Taxman, & Henderson, 2007) propone un proceso de tratamiento que incluye componentes similares a los anteriores y que son: 1) evaluación, (ésta debe permitir ubicar al usuario al programa adecuado); 2) proceso de tratamiento y éste debe incluir varias fases para facilitar el proceso de cambio en el individuo, incluyendo una carta compromiso; 3) tratamiento intensivo que se adecue a las necesidades del usuario; 4) Apoyar la retención en el tratamiento.

3.1.2. PRINCIPIOS PARA EL TRATAMIENTO DE ABUSO DE DROGAS PARA POBLACIÓN EN PROBLEMAS CON LA JUSTICIA.

A través de las investigaciones desarrolladas, el NIDA (National Institute on Drug Abuse, 2006) publicó una guía nombrada "*Principios de Tratamiento para el abuso de drogas en poblaciones en problemas con la justicia*" y en ésta se menciona que los programas de tratamiento exitosos se enfocan en las metas de *abstinencia* y del *funcionamiento del individuo en diversas áreas de su vida como, la familia, el trabajo y la comunidad*, así como reducir la *conducta criminal*. También se dice que el tratamiento *reduce el abuso de drogas y la conducta criminal de un 40% a un 60% e incrementa el empleo cerca del 40%*. Otra ventaja del tratamiento es que es menos costoso que el encarcelamiento, por ejemplo, el tratamiento de mantenimiento con metadona cuesta alrededor de 4,700 dólares al año, en comparación con los gastos de una persona en prisión anuales, que cuesta alrededor de 18,400 dólares en el mismo período (National Institute on Drug Abuse, 2006).

En esta guía el NIDA propone 13 principios para el tratamiento de abuso de drogas para población en problemas con la justicia. Estos se enlistan a continuación:

1. La adicción a las drogas es una enfermedad cerebral que afecta la conducta. Ésta transformación en el cerebro puede ayudar a explicar porque las personas adictas están en alto riesgo de recaídas después de un largo período de abstinencia y porque siguen buscando drogas a pesar de las consecuencias.
2. La recuperación de la adicción necesita un tratamiento efectivo, con seguimiento. Éste tratamiento engancha a los participantes en un proceso terapéutico, mantiene a los participantes por un periodo largo y apropiado de tiempo y ayuda a mantener la abstinencia.
3. El tratamiento debe durar lo suficiente para producir cambios de conducta estable. Al participante en tratamiento se le enseña a romper viejos patrones de pensamiento y de conducta y a aprender nuevas habilidades para enfrentar el abuso de drogas y las conductas criminales. Individuos que presentan problemas severos de uso de drogas y otros desórdenes necesitan un tratamiento más largo (un mínimo de 3 meses) y servicios más completos.
4. La evaluación es el primer paso en el tratamiento. Una historia de uso de alcohol o drogas sugiere la necesidad de tener una evaluación exhaustiva para determinar la naturaleza y el alcance de los problemas del individuo, establece que otros problemas existen en otras áreas que puedan afectar la recuperación y posibilita la formulación de un apropiado plan de tratamiento. Desórdenes de personalidad y otros problemas de salud mental prevalecen en las poblaciones en conflicto con la ley, por lo tanto la evaluación debería de incluir la valoración de ésta y un tratamiento planeado para dichas problemáticas.

5. Adaptar los servicios a las necesidades de los individuos es una parte importante de los tratamientos efectivos para poblaciones que tienen problemas con la justicia. En general, el tratamiento de drogas debe trabajar con la motivación, solución de problemas, desarrollo de habilidades para resistir el uso de drogas y la conducta criminal. Las actividades deben dirigirse a suplantar el uso de drogas y las conductas criminales y apoyar en la reflexión acerca de las consecuencias de las conductas.
6. El monitoreo del uso de drogas durante el tratamiento es necesario y debe de ser cuidadoso. Monitorear el uso de drogas mediante prueba de orina u otros métodos objetivos, es parte del tratamiento de la supervisión de la justicia criminal, ya que provee una base para evaluar y dar retroalimentación del progreso del participante en el tratamiento.
7. El tratamiento debe enfocarse a factores que están asociados a la conducta criminal. El pensamiento criminal es una combinación de actitudes y creencias que sustenta el estilo de vida “criminal”, por ejemplo aquellas creencias de que la conducta criminal está justificada. Este patrón de pensamiento contribuye al uso de drogas y a la conducta criminal. El tratamiento que provee entrenamiento en habilidades cognitivas específicas para ayudar a los individuos a reconocer los errores de juicio que los llevan al abuso de drogas y comportamiento criminal, podrían mejorar los resultados.
8. La supervisión de la justicia criminal debe incorporar tratamiento planeado para infractores y los proveedores de los servicios deben de estar alerta de los requerimientos de supervisión criminales. Los proveedores de los servicios deben colaborar con el personal de staff de la justicia criminal para evaluar el plan de tratamiento individual y asegurarse de los requerimientos de supervisión, así como las necesidades de cambio de la persona que puede incluir: servicio de guardería, servicios médicos, psiquiátricos y sociales; asistencia vocacional y de trabajo.

9. El seguimiento a los consumidores de drogas, que se están reintegrando a la sociedad es esencial. Los infractores que terminan el tratamiento estando bajo prisión y continúan tratamiento en la comunidad tienen los mejores resultados.
10. Un equilibrio entre recompensas y sanciones fomenta conducta pro-social y mayor participación en el tratamiento. Es importante reforzar la conducta positiva, con reforzadores sociales como el reconocimiento por el progreso, ya que esto puede ser efectivo, así como dar sanciones consistentes, predecibles y claras ante el incumplimiento de la conducta.
11. Los infractores que tienen problemas concurrentes de abuso de drogas y problemas de salud mental requieren un tratamiento integrado. La presencia de comorbilidad psiquiátrica en una persona con abuso de drogas requiere una aproximación que combine el tratamiento de abuso de drogas con tratamiento psiquiátrico, incluyendo el uso de medicación.
12. La medicación es una parte importante del tratamiento para muchos de los infractores que abusan de las drogas. Se ha visto que la metadona, buprenorfina y la naltrexona ayudan a reducir el uso y deberían de estar disponibles para los individuos que van a obtener un beneficio de éstos. Por otro lado, las estrategias conductuales pueden incrementar la adherencia a los regímenes de medicación.
13. La planeación del tratamiento para infractores que abusan de las sustancias que se están integrando a la comunidad o que ya están viviendo en ella debe incluir estrategias para prevenir y tratar condiciones severas como enfermedades médicas crónicas como el VIH, hepatitis B o C y tuberculosis. La tasa de enfermedades infecciosas como la hepatitis, tuberculosis y VIH son mayores en los infractores que han sido encarcelados y en los que están bajo supervisión en la comunidad que en la población en general (National Institute on Drug Abuse, 2006).

Además, la investigación muestra que el tratamiento para el abuso de drogas puede funcionar aun cuando el individuo entra bajo mandato legal (National Institute on Drug Abuse, 2006).

3.2. PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS ADICTIVAS

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es un programa basado en la evidencia ya que se ha comprobado su alto nivel de efectividad (Barragán, González, Medina-Mora, & Ayala , 2005). Fue adaptado a población mexicana del Community Reinforcement Approach (CRA) desarrollado por Hunt y Azrin en 1973

El PSC ha sido aplicado tanto en versión individual como grupal. En un estudio para usuarios con dependencia al alcohol y diagnóstico dual, se aplicó el PSC en modalidad grupal favoreciendo la reducción tanto en el consumo como en la sintomatología del diagnóstico dual, en la incidencia de determinantes de recaída e incrementando la satisfacción personal y la autoeficacia para resistirse al consumo (Mejía, 2012).

Dicho programa está dirigido a personas que tienen un nivel de dependencia sustancial o severa a las drogas ilegales o al consumo de alcohol; que han presentado recaídas e pérdidas en diferentes áreas de su vida (física, laboral/académico, familiar, social, legal, psicológico, económico y/o personal).

Por lo tanto, el objetivo del programa es que los usuarios lleguen a la abstinencia del alcohol o drogas mejorando las áreas que rodejan al individuo como la: social, familiar, laboral, interpersonal, entre otras. Ya que se observa que en las personas que presentan una dependencia severa, estas áreas han disminuido su valor reforzador.

Éste consiste en la aplicación de 12 componentes, los cuales van dirigidos a identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario se proponga.

En la tabla 3.2 se observan estos componentes, así como su objetivo (éste, dirigido al usuario). Adicionalmente, se incluye un componente llamado el “otro significativo” en caso de que el usuario haya decidido que un familiar o amigo suyo no

consumidor participe en el tratamiento para favorecer cambios en su ambiente inmediato y propiciar interacciones familiares, sociales y de apoyo.

Tabla 3.2 Componentes y objetivos del Programa de Satisfactores Cotidianos.

No.	Componente	Objetivo (dirigidos al usuario)
1	Análisis funcional de la Conducta de consumo.	Identificar situaciones de riesgo, consecuencias que pueden reforzar la conducta de consumo y pueden ser elegidas como metas a alcanzar mediante conductas alternativas de cambio.
2	Análisis funcional de la conducta de no consumo.	Identificar conductas placenteras y pro-sociales que ya utiliza y que puede incrementar.
3	Muestra de abstinencia.	Experimentar los beneficios de mantenerse sin consumo y facilitar la negociación del mantenimiento de la abstinencia
4	Metas de vida Cotidiana	Adquirir habilidades para establecer metas en las diferentes áreas de su vida cotidiana, planes y períodos para su consecución.
5	Habilidades de Rehusarse al consumo	Enfrentar situaciones de riesgo de consumo externas e internas eficazmente mediante el aprendizaje y utilización de las habilidades de rehusarse al consumo.
6	Habilidades de comunicación.	Mejorar la comunicación entre él y las personas con las que convive para lograr mayor satisfacción en sus relaciones interpersonales y propiciarse un ambiente más favorable.
7	Habilidades de solución de problemas.	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 y consecuentemente mantenerse abstinentes.
8	Búsqueda de empleo	Adquirir habilidades para conseguir o mantener un empleo satisfactorio y libre de precipitadores al consumo.
9	Consejo Marital	Incrementar su satisfacción marital mediante el aprendizaje de habilidades que les permitan mejorar su comunicación, intercambio de gratificación y solución de problemas mediante el establecimiento de acuerdos.
10	Habilidades sociales y recreativas.	Adquirir conductas que le permitan establecer actividades que compitan con el consumo y que apoyen la abstinencia.
11	Control de emociones	Ejercitar estrategias necesarias para el control de la intensidad y la duración de las emociones desagradables de enojo, tristeza, ansiedad y celos para favorecer el mantenimiento de su abstinencia.
12	Prevención de recaídas	Aprender a prevenir el consumo de alcohol y/o drogas, identificando posibles situaciones de riesgo y haciendo planes de acción para prepararse a enfrentar con eficiencia y sin consumo situaciones difíciles a futuro.

El programa se enfoca en los problemas observados durante la evaluación inicial, es decir, que los componentes de habilidades no tienen un orden estricto en la impartición del entrenamiento. El orden en que el terapeuta proporciona el entrenamiento en los diferentes componentes de intervención, depende de las necesidades del usuario identificadas por el terapeuta por medio de la evaluación, del componente de Metas de Vida Cotidiana y del reporte del usuario respecto a situaciones específicas de riesgo que necesite enfrentar en ese momento (Barragán, González, Medina-Mora, & Ayala , 2005).

En el capítulo cuatro, se presentará la aplicación del PSC en personas en conflicto con la ley en *modalidad grupal* ya que a partir de las modificaciones en el año 2009 en la Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código de Procedimientos Penales, la demanda de usuarios de sustancias en el Centro de Integración Juvenil, Iztapalapa Oriente, aumentó considerablemente. Esto cobra gran relevancia ya que a los usuarios de drogas que anteriormente estaban en la cárcel cumpliendo una condena por su adicción, ahora se les realiza una liberación condicionada a un tratamiento, el cual para algunos de ellos es la mejor vía de cumplir una condena. En este sentido, en el siguiente apartado se revisarán dichas modificaciones.

3.3. REFLEXIONES SOBRE LA LEY EN MÉXICO PARA EL TRATAMIENTO DE USUARIOS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EN CONFLICTO CON LA LEY.

El director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas para el Control de Drogas y el Delito cita lo siguiente en el prefacio del Resumen Ejecutivo del Reporte Mundial de Drogas (UNODC, 2012) “*se reconoce cada vez más que el tratamiento y la rehabilitación de los consumidores de drogas ilícitas son más eficaces que el castigo. Desde luego, no se trata de abandonar las actividades de aplicación de la ley; más bien, la oferta y la demanda deben complementarse. Esto significa equilibrar nuestros esfuerzos de lucha contra el tráfico de drogas con programas de desarrollo alternativo para los agricultores y apoyar la rehabilitación de los consumidores de drogas y su reinserción en la sociedad*”.

Asimismo, la Oficina de las Naciones Unidas para el Control de Drogas y el Delito recomienda un enfoque centrado en los derechos humanos y en la concentración de esfuerzos en la demanda de drogas, la rehabilitación y la reinserción, el desarrollo alternativo, la responsabilidad común y los derechos humanos fundamentales (UNODC, 2012).

Con base en lo anterior, comienzo señalando que durante muchos años se ha visto que las personas que tienen problemas de adicción se les tiene que castigar, y se ha percibido que la adicción es un *vicio*, más que una enfermedad. En México, no estamos lejos de ese paradigma, ya que el tratamiento que se da en la mayoría de los centros de Rehabilitación establecidos por Asociaciones Civiles llamados también “Anexos”, tiene como una de sus principales características el maltrato y el no respeto a los derechos humanos. Por lo que a partir de los últimos años se están haciendo grandes esfuerzos tanto por insituciones gubernamentales como privadas en cambiar el paradigma de la adicción como un problema de moral a un problema de salud y se han hecho también modificaciones a la Ley General de Salud, al Código Penal Federal y al Código Federal de Procedimientos Penales con la finalidad de que al usuario de drogas se le perciba como un enfermo más que como un delincuente y por consiguiente tenga derecho a un tratamiento con un enfoque integral y basado en el respeto a su dignidad como ser humano.

El decreto por el cual se reformaron, adicionaron y derogaron diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de los Códigos Federales antes mencionados se publicó en el Diario Oficial de la Federación el día 20 de agosto del 2009 y entró en vigor al día siguiente de su publicación.

En estas modificaciones en la Ley se dispuso que el tiempo dado a las entidades federativas para realizar las acciones necesarias para el cumplimiento de éstas fuera de tres años. Por lo que en agosto del 2012 ya todas las entidades tendrían que haber hecho procedimientos para cumplir con estos cambios.

Otra consideración para cumplir lo dispuesto en el artículo 474 de la Ley General de Salud tanto las legislaturas locales y la Asamblea Legislativa del Distrito Federal tendrían un plazo de un año a partir de la entrada en vigor para adecuar la

“legislación que corresponda” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión , 2010).

Se contempló que “a las personas que hayan cometido un delito de los contemplados en el presente Decreto con anterioridad a su entrada en vigor, incluidas las procesadas o sentenciadas, les serán aplicables las disposiciones vigentes en el momento en que se haya cometido” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión , 2010).

Las modificaciones se observan en la tabla 3.3.

Tabla 3.3. Modificaciones en diversas disposiciones legales.

Ley General de Salud.		Código Penal Federal		Código Federal de Procedimientos Penales	
Artículo	Modificación	Artículo	Modificación	Artículo	Modificación
3°	Fracción XXIII	195	Se reforma	137 Fracción IV y V	Se reforma
192	Párrafo Primero	195 bis	Se reforma	194 Inciso 12 de la Fracción I y la fracción XV	Se reforman
13	Adición de apartado C	199	Se reforma	523	Se reforma
191	Adición de párrafo segundo	194 Fracción I	Adición de párrafo tercero y cuarto.	526	Se reforma
192	Se añade: Bis, Ter, Quáter, Quintus, Sextus.			527	Se reforma
193	Se añade: Bis.			El nombre del Capítulo III "De los que tienen el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos "	Se nombra: "De los farmacodependientes"
204	Adición párrafo segundo.			137	Se adiciona una Fracción VI
Título XVIII	Se añade capítulo VII de los artículos 473-482			180	Se añade el bis
				524	Se derogan
				525	Se derogan

Como se observa en la tabla anterior hubo cambios en títulos, capítulos y artículos tanto de la Ley General de Salud, como del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales.

Estas reformas a la Ley le dan atribuciones a instituciones del sector salud para proporcionar servicios tanto de orientación como de tratamiento, (con base en el artículo 199 del Código Penal Federal) a personas que pueden o no tener un problema de adicción, pero a las cuales se les otorgó una condena condicionada por el delito cometido y a las que se les exige un tratamiento que se dará seguimiento con “vigilancia de la autoridad ejecutora”. Sin embargo, en el momento en que se recibió a este tipo de usuarios en el Centro de Integración Juvenil (CIJ) de Iztapalapa Oriente por los profesionales y/o psicólogos ahí adscritos aún no se establecían tratamientos acordes a las características de estos individuos, además de que no se contaba con la capacidad operativa para la alta demanda de usuarios, por lo que la implementación del tratamiento se daba en una modalidad grupal. En el capítulo 4, se describe esto con más detenimiento.

Por lo tanto resulta necesario la ejecución de mecanismos estandarizados para la derivación, diagnóstico, tratamiento, reinserción social y seguimiento de los usuarios para que el objetivo sustancial de la Ley se cumpla.

En el capítulo XV “Derivaciones a tratamiento por mandato ministerial y judicial” del libro cinco Actualidades en Adicciones (Del Río Rebolledo & García Silva, 2012) se señala la realización de un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Juicio Oral, A.C. (IMEJO) en el cual se hizo un diagnóstico de aplicación de las disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código de Procedimientos Penales en materia de narcomenudeo y su impacto en las instituciones de Salud y algunos de sus supuestos y resultados se mencionan a continuación:

1. Las reformas a la Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código de Procedimientos Penales no están beneficiando a los consumidores y/o con problemas de adicción.

2. El 99.05% de las personas derivadas a tratamiento refirieron contar con antecedentes penales y haber delinquido.
3. El ministerio público no realiza un diagnóstico del nivel de consumo del usuarios de drogas (consumidor ocasional o dependiente).
4. Tanto las instituciones de salud como las procuradurías no tienen un control del número de reportes de las personas que fueron derivadas a tratamiento después de casi dos años de la aplicación de la Ley.
5. Hay una falta de seguimiento por parte del ministerio público de los casos referidos a las instancias de salud.
6. La mayoría de las personas derivadas a instancias de salud a tratamiento (90%) hacen caso omiso de la notificación.
7. Las insituciones de salud como de procuración de justicia enfrentan insuficiencia en recursos materiales y humanos para atender adecuadamente los casos.
8. Falta la realización de un protocolo para la canalización de casos para tratamiento entre instancias de procuración de justicia y de salud, *“lo que genera desfases, dobles canalizaciones, falta de oportunidad para enganchar en el tratamiento a las personas y genera inseguridad por no diferenciar casos de farmacodependientes de narcomenudistas”* (Del Río Rebolledo & García Silva, 2012).
9. *“De las personas derivadas para tratamiento solamente llega un 10%, del cual únicamente se engancha a tratamiento la mitad y de esos, sólo la mitad lo concluye”* (Del Río Rebolledo & García Silva, 2012).
10. Los centros de tratamiento han incrementado un 40% en promedio la atención que brindan.

Con base en lo anterior se observa que aún falta implementar protocolos de diagnóstico y referencia en las intituciones ministeriales y judiciales; de reforzar el tratamiento en las cárceles y en las instituciones de salud, y seguimiento en las cuatro anteriores, esto para cumplir con lo mandado por la Ley general de salud y por los códigos mencionados. Sin embargo ya varios países han implementado modelos de justicia para la población consumidora, como es el Modelo de Cortes de

Drogas, el cual surgió a finales de la década de los 80's en el condado de Dade-Miami, Florida (Cadena Montoya, 2012).

Este modelo opera bajo el supuesto que, las personas con un problema de adicción que reciben la oportunidad de tratamiento y rehabilitación social en la comunidad (en libertad) tiene mayores posibilidades de éxito y se establece así *“como una alternativa al tratamiento carcelario”* (Dorantes Martínez, 2012).

En el 2009 se contabilizaron 2,459 Tribunales de Drogas en los E.U.A y se han hecho réplicas y adaptaciones en Canadá, Australia, Bermuda, Islas Caimán, Reino Unido, Jamaica, Escocia, Nueva Zelanda, Mauritania, , Puerto Rico y Chile (Dorantes Martínez, 2012). En México, en el estado de Nuevo León se ha comenzado a trabajar para la implementación de dicho modelo a partir del 2008, sin embargo fue el 1º de Septiembre del 2009 que el Consejo de la Judicatura aprobó que el Juzgado de Preparación Penal del Segundo Distrito Judicial del Estado diera inicio al programa Tribunal para el Tratamiento de las Adicciones, bajo los principios del concepto de justicia terapéutica (Cadena Montoya, 2012).

Los resultados que ha tenido la implementación de este modelo de justicia terapéutica en el estado de Nuevo León aún son preliminares. Sin embargo de acuerdo a Cadena (2012), *“los primeros cuatro participantes del programa egresaron rehabilitados del mismo (21 de junio del 2011) y un segundo grupo compuesto por 14 participantes egresaron el 16 de marzo del 2012 y que en su totalidad concluyeron su educación básica, el tiempo promedio en que se mantuvieron libres de consumo antes de su egreso del programa fue de 556 días”*. Lo anterior nos da cuenta, que es un proyecto reciente y que aún falta observar el progreso en la aplicación, así como en los resultados. Pero lo importante de esto, es que se está dando esta iniciativa para no criminalizar la conducta del consumidor y se refuerza la idea de que el “adicto” no necesita cárceles sino asumirse como un sujeto responsable de sus actos y por lo tanto de su cambio a nivel individual en diferentes áreas de su vida, esto con apoyo de varios actores involucrados (personal de salud, policías, jueces, asociaciones pro-empleo, etc) que tratan de

escucharlo desde su área de conocimiento, y de motivarlo para su rehabilitación integral.

CAPÍTULO 4. APLICACIÓN GRUPAL DEL PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS EN USUARIOS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EN CONFLICTO CON LA LEY.

4.1. ESCENARIO

Dentro del Programa de Residencia de la Maestría en Psicología de las Adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM, se trabajó en intervención terapéutica en los Centros de Integración Juvenil con sede en Iztapalapa Oriente.

Centros de Integración Juvenil (CIJ) es una asociación civil incorporada al sector salud en 1969 con el objetivo de atender el consumo de drogas entre los jóvenes (CIJ, 2012). Sin embargo en la actualidad no sólo atiende a población juvenil sino también a la adulta. Los CIJ proporcionan servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación.

El proceso de ingreso de un paciente en el CIJ Iztapalapa Oriente comienza a partir de la aplicación de la Entrevista Inicial (E.I.) o consulta de primera vez y en ésta se determina el servicio al que se asignará al usuario (terapia individual, grupal, orientación preventiva familiar, entre otros). En este sentido en el CIJ Iztapalapa Oriente, a la gran parte de los usuarios que presentan como condicionantes de la solicitud, condicionamiento legal se asigna a Terapia Grupal (T.G.) De este modo el grupo es abierto y el límite de personas puede ser de hasta de 30 por grupo. En este sentido (número alto de personas por grupo) el trabajo terapéutico es difícil de implementar de una forma sistemática y con objetivos específicos por individuo. Sin embargo se hace de esta forma ya que la demanda del servicio es muy alta y los recursos humanos disponibles insuficientes. Una forma de solucionar esto, es que CIJ cuenta con un programa de Voluntariado, en el cual se incorporan personas de distintos perfiles profesionales y apoyan en las diferentes actividades del centro. Cabe señalar que de acuerdo al perfil son las acciones realizadas. Asimismo existen diferentes modalidades de Voluntariado, es decir, servicio social, voluntariados en sí, prácticas académicas. La modalidad en la cual se participó en el CIJ fue de Prácticas Académicas apoyando en la atención clínica de los usuarios. De este modo se me asignó un grupo de ocho usuarios de sustancias psicoactivas. En este sentido, es importante destacar que estos ocho usuarios estaban

inicialmente asignados a un grupo conformado por 20 personas y la dinámica empleada en ese grupo, era la presentación de cada usuario con la etiqueta de adicto, por ejemplo: “Soy un adicto a...” y posteriormente compartían las experiencias que habían pasado a causa del consumo de drogas, siendo la más común su vivencia en el reclusorio, problemas con la familia, etc. sin embargo se dividió por la terapeuta responsable con la finalidad de mejorar la calidad en la intervención terapéutica. Con este grupo de ocho, se implementó el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) para usuarios con dependencia a las sustancias adictivas (Barragán, González, Medina-Mora, & Ayala , 2005) durante el período del 20 de agosto del 2010 al 28 de junio del 2011.

Por lo que en este apartado se presentará el trabajo realizado con los ocho usuarios durante el período mencionado anteriormente, incluyendo método, procedimiento y resultados.

4.2. INSTRUMENTOS.

Los instrumentos aplicados en el PSC para evaluar: a) patrón de consumo; b) nivel de dependencia; c) autoeficacia; d) área emocional; e) satisfacción cotidiana y f) satisfacción del usuario al tratamiento se enlistan a continuación añadiendo una definición de cada inciso, así como la descripción de cada instrumento.

- a. Patrón de consumo. Es la medida en cantidad y frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas. Se evaluó con la Línea Base Retrospectiva (LIBARE), así como el auto-registro del consumo de sustancias.

Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell & Sobell, 1992). La LIBARE fue diseñada por Sobell y Sobell en 1992, es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario un año antes de haber iniciado el tratamiento, puede también ser utilizado durante y después de la intervención. Evalúa cambios específicos en el patrón de consumo, y permite identificar datos como: días y meses de mayor consumo, así como cantidad y frecuencia. Presenta una validez concurrente con la Escala de Dependencia al Alcohol [EDA] y con el cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST), con

correlaciones de .53. Presenta una confiabilidad test-retest de .91 (Barragán et al, 2006).

Auto-registro de consumo. El auto-registro es uno de los instrumentos de evaluación conductual que más beneficio tiene en el desarrollo de la formulación clínica, ya que permite la inclusión de instrucciones detalladas para que el paciente haga registros específicos de diversos aspectos de su comportamiento adictivo, no solamente en términos de descripción de respuesta, sino también de relaciones con otras variables de estímulo que se relacionan con el problema (Becoña Iglesias, 2011).

b. Nivel de Dependencia. Es el grado de dependencia a las sustancias psicoactivas. Se midió a través de la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y del Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20).

Escala de Dependencia al alcohol [EDA] (Skinner & Allen, 1982). Mide la dependencia al alcohol, que puede ir de baja hasta severa. Está conformada por 25 reactivos y las opciones de respuesta se clasifican en una escala de 3 puntos, incluyendo reactivos dicotómicos y algunos de cuatro puntos. La versión revisada del EDA correlacionó muy alto con la versión original ($r= 0.96$). En cuanto a los datos de validez, Skinner y Allen (1982) y Ross et al (1990) demostraron que este instrumento se asocia positivamente con medidas similares asociadas con el consumo excesivo y no con dependencia ($r=0.69$). Los datos de confiabilidad test-retest fue de 0.92, y se aplicó a 76 personas a las que se les aplicó nuevamente dicho instrumento después de una semana de terapia (Skinner & Horn, 1984).

Cuestionario de Dependencia a las drogas [CAD] (Skinner, 1982). El objetivo del instrumento, es medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando el consumo de drogas, y permite discriminar entre los que están clínicamente más involucrados y los menos involucrados en el consumo. Una calificación de cero indica que no se encontraron evidencias de problemas de abuso de drogas, mientras que

puntuaciones más altas corresponden a un grado mayor de problemas relacionados con el abuso de drogas. Los índices reportados de confiabilidad han variado de .95 a .86 para usuarios de alcohol y drogas (Barragán L. , González, Medina-Mora, & Ayala , 2005).

- c. Autoeficacia. La autoeficacia es la percepción de la confianza que tiene el usuario para enfrentar diferentes situaciones de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y fue evaluada a través del Cuestionario de Confianza Situacional.

Cuestionario de Confianza Situacional [CCS] (Annis, 1982). Este cuestionario evalúa el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo de alcohol o drogas ante diez categorías situacionales, las cuales se agrupan en ocho sub-escalas: a) emociones desagradables, b) malestar físico, c) emociones agradables, d) probando autocontrol, e) necesidad o tentación de consumo, f) conflicto con otros, g) presión social y h) momentos agradables con otros. El individuo indica en un porcentaje del 0% al 100% el nivel de autoconfianza para resistirse al consumo de alcohol en cada situación, donde el 0% sería nula confianza de resistirse al consumo y 100% confianza total de resistirse. Presenta una validez de constructo y confiabilidad adecuadas (Barragán L. , González, Ayala, & Medina-Mora, 2005).

- d. Área emocional. Es el área del individuo en la que se observan sus niveles de ansiedad y depresión y se midió con los Inventarios de Beck de Depresión y de Ansiedad.

Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer, & Garbin, 1988); (Jurado, y otros, 1998). Este inventario consta de 21 reactivos y su objetivo es conocer el nivel de depresión que presenta la persona, que puede ser mínima (0 a 9 puntos), leve (10 a 16 puntos), moderada (17 a 29 puntos) o severa (30 a 63 puntos). El individuo selecciona entre cuatro afirmaciones la que más se adecue a la forma en que se sintió la semana pasada o inclusive el día en que se aplica la prueba. A cada afirmación le corresponde un puntaje, que va de 0 a 3. El puntaje total indica el nivel de depresión del sujeto. El instrumento posee validez

concurrente con otros instrumentos y un alfa de Cronbach de 0.87 (Jurado, y otros, 1998).

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Steer, & Garbin, 1988);(versión adaptada en español por Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001). Este instrumento permite evaluar los síntomas de ansiedad. Consta de 21 reactivos que se contestan en una escala de 4 puntos, que pueden ser: “poco o nada”, “más o menos”, “moderadamente” y “severamente”. El puntaje total indica el nivel de ansiedad del sujeto. Si se obtiene un puntaje de 0 a 5 se clasifica como mínima, de 6 a 15 como leve, de 16 a 30 como moderada y de 31 a 63 como severa. Posee una validez de constructo adecuada y un alfa de cronbach de .83 (Robles, Varela, Jurado, & Páez, 2001).

e. Satisfacción Cotidiana. Es la percepción de la satisfacción cotidiana en diferentes áreas: consumo, progreso en el trabajo, manejo del dinero, vida social/recreativa, hábitos personales, relaciones familiares, relaciones de pareja/matrimoniales, vida emocional y comunicación. Se evaluó con la Escala de Satisfacción.

Escala de Satisfacción (Azrin, Naster, & Jones, 1973). Elaborado por Azrin et al. (1973), este instrumento detecta el nivel de satisfacción general del individuo en las principales áreas de su vida. Las áreas que evalúa son: 1) consumo/sobriedad; 2) progreso en el trabajo o en la escuela; 3) manejo del dinero; 4) vida social y recreativa; 5) hábitos personales; 6) relaciones familiares o matrimoniales; 7) situación legal; 8) vida emocional; 9) comunicación y 10) satisfacción general. Al usuario se le pide que establezca en una escala del 1 al 10 cómo se siente en esa área de su vida. Los puntajes cercanos a uno reflejan insatisfacción y aquellos que se acerca a 10 reflejan satisfacción. Su confiabilidad es de .76 mostrando una consistencia interna adecuada, así como validez de criterio (Barragán L. , González, Medina-Mora, & Ayala , 2005).

f. Satisfacción del usuario. Es la valoración que hace el usuario hacia la atención y el tratamiento brindado por el terapeuta y se evaluó a través de la aplicación del cuestionario de Satisfacción del Usuario.

4.3. PARTICIPANTES

Los participantes del grupo fueron ocho usuarios de sustancias psicoactivas del sexo masculino. La edad promedio de los participantes fue de 35 años, en el rango de 18 a 51. La mayoría de éstos eran solteros (cinco de ocho) con un nivel de estudios heterogéneo que iba desde primaria inconclusa hasta licenciatura. La principal ocupación reportada por los participantes fue llevar a cabo un oficio (plomería, albañilería y/o herrería). El estrato social oscilaba de bajo a medio (tabla 4.1).

Tabla 4.1. Características socio demográficas de los usuarios.

No.	Usuarios	Edad	Edo. Civil	Ocupación	Escolaridad	Estrato social
1	A.A.	51	Casado	Plomero	Primaria	Bajo
2	E. V. M.	31	Soltero	Empleado de ventas	Secundaria	Medio
3	C. Ch.	31	Casado	Comerciante	Secundaria	Medio bajo
4	J. M.	23	Soltero	Ayudante de pintor	Secundaria	Medio bajo
5	R. S.	42	Soltero	Ayudante de herrería	Primaria inconclusa (No sabe leer ni escribir)	Bajo
6	J. M. O.	41	Soltero	Músico	Licenciatura	Medio bajo
7	M. T. V.	41	Casado	Albañil	Primaria	Medio bajo
8	D. M. H.	18	Soltero	Desempleado	Primaria	Bajo

En el mismo sentido, los participantes eran usuarios de drogas legales e ilegales en su mayoría consumidores de marihuana (tabla 4.2). La muestra estuvo constituida originalmente por ocho usuarios de los cuales cinco terminaron el tratamiento y tres fueron dados de baja por inasistencia.

Tabla 4.2. Principal sustancia y patrón de consumo de usuarios participantes en la terapia grupal.

No.	Usuario	Principal sustancia de consumo	Años de consumo	Patrón de consumo		Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)		Escala de dependencia al Alcohol (EDA)	
				Frecuencia	Cantidad	Puntaje	Nivel de dependencia	Puntaje	Nivel de dependencia
1	A. A.	Mariguana	30 años	Diaria	4 cigarros.	16	Severo	*	*
2	E. V. M.	LSD, mariguana, cocaína, anfetaminas.	7 años	Abstinencia de 1 año. Antes de estar en abstinencia: 3 veces en la semana.	3 cigarros.	16	Severo	*	*
3	C. Ch.	Alcohol y cocaína	5 años	Abstinencia de 10 meses. Antes de estar en abstinencia: 3 veces en la semana.	5 papeles de cocaína.	16	Severo	4	No hay evidencia de dependencia
4	J. M.	Mariguana	3 años	Quincenal	10 cigarros.	6	Moderado	*	*
5	R. S.	Mariguana	27 años	Diaria	3 cigarros.	18	Severo	*	*
6	J. M. O.	Alcohol y mariguana	8 años	Abstinencia de 5 meses. Antes de estar en abstinencia: 2 veces a la semana	15 copas de alcohol por ocasión de consumo y 2 cigarros.	16	Severo	23	Media
7	M. T. V.	Cocaína y alcohol	15 años	1 vez a la semana.	2 papeles y 8 copas por ocasión de consumo.	8	Moderado	5	No hay evidencia de dependencia
8	D. M.H.	Inhalables	3 años	1 vez a la semana.	3 monas por ocasión de consumo.	10	Moderado	*	*

* No se aplicó ya que no presentaba consumo de alcohol.

El promedio general del nivel cognitivo a través de la aplicación de las sub-escalas del WAIS (Símbolos y Dígitos; Retención de Dígitos) fue de 7.3. El promedio para repetición de dígitos fue de 6.4 (memoria a corto plazo) y 8.25 para símbolos y dígitos (retención de contenidos semánticos y simbólicos a nivel visual). Cabe resaltar que a lo largo de las sesiones hubo inasistencia de los usuarios, por eso, cinco de los ocho que comenzaron la intervención, fueron evaluados. Por otro lado, las diferencias individuales son importantes ya que un usuario no lee ni escribe (tabla 4.3).

Tabla 4.3. Resultados de las Subescalas del WAIS.

Usuario	Repetición de dígitos	Símbolos y dígitos
	Puntuación normalizada	Puntuación Normalizada
A.A	8	6
E.V.M	7	12
C.Ch.	6	7
J.M	7	8
R.S*	4	
Promedio	6.4	8.25
Promedio general	7.3	

* Usuario que no sabe leer ni escribir por lo que no se aplicó símbolos y dígitos.

Asimismo, a partir de la entrevista inicial realizada para el ingreso al Centro, así como en las sesiones grupales, los participantes reportaron presentar pérdidas y/o alteraciones en por lo menos tres áreas de la vida (tabla 4.4).

Tabla 4.4. Alteraciones físicas y pérdidas en áreas de funcionamiento de los usuarios atendidos.

No.	Usuarios	Alteraciones físicas debido al abuso de sustancias	Pérdidas en áreas de funcionamiento							
			Personal	Psicológicos	Familiar	Legal	Social	Emocional	Laboral	Económica
1	A.A.	Gastritis Pérdida de memoria Insomnio	*	Cambios de humor	Problemas en su matrimonio e hijos.	Estuvo en el reclusorio.	Pérdida de amigos	Ansiedad, desesperación.	Inestabilidad laboral	Falta de dinero.
2	E. V. M.	Gastritis-Colitis	Baja autoestima.	*	Dificultad para incluirse en el núcleo familiar.	*	Pérdida de interés en actividades.	Tristeza, pérdida de interés en actividades.	Exceso de trabajo	*
3	C. Ch.	Ansiedad	Baja autoestima.	*	Problemas de pareja.	Estuvo en el reclusorio.	Pérdida de interés en actividades.	Ansiedad, tristeza constante.	Falta de estabilidad laboral	Gastos excesivos y falta de dinero.
4	J. M.	Gastritis	*	Rasgos Sociopáticos (F60.9)	Resentimiento con la familia.	Estuvo en el reclusorio.	Problemas para relacionarse con el sexo opuesto.	Ansiedad, enojo constante.	Falta de estabilidad laboral	*
5	R. S.	Pérdida de un ojo y testículos.	Falta de higiene personal	Rasgos Sociopáticos (F60.9)	Peleas constantes con su madre.	Estuvo en el reclusorio.	Problemas para relacionarse con el sexo opuesto.	Ansiedad, enojo, tristeza.	Sin trabajo	Falta de dinero.
6	J. M. O.	Gastritis	Baja autoestima.		*	*	Problemas para relacionarse con el sexo opuesto.	Ansiedad, tristeza, desesperanza.	Falta de estabilidad laboral	*
7	M. T. V.	*	*		Problemas con su pareja y sus padres.	Estuvo en el reclusorio.	*	Ansiedad e irritabilidad	*	*
8	D. M. H.	*	Falta de higiene personal		Problemas constantes con sus padres.	*	Problemas para relacionarse con el sexo opuesto.	*	Sin trabajo	Falta de dinero.

* No identificado y/o no reportado.

Por otro lado, la mayoría de los usuarios (cinco de ocho) asistían por condicionamiento legal y por lo tanto no iban con una motivación al cambio. Esto se observó durante una de las sesiones iniciales con el grupo en la cual expresaban su motivo de asistencia, así como en los resultados obtenidos en el ejercicio de balance decisional en los que se observó una amplia variedad de respuestas a favor del consumo, y con pocos beneficios para dejar de consumir. Esto se muestra más claramente en la tabla 4.5.

Tabla 4.5 Resultados del Balance decisional.

	Ventajas	Desventajas
Consumir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relajación 2. Tranquilidad 3. Exaltación 4. Alcanzar estados mentales diferentes a los normales. 5. Satisfacción momentánea. 6. Consolación. 7. "Me quita el estrés" 8. "Me quita lo corajudo". 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estar de malas con la familia. 2. Gastar dinero que necesito.
No consumir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agilidad mental. 2. Integración familiar. 3. Libertad. 4. Físicamente bien. Estar bien con la familia. 5. Asumir responsabilidades en el gasto familiar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentir que no encajo con las demás personas. 2. Aburrido. 3. Estrés 4. Mal humor. 5. No ver a los amigos. 6. Sucio. 7. Irritado.

De estos cinco usuarios que asistían por condicionamiento legal todos ellos habían estado en el reclusorio por delitos contra la salud en modalidad de narcomenudeo de acuerdo al capítulo VII de la Ley General de Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión , 2010). El promedio de años en el reclusorio fue de 1.6 (tabla 4.6). De acuerdo a lo reportado por los usuarios, cuatro de ellos, acusados como narcomenudistas no comercializaban las sustancias, era para su consumo personal, sin embargo poseían más de lo permitido por el artículo 479 de la Ley General de Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión , 2010).

Tabla 4.6. Años de cárcel y delito cometido según la Ley general de Salud de usuarios del PSC.

No.	Usuarios	Delito cometido y Artículo de la LGS.	Tiempo en reclusorio
1	A.A.	Contra la salud. Art. 477	2 meses
2	C. Ch.	Contra la salud. Art. 477	2 años
3	J. M.	Contra la salud Art. 476	3 años
4	M.T.V	Contra la salud. Art. 477	2 años 3 meses
5	R.S.	Contra la salud. Art. 477	1 año

A partir de las últimas reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 27 de abril del 2010 de la Ley General de Salud y que entró en vigor en octubre del mismo año, se les otorgó la libertad condicional, es decir, se les “*exigió someterse a un tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación*” de acuerdo al artículo 481 de la Ley General de Salud así como el artículo 199 del Código Penal Federal (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2013). De este modo su principal condicionante al tratamiento era la cuestión legal.

A pesar de esto, se trabajó con técnicas basadas en las etapas de cambio. Esto se describirá más ampliamente en el apartado de procedimiento.

4.4. PROCEDIMIENTO

En este apartado se describirá el proceso realizado en la terapia grupal con ocho usuarios de sustancias psicoactivas y en conflicto con la ley. En este sentido se tomaron en cuenta los criterios de inclusión para participar en el PSC y estos fueron: 1) nivel de dependencia media o severa para el alcohol, que implica un puntaje en la Escala de Dependencia al Alcohol [EDA] de 22 a 47 puntos y/o un

nivel de dependencia sustancial o severa en el caso de drogas ilegales, o un puntaje en el Cuestionario de Abuso de Drogas [CAD] de 11 a 20 puntos; 2) consumir por ocasión de consumo 14 o más tragos estándar en el caso de los hombres, así como un consumo semanal de 20 o más copas y 15 o más copas respectivamente; 3) haber presentado recaídas e internamientos previos sin lograr un tiempo de abstinencia considerable; 4) presentar pérdidas en diferentes áreas de la vida cotidiana y presentar pérdidas y/o alternaciones en por lo menos 3 áreas: física, laboral/académico, familiar, social, legal, psicológico, económico y/o personal; 5) tener 18 años o más.

El número de sesiones implementadas fue de 42. Es decir fueron casi 11 meses de trabajo continuo. El periodo en el cual hubo una interrupción del tratamiento fue durante las vacaciones de diciembre (18 de diciembre al 6 de enero), que correspondía al 5° y 6° mes, esto debido al cierre de las instalaciones del CIJ Iztapalapa Oriente.

Las sesiones se llevaron a cabo una vez por semana y tenían una duración de 90 minutos aproximadamente. La estructura de cada sesión se hizo de la siguiente forma:

- a) Al inicio de cada sesión se revisaron situaciones de la vida de cada usuario, es decir cada integrante hablaba sobre lo que había experimentado en la semana y las dificultades que habían tenido. A partir de esto se trabajaba con solución de problemas y se realizaban planes de acción con cada miembro del grupo. Asimismo cuando se les dejaba alguna tarea o actividad, ésta se revisaba y se reforzaba la conducta en los usuarios que la realizaban y también se motivaba a los demás integrantes a llevarla a cabo.
- b) Se analizaba el auto registro de consumo de drogas.
- c) Se hacía un resumen de la sesión anterior, esto con la finalidad de reforzar los conceptos trabajados y se entendiera la lógica del programa.
- d) Posteriormente se comenzaba con la parte expositiva y de ejecución de los ejercicios.

La forma en la que se presenta el proceso del trabajo grupal durante estas 42 sesiones es en tablas. La primera tabla (tabla 4.7) contiene seis columnas tituladas: 1) *no. de sesión*, número consecutivo de las sesiones; 2) *fecha*, en la que se llevó a cabo la sesión; 3) *justificación*, apoya el trabajo realizado en cada una de las sesiones adicionales; 4) *objetivo*, establecido en cada sesión; 5) *estrategia*, técnicas utilizadas durante la sesión para el cumplimiento de los objetivos y; 6) *aproximación*, se refiere a la orientación teórica de la estrategia empleada .

En las siguientes tablas (4.8 y 4.9) también se observarán seis columnas, sin embargo, el título de la columna tres (justificación) es modificado por el de *componente*, el cual se refiere al tópico dado del PSC.

Esto se debe a que las primeras once sesiones tuvieron una aproximación motivacional (aunque esta forma de trabajo se observa en cada una de las sesiones) ya que los usuarios, como se describió anteriormente, asistían al centro por condicionamiento legal y la etapa de cambio en la que se encontraban era pre-contemplación.

En este sentido, la estructura del PSC fue modificada y estas sesiones iniciales adicionales se basaron en técnicas motivacionales con los siguientes objetivos: a) incrementar la disposición al cambio; b) promover la participación en el programa; c) eliminar etiquetas y; c) fomentar la integración grupal.

En la tabla 4.7. se observa el trabajo realizado en las primeras once sesiones adicionales.

Tabla 4.7 Primeras once sesiones de la Terapia grupal

PRIMERAS SESIONES					
No. sesión	Fecha	Justificación	Objetivo	Estrategia	Aproximación
1,2.	20-ago-10 27-ago-10	En el grupo anterior se presentaban “Soy un adicto a...”	Eliminar etiquetas para el trabajo grupal. Aclarar el significado del concepto adicción.	A través de lluvia de ideas de los miembros preguntarse ¿qué es ser un adicto?	Motivacional
3,4	03-sep-10 10-sep-10	Que los usuarios conozcan a través de información objetiva los conceptos del proceso adictivo.	Explicar el proceso adictivo	Expositiva (pizarrón)	Informativa y motivacional
5,6	23-sep-10 01-oct-10	Tener un mejor trabajo terapéutico para cumplir los objetivos de reducción de consumo de drogas.	Integrar al grupo para aumentar la confianza y expresar de mejor forma su problemática.	Dinámica grupal en la que cada uno se presentó y mencionó alguna actividad que le gusta hacer en sus tiempos libres incompatible con el uso de sustancias.	Motivacional
7, 8	08-oct-10 15-oct-10	La mayoría asiste por condicionamiento legal. Etapa: pre-contemplación.	Incrementar el nivel de motivación al cambio	Dar información de las consecuencias tanto positivas como negativas de las sustancias, esto con la participación de c/ integrante.	Psico-educativa Motivacional
9	22-oct-10	Etapa de cambio: contemplación.	Reforzar las consecuencias negativas del consumo.	A través de material visual (película réquiem por un sueño).	Psico-educativa

10 y 11	29-oct-10 5-nov-10	Etapa de cambio: contemplación.	Incrementar la motivación al cambio	Se instigó a que los usuarios participaran y dieran ideas para explicar el balance decisional. Se explicó el concepto de balance decisional y se realizó el ejercicio.	Motivacional
---------	-----------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--	--------------

A partir de la sesión número doce se comenzó con la implementación de los componentes del PSC (tabla 4.10).

Cabe resaltar que al mismo tiempo que se estaba trabajando con los usuarios en el PSC, los integrantes del grupo tenían seguimiento clínico con el médico-psiquiatra y éste les recetaba medicamento si el caso lo ameritaba. De los cinco usuarios que se mantuvieron constantes en el tratamiento del PSC, dos de ellos estaban medicados (tabla 4.8). En este sentido se daba seguimiento a los usuarios que habían sido medicados y se reforzaba el apego al tratamiento

Tabla 4.8. Medicamentos prescritos a usuarios del grupo del PSC.

Usuario	Medicamentos prescritos por el Médico del CIJ	Dosis prescrita
R.S.	Valproato de magnesio 200 mg	Una pastilla en la noche
	Amitriptilina 25 mg	Una pastilla en la mañana y una en la noche
A.A.	Amitriptilina 25 mg	Una pastilla en la mañana y una en la noche

También es importante destacar que se establecieron metas de tratamiento del patrón de consumo por usuario, con base al componente de muestra de abstinencia que realizó cada participante, así como a las características del patrón de consumo de cada participante (tabla 4.9).

Tabla 4.9. Metas de tratamiento del patrón de consumo por participante.

Usuario	Meta de tratamiento del patrón de consumo (frecuencia y cantidad).
A.A.	Abstinencia
E.V.M	Mantenerse en abstinencia
C.Ch	Abstinencia
J.M	Reducción
R.S	Reducción

Tabla 4.10. Inicio del Programa de Satisfactores Cotidianos.

INICIO DEL PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS					
No. sesión	Fecha	Componente	Objetivo	Estrategia	Aproximación
12	12-nov-10	Inicio del programa de Satisfactores cotidianos y evaluación.	Explicar a los usuarios las características y la estructura del programa. Realizar un diagnóstico grupal para guiar el tratamiento.	Se aclararon los objetivos del tratamiento y se analizaron expectativas de tratamiento. Aplicación de instrumentos de evaluación.	Motivacional y conductual
13	19-nov-10	Retroalimentación de resultados de evaluación y Análisis Funcional de la Conducta de consumo (AFC).	Que los usuarios conozcan el nivel de problemas relacionados con su conducta adictiva, el patrón de consumo, el nivel de depresión y ansiedad, así como las principales situaciones de consumo. Que los usuarios conozcan los componentes que están relacionados en la repetición de la conducta de consumo.	Ofrecer retroalimentación. Expositiva (Presentación power point y pizarrón). Al final se pregunta cada componente para observar si comprendieron.	Motivacional Cognitiva
14	26-nov-10	Continuación del Análisis Funcional de la Conducta de consumo.	Que los participantes identifiquen sus principales precipitadores para el consumo.	Ofrecer entendimiento. Ofrecer empatía.	Motivacional y Cognitivo-conductual

15	03-dic-10	Análisis Funcional de la Conducta de No Consumo.	Que los usuarios identifiquen una conducta incompatible con el consumo.	Expositiva. Se entrega el registro de ocurrencia de las actividades. Se instiga a los integrantes a que trabajen en lo cognitivo.	Psico-educativo. Cognitiva y motivacional.
----	-----------	--	---	---	---

Continuación Tabla 4.10. Inicio del Programa de Satisfactores Cotidianos

No. sesión	Fecha	Componente	Objetivo	Estrategia	Aproximación
16	10-dic-10	Continuación de Análisis Funcional de la Conducta de No Consumo.	Observar si los usuarios aplican la conducta de no consumo.	Ofreciendo retroalimentación. Uso de reforzamiento al que realice la tarea.	Motivacional y conductual.
17	17-dic-10 (antes de salir de vacaciones)	Muestra de abstinencia.	Incrementar el nivel de autoeficacia p/ enfrentar situaciones de riesgo.	Se recalcan los beneficios de no consumo. Se pide el ejemplo (modelamiento de los dos usuarios en abstinencia).	Modelamiento de ejemplos exitosos (teoría cognitiva social).
18	7-ene- 11 (Regresando de vacaciones).	Antidoping	Revisión del cumplimiento de la muestra de abstinencia.	Aplicación del Antidoping.	Fisiológica
19	14-ene-11	Reconocimiento del antidoping negativo.	Reforzar a los usuarios que cumplieron su muestra de abstinencia e incrementar la motivación al cambio a <u>determinación</u> en otros usuarios.	Reforzamiento positivo.	Conductual.

Con base en los resultados obtenidos del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), del Beck de ansiedad y depresión, y de la Escala de Satisfacción General, así como de las necesidades expresadas por los participantes, se estableció un orden en los componentes del programa. El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas [ISCD] (Annis & Martin, 1985); versión adaptada al español por De León y Pérez, (2001). Identifica las situaciones de riesgo asociadas al consumo de drogas en las que el usuario es más propenso a presentar una recaída. El individuo tiene que indicar la frecuencia con la que consumió drogas ante cada una de las situaciones. Consta de 60 reactivos y cada uno se contesta en una escala de 4 puntos: “nunca”, “rara vez”, “frecuentemente” y “casi siempre”. Está compuesto por 8 subescalas: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad o tentación de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. Posee una confiabilidad test-retest de .98 (De León & Pérez, 2001).

De acuerdo al ISCD, las principales situaciones de riesgo de consumo de drogas fueron: necesidad o tentación de consumo de drogas (33%), momentos agradables con otros (33%) y emociones desagradables (23%). En este sentido el porcentaje promedio es bajo (gráfica 4.1), por lo que se hizo un análisis por usuario y se observó que cada uno contestó “casi siempre” (valor de 3) exclusivamente en la situación en la que consumía (tabla 4.11). Por otro lado tanto en el Beck de depresión y ansiedad los principales reactivos contestados con el valor más alto fueron los relacionados con “irritabilidad y enojo”, seguido de “tristeza”, “falta de disfrute en las cosas”, “pérdida de satisfacción de las cosas en general” (tabla 4.12). En el caso de la Escala de Satisfacción General las cuatro áreas que puntuaron más bajo fueron: relaciones de pareja (4), vida emocional (5), comunicación (5) y relaciones familiares (6). Esto se observa en el gráfica 4.2.

Gráfica 4.1 Promedio de Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas (ISCD)

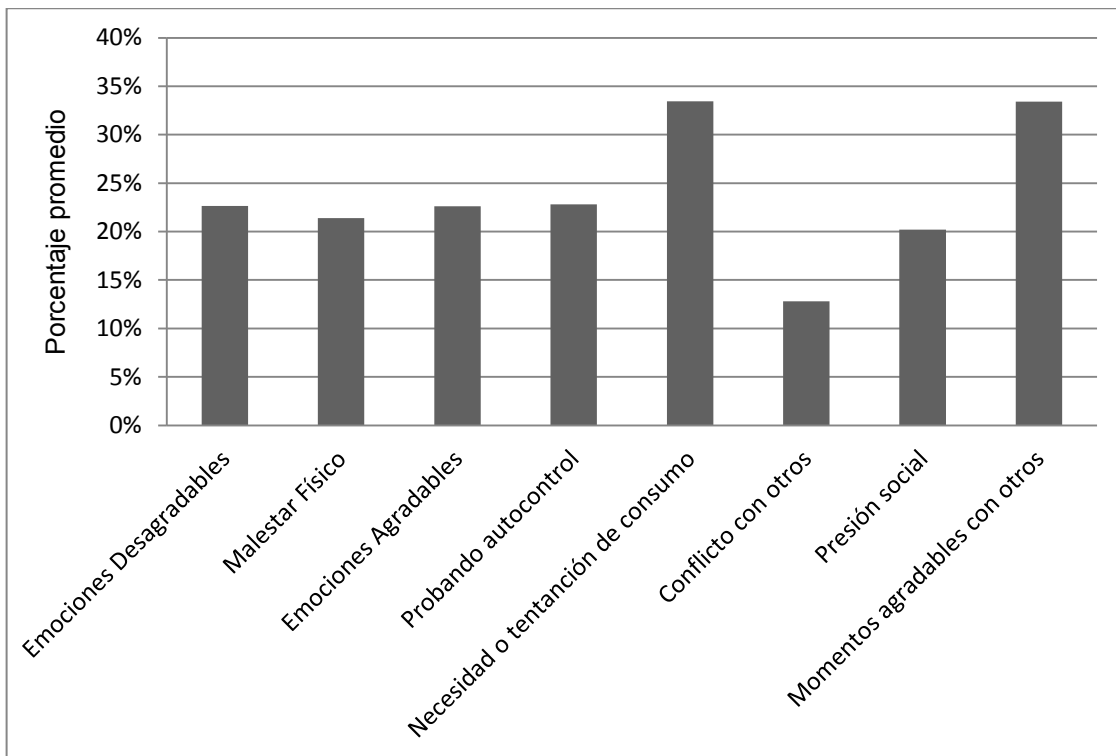


Tabla 4.11. Resultados del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas por usuario.

Área	A.A	E.V.M	C.Ch.	J.M.	M.T.V.	Promedio
Emociones Desagradables	13%	47%	23%*	7%	23%*	23%*
Malestar Físico	17%	57%	23%*	10%	0%	21%
Emociones Agradables	33%*	73%*	0%	7%	0%	23%
Probando autocontrol	13%	47%	27%*	20%	7%	23%
Necesidad o tentación de consumo	33%*	78%*	17%	17%	22%*	33%*
Conflicto con otros	12%	33%	12%	0%	7%	13%
Presión social	27%	47%	0%	20%*	7%	20%
Momentos agradables con otros	47%*	67%*	0%	33%*	20%*	33%*

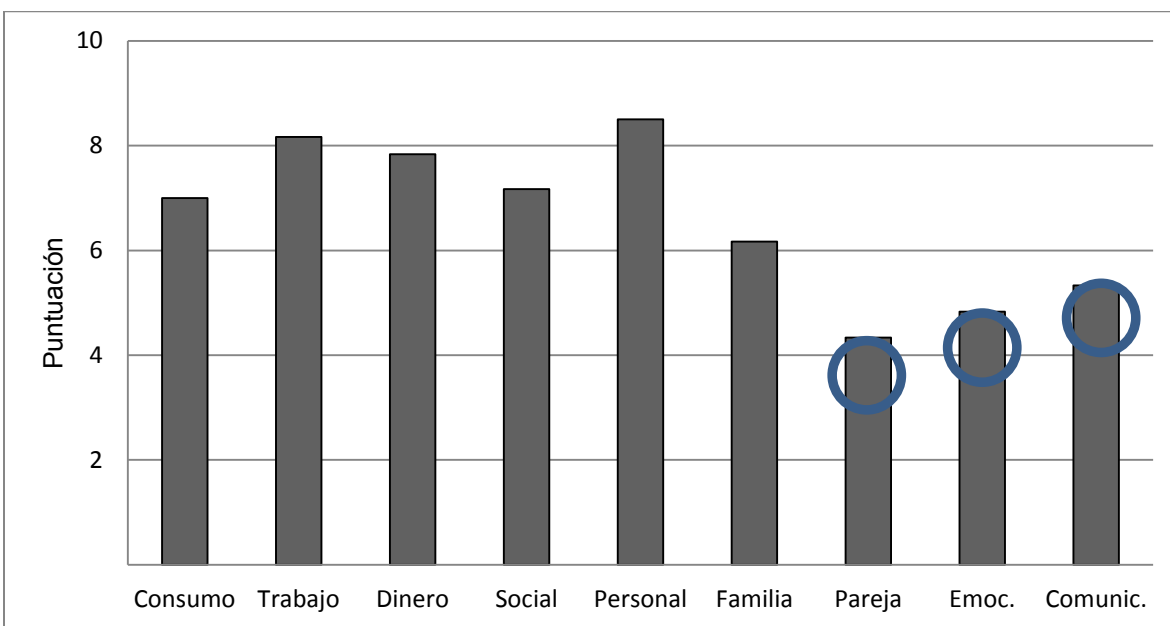
*Porcentajes más altos del ISCD por usuario.

Tabla 4.12. Resultados del Beck de ansiedad y depresión Pre tx.

Usuario	Nivel de ansiedad		Nivel de depresión		Indicadores
	Nivel	Puntaje	Nivel	Puntaje	
A.A	Moderada	28	Moderado	27	Tristeza* Falta de satisfacción* Irritabilidad y enojo* Falta de sociabilización Dificultad en la toma de decisiones Insomnio y problemas físicos
E. V. M.	Mínima	1	Mínima	4	Toma de decisiones Falta de disfrute en las cosas*.
C. Ch.	Leve	6	Mínima	5	Baja autoestima Irritabilidad y enojo*
J. M.	Mínima	4	Leve	12	Pérdida de sueño Más cansancio Querer perder peso Dificultad en la toma de decisiones Expresión de sentimientos Irritabilidad y enojo*
J.M.O	Moderada	22	Moderada	19	Percepción de sí mismo errónea Pérdida de interés en el sexo Tristeza* Pérdida de satisfacción en las cosas en general Pérdida de sueño

* Indicadores que se repiten en la mayoría de los usuarios (tres de cinco).

Gráfica 4.2.Promedio de Satisfacción General Pre



En este sentido el primer componente dado fue control de emociones comenzando por el control de enojo, seguido por el control de la ansiedad, control de la tristeza, habilidades de comunicación, solución de problemas, metas de vida cotidiana, habilidades sociales y recreativas y por último prevención de recaídas. (Tabla 4.11). Es importante señalar que tanto el componente de control de la ansiedad y tristeza se extendió en el número de sesiones, en promedio 5.5 por componente. Esto sucedió de esta manera ya que los usuarios expresaban diversas situaciones de riesgo como: problemas con la familia, conductas de alto riesgo, conductas delictivas, problemas de pareja, por lo que se daba un lugar de escucha y se trabajaba en la sesión con la solución de problemas, balance decisional, además se retomaban otros componentes acordes a las necesidades de los usuarios. Sin embargo al final de cada sesión se retomaba el componente de control de la ansiedad o de tristeza (según el caso), ya que era muy importante no dejarlos pasar, pues los pensamientos expresados por los usuarios, así como por los resultados obtenidos en la evaluación (mencionados anteriormente), soportaba la decisión de continuar con los mismos. En específico, el componente de control de ansiedad se dio en seis sesiones, aunque hubo tres sesiones en las que sólo se retomó al final (por las razones descritas antes). Y no se podía dejar de ver ya que dos usuarios estaban en reducción de consumo de marihuana, por lo que los

síntomas de abstinencia se manifestaban de una forma aguda y en este sentido las técnicas para el control de ansiedad eran necesarias.

En la tabla 4.13 se muestran los objetivos de cada componente y las estrategias utilizadas en cada uno.

Tabla 4.13. Orden de aplicación de componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos

PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS. ORDEN DE APLICACIÓN					
No. sesión	Fecha	Componente	Objetivo	Estrategia	Aproximación
20	21-ene-11	Muestra de abstinencia.	Que los usuarios que salieron positivo en el antidoping retomaran el compromiso con el no consumo.	Se renueva muestra de abstinencia en un usuario que cambia de contemplación a determinación.	Motivacional
21	28-ene-11	Control de emociones	Con base en las puntuaciones del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), Escala de Satisfacción General (ESG), Beck de depresión y ansiedad se decide trabajar con el manejo de emociones.	Lluvia de ideas. Expositivo. Se explica la importancia que tiene el control de las emociones.	Psico-educativo
22	04-feb-11	Control del Enojo	Enseñar estrategias para el control del enojo y disminuir el riesgo de consumo por éste.	Lluvia de ideas: Se pregunta a los usuarios sobre la importancia del control del enojo. Expositivo. Se explica la importancia que tiene el control del enojo. Lectura del folleto de control del enojo con el apoyo de los usuarios. Realización de ejercicios del folleto. Entrega de registro de ocurrencia.	Psico-educativo Cognitivo-conductual
23	11-feb-11	Control de la ansiedad	Enseñar estrategias para el control de la ansiedad y disminuir el riesgo de	Lluvia de ideas: Se pregunta a los usuarios la importancia del control de la ansiedad.	Psico-educativo Cognitivo-

			consumo por ésta.	<p>Expositivo. Se explica la importancia que tiene el control de la ansiedad.</p> <p>Lectura del folleto de control de la ansiedad con el apoyo de los usuarios.</p> <p>Realización de ejercicios del folleto.</p> <p>Modelamiento de ejercicios de relajación: respiración, tensión-distensión, visualización.</p> <p>Entrega de registro de ocurrencia.</p>	conductual
--	--	--	-------------------	---	------------

Continuación tabla 4.13. Orden de aplicación de componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos

PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS. CONTINUACIÓN ORDEN APLICACIÓN					
No. sesión	Fecha	Componente	Objetivo	Estrategia	Aproximación
24,25,26, 27 y 28	18-feb-11 25-feb-11 4-mar-11 11-mar-11 18-mar-11	Continuación Control de la ansiedad	Enseñar estrategias para el control de la ansiedad y disminuir el riesgo de consumo por ésta.	Lluvia de ideas: Se pregunta a los usuarios la importancia del control de la ansiedad. Expositivo. Se explica la importancia que tiene el control de la ansiedad. Lectura del folleto de control de la ansiedad con el apoyo de los usuarios. Realización de ejercicios del folleto. Modelamiento de ejercicios de relajación: respiración, tensión-distensión, visualización. Entrega de registro de ocurrencia.	Psico-educativo Cognitivo-conductual
29, 30, 31 , 32 y 33	25-mar-11 01-abr-11 08-abr-11 15-abr-11 29-abr-11	Control de la Tristeza	Enseñar estrategias para el control de la tristeza y disminuir el riesgo de consumo por ésta.	Lluvia de ideas: Se pregunta a los usuarios sobre la importancia del control de la tristeza. Expositivo. Se explica la importancia que tiene el control de la tristeza. Lectura del folleto de control de la tristeza con el apoyo de los usuarios. Realización de ejercicios del folleto. Entrega de registro de ocurrencia.	Psico-educativo Cognitivo-conductual

Continuación tabla 4.13. Orden de aplicación de componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos

PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS. CONTINUACIÓN ORDEN APLICACIÓN					
No. sesión	Fecha	Componente	Objetivo	Estrategia	Aproximación
34,35,36 y 37	06-may-11 13-may-11 20-may-11 27-may-11	Habilidades de comunicación	Que los usuarios mejoren sus habilidades de comunicación para mejorar su satisfacción en sus relaciones interpersonales.	<p>Lluvia de ideas: Se pregunta a los usuarios la importancia de mejorar las habilidades de comunicación Expositivo. Se explica la importancia de mejorar habilidades de comunicación.</p> <p>Lectura del folleto de habilidades de comunicación.</p> <p>Realización de ejercicios del folleto.</p> <p>Modelamiento de las habilidades de comunicación: iniciar conversaciones, compartir sentimientos, hacer críticas, saber escuchar, ofrecer entendimiento, asumir o compartir responsabilidad, ofrecer ayuda, dar reconocimiento, recibir reconocimiento, expresar desacuerdo, recibir críticas, solicitar apoyo.</p> <p>Entrega de registro de ocurrencia.</p>	Psico-educativo Cognitivo-conductual

38 y 39	3-jun-11 7-jun-11	Solución de Problemas	Enseñar estrategias para el control de la ansiedad y disminuir el riesgo de consumo por ésta.	Lluvia de ideas: Se pregunta a los usuarios la importancia de solucionar problemas en la vida cotidiana. Expositivo. Se explica la importancia que tiene la solución de problemas en su vida cotidiana. Lectura del folleto de solución de problemas y realización de ejercicios del folleto. Entrega de registro de ocurrencia.	Psico-educativo Cognitivo-conductual
---------	----------------------	-----------------------	---	---	---

Continuación tabla 4.13. Orden de aplicación de componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos

PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS. CONTINUACIÓN ORDEN APLICACIÓN					
No. sesión	Fecha	Componente	Objetivo	Estrategia	Aproximación
40	14-jun-11	Metas de vida	Que los usuarios identifiquen metas de vida a corto, mediano y largo plazo.	Se hizo la lectura de los doce hilos de oro, así mismo con ayuda de los miembros del grupo se leyó el folleto, se realizó el ejercicio de metas de vida y cada miembro llenó el formato de ejercicios y posteriormente se llevó a cabo la retroalimentación.	Psico-educativo. Cognitivo-conductual.
41	21-jun-11	Habilidades sociales y recreativas	Que los usuarios aprendan y desarrollen habilidades sociales y recreativas para elevar la satisfacción de vida cotidiana y por lo tanto disminuir el consumo de drogas.	Lluvia de ideas: Se pregunta a los usuarios acerca de la importancia de desarrollar habilidades sociales y de realizar actividades recreativas en su vida diaria con la finalidad de aumentar su satisfacción general. Expositivo. Se explica el componente de habilidades sociales y recreativas. Con apoyo de los usuarios se hace la lectura de las actividades que podrían realizar en su vida diaria. Se establecen junto con los usuarios las actividades que ellos proponen realizar por semana. Así mismo se hace una retroalimentación de las actividades recreativas de acuerdo a la factibilidad de las mismas.	Psico-educativo. Cognitivo-conductual.

En el apartado de Anexos se encontrarán los ejercicios realizados por los participantes del grupo en cada uno de los componentes del PSC aplicados.

En este caso, se observarán los ejercicios de sólo algunos usuarios ya que no todos los realizaban o algunos tenían inasistencia a la sesión, por lo que éste no se entregaba.

En el siguiente numeral se presentarán los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del PSC en su modalidad grupal.

4.5. RESULTADOS

En esta sección se presentarán los resultados de las variables medidas antes y después de la aplicación de las sesiones de tratamiento del PSC. Se realizó la comparación sólo de los usuarios que terminaron el tratamiento. Ya que como se señaló en el inciso de participantes, cinco de los ocho que ingresaron finalizaron el mismo.

La presentación de este apartado se hará con los siguientes puntos: a) patrón de consumo, medido a través de la LIBARE; b) Nivel de dependencia (CAD-20); c) percepción de la Autoeficacia, medido con el CBCS; d) área emocional con la aplicación de los instrumentos de Beck de ansiedad y depresión; e) satisfacción cotidiana, evaluado con la Escala de Satisfacción y; f) satisfacción del usuario con la aplicación del cuestionario de Satisfacción del PSC. Además se mostrarán los gráficos con promedios globales (del grupo), así como por usuario, con la finalidad de observar las diferencias individuales en cada una de las variables medidas.

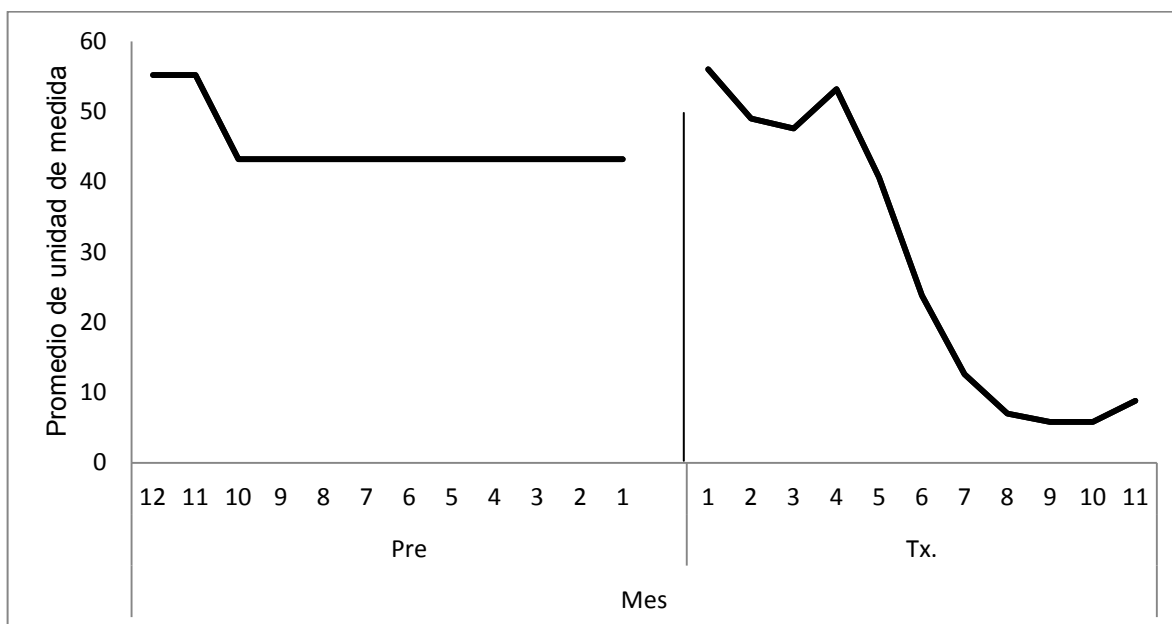
- a) Patrón de consumo. Dicho patrón se presenta de forma mensual, para hacer comparables los datos tanto de la libare como del auto-registro semanal realizado durante el tratamiento. De este modo se hizo una suma del consumo diario de cuatro semanas para obtener el dato por mes.

Con base en la explicación dada anteriormente, se observó una reducción y/o mantenimiento en el patrón de consumo mensual medido en frecuencia y cantidad en los cinco usuarios que terminaron el PSC. Sin embargo no en

todos se llegó a la abstinencia total, sino a una reducción del consumo que en este caso fue la meta del tratamiento en dos usuarios (R.S y J.M).

De este modo se presenta el promedio del patrón de consumo de los cinco usuarios (gráfica 4.3), que se obtuvo a partir de la unidad de consumo tanto de cigarrillos de marihuana como de papeles de cocaína. La unidad de medida para el cigarrillo de marihuana fue un cigarrillo de aprox. 5 gramos y del papel de cocaína de 500 miligramos aproximadamente.

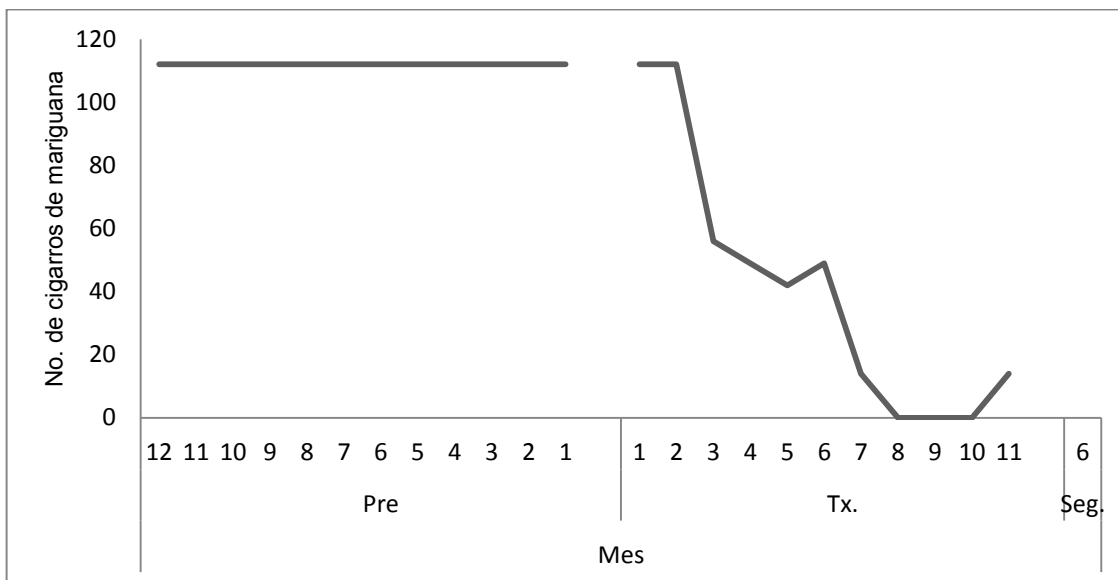
Gráfica 4.3. Promedio de unidad de medida de cigarrillos de marihuana y papeles de cocaína, pre-durante-pos tratamiento.



Asimismo se muestra el patrón de consumo por participante antes, durante y al finalizar la aplicación del PSC (gráficas 4.4 a 4.9), esto con la finalidad de analizar el cambio en cada uno de ellos. Además de resaltar el seguimiento realizado a los seis meses a dos de los cinco usuarios. Esto se hizo de esta forma ya que sólo se pudo contactar a estos participantes por vía telefónica para hacer la sesión de seguimiento en las instalaciones del CIJ. En las gráficas 4.4 y 4.5 se observan estos dos casos.

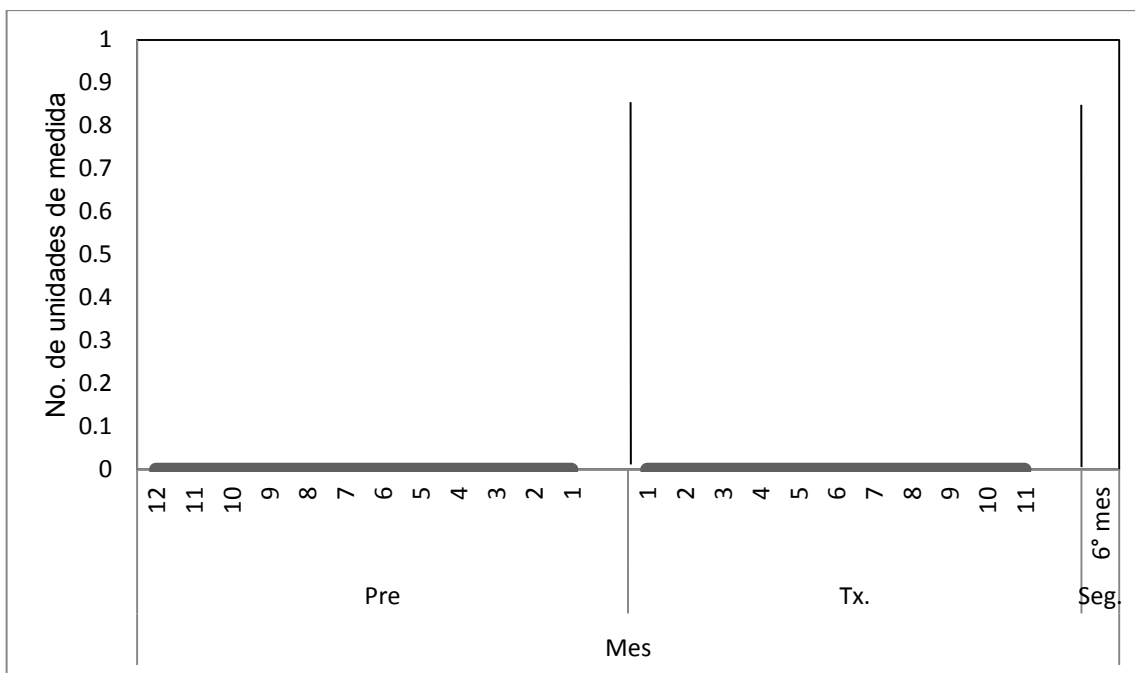
El usuario A.A presentaba un patrón de consumo de cuatro cigarros de mariguana diarios, es decir, 28 semanales y 112 mensuales. Cuando comenzó el tratamiento, mantuvo su consumo de cuatro cigarros diarios por dos meses (primeras 8 sesiones). Sin embargo a partir del tercer mes (sesión 9) disminuyó su consumo a dos cigarros de mariguana diarios. Esto sucedió de esta forma pues hubo un cambio de la etapa de pre-contemplación a contemplación como se describió anteriormente en el proceso de tratamiento (tabla 4.9). A partir de la semana 16 a la 18 (finales del 4to e inicios del 5to mes) disminuyó el consumo diario a un cigarrillo. Sin embargo durante las vacaciones que comprendieron tres semanas del 17 de diciembre al siete de enero (dos semanas restantes del 5to mes y la primera semana del 6° mes) así como las dos semanas subsecuentes aumentó su consumo a dos cigarros diarios, retomando su muestra de abstinencia a finales del 6° mes para disminuir su consumo en el 7°mes (2 primeras semanas consumió 1 cigarrillo diario y las otras dos restantes se mantuvo sin consumo). Durante el 8°,9° 10° mes y las dos primeras semanas del 11° mes se mantuvo en abstinencia de consumo, sin embargo a partir de la 3ª semana del 11° mes presentó una recaída con un consumo diario de un cigarro, esto ya que presentaba malestar y dolor de las articulaciones debido a una artritis reumatoide. Aunado a esto se daba consejo para asistir a tratamiento médico. Sin embargo por diferentes motivos no asistía. A pesar de esto, las últimas dos semanas del tratamiento se mantuvo sin consumo, además de que al 6° mes de haber finalizado el tratamiento seguía en abstinencia (gráfica 4.4).

Gráfica 4.4. Patrón de consumo pre-durante-post-seg 6° mes A.A.



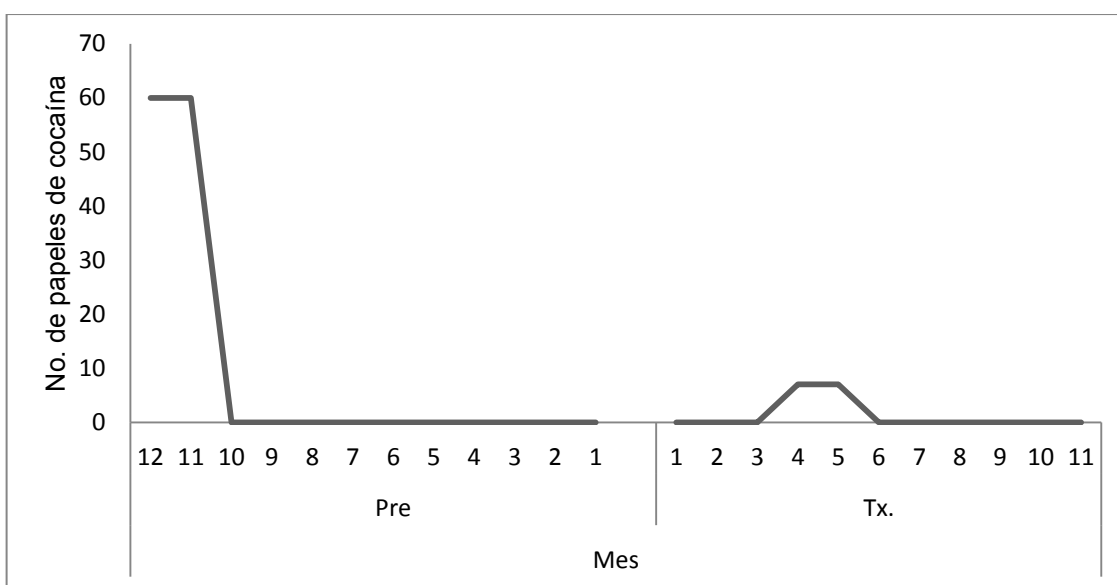
El usuario E.V.M, se encontraba en abstinencia de un año antes de entrar al tratamiento por lo que la meta de éste fue el mantenimiento. En este sentido se mantuvo en abstinencia durante el tratamiento, así como al finalizar éste y al 6° mes de seguimiento (gráfica 4.5).

Gráfica 4.5 Patrón de consumo pre-durante-post-seg 6° mes E.V.M



El patrón de consumo del usuario C.Ch se mantuvo en la mayoría de los meses del tratamiento, sin embargo en el 4° y 5° mes se observa una recaída en el consumo de cocaína. En la primera semana del 4° mes tuvo una recaída. Consumió siete papeles de cocaína en una noche. El otro episodio de consumo lo tuvo un día antes del festejo de navidad, en la segunda semana del 5° mes. Esto se presentó ya que el usuario experimentó emociones exacerbadas de tristeza por pensamientos relacionados a la “soledad”, pues en ese momento no estaba ya con su pareja, además de pensamientos sobre inferioridad acerca de su persona como: “yo no valgo la pena, mi pareja ya no quiere estar conmigo, sólo quiere mi dinero”. No se pudo contactar a este usuario para el seguimiento a los seis meses por lo cual no se tiene el registro de esto en la gráfica (gráfica 4.6).

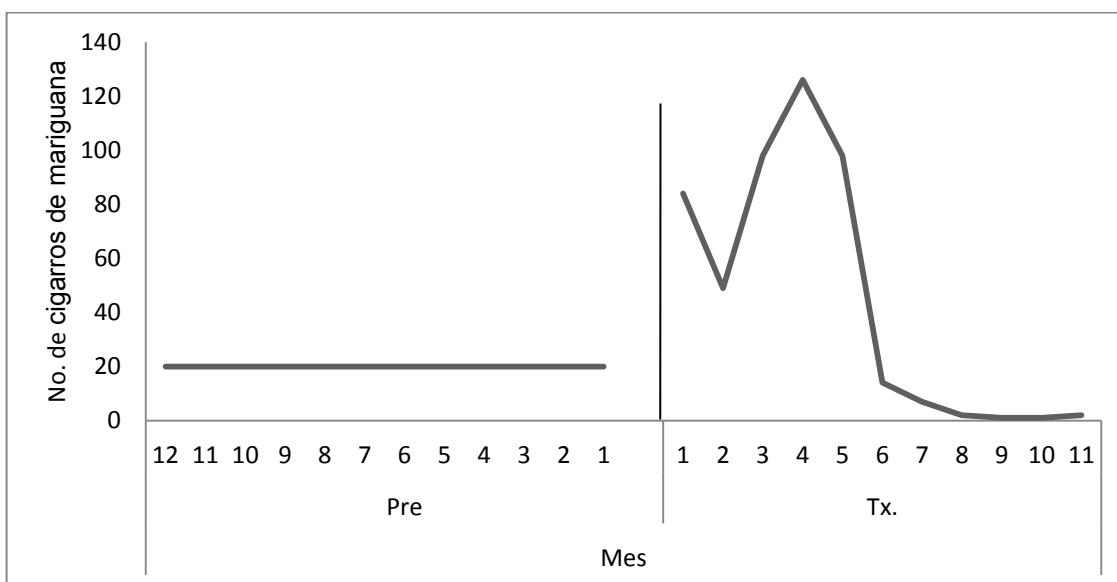
Gráfica 4.6. Patrón de consumo pre-post Tx. C.Ch.



Con relación al patrón de consumo del usuario J.M. se observa que aumentó de una forma sustancial los primeros meses del tratamiento en comparación con la línea base retrospectiva. El promedio de consumo por ocasión en la LIBARE es de 10 cigarros de marihuana quincenal. De esta forma consumía cuando se encontraba en el reclusorio. Sin embargo al salir del reclusorio y reinsertarse a un ambiente diferente, le causaba “*mucha ansiedad*” dicho esto por el mismo usuario. De esta forma el usuario incrementó el consumo en frecuencia más que en cantidad, ya que durante el primos del tratamiento reportó consumir tres cigarros

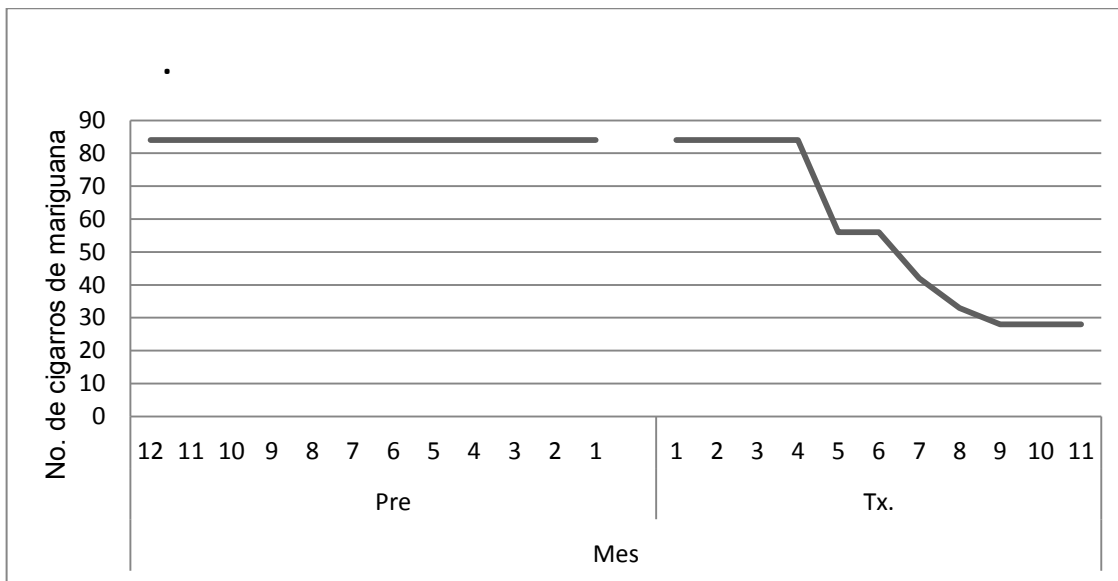
diarios, disminuyendo durante el segundo mes, ya que las primeras dos semanas de éste no presentó consumo, pero en la 3^a y 4^a semana sí. En la última semana del tercer mes y las tres primeras semanas del cuarto mes el consumo aumentó a cinco cigarros diario, disminuyendo la cantidad a dos cigarros diarios durante las primeras dos semanas del 5^o mes, con un consumo muy importante durante la semana del 24 al 31 de diciembre correspondiente a la tercera semana del 5^o mes. Posterior a ese periodo se mantuvo en un promedio de consumo de 0.1 cigarros diarios, es decir, sólo una “fumada” por día (gráfica 4.7).

Gráfica 4.7. Patrón de consumo pre-durante-post Tx. J.M.



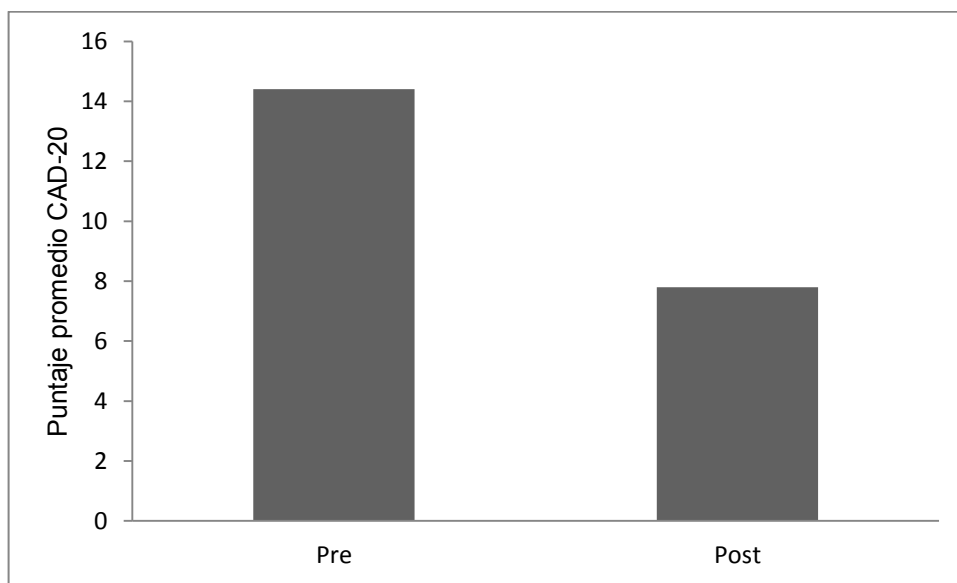
Por último, el patrón de consumo del usuario R.S. disminuyó durante y al finalizar el tratamiento comparado con su patrón anterior. En este caso, la meta del tratamiento fue disminución, ya que a partir de las sesiones iniciales esto fue lo que determinó el usuario. Además de esto, la historia de consumo de R.S. es de largos años (27 años de consumo) con una edad de inicio a los 15 años, por lo que el nivel de dependencia es severo y el déficit tanto a nivel cognitivo y en áreas de funcionalidad era sustancial. Aun así se observó una reducción gradual del consumo diario de cigarros de marihuana, pasando de tres diarios a uno diario como se observa en la gráfica 4.8.

Gráfica 4.8. Patrón de consumo pre-durante-post Tx. R.S



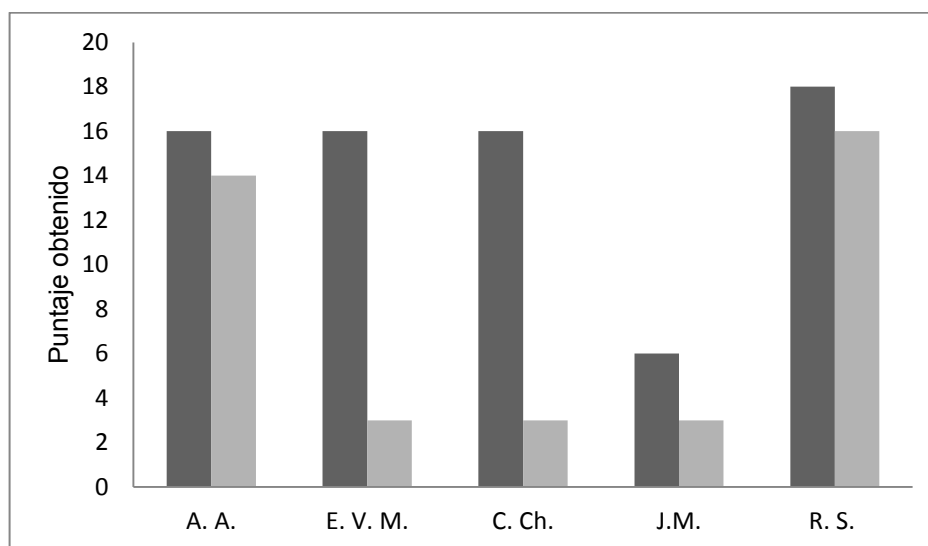
b) Nivel de dependencia. En esta variable medida a través del CAD-20, se observa un decremento en el nivel de dependencia del puntaje promedio de los usuarios antes y al finalizar el tratamiento del PSC. El puntaje del nivel de dependencia pre fue de 14.4 que equivale a un nivel sustancial, mientras que el puntaje post fue de 7.8 correspondiente a un nivel bajo (gráfica 4.9).

Gráfica 4.9 Puntaje promedio pre-post tx del nivel de dependencia.



Además hubo un decremento del puntaje del nivel de dependencia por usuario. Los cambios más importantes fueron en los usuarios E.V.M (de 16 a 3 puntos, con un nivel de severo a bajo); C.Ch (16 a 3 puntos, con un nivel de severo a bajo); y J.M (de 6 a 3 puntos, nivel moderado a bajo). En los usuarios A.A. y R.S también se observa un decremento, sin embargo fue menor (16 a 14 puntos, severo a sustancial; y 18 a 16, severo-severo, respectivamente). De esta manera se retoma que estos dos usuarios son los que presentan un mayor tiempo de consumo de marihuana (30 y 27 años) y los que presentan una dependencia física muy fuerte (gráfica 4.10).

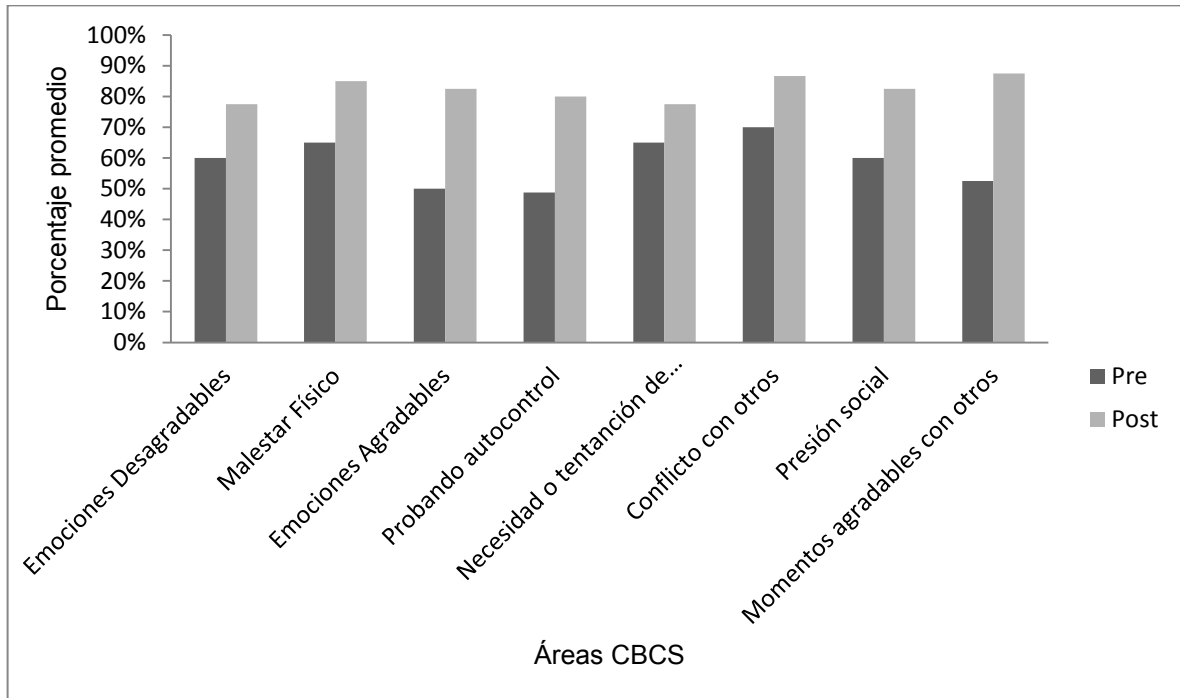
Gráfica 4.10. Puntaje por usuario pre-post tx. del nivel de dependencia.



- c) Percepción de la Autoeficacia. Se evaluó ésta con el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS). En la gráfica 4.11 se observan los porcentajes promedio antes y al finalizar el tratamiento. Las ocho áreas evaluadas tuvieron un incremento, es decir, que los usuarios se perciben con más confianza para enfrentar situaciones de riesgo después del tratamiento. El área con mayor incremento fue momentos agradables con otros (58% a 88%), seguida de emociones agradables (50% a 83%), probando autocontrol (49% a 80%) y presión social (60% a 83%). Las áreas que tuvieron un menor aumento fueron: malestar físico (65% a 85%) emociones desagradables (de 60% a 78%), conflicto con otros (70% a 87%)

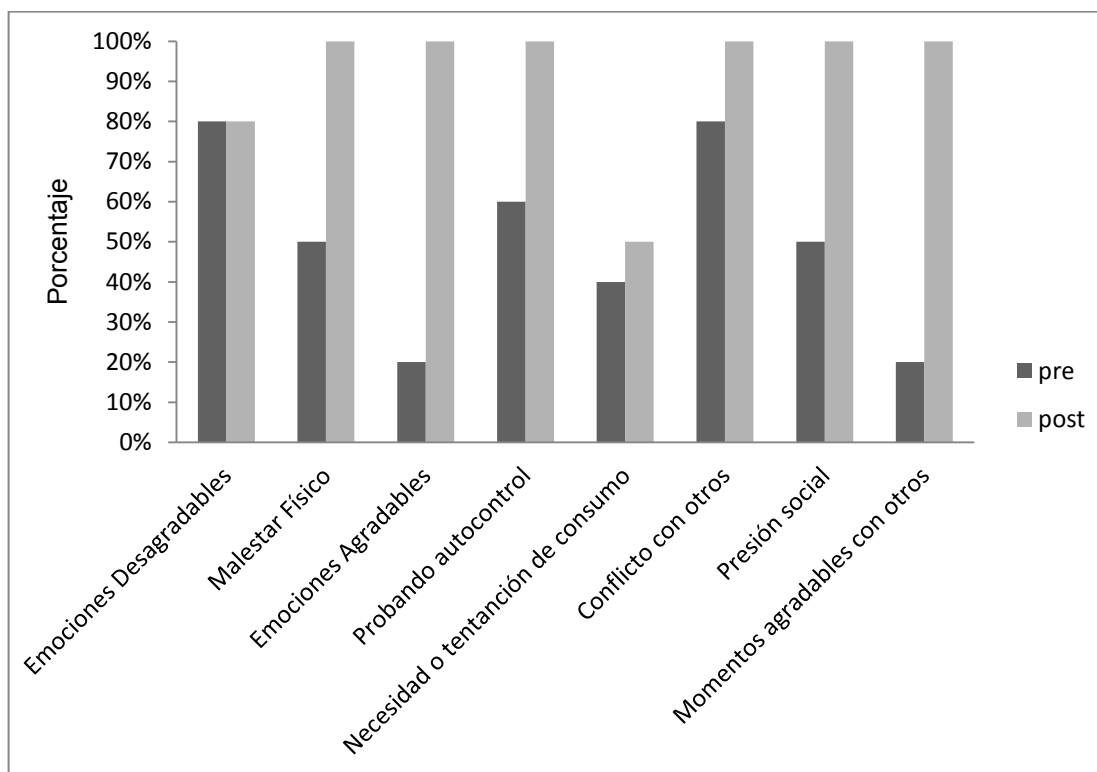
y necesidad o tentación de consumo (65% a 78%). Las diferencias individuales se observarán en las gráficas 4.12 a 4.15.

Gráfica 4.11. Porcentaje promedio pre-post tx del Cuestionario breve de Confianza Situacional



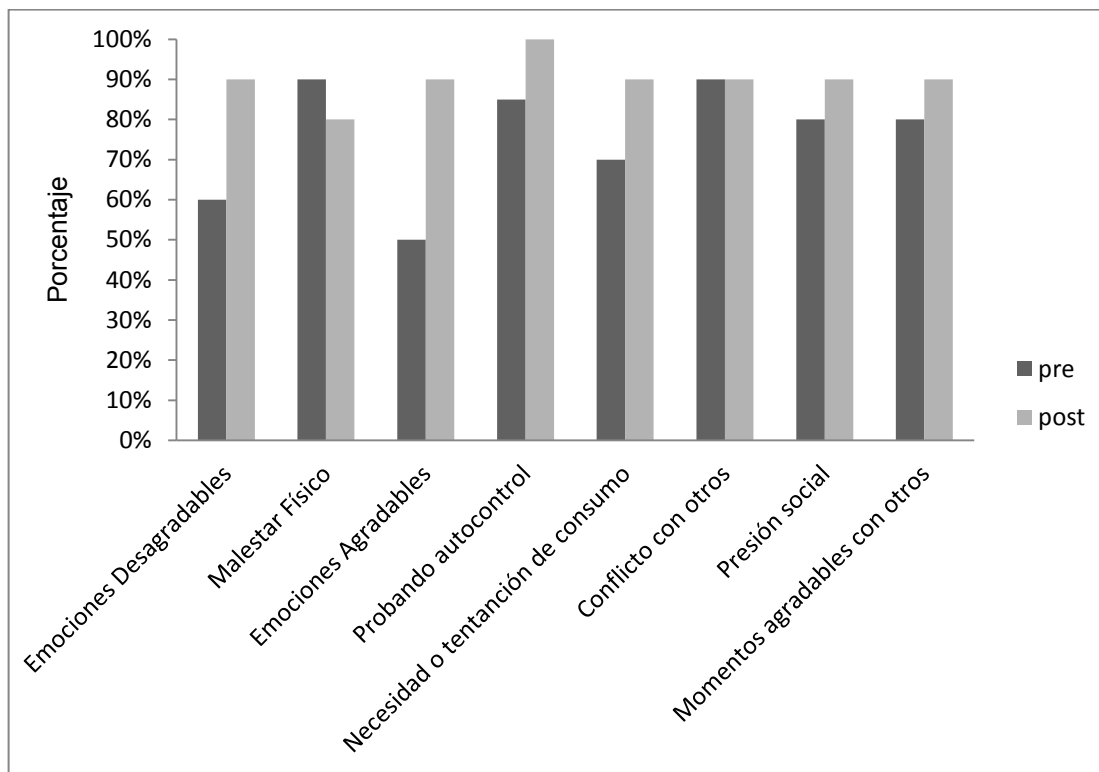
El usuario A.A. tuvo un incremento en siete de las ocho áreas evaluadas en el CBCS. “Momentos agradables con otros” y “emociones agradables” fueron las que tuvieron un incremento importante (de 20% a 100%), seguidas de “presión social” y “malestar físico” (de 50% a 100%). Cabe señalar que A.A. disminuyó su consumo considerablemente al finalizar el tratamiento y las estrategias que más utilizó fue rehusarse al consumo de acuerdo al puntaje obtenido en el cuestionario de satisfacción del tratamiento, pues sus principales precipitadores del consumo, eran estar conviviendo con “la banda”. De este modo, el nivel de confianza para enfrentar estas situaciones de riesgo incrementó (gráfica 4.12).

Gráfica 4.12. % Pre-post Tx A.A. Cuestionario Breve de Confianza Situacional.



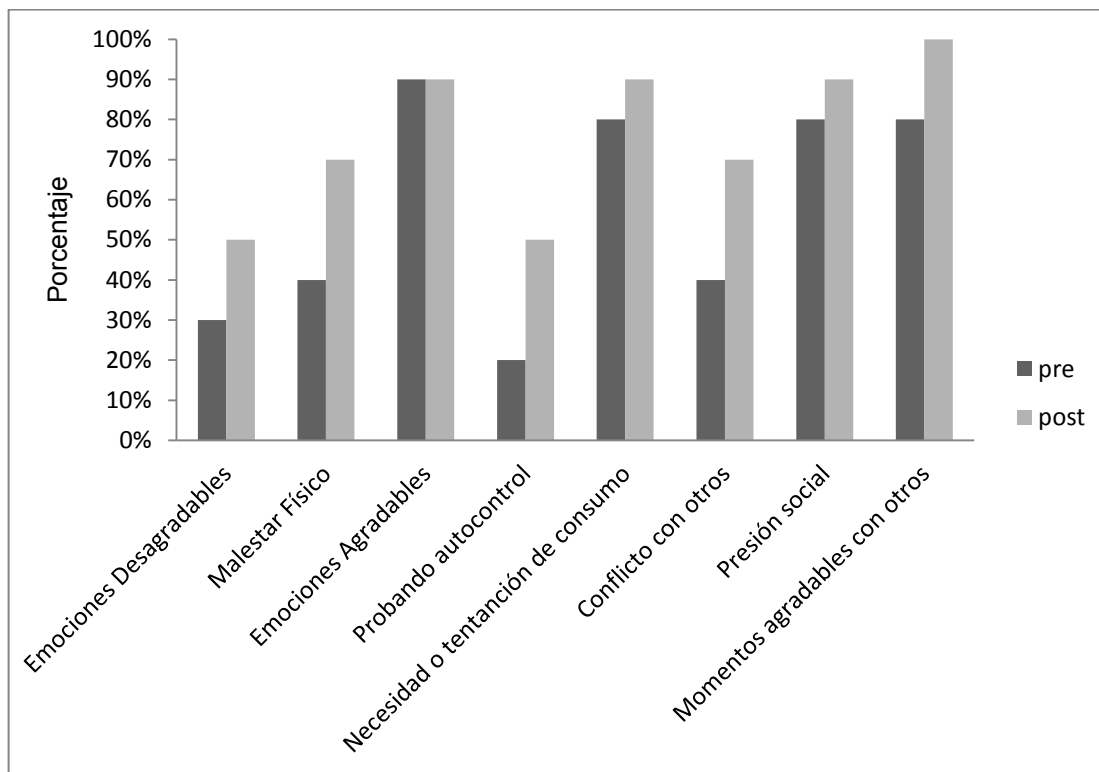
En el usuario E.V.M. a diferencia de A.A. sus porcentajes se mantuvieron más estables, ya que como se observó en el apartado de participantes, E.V.M. tenía un tiempo de 12 meses en abstinencia, por lo cual el objetivo era prevención de recaídas. En este sentido observamos una mayor confianza para enfrentar las situaciones de riesgo antes del tratamiento que A.A. A pesar de esto, incrementó su porcentaje de confianza en seis de las ocho áreas y en dos se mantuvo estable. El área con mayor incremento fue “emociones agradables” (50% a 90%), seguida de emociones desagradables (60% a 90%) y “necesidad o tentación de consumo” (70% a 90%). Ver gráfica 4.13.

Gráfica 4.13. % Pre-post Tx E.V.M. Cuestionario Breve de Confianza Situacional.



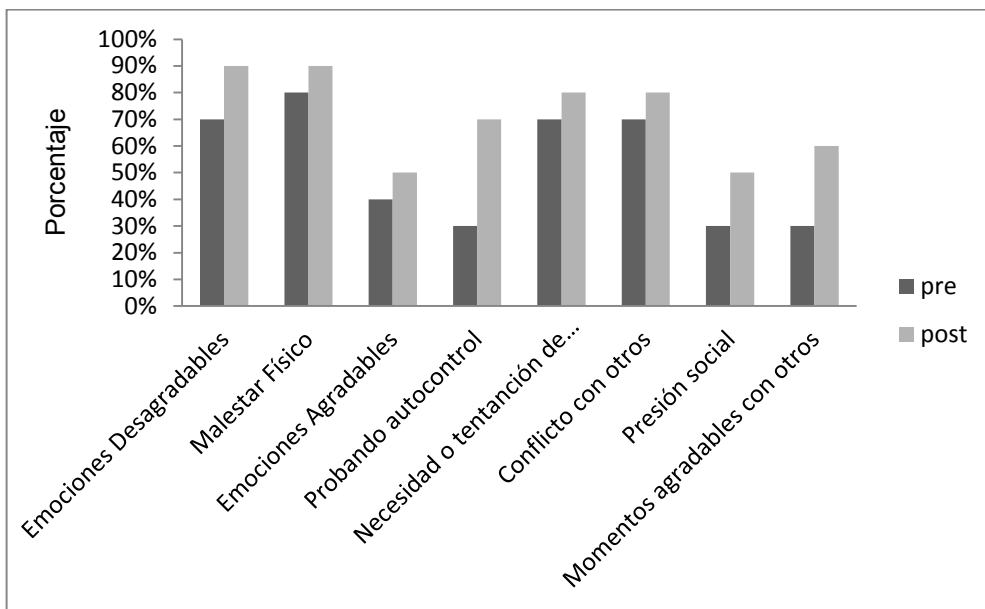
El usuario C.Ch. incrementó el porcentaje de confianza situacional en siete de las ocho áreas evaluadas. No obstante, dos de ellas se mantienen con un nivel bajo de confianza al finalizar el tratamiento, “emociones desagradables” (50%) y “probando autocontrol” (50%). Las áreas con mayor incremento son “malestar físico” (40% a 70%) y “conflicto con otros” (40% a 70%). En este sentido se resalta que el usuario presentó un recaída durante el tratamiento y fue debido a “emociones desagradables”, en específico, de tristeza, por lo que se trabajaba frecuentemente reestructuración cognitiva para cambio de pensamientos de tristeza. A pesar de esto, sus niveles de confianza en esta área no incrementaron como se esperaba (gráfica 4.14).

Gráfica 4.14. % Pre-post Tx C.Ch. Cuestionario Breve de Confianza Situacional.



J.M. incrementó el porcentaje de confianza situacional en todas las áreas del CBCS al finalizar el tratamiento. Las áreas con mayor aumento fueron “probando autocontrol” (30% a 70%) y “momentos agradables con otros” (30 a 60%). Las áreas que se mantuvieron bajas fueron “emociones agradables” (40%-50%) y “presión social” (30%-50%). Ver gráfica 4.15.

Gráfica 4.15. % Pre-post Tx J.M. Cuestionario Breve de Confianza Situacional

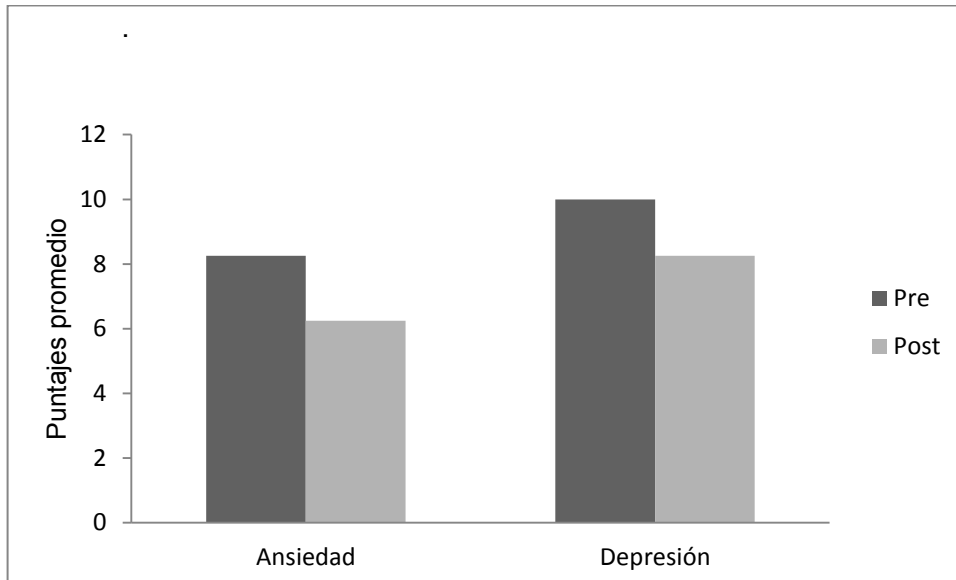


En el siguiente inciso se observarán los resultados del inventario de Beck de ansiedad y depresión antes y después de la aplicación del PSC.

- d) Área emocional. En este apartado se presentan los puntajes promedio y por usuario del Beck de ansiedad y depresión antes y al finalizar la aplicación del PSC. Es importante señalar que en este inciso sólo se observan los resultados de cuatro participantes, ya que no se aplicó el pre-test a R.S. por inasistencia a la sesión.

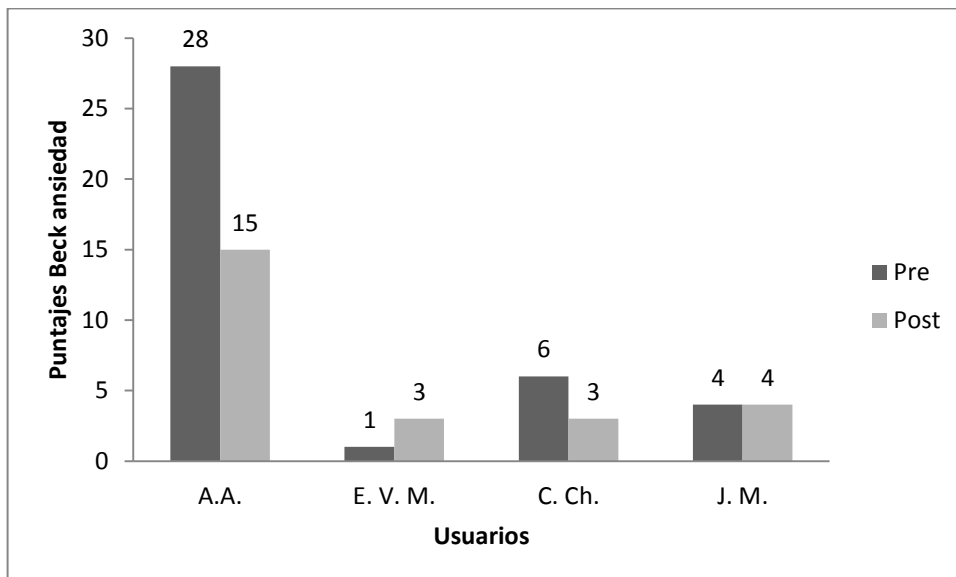
Con relación a los puntajes promedio de los participantes se observa que tanto el nivel de ansiedad como de depresión disminuyó al finalizar el tratamiento. Los valores de ansiedad descendieron de 8.3 a 6.2, ambos correspondientes a un diagnóstico de ansiedad leve. Las puntuaciones de depresión disminuyeron de 10 a 8.2 con un diagnóstico de leve a mínima (gráfica 4.16).

Gráfica 4.16. Puntajes promedio del Beck de ansiedad y depresión pre-post tx



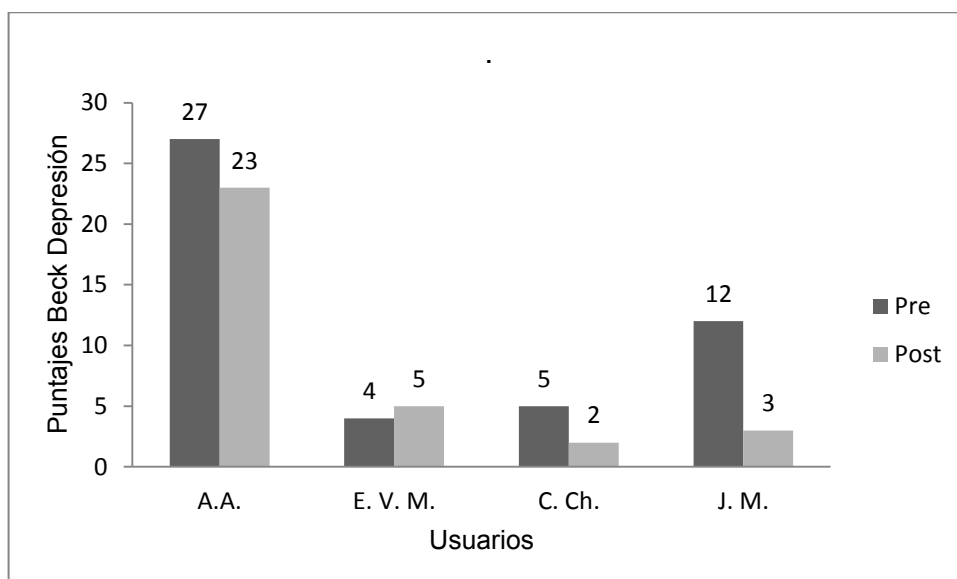
Respecto a los puntajes obtenidos por usuario del inventario Beck de ansiedad, antes y al finalizar el tratamiento, se observa que, el usuario A.A. fue el que tuvo la reducción más importante ya que pasó de ansiedad moderada a leve (de 28 a 15 puntos); E.V.M y J.M se mantuvieron con ansiedad mínima antes y después (1-3; 4-4, respectivamente) y C.Ch, disminuyó de leve a mínima (6 a 3 puntos). Esto se observa en la gráfica 4.17.

Gráfica 4.17. Puntajes por usuario del Beck de ansiedad pre-post tx.



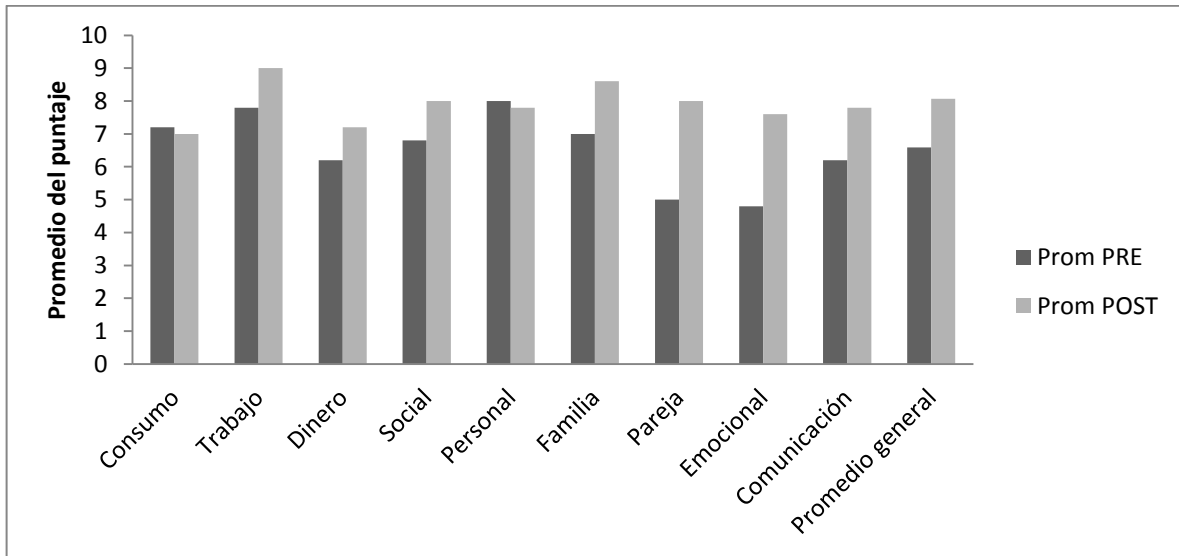
Con relación a los puntajes obtenidos por usuario del Beck de depresión antes y al finalizar el tratamiento, se muestra que en tres de los cuatro hubo disminución de éstos. El usuario A.A se mantuvo en un nivel de depresión moderada, sin embargo el puntaje crudo se redujo; el nivel de depresión de E.V.M se conservó en mínimo (4, pre y 5, post respectivamente); C.Ch tuvo una reducción de los puntajes crudos (5 a 2), sin embargo su nivel de depresión se mantuvo en mínimo y por último J.M. pasó de un nivel de depresión leve a mínima (gráfica 4.18).

Gráfica 4.18. Puntajes por usuario del Beck de depresión pre-post tx



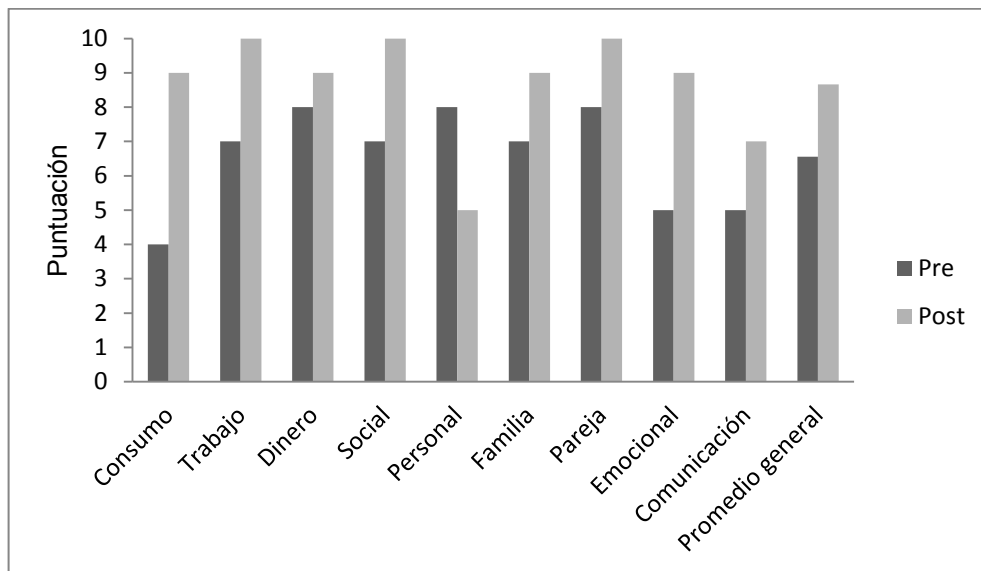
e) Satisfacción Cotidiana. Respecto al promedio de los puntajes obtenidos con la escala de satisfacción general, se observa un incremento en la satisfacción en todas las áreas, excepto en la de hábitos personales. Esto se debe a los datos de A.A y C.Ch quienes presentaron una disminución en esta área. Este análisis se verá en las gráficas por usuario. En promedio las áreas con mayor incremento son: familia, pareja y emocional (gráfica 4.19).

Gráfica 4.19. Promedio Pre-Post Tx. Escala de Satisfacción General



El usuario A.A. tuvo un aumento en el puntaje de satisfacción general en todas las áreas, excepto en la personal. El área que tuvo un mayor incremento fue la relacionada con el consumo, ya que como se observó en los resultados del patrón este usuario terminó el tratamiento con abstinencia (gráfica 4.20).

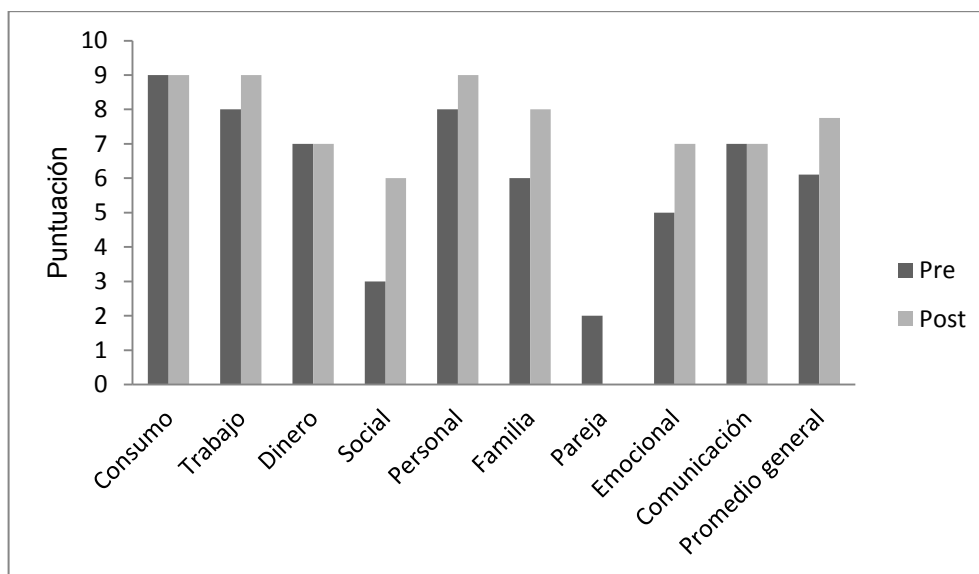
Gráfica 4.20 Escala de Satisfacción General Pre-post Tx. A.A



El área con más incremento en el usuario E.V.M fue la social, seguida de la familiar y emocional. El área de pareja no se tomó en cuenta en el post pues expuso no

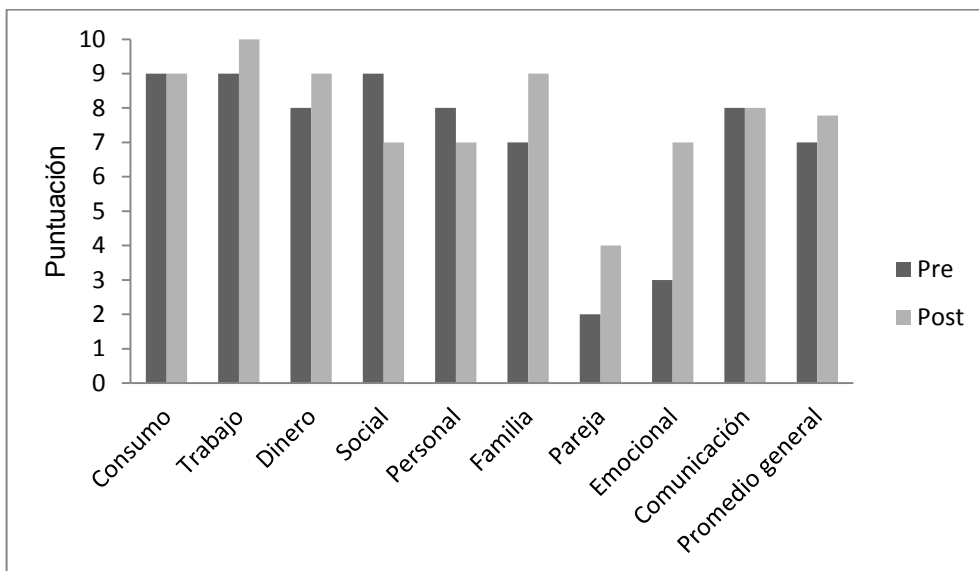
contar con ella. Los puntajes del área de consumo se conservaron como el consumo antes y después del tratamiento, es decir en abstinencia (gráfica 4.21).

Gráfica 4.21. Escala de Satisfacción General Pre-post Tx. E.V.M



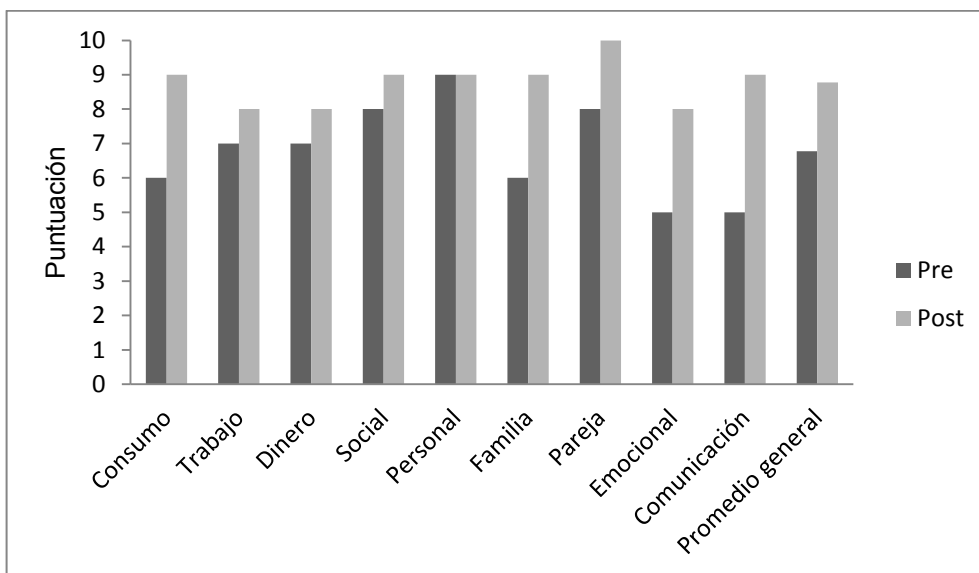
El usuario C.Ch. tuvo un incremento importante en el área emocional (de 3 a 7 puntos), seguido del área familiar y de pareja, sin embargo, ésta última se mantiene muy baja. Esto se debe a que el usuario está separado de su pareja y tienen constantes problemas con el tema de sus hijos. Además en el área personal y social hubo una leve disminución (gráfica 4.22).

Gráfica 4.22. Escala de Satisfacción General Pre-post Tx. C.Ch.



El área con mayor incremento en J.M. fue la de comunicación, sin embargo también se observan incrementos importantes en las áreas de consumo, pareja y emocional. Cabe señalar que este usuario terminó el tratamiento con una disminución importante en el patrón de consumo, además de que en el transcurso de la terapia consiguió pareja y se estableció con ella (gráfica 4.23).

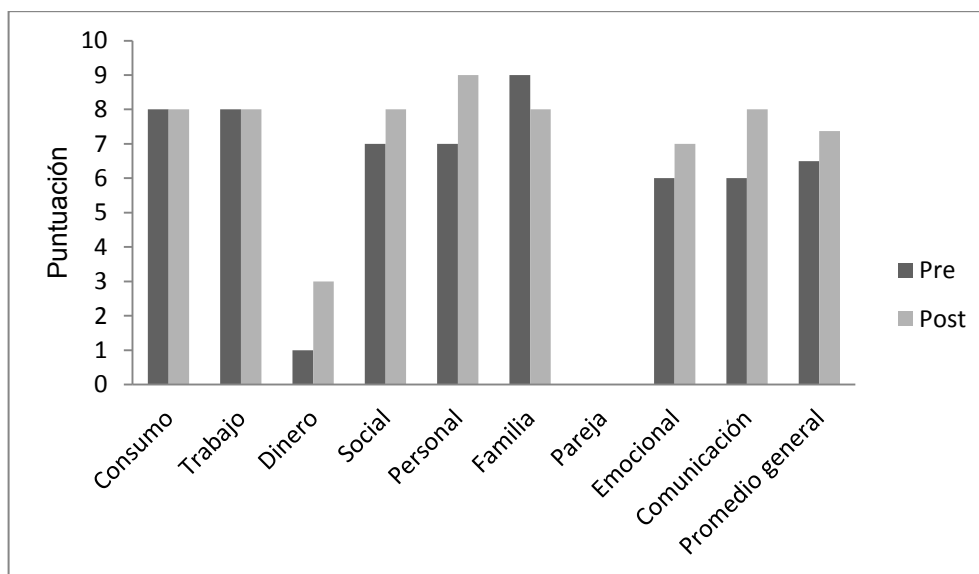
Gráfica 4.23. Escala de Satisfacción General Pre-post Tx. J.M



El usuario R.S. reportó un aumento en la mayoría de las áreas, excepto en la familiar. Las áreas con mayor incremento son: comunicación, personal y social

Hubo dos áreas que se mantuvieron igual antes y después, estas fueron consumo y trabajo (gráfica 4.24).

Gráfica 4.24. Escala de Satisfacción General Pre-post Tx. R.S.



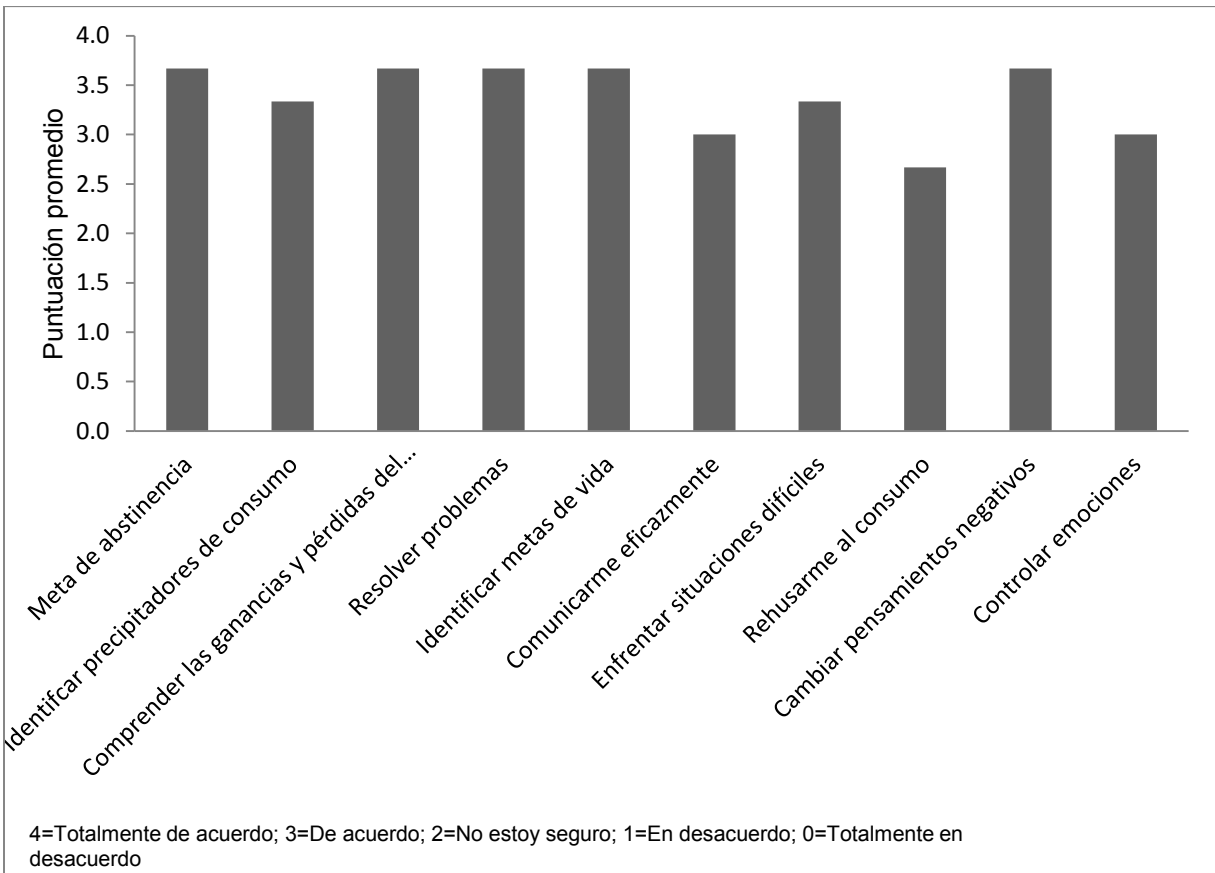
En el siguiente inciso se mostrarán los resultados del cuestionario de satisfacción del usuario en el tratamiento.

- f) Satisfacción del usuario. En este apartado se mostrará la satisfacción del usuario al tratamiento, evaluado a través del cuestionario de satisfacción. Éste evalúa tres áreas que son: i) evaluación del programa de tratamiento; ii) habilidades del terapeuta y; ii) las técnicas más utilizadas durante el tratamiento.
 - i. Evaluación del programa de tratamiento. En las puntuaciones promedio se observa que la mayoría del grupo estuvo “totalmente de acuerdo” en que el tratamiento les permitió alcanzar su meta de no consumo, comprender las ganancias y pérdidas del consumo, resolver problemas, identificar metas de vida, cambiar los pensamientos negativos. Contestaron “de acuerdo” a que el programa les permitió identificar precipitadores del

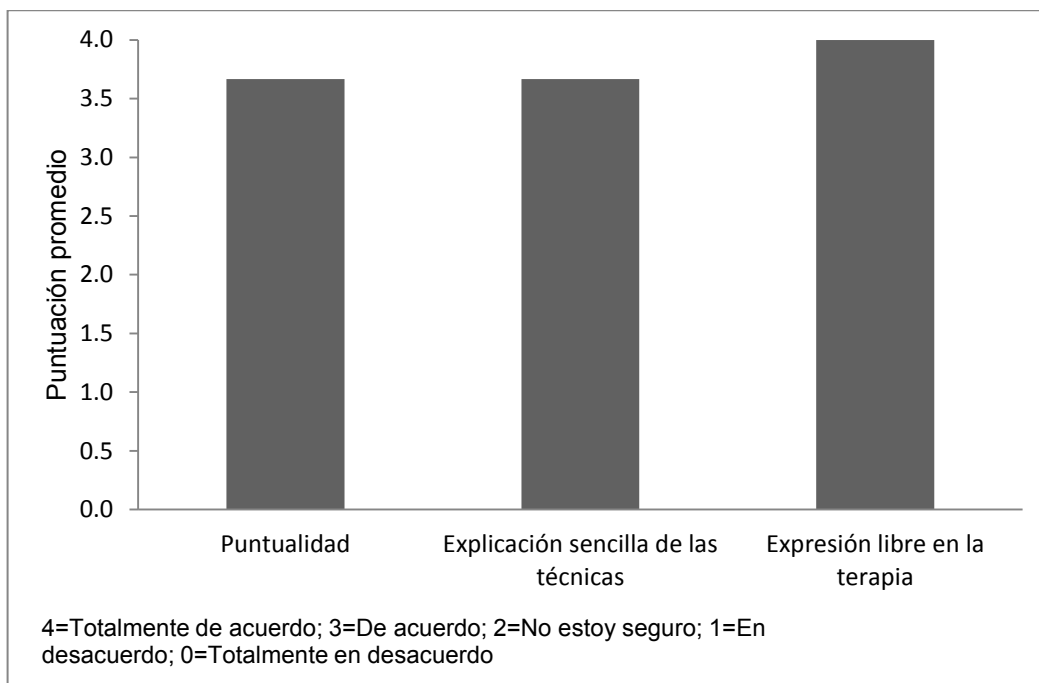
consumo, enfrentar situaciones difíciles y controlar emociones. El área evaluada más baja fue la de rehusarse al consumo (gráfica 4.25).

- ii. Habilidades del terapeuta. Respecto a este rubro, el grupo evaluó en con un promedio de 3.7, el cual oscila entre “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” a que el terapeuta fue puntual y explicó de forma sencilla las técnicas del programa. Además puntúo con 4, es decir, “totalmente de acuerdo” a que el terapeuta permitió la libre expresión en la terapia (gráfica 4.26).
- iii. Técnicas más utilizadas durante el tratamiento. Las técnicas más utilizadas durante el programa fueron las de relajación, cumplir compromisos, cambiar pensamientos de tristeza (con una puntuación de 1.3), seguidas de: rechazar ofrecimiento, control del enojo, anticipar situaciones de riesgo y cambio de pensamientos (puntuaciones de 2 a 2.3). Las técnicas menos utilizadas fueron: identificar logros, planear actividades diarias y la evitar el acceso a sustancias (gráfica 4.27).

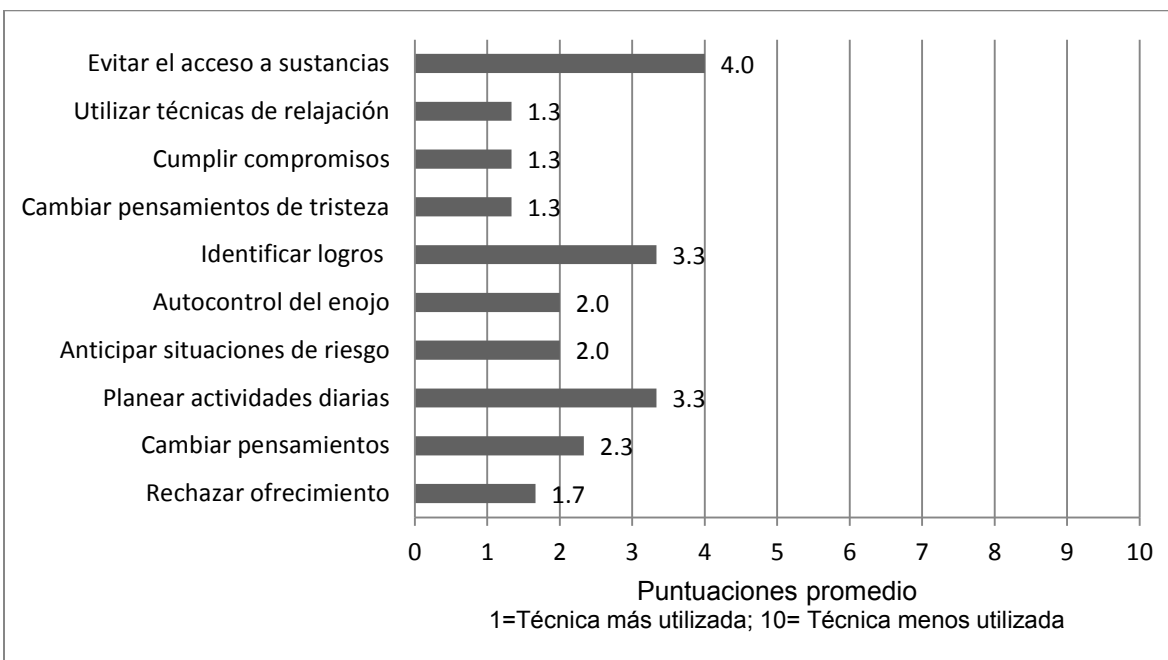
Gráfica 4.25. El tratamiento me permitió...



Gráfica 4.26. Evaluación de las habilidades del terapeuta



Gráfica 4.27. Técnicas más utilizadas durante el tratamiento



5. DISCUSIÓN

La aplicación del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) en modalidad grupal dirigido a usuarios con dependencia a sustancias psicoactivas y en conflicto con la Ley, además de adaptarlo en modalidad grupal por la alta demanda de usuarios con dependencia y en conflicto con la ley y los pocos recursos humanos para su atención, requirió la inclusión de once sesiones motivacionales iniciales para favorecer el apego al programa, incrementar el estado de motivación, estimular un ambiente de confianza-escucha y favorecer la integración grupal. De acuerdo al número cinco de los “Principios de Tratamiento para el abuso de drogas en poblaciones en problemas con la justicia” (National Institute on Drug Abuse, 2006) una parte significativa de los tratamientos efectivos es la adaptación de los servicios a las necesidades de los individuos. En este sentido el PSC fue adaptado a las características de los usuarios que se presentaban con baja motivación al cambio y condicionados legalmente a un tratamiento, además de diferencias personales (nivel cognitivo, social, laboral, académico, entre otros).

De acuerdo a las estrategias motivacionales para cada etapa del cambio, se propusieron objetivos para estas once sesiones adicionales iniciales al PSC. Para la etapa de pre-contemplación (en la cual estaban la mayoría de los usuarios), los objetivos estuvieron enfocados en integrar al grupo, eliminar etiquetas y aumentar la percepción del riesgo de consumo de las sustancias psicoactivas. Esto a partir de diversas técnicas como: lluvia de ideas, expositivas a través del uso del pizarrón e uso imágenes impresas de las drogas, dinámicas grupales y uso de material visual. Para la etapa de contemplación se aplicó el ejercicio de balance decisional. A partir de la sesión número doce se comenzó con la implementación del PSC.

Por otro lado, cabe resaltar que las habilidades del terapeuta jugaron un papel importante para el desarrollo del programa, ya que si no había una flexibilidad en éste de acuerdo a las características personales, de consumo y cognitivas de los usuarios, el programa no hubiera funcionado de la misma forma. En este

sentido, se ha visto que uno de los principales predictores del apego y terminación del tratamiento es mostrar empatía con el usuario, definido esto por Carl Rogers como terapia centrada en el cliente (Miller, 2006). Por eso la importancia de aplicar las técnicas de la entrevista motivacional en cada una de las sesiones terapéuticas como: 1) ofreciendo consejo; 2) eliminando obstáculos; 3) ofreciendo alternativas; 4) disminuyendo la deseabilidad; 5) practicando la empatía; 6) ofreciendo retroalimentación; 7) aclarando objetivos y; 8) ofreciendo ayuda activa), (Miller & Rollnick, 1999).

Además de las técnicas mencionadas se requirió por parte del terapeuta una escucha reflexiva constante y la neutralidad ante las acciones cometidas por algunos de los usuarios que estuvieron en prisión. En este caso se tomó como punto de partida que el sujeto es una persona activa, capaz de tomar decisiones y de operar sobre el ambiente, esto basado en la epistemología de la terapia centrada en el cliente. De este modo, el terapeuta podrá colocarse en una posición de escucha activa y podrá ver al usuario como una persona que puede cambiar a pesar de los patrones cognitivos y de conducta establecidos. Así, el usuario sabrá que el terapeuta tiene una empatía hacia él, y por ende, se comenzará el proceso de rapport y confianza del usuario. En este sentido Rogers propone que el terapeuta requiere brindar empatía adecuada; calidez no posesiva y autenticidad. La empatía adecuada involucra *una actitud de escucha concreta que clarifique y amplíe la propia experiencia y el significado que el paciente da a dicha experiencia, sin que el terapeuta le imponga su propio significado*” (Miller & Rollnick, 1999).

Asimismo, se retoma el enfoque de la Oficina de las Naciones Unidas para el Control de Drogas y el Delito (ONUD) centrado en los derechos humanos y en la concentración de esfuerzos en la rehabilitación y la reinserción, el desarrollo alternativo, la responsabilidad común y los derechos humanos fundamentales (UNODC, 2012). Además de que la investigación muestra que el tratamiento para el abuso de drogas puede funcionar aun cuando el individuo entra bajo mandato legal (National Institute on Drug Abuse, 2006).

También la habilidad del terapeuta de no confrontar, apoyó a disminuir la resistencia observada en los usuarios al inicio del trabajo grupal.

Además, de las estrategias motivacionales utilizadas en la adaptación grupal del PSC se trabajó con los principios del condicionamiento operante de Skinner, aplicando reforzadores sociales ante la realización de diversas conductas como: el llenado del auto-registro de consumo, la elaboración de los registros de aplicación de las técnicas aprendidas durante las sesiones terapéuticas, el aprendizaje de las distintas habilidades y la abstinencia y/o mantenimiento del consumo de sustancias. De esta forma se cumplió el principio seis para el tratamiento del abuso de drogas en poblaciones en conflicto con la ley del NIDA (National Institute on Drug Abuse, 2006) el cual indica que un *“equilibrio entre recompensas y sanciones fomenta conducta pro-social y mayor participación en el tratamiento. Es importante reforzar la conducta positiva, con reforzadores sociales como el reconocimiento por el progreso, ya que esto puede ser efectivo, así como dar sanciones consistentes, predecibles y claras ante el incumplimiento de la conducta”*.

La aplicación del PSC incluyó algunos de los puntos que Friedmann et al. (Friedmann, Taxman, & Henderson, 2007) proponen para que un tratamiento sea efectivo: 1) la evaluación del patrón de consumo, es decir, nivel de dependencia, nivel de ansiedad y depresión, nivel de satisfacción general, porcentaje de situaciones de riesgo para el consumo de drogas, porcentajes de confianza ante diferentes situaciones de riesgo; 2) intervenciones que llamen la atención de los usuarios y que los motiven al cambio; 3) con enfoque cognitivo-conductual; 4) la aplicación de antidoping para el monitoreo del progreso en el tratamiento; 5) el uso de sanciones e incentivos para el reforzamiento del apego al tratamiento; 6) con duración del tratamiento de más de 90 días.

Los dos puntos que no se cumplieron fueron en primer lugar la implicación de la familia en el tratamiento y en segundo lugar la integración de los sistemas de salud para un cuidado continuo mientras que el “infractor” se mueve en diferentes fases del sistema de justicia criminal. En este sentido, los últimos dos

puntos fueron difícil de realizar, a razón de lo complejo que era contactar o comunicarse con la familia para integrarlas al proceso terapéutico. El segundo punto, no se llevó a cabo pues en el momento de la aplicación del PSC con los usuarios en conflicto con la ley, aún era reciente la modificación a la Ley General de Salud (en el 2009), al código de procedimientos penales y al código penal federal, por lo que no existía ningún protocolo para la atención ni para el cuidado continuo del mismo en el sistema de salud.

Se observa que a partir de la aplicación del PSC en modalidad grupal en usuarios con dependencia a sustancias y en conflicto con la Ley, el patrón de consumo medido en frecuencia y cantidad disminuyó en tres de los cinco usuarios en los, y se mantuvo en los dos que ya tenían abstinencia. El componente titulado “muestra de abstinencia” jugó un papel muy importante para alcanzar esta disminución ya que la meta de consumo se estableció mediante un trabajo conjunto entre el terapeuta y el usuario y ésta tenía que ser razonable, apropiada y alcanzable de acuerdo al nivel de dependencia y patrón de consumo de cada individuo.

Respecto a este punto retomo a Meyers y a Smith (1995) los cuales señalan que uno de los beneficios de introducir este componente en la intervención es reducir la posibilidad de que el usuario se resista fuertemente al cambio: *“existen ocasiones en las que el usuario ha disminuido la cantidad de su consumo; sin embargo, no alcanza su muestra de abstinencia, pero es consistente en su asistencia al tratamiento, en la realización de ejercicios y aplicación de estrategias en escenarios naturales; en tales casos, se pueden instrumentar otros componentes que pudieran ser prioritarios para el usuario como: auto-control emocional, metas de vida cotidiana, comunicación, y solución de problemas antes de volver a aplicar el componente de muestra de abstinencia”* (Meyers & Smith, 1995).

Asimismo hubo un decremento en el nivel de dependencia del puntaje promedio de los usuarios antes y al finalizar el tratamiento del PSC, de 14.4 (nivel sustancial) a 7.8 (bajo). Conviene resaltar en este punto, que dos de los

integrantes del grupo tenían seguimiento clínico con el médico-psiquiatra, ya que mostraban síntomas de abstinencia importantes. En este caso el médico les recetó medicamento para disminuir dichos síntomas, por lo que la tarea del terapeuta en este caso fue dar seguimiento y reforzar el apego a la toma del medicamento.

Respecto a la autoeficacia del usuario para enfrentar situaciones de riesgo se observó un aumento en todas las áreas al finalizar el tratamiento, es decir que el usuario confía en poder ejecutar de manera exitosa una respuesta adecuada para afrontar un evento o situación (Carrascoza, 2007). Las áreas con mayor incremento fueron *momentos agradables con otros* (58% a 88%), *emociones agradables* (50% a 83%), *probando autocontrol* (49% a 80%) y *presión social* (60% a 83%).

En relación al área emocional, tanto el nivel de depresión como de ansiedad medidos a través de los instrumentos de Beck, tuvieron una disminución al terminar el programa. Los valores de ansiedad se redujeron de 8.3 a 6.2, la cual corresponde a un nivel leve (Beck, Steer, & Garbin, 1988) y los de depresión de 10 a 8.2, con un diagnóstico de leve a mínima.

La satisfacción cotidiana evaluada con la escala de satisfacción (Azrin, Naster, & Jones, 1973) incrementó en nueve de las diez áreas al finalizar el tratamiento, siendo las más significativas el área familiar de 7 a 8.6, de pareja de 5 a 8 y emocional de 4.8 a 7.6, en donde uno significa insatisfacción y diez satisfacción.

A partir de la aplicación del cuestionario de satisfacción del PSC, los usuarios evaluaron como “totalmente de acuerdo” en que el programa les permitió cumplir con las metas de no consumo, comprender las ganancias y pérdidas de éste resolver problemas, identificar metas de vida y cambiar pensamientos negativos. Además eligieron, “de acuerdo” en que el tratamiento les permitió identificar precipitadores del consumo, comunicarse eficazmente, enfrentar situaciones difíciles, controlar emociones y por último, rehusarse al consumo.

La evaluación que hicieron al terapeuta respecto a puntualidad y a la explicación sencilla de las técnicas del programa osciló entre “de acuerdo” y “totalmente de

acuerdo”. Asimismo estuvieron, “totalmente de acuerdo” en que el terapeuta permitió la libre expresión durante las sesiones.

Las estrategias más utilizadas por los usuarios durante el tratamiento para cumplir sus metas de no consumo fueron; relajación a través de la respiración profunda y tensión-distensión, cumplir compromisos, cambiar pensamientos de tristeza, seguidos de: rechazar ofrecimiento, control del enojo, anticipar situaciones de riesgo y cambio de pensamientos.

Las técnicas menos utilizadas fueron: identificar logros, planear actividades diarias y evitar el acceso a sustancias. En este sentido, se observa que a algunos usuarios se les dificultaba realizar las actividades planeadas, esto por las rutinas tan establecidas en sus vidas y por el ambiente que les rodeaba. Un ejemplo de esto, es el usuario R.S. quién tenía un nivel de dependencia severa a la marihuana con un patrón de consumo de tres cigarrillos diarios y 27 años de consumo constante. Las actividades que ocupaban la mayor parte de su tiempo eran el oficio de herrería apoyando a su hermano, (con un ingreso mínimo) y estar en su casa “fumando”. La madre era quién le proveía directamente la sustancia y en uno de sus comentarios el usuario menciona: “*mi mamá prefiere que esté fumando, para que no le haga lata*”. Además, este usuario había sufrido graves alteraciones físicas a causa del consumo (pérdida de un ojo y ambos testículos). En este caso, la labor del terapeuta se enfocó en las áreas de oportunidad del usuario como su higiene personal, relajación para disminuir sus niveles de ansiedad, reestructuración cognitiva, entre otras.

Siguiendo esta línea de ideas las dificultades presentadas con el trabajo grupal fueron varias, empezando con la baja motivación al cambio que tenían los usuarios cuando ingresaron al Centro de Integración Juvenil y al inicio de las sesiones terapéuticas, además de la poca confianza para hablar frente a un grupo y del terapeuta. También cuando se expresaban, se etiquetaban con “soy un adicto”, sin saber el concepto del mismo. Asimismo, el principal motivo de la mayoría de los usuarios era “cumplir un condicionamiento legal” para no volver a

prisión, por lo que no había ninguna intención de cambiar estilos de vida y mucho menos modificar su patrón de consumo.

Por otro lado, fue difícil el trabajo de grupo ya que las características de los usuarios eran muy heterogéneas. Por ejemplo, en el grupo había un usuario que no sabía leer ni escribir, por lo que el tiempo se alargaba para la explicación de una técnica. Sin embargo también fue una oportunidad para incrementar la paciencia y tolerancia por parte de los demás integrantes del grupo. Otra de las dificultades fue que algunos de los usuarios tuvieron inasistencia cuando se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos de evaluación, por lo que a la siguiente sesión se retomaban, sin embargo, se perdía tiempo para el cumplimiento de los objetivos del componente programado. Además, no todos realizaban sus registros de aplicación de técnicas ni el llenado del auto-registro. De este modo, los esfuerzos del terapeuta, el ingenio y creatividad para reforzar la realización de las tareas fueron importantes.

Por otra parte, y de acuerdo al estudio realizado por el Instituto Mexicano del Juicio Oral, A.C. (IMEJO) citado por Del Rio Rebolledo & García Silva (2012) y en el cual concluyen que las reformas a la Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código de Procedimientos Penales no están beneficiando a los consumidores o los que ya tienen problemas de adicción. En este trabajo se observa lo contrario, ya que los usuarios no habrían asistido a tratamiento sin la condición legal y además hubieran permanecido en prisión por ser dependientes a las sustancias más que por ser “narcomenudistas” como habían sido inculcados antes de las reformas del 2009. Otra de las conclusiones a las que se llegó en dicho estudio fue que *“las insituciones de salud como de procuración de justicia enfrentan insuficiencia en recursos materiales y humanos para atender adecuadamente los casos”*. En este punto me detengo para decir que a partir de las reformas del 2009 incrementó considerablemente el número de ingresos a los CIJ de acuerdo a las estadísticas presentadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Antes de la reforma no había un registro del motivo de ingreso por instituciones de justicia. A partir del primer semestre del 2010 esto cambió y se observa que en el primer semestre

del 2010 el motivo de ingreso por instituciones de justicia fue de 14.3% (Ortiz, Martínez, & Meza, Junio, 2010) , mientras que en el segundo semestre del 2010 fue del 15.1% (Ortiz, Martínez, & Meza, Noviembre, 2010), incrementándose en un punto porcentual.

Con relación al CIJ Iztapalapa Oriente, en el segundo semestre del 2010 (durante el período de admisión de los usuarios que se expusieron en el presente documento) se observó que en el 30% de los usuarios atendidos su principal condicionante al tratamiento fue por instituciones de justicia, lo que corresponde en números absolutos a 153 casos (Díaz, Segundo semestre de 2010.) por lo que duplica el porcentaje en los resultados presentados por Ortiz (Noviembre 2010). En este sentido, se apoya la conclusión del estudio del IMEJO, ya que la demanda de los usuarios es alta y los recursos humanos insuficientes.

Otra conclusión que se obtuvo en el estudio del IMEJO fue: *“de las personas derivadas para tratamiento solamente llega un 10%, del cual únicamente se engancha a tratamiento la mitad y de esos, sólo la mitad lo concluye”* (Del Río Rebolledo & García Silva, 2012). En el presente estudio se observó que cinco de los ocho usuarios que ingresaron a tratamiento concluyeron, es decir, más del 50% para ser exactos, 62.5%, por lo que habrá que evaluar el tipo de tratamiento otorgado por los centros de atención a las adicciones y por los profesionales que laboran allí. Esto con el propósito de incluir prácticas basadas en evidencia y mejores prácticas (Salazar, 2012) para incrementar el apego al tratamiento y la conclusión del mismo.

En los servicios de salud destinados a la atención de las adicciones hay una necesidad de protocolo de atención para la población con abuso de sustancias y en conflicto con la ley, sin embargo existen esfuerzos aislados por algunas instituciones y profesionales de la salud como en los CIJ. En este caso, lo que queda pendiente es realizar una búsqueda de estas acciones que se han estado haciendo tanto en otras instancias como por especialistas dedicados al tema,

para realizar e impulsar un protocolo de atención que se adapte a dicha población.

Con base en lo anterior se propone hacer un diagnóstico inicial diferencial que equivale a la consulta de primera vez en los Centros para la atención de las adicciones de corte ambulatorio, esto, con la finalidad de hacer la derivación oportuna al tratamiento que corresponda a cada usuario, ya sea en el mismo centro o en otro de primer, segundo o tercer nivel de atención.

El tratamiento otorgado a los individuos con características similares a las aquí expuestas puede ser individual o grupal. Se sugiere que al ingresar al programa de tratamiento se consideren las etapas de cambio en las que se encuentran los usuarios, esto con el objetivo de hacer un plan de tratamiento adecuado a su nivel de motivación al cambio. Asimismo es recomendable que las sesiones terapéuticas estén basadas en la entrevista motivacional para incrementar la motivación al cambio y eliminar etiquetas, además de aumentar la confianza del usuario hacia el terapeuta y en su caso al grupo. De esta manera se tendrá una buena adherencia al tratamiento y se logrará terminar el programa en su totalidad.

La terapia grupal es una herramienta que apoya a la rehabilitación de los usuarios. Ésta fomenta la participación, el aprendizaje, la motivación, la socialización, la paciencia, la tolerancia y la escucha activa por parte de los integrantes. Al mismo tiempo de que juega un papel importante en ésta la teoría del aprendizaje social, en la que a partir de la observación de otros, se aprende la construcción de nuevos esquemas cognitivos. Dicha terapia, tiene que estar basada en un modelo teórico con objetivos claros y adaptados a las características de los usuarios.

En este trabajo se observó que la aplicación del PSC en modalidad grupal fue un instrumento para la atención de esta población obteniendo resultados positivos en la disminución del patrón de consumo, el nivel de dependencia, los niveles de ansiedad y depresión, por lo cual se puede considerar comenzar a aplicarlo en los Centros especializados en el tratamiento de las adicciones.

6. REFERENCIAS

- Abuse, N. I. (10 de febrero de 2011). *drugabuse.gov*. Obtenido de http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf
- Annis, H. M. (1982). Situational confidence questionnaire. *Addiction Research Foundation*.
- Annis, H. M., & Martin, G. (1985). Inventory of Drug Taking Situations. *Addiction Research Foundation of Ontario*.
- Azrin, N., Naster, B., & Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid-learning based procedure for marital counseling. *Behavior Research and Therapy*, 14, 339-382.
- Barr, A. (1999). *Drink a Social History of America*. New York: Carroll and Graf Publishers Inc.
- Barragán, L., González, J., Ayala, H., & Medina-Mora, M. E. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1), 61-71.
- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M., & Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1), 61-71.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*-(56), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Becoña Iglesias, E. (2011). Evaluación de los trastornos adictivos. En E. Becoña Iglesias, *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (págs. 114-142). Madrid: Socidrogalcohol.
- Berruecos Villalobos, L. A. (16 de enero de 2010). *Panorámica actual de la investigación social y cultural sobre el consumo del alcohol y el alcoholismo en México*. Obtenido de <http://www.q4q.nl/alcohol/mexicoalcoholsp.htm>
- Bickel, W. K., & Potenza, M. N. (2006). The forest and the trees. Addiction as a complex self-organizing system. En W. R. Miller, & K. M. Carroll, *Rethinking*

- Substance Abuse. What the science shows, and what we should do about it* (págs. 8-21). New York: The Guilford Press.
- Caballo, V. E. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (Segunda ed.). Madrid, España: Siglo XXI.
- Cadena Montoya, J. D. (2012). Programa Tribunal para el Tratamiento de las Adicciones. Implementación por vez primera en México el modelo de corte de drogas. En CONADIC, *Actualidades en adicciones y grupos específicos: grupos vulnerables y personas en conflicto con la ley* (Vol. 5, págs. 213-234). México: SSA.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión . (27 de Abril de 2010). Ley General de Salud. *Últimas reformas publicadas DOF 27-04-2010*. D.F., México: Secretaría de Servicios Parlamentarios, Centro de Documentación, Información y Análisis.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (25 de Enero de 2013). Código Penal Federal. *Última reforma publicada DOF 25-01-2013*. D.F., México: Secretaría de Servicios Parlamentarios.
- Carrascoza, V. C. (2007). *Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de las Adicciones: Fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Carroll, K. M., & Miller, W. R. (2006). Defining and addressing the problem. En K. M. Carroll, & W. R. Miller, *Rethinking Substance Abuse: What the science shows, and what we should do about it*. (págs. 3-7). New York: The Guilford Press.
- Centros de Integración Juvenil. (2008). *Drogas: Las 100 preguntas más frecuentes*. México: DIF-CIJ.
- Chance, P. (2001). *Aprendizaje y Conducta* (3a ed.). (G. Padilla Sierra, & G. C. García Hernández, Trads.) México: Manual Moderno.
- CIJ. (2011). *Centros de Integración Juvenil A.C.* Obtenido de <http://www.cij.gob.mx/Especialistas/pdf/11-07c.pdf>
- CIJ. (2012). *Centros de Integración Juvenil A.C.* Recuperado el 22 de septiembre de 2013, de http://www.cij.gob.mx/QuienesSomos/que_es_cij.html
- Cruz Martín del Campo, S. (2007). *Los efectos de las drogas. De sueños y pesadillas*. México: Trillas.

- De León, P., & Pérez, F. (2001). Adaptación, validación y confibialización del inventroy of drig taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ). *Tesis de Licenciatura*.
- Del Río Rebolledo, J., & García Silva, G. (2012). Derivaciones a tratamiento por mandato ministerial judicial. En SSA, *Actualidades en Adicciones. Acciones y grupos específicos: Grupos Vulnerables y personas en conflicto ccon la Ley* (Vol. 5, págs. 320-347). México D.F.: CONADIC.
- Dorantes Martínez, L. E. (2012). Derivación y tratamiento en el sistema penitenciario mexicano. En CONADIC, *Actualidades en Adicciones. Adicciones y grupos específicos: grupos vulnerables y pesonas en conflicto con la ley*. (Vol. 5, págs. 350-364). México, D.F.: SSA.
- Friedmann, P. D., Taxman, F. S., & Henderson, C. E. (2007). Evidence-based treatmet practices for drug-involved adults in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 267-277.
- Hendershot C., S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (23 de junio de 2013). *Substance abuse treatment, prevention and policy*. Obtenido de <http://www.substanceabusepolicy.com/content/6/1/17>
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Larimer, M., Palmer, R., & Marlatt, A. (1999). Relapse Prevention. An Overview of Marlatt's Cognitive Behavioral Model. *Alcohol Research an Health*, 23(2), 151-160.
- Medina-Mora, M. E. (2003). Diagnóstico del problema: conceptos básicos. En C. N. ADICCIONES, *Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local*. (págs. 9-23). México. D.F.: SSA-CONADIC.
- Mejía, D. (2012). *Efectividad de una intervención grupal para la dependencia al alcohol en pacientes con diagnóstico dual. Tesis de Maestria*. México, D.F.: Facultad de Psicología. UNAM.
- Miller, W. R. (2006). Motivational Factors in Addictive Behaviors. En K. M. Carroll, & W. R. Miller, *Rethinking Substance Abuse. What the science shows, and what we should do about it* (págs. 134-150). New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. (P. A. Tejero, Trad.) Barcelona: Paidós.

- National Institute on Drug Abuse. (2006). *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations. A Research Based Guide*. E.U.: NIDA.
- National Institute on Drug Abuse. (10 de febrero de 2011). *drugabuse.gov*. Obtenido de http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf
- National Institute on Drug Abuse. (2012). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guided. Third Edition*. U.S.: NIDA.
- Noriega Méndez, J. A., & Gutiérrez Millán, C. (1995). *Introducción a la Epistemología para psicólogos*. México, D.F.: Plaza y Valdés.
- Ortiz, A., Martínez , R., & Meza, D. (2011). *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. 51*. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Ortiz, A., Martínez , R., & Meza, D. (2012). *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*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Pérez, R. (1992). *Fragmentos de la historia soial y las drogas en México 1870-1910*. México. D.F.: Plaza y Valdés. CIESAS.
- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E., & Darren, U. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 53-72.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Roque Segovia, J. J., & Mancera Maldonado, J. L. (2012). Juzgado para el tratamiento de las adicciones en Nuevo León. En CONADIC, *Actualidades en Adicciones. Adicciones y grupos específicos: grupos vulnerables y personas en conflicto con la ley*. (Vol. 5, págs. 199-212). México: SSA.
- Ross, H. E., Gavin, D. R., & Skinner, H. A. (1990). Diagnostic validity of the MAST and the alcohol dependence scale in the assessment of DSM-III Alcohol Disorders. *Journal of Studies on Alcohol.*, 51.
- Salazar Villegas, J. (2012). Servicios de Tratamiento del abuso y dependencia del alcohol y otras drogas en las cortes, tribunales o juzgados para el tratamiento

de las adicciones. En CONADIC, *Actualidades en Adicciones. Adicciones y Grupos Específicos: Grupos Vulnerables y Personas en conflicto con la Ley* (Vol. 5, págs. 246-269). México, D.F.: SSA-CONADIC.

Siegel, S. (1975). Evidence from rats that morphine tolerance is a learned response. *Journal of comparative and Physiological Psychology*(89), 498.

Skinner, H. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.

Skinner, H., & Allen, B. (1982). Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *J. Abnormal Psychology*(91), 199-209.

Skinner, H., & Horn, J. (1984). Alcohol Dependence Scale (ADS): Users guide. . *Addiction Research Foundation*.

Sloboda, Z. (2003). Drug Abuse epidemiology: an overview. *Bulletin on narcotics*, LIV(1 and 2), 1-14.

Sloboda, Z. (2003). Drug Abuse epidemiology: an overview. *Bulletin on narcotics*, LIV(1 and 2), 1-13.

Sobell, L., & Sobell, M. (1992). Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. (J. Allen, & R. Litten, Edits.) *Measuring alcohol consumption Psychosocial and Biological Methods*.I .

SSA-CONADIC. (20 de marzo de 2010). *CONADIC*. Obtenido de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf

SSA-CONADIC-INP-INSP. (2011). *ENA*. México: SSA-CONADIC. Obtenido de conadic.gob.mx

SSA-CONADIC-INP-INSP. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México: SSA-CONADIC. Obtenido de conadic.gob.mx

UNODC. (2012). *Informe Mundial sobre las drogas*. New York.

Velasco Fernández, R. (1980). *Salud mental, enfermedad mental y alcoholismo*. México: Trillas.

Viesca Treviño, C. (2002). Bosquejo histórico de las adicciones. En R. Tapia Conyer, *Adicciones, dimensión, impacto y perspectivas* (2a ed., págs. 3-19). México D.F.: Manual Moderno.

7. ANEXOS

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS.

En esta sección se presentan los resultados cualitativos obtenidos en la aplicación de los diversos componentes aplicados durante la intervención. Cabe señalar que a lo largo de las sesiones hubo inasistencia por integrantes del grupo por lo que se verá reflejado en los mismos. El orden de la presentación va de acuerdo a las sesiones trabajadas en el grupo. En los incisos siguientes se observan éstos.

- a) Resultados del Análisis Funcional de la Conducta de consumo.** El objetivo principal de esta sesión es que el usuario identifique sus principales precipitadores del consumo de drogas (externos e internos), así como sus consecuencias (positivas y negativas). En la tabla 7.1 se muestra que de los seis usuarios que realizaron este ejercicio cinco consumen generalmente con amigos (personas) y tres de ellos lo hacen en la calle (lugar), dos en su casa y uno en el taller en donde trabaja.

Tabla 7.1. Principales precipitadores externos.

USUARIO	Precipitadores Externos		
	Personas	Lugares	Momentos
A.A.	Con los amigos	Fuera del campamento (De su casa).	Cuando hay tiempo o lleigo de trabajar.
E. V. M.	Con los amigos	En la calle	En mi tiempo Libre
C. Ch.	Sólo	Taller	Cualquier momento del día.
J. M.	Con los amigos	En la calle	Cuando siento la necesidad o me invitan
R. S.	Sólo o con un amigo	En mi casa, en mi cuarto o en el taller con mi hermano.	En las mañanas y en las tardes.
M. T. V.	Con los amigos	En mi casa	Cuando tomo consumo cocaína

Para esta sesión, los usuarios identificaban de una manera más clara sus consecuencias tanto positivas como negativas. Ya que cuando se aplicó el balance decisional no ocurría esto, y describían más las consecuencias positivas del consumo que las negativas. Se observa que las consecuencias negativas en el área interpersonal en su mayoría (tres de seis usuarios) es la “discriminación” seguida de problemas con la familia y aislamiento social. Las consecuencias a nivel físico son “debilidad y cansancio” (tres de seis usuarios), lagunas mentales y gastritis y por último un usuario refirió haber perdido un testículo por golpes recibidos estando bajo el efecto de la droga.

Por otro lado, se observa que en el área legal cinco de los seis usuarios estuvieron en la cárcel por asuntos relacionados con la posesión de drogas, y la mitad (tres de

seis) han tenido pérdida de trabajo y cinco de ellos ha tenido pérdidas en el área financiera. Esta descripción se puede observar en la tabla 7.2.

Tabla 7.2 Análisis Funcional de la Conducta de Consumo. Consecuencias Negativas

Consecuencias Negativas (a mediano y largo plazo)						
Interpersonal	Física	Emocional	Legal	Trabajo	Financiero	Otro
Discriminación	Las lagunas mentales y malestar e el estómago, mi gastritis.	Que a veces me siento sin ganas de hacer nada.	Estar en la carcel	Problemas con la gente que no fuma.	x	Problemas con los vecinos del campamento.
Destrucción familiar	Cansancio y debilidad.	Explosivo Agresivo Iracundo	Ninguna	Pérdida	Sin dinero.	x
Discriminación	Cansancio y debilidad.	Estar solo	Estar en la carcel	Pérdida	Sin dinero.	x
Discriminación	Cansancio y debilidad.	Confusión en mis emociones	Estar en la carcel	No me afecta	Pérdida de dinero	x
Soledad	"Perdí un testículo" y he recibido golpes.	Enojado Triste	Estar en la carcel	Despedidas y pérdida	Sin dinero.	"No tengo relaciones con chavas"
problemas con mi familia	x	Explosivo Agresivo Iracundo	Estar en la carcel	x	Pérdida de dinero	x

b) Resultados de Análisis Funcional de la Conducta de No Consumo. El objetivo principal de esta sesión es que los usuarios identifiquen una conducta no compatible con el consumo de sustancias y observen las consecuencias positivas a mediano y largo plazo, resaltando la diferencia entre esta conducta y la conducta de consumo que a mediano y largo plazo trae consecuencias negativas. En esta sesión hubo asistencia de tres participantes, por lo cual esto se observará en los resultados. La conducta de no consumo de elección de los tres participantes fue, realizar ejercicio, sin embargo cada uno eligió una modalidad, entre ellas están: el fútbol, el gimnasio y frontón (ver tabla 7.3).

Tabla 7.3. Principal Conducta de No Consumo.

Usuario	Conducta		
	Conducta	Frecuencia	Duración de la conducta
A.A.	Ir a jugar fútbol en la deportiva	2 veces por semana (viernes y sábados)	2 horas
E. V. M.	Ir al gimnasio	5 veces a la semana (de lunes a viernes)	1 hora
J.M.	Jugar fronton y bailar	1 vez por semana	2 horas

Los principales precipitadores externos son los amigos, y tener tiempo libre para realizar la actividad (tabla 7.4). Las consecuencias positivas a mediano y largo plazo en el área interpersonal son conocer más personas; en la física son tener más condición; en la emocional son estar alegres; en la legal, estar bien con la ley; en la laboral, también se observan beneficios y por último en el financiero es ahorrar o bien no gastar dinero (ver tabla 7.5).

Tabla 7.4. Principales precipitadores externos de la conducta de No consumo.

USUARIO	Precipitadores Externos		
	Personas	Lugares	Momentos
A.A.	Juego con amigos, "El Chango" y "El Cabulas"	En la deportiva	En el tiempo libre o en descansos
E. V. M.	Con instructores y compañeros	En el gimnasio	Tiempo libre
J.M.	Con amigos, con Daniel, Jesús y "El Pollo".	En la deportiva	Tiempo libre

Tabla 7.5. Consecuencias positivas a mediano y largo plazo de la Conducta de No consumo.

Usuario	Consecuencias Positivas (a mediano y largo plazo)						
	Interpersonal	Física	Emocional	Legal	Trabajo	Financiero	Otro
A.A.	Conocer más jugadores	Más condición física	Contento por haber ganado el partido.	Estar bien con la ley.	Tener más condición y me ayuda a mi trabajo.	Dejar de fumar marihuana y ahorrar dinero.	Conocer más gente.
E. V. M.	Conocer personas	Fuerza y energía	Alegría	Estar bien con la ley.	Más despierto, concentrado y disciplinado.	Gasto positivo	Saber que lo que me proponga lo puedo lograr.
J.M.	Conocer personas	Más condición física	Alegría	Estar bien con la ley.	Hago mis actividades con mas empeño	No afecta en mi economía	Menos problemas con la familia.

Después de haber llevado a cabo la sesión del análisis funcional de la conducta de no consumo se comenzó a trabajar con los diversos componentes del PSC. Como se mencionó anteriormente, estuvieron ordenados de acuerdo al diagnóstico inicial y a las necesidades expuestas por los integrantes del grupo.

Al finalizar cada uno de los tópicos llevados a cabo durante el PSC se les entregaba un auto-registro a los usuarios, el cual consistía en registrar situaciones diarias que podían desencadenar un consumo y anotar las técnicas aplicadas que a su vez fueron aprendidas durante la sesión.

A continuación se observarán los incisos correspondientes a los resultados de los auto-registros que realizaron los usuarios de cada uno de los componentes aplicados. Cabe señalar que una de las dificultades en la presentación de estos auto-registros es que no todos los usuarios realizaban los ejercicios por lo que se notará que en algunos casos sólo hay resultados de dos usuarios y en otros aumentará este número.

c) Resultados del Auto-registro del Control del Enojo. En este apartado se muestran los auto-registros de dos usuarios que aplicaron técnicas para el control del enojo. Estos se observan en la tabla 7.6. Cabe señalar que en las situaciones que desencadenaron enojo, los usuarios aplicaron adecuadamente las técnicas aprendidas durante la sesión y disminuyó la intensidad de éste, por lo cual no hubo consumo a causa de esta emoción.

Tabla 7.6. Autoregistro del Control del Enojo.

Usuario	Situación	Siendo 1 nada y 10 muy enojado ¿Qué tan enojado te sentiste?	Técnica aplicada	Siendo 1 nada y 10 muy enojado ¿Qué tan enojado te sentiste después?	¿Hay algo que necesites mejorar?
E.V.M.	Me llamaron, que tenía un adeudo.	9	Platicarlo con alguien, tratar de tranquilizarme y respirar.	4	Tener siempre en mente que tengo herramientas para no alocarme.
	El sábado fui con mi abuelita y me regañó y me hizo sentir mal.	8	Distraerme haciendo otra actividad	2	Pensar antes de actuar.
	Pagar la renta de mi casa	7	Tomar fuerza, valor y enfrentar las cosas.	3	Tener tranquilidad para tomar mejores decisiones.
C. Ch.	Estuve esperando casi una hora a mi expareja para ir a firmar.	9	Respire un poco y hablé con ella.	4	Trataré de irme sólo a firmar.

d) Resultados de la Aplicación del componente Control de la Ansiedad. En este componente se enseñan diferentes técnicas para el control de la ansiedad. Entre ellas se encuentran: respiración profunda junto con instrucciones de calma, relajación muscular, relajación visual y por último la aplicación de las estrategias en la situación de riesgo (autoregistro). Los resultados de las cuatro técnicas se observan en las siguientes tablas:

Tabla 7.7. Instrucciones de calma escritas por los usuarios.

Usuario	Instrucciones de calma.
A.A.	"Calmado, consciente de que te recuperas".
E. V. M.	"No pasa nada, todo tiene solución, se puede resolver, estoy preparado, sólo es un obstáculo más".
J. M.	"No va a pasar nada"
R. S.	"Ya cálmate, todo va a estar bien", ya bájale".

Tabla 7.8. Registro de la aplicación de la Técnica de Relajación Muscular.

Usuario	Momento del día que lo pondrá en práctica	Lugar	¿Qué necesito para realizarlo?
A.A.	Por la noche, cuando descanso.	En la salita.	Una alfombrita.
E. V. M.	Después de las 10:30, a las 5:00 y 6:00 pm.	En mi oficina.	Tiempo.
J. M.	En las noches	En la sala de la casa.	tiempo y una cobija.
R. S.	Como a las 8:00 pm, cuando llegue de trabajar.	En mi casa.	Una silla o un banco.

Tabla 7.9. Identificación de lugares placenteros para la aplicación de la técnica de Relajación Visual.

Usuario	Lugares placenteros
A.A.	En el parque
	En el mar
	En el bosque
E. V. M.	Playa
	Bosque
	España
J. M.	Mar abierto
	El monte
	Un parque de noche
R. S.	El parque " las monjas"
	Desierto de los leones
	Chalmita

Tabla 7.10. Auto-registro del Control de la Ansiedad.

Usuario	Situación	Preparación	Aplicación de la estrategia
A.A.	Estar viendo lo de mi bomba	Antes de empezar a discutir con las personas, alejarme.	Alejarme y respirar lentamente para no discutir.
E. V. M.	En espera que regrese la gente con quién trabajo.	"Todo se puede arreglar, puedo hablar con ellos, estudio sus resultados anteriores".	Antes de su llegada, aplicar respiración profunda y visualicé estar en otro lugar.
J. M.	Subirme al pesero	Pensar que no se va a ir lento, respirar profundo y relajarme, no enojarme.	Respirar profunda, estirar los músculos y tranquilizarme "al fin ya estoy arriba".
R. S.	Me pusé ansioso si me regañaran por seguir fumando.	Estar con mi mamá, estar tranquilo, respirar lentamente, tranquilizar mis nervios.	Caminar, respirar y relajación muscular.

e) Resultados de la Aplicación del Componente Control de la Tristeza. El objetivo de este componente es que los usuarios aprendan diferentes técnicas y estrategias para el control de la tristeza, esto con la finalidad de no consumir ante esta situación de riesgo. Las técnicas expuestas fueron: cambio de pensamientos, realización de actividades agradables, búsqueda de lo positivo en actividades cotidianas. Los resultados de los ejercicios de las tres técnicas mencionadas anteriormente se observan en las tablas 7.11, 7.12 y 7.13.

Tabla 7.11. Resultados de la aplicación del Ejercicio “Cambio de Pensamientos para el control de la tristeza”.

Usuario	PASO 1			PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
	Anotar el suceso, pensamiento y sentimiento que acompañen la situación	Pensamiento	Sentimiento	Reflexiona y anota los pensamientos o ideas que contribuyen a entristecerte cada vez más.	Cuestiona los pensamientos negativos	Buscar alternativas positivas a los pensamientos negativos	Construir pensamientos más realistas
A.A.	La noticia de que mi hijo reprobó materias.	Sentirme triste e impotente.	No poder ayudar.	Entristecerme por querer que mi hijo sea algo y vaya mal en la escuela, pensar en su futuro.	De que mi hijo no puede tener futuro, saber qué va a pasar con él.	Tratar de ayudar en lo que pueda en el estudio.	Ayudarlo en lo que pueda.
E. V. M.	Encontrarme un fin de semana solo.	¿por qué no estoy con alguien?	Tristeza.	Estoy pagando por como fui, Quedé lastimado. No tenía el carácter para tener una relación.	Que he tenido oportunidad de con alguien. Me perjudica. No me permite estar abierto a conocer a alguien más.	Soy alguien diferente. He sido transformado. He cambiado.	Aún no es el tiempo, tengo que sanar, me estoy preparando para algo mejor.
C. Ch.	Separarme de mis hijos.	No los veré como antes.	Me siento solo.	Que voy a hacer, de qué sirve trabajar, siempre voy a estar solo.	Ninguna prueba tengo, me perjudica, puedo llegar al consumo.	Acercarme a mis hijos, ponerme a trabajar para darles lo mejor, esperaré a que la pareja que tenga llegue sola.	Trabaja, échale ganas, tú sabes trabajar.
R. S.	Se murió mi tío y mi abuelita.	Recordar lo bueno de mi tío.	Me hace sentir triste.	Pensar en mi papá, me correteaba para pegarme. Nunca hubo una relación cercana, siempre chocábamos.	Mi papá también tenía sus cosas positivas. Me daba dinero para la torta o en vez para la marihuana.	Pensar en la relación que tengo con mis sobrinos y así me sentiré mejor y llorar para que se me salga la tristeza.	

Tabla 7.12. Resultados de la aplicación del Ejercicio “Identificación de las Actividades Agradables”.

Usuario	Actividad 1	Horario Actividad 1.	Actividad 2	Horario Actividad 2	Actividad 3	Horario Actividad 3
A.A.	Salir a jugar fútbol con mi hijo.	A las 4 de la tarde.	Ponerme a jugar dominó.	A cualquier hora.	Bañar a mi perrita.	12 o 1 de la tarde.
E. V. M.	Escalar en roca.	Sábado en la tarde.	Bailar.	Viernes en la noche.	Ir al gimnasio.	En la mañana.
C. Ch.	Verme mejor.	Fin de semana.	Salir con alguien.	Planearlo.	Comprarme un carro.	1 año.
R. S.	Ir a bailar (ir al califa).	Sábado por la noche.	Bañar a mis perros.	Tardes.	Arreglar mi casa.	En las noches.

Tabla 7.13. Resultados de la aplicación del Ejercicio “Búsqueda de lo Positivo en Actividades Cotidianas”.

Usuario	Actividad 1	Beneficios	Actividad 2	Beneficios	Actividad 3	Beneficios
A.A.	Me gusta soldar el cobre.	Que me siento bien y que gano más dinero.	Llevar a mi hijo a la escuela.	Hacer ejercicio y me agrada llevar a mi hijo a la secundaria.	Ir a jugar fútbol.	Desestresar mi cuerpo.
E. V. M.	Entrevistar gente.	Conoces personas, das un buen trato y una oportunidad de trabajo.	Cocinar.	Mejor alimentación y distracción.	Leer.	Adquirir conocimiento, edificar mi mente y hacer algo con un beneficio.
C. Ch.	Llevar a mis hijos.	Los veo, los abrazo, platico y bromeo con ellos.	Manejar.	Me siento bien, voy a donde quiero.	Caminar.	Me distraigo, veo algo diferente.
R. S.	Cortar la herreria.	Senirme ligero, con fuerza en los brazos, moviendo la cintura y la cadera, hago ejercicio.	Salir a correr.	Muevo todos mis músculos.	Soldar.	Me da satisfacción cuando queda bien soldado. Que no me quede como nudo.

g) **Resultados de la Aplicación del Componente de Solución de Problemas.** El objetivo de este componente es que los usuarios conozcan una estrategia para solucionar problemas la cual incluye una serie de pasos que son: 1) Identificación del Problema; 2) Generar alternativas de solución y; 3) tomar la decisión sobre una opción de acuerdo al análisis de las ventajas y desventajas. Los resultados de los ejercicios realizados por los usuarios se muestran en las tablas 7.14 y 7.15.

Tabla 7.14. Resultados de la aplicación del Ejercicio de Solución de Problemas.

Usuario	Identifica el problema	Genera alternativas de solución					Decide sobre una solución									
		Opciones					Opción 1		Opción 2		Opción 3		Opción 4		Opción 5	
		1	2	3	4	5	Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas
A.A.	No me gusta que mi esposa esté encargada de la bomba porque se evitaría muchos problemas con la gente ya que se le sube la presión.	No tener el encargo de la bomba.	No dejar el cargo a mi esposa.	Pasarsela a otra persona.	Ver entre todas las personas quién se haga cargo.	No tener el encargo de la bomba. Ya no se pondría mal.	Evitar tener conflictos	Ninguna	Otra persona la pondría, no me desvelaría.	Ninguna.	No discutir, que otra persona se encargue	Que va a ser un pleito, porque nadie va a querer hacerse cargo.				
E. V. M.	Ya no quiero salir con mis compañeros del trabajo el fin de semana.	Tomar una clase de algo para no ir con ellos.	Tratar de estar con mi familia ese día.	Ir a un gimnasio.	Decirle que ya no me gusta salir con ellos.	Salir con una persona que no les caiga bien.	Voy a aprender a cocinar otras cosas.	Pensarán que ya no quiero estar con ellos.	Mi familia se sentiría agusto	Que si después ya no lo hago, mi familia me preguntaría porque.	Me desestresaría	Me aburre a veces	Les diría la verdad.	Se enojarían.	Que sólo cambiaría a las personas por otra.	Se enojarían y ya no me invitarían a salir.
C. Ch.	No me gusta que mi vecino saque a pasear a su perro en la calle frente a mi casa porque se hace popo.	Estar cuando saque al perro para decirlo.	Lavar la banqueta mientras está con el perro.	Decirle al vecino sin agredirlo.	Tener un perro y hacerlo mismo.	Echarle su excremento en su banqueta sin que sepa.	Que viera que es molesto y no lo haga.	Que podría darme el avión.	Estaría limpio y no dejaría que se acerque el perro.	Que gastaría agua y me pararía muy temprano.	Que tendría una mejor comunicación con mi vecino.	Que podría ponerse agresivo o despota, de decir que no es él.	Estaría limpia mi banqueta.	Que me podría ver y resultara en una confrontación, a golpes.		

Tabla 7.15. Resultados de la aplicación del Ejercicio de Solución de Problemas.

Usuario	Identifica el problema	Genera alternativas de solución					Decide sobre una solución									
		Opciones					Opción 1		Opción 2		Opción 3		Opción 4		Opción 5	
		1	2	3	4	5	Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas
A.A.	No me gusta que mi esposa esté encargada de la bomba porque se evitaría muchos problemas con la gente ya que se le sube la presión.	No tener el encargo de la bomba.	No dejar el cargo a mi esposa.	Pasarsela a otra persona.	Ver entre todas las personas quién se haga cargo.	No tener el encargo de la bomba. Ya no se pondría mal.	Evitar tener conflictos	Ninguna	Otra persona la pondría, no me desvelaría.	Ninguna.	No discutir, que otra persona se encargue	Que va a ser un pleito, porque nadie va a querer hacerse cargo.				
E. V. M.	Ya no quiero salir con mis compañeros del trabajo el fin de semana.	Tomar una clase de algo para no ir con ellos.	Tratar de estar con mi familia ese día.	Ir a un gimnasio.	Decirle que ya no me gusta salir con ellos.	Salir con una persona que no les caiga bien.	Voy a aprender a cocinar otras cosas.	Pensarán que ya no quiero estar con ellos.	Mi familia se sentiría agusto	Que si después ya no lo hago, mi familia me preguntaría porque.	Me desestresaría	Me aburre a veces	Les diría la verdad.	Se enojarían.	Que sólo cambiaría a las personas por otra.	Se enojarían y ya no me invitarían a salir.
C. Ch.	No me gusta que mi vecino saque a pasear a su perro en la calle frente a mi casa porque se hace popo.	Estar cuando saque al perro para decirlo.	Lavar la banqueta mientras está con el perro.	Decirle al vecino sin agredirlo.	Tener un perro y hacer lo mismo.	Echarle su excremento en su banqueta sin que sepa.	Que viera que es molesto y no lo haga.	Que podría darme el avión.	Estaría limpio y no dejaría que se acerque el perro.	Que gastaría agua y me pararía muy temprano.	Que tendría una mejor comunicación con mi vecino.	Que podría ponerse agresivo o despotista, de decir que no es él.	Estaría limpia mi banqueta.	Que me podría ver y resultara en una confrontación, a golpes.		

g) Resultados de la Aplicación del Componente de Habilidades Sociales y Recreativas. A través de la aplicación de este componente se busca que los usuarios identifiquen dos actividades que puedan realizar constantemente o permanentemente y una actividad que hagan esporádicamente. Si los usuarios llevan a cabo estas actividades, podrán tener acceso a otros reforzadores positivos que harán que no sea necesario el consumo de sustancias adictivas, además de que desarrollarán habilidades sociales, que en muchos casos se encuentran deterioradas.

Este ejercicio lo realizaron cuatro usuarios y los resultados se observan en la tabla 7.16.

Tabla. 7.16. Resultados de la Aplicación del Componente de Habilidades Sociales y Recreativas

Usuario	Actividad Permanente #1	Horario	Actividad Permanente #2	Horario	Actividad Esporádica	Horario
A.A.	Jugar fútbol.	Domingos de 7:30 a 9:30 am.	Jugar fútbol con mi hijo Edgar.	Domingos de 10:00 a 12:00 pm	Ir a un día de campo con mi familia.	Domingos, de 10:00am a 4:00 pm.
E.V.M	Nadar.	Miércoles y viernes de 8:00 a 9:00 pm.	Hacer ejercicio en el gimnasio.	Lunes, martes y jueves de 9:00 a 10:00 pm.	Escalar.	Domingos de 10:00 a 12:00 pm.
C.Ch.	Abrazar a mis hijos.	Todos los días (en un horario de 4 a 6pm).	Ir a jugar fútbol.	Los domingos a las 10:00 am.	Oír música.	sábados de 6:00 a 7:00 pm.
R.S	Arreglar mi cuarto temprano.	08:00 a.m.	Recoger el taller.	10:00 a.m.	Hacer el baño.	01:00 p.m.