



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**EFFECTOS DEL TALLER PARA FAMILIARES DE USUARIOS DE DROGAS EN  
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, APOYO Y SATISFACCIÓN EMOCIONAL**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**ALMA EDITH RIVERA ELGUEA**

**DIRECTORA:**

**DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**

**MTRA. MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ RUÍZ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**MTRA. VIOLETA FÉLIZ ROMERO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**MTRA. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Ciudad de México**

**DICIEMBRE 2017**



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.

“No te rindas”

*No te rindas, aún estás a tiempo  
De alcanzar y comenzar de nuevo,  
Aceptar tus sombras,  
Enterrar tus miedos,  
Liberar el lastre,  
Retomar el vuelo.*

*No te rindas que la vida es eso,  
Continuar el viaje,  
Perseguir tus sueños,  
Destruir el tiempo,  
Correr los escombros,  
Y destapar el cielo.*

*No te rindas, por favor no cedas,  
Aunque el frío queme,  
Aunque el miedo muerda,  
Aunque el sol se esconda,  
Y se calle el viento,  
Aún hay fuego en tu alma  
Aún hay vida en tus sueños.*

*Abrir las puertas,  
Quitar los cerrojos,  
Abandonar las murallas que te protegieron,  
Vivir la vida y aceptar el reto,  
Recuperar la risa,  
Ensayar un canto,  
Bajar la guardia y extender las manos  
Desplegar las alas  
E intentar de nuevo,  
Celebrar la vida y retomar los cielos.*

*Porque la vida es tuya y tuyo también el deseo*

*Porque cada día es un comienzo nuevo,  
Porque esta es la hora y el mejor momento.*

A mi hermosa Agali, eres mi orgullo, mi gran motivación e inspiración para librar de mi camino todas las adversidades que se me presentan, me impulsas a superarme cada día, para ofrecerte siempre lo mejor. Muchas gracias hija, porque sin tu ayuda y paciencia, no habría logrado desarrollar con éxito mi proyecto de grado. ¡Te amo!

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, por apoyarme en todas las decisiones que he tomado y motivarme constantemente para alcanzar mis sueños. Por ser parte esencial de este logro. ¡Los amo!

A mi madre por su comprensión, escucha, cariño, ternura y apoyo incondicional que me ha brindado siempre.

A mi padre por mostrarme el camino hacia la superación, por confiar y creer en mí, por siempre desear y anhelar lo mejor para mí.

A mis hermanos por estar presentes siempre que los he necesitado, por apoyarme, escucharme y por ser una parte esencial en mi vida. ¡Los amo!

A mi Abuelita Luz por ser mi confidente, por siempre apoyarme y darme palabras de aliento en los momentos más difíciles de mi vida. ¡Te amo!

A la Dra. Lydía por sus enseñanzas, por sus mensajes de aliento, por acompañarme y motivarme en este proceso, siempre con la mejor actitud y por su apoyo incondicional.

A mis sinodales por transmitirme sus conocimientos, por la paciencia y por estar dispuestos en todo momento para ayudarme a concluir con éxito este trabajo de investigación.

A mis amigos incondicionales Enrique y Alejandra por ser parte de mi vida, por formar parte de mi historia, por estar a mi lado en los mejores y peores momentos, no sé qué haría sin ustedes. ¡Los quiero mucho!

A una persona muy especial, que ha estado a mi lado desde hace un tiempo, apoyándome incluso cuando la situación se tornaba complicada, me has motivado, apoyado, cuidado y gracias por quererme de la manera en que lo haces. Ta

A mis compañeros de maestría, por cruzarse en mí camino, por hacer que el tiempo fuera más agradable. A mis amigas incondicionales Vane, Ere y Clau por su amistad, por escucharme y siempre tener el mejor consejo en las situaciones difíciles. ¡Las quiero!

A Nancy Amador, por creer en mí y permitirme ser parte de su proyecto, además de brindarme todo su apoyo y confianza.

A mis compañeras de trabajo Kary, Cris, Alondra, Ale y Norma que me han apoyado y contenido en este proceso, tiene un lugar muy especial en mi vida y en mi corazón.

Al CONACYT por apoyar esta tesis mediante el proyecto 248428.

## Índice

Resumen	5
Introducción	7
1. Epidemiología de las drogas	11
2. Factores familiares de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas	15
3. El impacto del consumo de drogas en la familia	22
4. Tipos de intervención para familiares de usuarios de drogas	28
4.1 Grupos de familia AL-ANON	31
4.2 Modelo Johnson intervención familiar	33
4.3 Modelo de intervención breve para familiares de consumidores de alcohol y drogas	34
4.4 Grupos de familiares de Centro de Integración Juvenil (CIJ)	37
4.5 Community Reinforcement and Family Training: CRAFT	38
4.6 Taller para Familiares y Otros Significativos de Usuarios con Problemas de Consumo de Drogas.	40
5. Método.	42
5.1 Objetivos específicos	42
5.2 Participantes	42
5.3 Criterios de inclusión	42
5.3.1 Criterios de exclusión	43
5.3.2 Diseño	43
5.4 Variables	43
5.5 Variable Independiente	43
5.5.1 Variable Dependiente	43
5.5.2 Instrumentos	44
5.6 Procedimiento	46
6. Resultados	56
7. Discusión	66
8. Referencias	74
9. Anexos	80

## Resumen

La problemática de consumo de drogas en usuarios afecta a sus familiares ocasionándoles alteraciones emocionales y conflictos interpersonales; los cuales a su vez intensifican la conducta de consumo del usuario. Los consumidores de drogas tienen con frecuencia un contacto familiar distante que se caracteriza por carencia de comunicación, afecto y apoyo o tienen vínculos familiares muy intrusivos que obstaculizan su independencia. La intervención a la familia favorece mayor cohesión, ayuda y afecto entre sus integrantes; ya que se ha encontrado en diversas investigaciones que el apoyo social y familiar correlaciona inversamente con el uso de drogas. El objetivo de esta investigación fue evaluar los efectos de un taller de entrenamiento cognitivo-conductual para familiares de usuarios de drogas, que tiene como objetivo que los familiares procuren su bienestar emocional, su satisfacción personal, la convivencia con el usuario y que dispongan de conductas eficientes para apoyarlo. Se evaluó los efectos del taller en la sintomatología depresiva, satisfacción emocional y apoyo en una muestra de 36 participantes. Los resultados mostraron un decremento en la cantidad de síntomas depresivos, nivel de depresión e intensidad de tristeza que presentaban los participantes antes del taller. Además, hubo un incremento en su satisfacción emocional, así como en el apoyo que éstos proporcionan a los usuarios de drogas. Se concluyó que las estrategias que aprenden los familiares durante el taller favorecen la disminución de síntomas de depresión en lo familiares y ayudan a mejorar la relación con el usuario.

**Palabras clave:** Familiares, Depresión, Entrenamiento cognitivo-conductual, Satisfacción emocional, Apoyo.

## **Abstract**

The problem of drug use in users also affects their family members, causing emotional disturbances and interpersonal conflicts; which in turn it intensifies the user's consumption behavior. Drug users often have a distant family contact characterized by lacking in communication, affection and support or have very intrusive family ties that hamper their independence. The intervention to the family favors greater cohesion, support and affection among its members; and it has been found in some investigations that social and family support correlates inversely with the use of drugs. The objective of this research was to evaluate the effects of a cognitive-behavioral training for family members of drug users, whose objective is that the relatives look for its emotional well-being, their personal satisfaction, improve the coexistence with the user and they have efficient behaviors for support it. The effects of the workshop on depressive symptomatology, emotional satisfaction and support in a sample of 36 participants are evaluated. The results showed a decrease in the amount of depressive symptoms, the level of depression and the intensity of the sadness that the participants presented before the workshop. In addition, there was an increase in their emotional satisfaction, as well as in the support they provide to drug users. It was concluded that the strategies that learn the family members during the training session favor the reduction of depression symptoms in families and help to improve the relationship with the user.

**Key words:** Family, Depression, Cognitive-behavioral training, Emotional satisfaction, Support.

## **Introducción.**

El consumo de drogas es un problema de salud pública debido a las consecuencias que generan en el individuo, la familia y la sociedad; las pérdidas y daños que éste ocasiona son frecuentemente irreversibles e incluyen enfermedades severas como cirrosis hepática, cáncer, diabetes, hipertensión arterial; los daños ocasionados, se generalizan a diferentes áreas del funcionamiento del usuario afectando aspectos de la salud y del funcionamiento físico, capacidades cognitivas, regulación emocional, interacción familiar y social, desempeño laboral u ocupacional, estabilidad económica; pudiendo inclusive precipitar el involucrarse en actividades delictivas y conductas violentas que repercuten en su condición legal (Cruz, 2014; McCrady, Rodríguez & Otero-López, 1998; Medina-Mora, 2001; Tapia, 2001; Velasco, 2005).

Adicionalmente se alteran los valores y principios éticos del individuo, así como el tipo de aspiraciones y la motivación para realizar conductas de superación disminuyendo, por tanto, la obtención de logros y autoeficacia del individuo (Strafford & Cocanougher, 1977).

Entre los factores de riesgo individuales que favorecen el consumo de drogas por parte del usuario están: tener una experiencia previa de consumo de tabaco y alcohol, falta de conocimiento acerca de las drogas, búsqueda de placer, pobre autoeficacia, curiosidad, soledad, estrés, tener una respuesta inapropiada en el manejo de conflictos y problemas de salud física (Rodríguez, et al, 2009).



Además de éste tipo de factores de riesgo se encuentran los que tiene que ver con la familia, que incluyen: falta de comunicación, involucramiento, atención, así como desintegración y violencia entre los miembros de la familia (Rodríguez, et al, 2009).

La interacción del usuario con sus familiares influye en el comportamiento de consumo; por lo que eventos referentes a situaciones de conflicto con miembros de la familia y alteraciones emocionales del usuario anteceden episodios de consumo. Un entorno familiar en el que los padres tienen dependencia en el consumo de alguna droga ocasiona mayor probabilidad de que los hijos consuman drogas (Zapata, 2009).

La familia puede funcionar como un factor de riesgo o un factor protector para el consumo de drogas. Los factores de riesgo pueden estar presentes o no, sin embargo, cuando están presentes es más probable que se use o abuse de las drogas (Clayton, 1992).

Un ambiente familiar emocionalmente estable, favorece que sus miembros tengan mayores herramientas que les permitan enfrentarse a situaciones de riesgo (ENCODE, 2014).

Sin embargo, cuando existe uso o abuso de drogas en algún miembro de la familia, los familiares se ven afectados por la presencia de síntomas depresivos, físicos y psicológicos que comprometen su funcionamiento y calidad de vida (Stanton, 1982; Bekir, 1993; Reschetti, 2012).

Natera, Mora & Tiburcio (1999) advierten sobre las diferentes consecuencias sociales, emocionales y de salud que presentan los familiares de usuarios que tienen prácticas de abuso en el consumo de drogas, haciendo evidente que vivir con un usuario es una experiencia que genera tristeza e insatisfacción.

En un estudio que se realizó para medir síntomas depresivos en cuidadores de usuarios de drogas, se encontró que existe una correlación estadísticamente significativa entre la disminución en la satisfacción y tener un familiar que consume drogas. La satisfacción se dividió en las siguientes áreas: síntomas físicos (tales como dolor, estado general de salud y capacidad funcional), salud mental, vitalidad, aspectos emocionales (depresión, tristeza, ansiedad, enojo, entre otros) y sociales. Se encontró que los cuidadores mostraron pérdida de vitalidad, teniendo síntomas de depresión que no les permitían sentirse satisfechos en su vida, ni realizar las actividades cotidianas (Reschetti, Aparecida, Martínez & Aparecida, 2012).

Lazarus (1993) reconoce la importancia que tiene en las familias el uso de procesos cognitivos y motivacionales como estrategias útiles para enfrentar el consumo de drogas que afecta al usuario. La intervención al familiar basada en entrenamientos cognitivo-conductuales, ha mostrado que favorece ambientes que contribuyen a la cohesión, expresividad e independencia dentro de la familia (Moos, 1979); por lo que es muy importante proporcionar entrenamiento al familiar, para favorecer la estabilidad emocional personal, relaciones de cercanía y apoyo que contribuyan en la recuperación del consumidor (Bader, 1989).

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue evaluar cambios en síntomas depresivos, satisfacción emocional y apoyo en la convivencia de familiares con usuarios de drogas antes y después de participar en un entrenamiento grupal. Dicho entrenamiento grupal, favorece que los familiares regulen sus emociones, entre ellas la tristeza, mediante estrategias como: cambiar sus pensamientos, buscar lo positivo de las situaciones que se presentan y realizar actividades agradables, ya que procurar su bienestar emocional, su satisfacción emocional y el adquirir conductas eficientes para apoyar al usuario, favorecen un ambiente familiar más agradable y mejora el apoyo que la familia le brinda al usuario para que logre la abstinencia.

## **Epidemiología de consumo de drogas.**

Según el Informe Mundial sobre Drogas (2015), el consumo de drogas sigue causando daños considerables, ya que, en 2014, 27 millones de personas tenían un consumo problemático de alguna droga y aproximadamente 207.400 muertes estuvieron relacionadas con el consumo de drogas.

Actualmente, se calcula que a nivel mundial 29.5 millones de personas consumen drogas, de esa población el 0.6% de la población adulta padece algún trastorno relacionado al uso de drogas; y cerca de 250 millones de personas consumieron alguna droga durante el 2015 (UNODC, 2017).

En el 2015, se registraron 183 millones de consumidores de cannabis, 37 millones de consumidores de anfetaminas y estimulantes de venta con receta médica, 35 millones de consumidores de opioides, 22 millones de consumidores de éxtasis, 18 millones de consumidores de opiáceos y 17 millones de consumidores de cocaína (UNODC, 2017).

Por otro lado, el Informe Mundial sobre Drogas (2017), menciona que la variedad de Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP) sigue en aumento, de 260 NSP en 2012 a 483 NSP en 2015. Entre el 2009 y 2016 hubo 106 países que informaron la aparición de 736 NSP diferentes a la oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2017).

En cuanto al consumo de drogas por género, se menciona que a nivel mundial los hombres son 3 veces más propensos a consumir cannabis, cocaína y anfetaminas, mientras que las mujeres suelen abusar de los opioides con prescripción médica y los tranquilizantes (UNODC, 2015).

En relación a la búsqueda de tratamiento a nivel mundial, solo 1 de cada 6 consumidores problemáticos de drogas tiene acceso a tratamiento y solo 1 de cada 5 es mujer (UNODC, 2016).

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (ENCODAT) reporta que, en México, el 10.3% de la población total de 12 a 65 años ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida; el 2.9% lo hizo en el último año y 1.5% en el último mes.

El 0.6% de los consumidores de drogas en México ha presentado posible dependencia en el último año. Sin embargo, solo el 20.3% ha asistido a tratamiento, de los cuales el 22% son hombres y el 20.3% mujeres (ENCODAT, 2016).

Con respecto a las tendencias epidemiológicas en México, se observa un incremento en el consumo de drogas en personas de 12 a 65 años, de 7.8% en 2011 a 10.3% en 2016 (ENCODAT, 2016).

Por lo que, las principales drogas consumidas alguna vez en la vida por la población de 12 a 65 años son: marihuana (8.6%) y cocaína (3.5%). El consumo de marihuana alguna vez en la vida incrementó de 6% en 2011 a 8.6% en 2016 y el de consumo de cocaína se mantuvo estable de 3.3% en 2011 a 3.5% en 2016 (ENCODAT, 2016).

Según la ENCODAT (2016), la exposición al consumo de drogas alguna vez en la vida, en población adulta de 18 a 65 años, por género incrementó, en hombres de 18.5% en 2011 a 22.8% en 2016 y en mujeres de 4.6% en 2011 a 7.6% en 2016.

Respecto a la población de 12 a 65 años de estados de la república, en la que se reportan porcentajes más altos de consumo de cualquier droga ilegal alguna vez en la vida son los estados de Jalisco con 15.3%, Quintana roo con 14.9% y Baja California con 13.5% (ENCODAT, 2016).

Con respecto al consumo de alcohol en México, este el principal problema de consumo en nuestro país, ya que el 71% de la población total de 12 a 65 años ha consumido alcohol alguna vez en la vida y la posible dependencia hacia el alcohol fue de 2.2% (ENCODAT, 2016).

De acuerdo con la ENCODAT (2016), la edad de inicio de consumo de alcohol, no presento variaciones con respecto a las encuestas realizadas en el 2008 que reportó la edad de inicio a los 17.9 años, y las encuestas del 2011 y 2016 que reportaron la edad de inicio a los 17.8 años.

Por lo que respecta al consumo de tabaco en México, la edad de inicio de consumo diario, disminuyó de 20.4 años en 2011 a 19.3 años en 2016. Sin embargo, el consumo de tabaco en el último año, en población de 12 a 65 años, se mantiene sin cambios, ya que, en el 2011, 17.3 millones de personas fumaron en el último año y en el 2016 17.6 millones de personas (ENCODAT, 2016).

Por otro lado, no hubo cambios significativos en la adicción a la nicotina, ya que, en 2011, el 11.4% de las personas adultas que fumaron en el último mes, tenían niveles altos de adicción, mientras que, en 2016, se presentó en 12.3% de esta población (ENCODAT, 2016).

Con respecto a la población estudiantil, la Encuesta Nacional de Estudiantes (ENCODE) que se realizó en el año 2014, encontró que se incrementó el consumo de drogas en algunos estados de la república como: Distrito Federal, Chiapas, Estado de México, Oaxaca, Baja California Sur, Tijuana, Puebla, entre otros. En Puebla la prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida es de 16.4%; en los hombres de 17.7% y en las mujeres de 15.2%. La marihuana mostró un aumento de 10.8%, los inhalables 6.0%, los tranquilizantes 3.6%, los alucinógenos 3.5% y la cocaína 3.4%. En Tijuana la prevalencia con mayor incremento por tipo de sustancia fue por consumo de drogas médicas sin prescripción de 4.1%, mientras que en Nuevo León la droga ilegal más consumida fue la marihuana 3.7%. Los tranquilizantes fueron la droga más consumida en Colima 2.7% y Campeche 3.4% y finalmente en el Estado de México el tipo de sustancia más consumida fueron los inhalables con un 10.3% (ENCODE, 2014).

Por otro lado, se menciona que es 4.5 veces más probable que una persona se involucre en el consumo de las drogas si su papá o hermanos las usan y esta frecuencia se incrementa hasta 10.4 veces si quien las usa es el mejor amigo. Por lo que la conducta de consumo es afectada de manera importante, por el ámbito social y familiar (ENA, 2011).

## **Factores familiares de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas.**

El consumo de drogas es el resultado de la interacción de múltiples factores, entre ellos encontramos a los factores de riesgo, que son los factores que contribuyen para que ocurra el consumo; también existen los factores de protección que son situaciones, eventos o condiciones que evitan el consumo (Alfonso, Huedo & Espada, 2009).

Algunos autores (Secades, et.al., 2001; Dayton, 2002; NIDA, 2004; Gómez, 2008) proponen que los factores de riesgo son: “todas aquellas circunstancias o características personales, familiares o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento de uso o abuso de drogas” y que se dividen en: personales, familiares y sociales.

Los factores de riesgo pueden favorecer el consumo de drogas, ya que mientras más riesgos enfrente una persona, mayor es la probabilidad de que use o abuse de las drogas. Cabe mencionar que, el consumo de drogas y los factores de riesgo no son causa efecto, ya que ellos solo aumentan de probabilidad de consumir, y si se desea disminuir esta probabilidad es necesario realizar actividades preventivas, que permitan generar un balance entre los factores de riesgo y los factores de protección (CONADIC, 2008).

Algunos factores de riesgo pueden tener mayor influencia que otros, dependiendo de la etapa del desarrollo en la que se encuentre la persona, por ejemplo: la presión de los compañeros en la adolescencia incide mayormente, que si dicha influencia se presenta en la vida de un adulto (NIDA, 2004).



Por otro lado, se consideran factores de protección a “los atributos o características individuales, familiares, condiciones situacionales y/o de contextos ambientales que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición del nivel de las mismas”. Se dividen en personales, familiares y sociales (Secades, et.al., 2001; Dayton, 2002; NIDA, 2004; Gómez, 2008).

Los factores de protección, al igual que los factores de riesgo, pueden tener mayor influencia en ciertas etapas del desarrollo, por ejemplo: un vínculo fuerte entre los padres y los hijos, pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos de consumo de drogas durante los primeros años de la niñez (NIDA, 2004; La espada, Iraurgi & Aróstegi, 2004; Peñafiel, 2009; Rodríguez, et al., 2009; Secretaria de Salud, 2014).

Con respecto a los factores de riesgo y protección personales, éstos refieren características del individuo, habilidades y regulación en los estados de ánimo que aumentan o disminuyen la vulnerabilidad psicológica hacia el consumo de drogas (Laespada, Iraurgi & Aróstegi, 2004; Peñafiel, 2009; Rodríguez, et al., 2009; NIDA, 2010; Echeburúa y Requesens, 2012; Secretaria de Salud, 2014).

Actualmente, se tiene evidencia derivada de investigaciones sobre diversos factores personales y su influencia en el consumo o no consumo de drogas.

Un estudio que tuvo como objetivo determinar la prevalencia en el consumo de drogas, así como la relación de ésta con variables sociodemográficas, encontró que los estudiantes que no consumen drogas son los que practican más actividades como deportes, ayudan con las labores de la casa, hacen su tarea, realizan actividades con la familia y les interesa cumplir con las reglas que tienen los padres respecto al consumo de drogas. Por otro lado, los jóvenes que consumen altas

cantidades de alcohol y drogas, salen frecuentemente con los amigos, no realizan actividades, se aburren y no cuentan con reglas claras dentro de la familia con respecto al uso de drogas. De tal modo que estos resultados coinciden con lo encontrado por otros autores (García, Plátano, Villatoro, Gutiérrez & González, s/f; Echeburúa, 2012), que mencionan que manejar adecuadamente el tiempo libre, contar con habilidades para enfrentarse a la presión de pares y la relación que mantiene la persona con su familia influye de una u otra manera en la decisión de cada persona de consumir drogas o no (Rojas, Bautista-, Medina-Mora, Morón & Domenech, 1999).

Con respecto a los factores de riesgo familiares, se han identificado algunos que han sido ligados al inicio, mantenimiento o abuso de consumo de drogas, y otros que se han asociado a evitar el consumo de drogas (Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003; NIDA, 2004, Secretaria de salud, 2014).

Los factores familiares de riesgo que se han asociado con el consumo de drogas son: la falta de supervisión de los padres, ausencia de límites y diálogo dentro de la familia, consumo de drogas por parte de algún miembro de la familia, relaciones tensas o violentas dentro de la familia, abuso sexual, poca expresividad de afecto y apoyo por parte de los padres, ausencia constante de los padres en la vida de sus hijos, eventos estresantes en la vida familiar como la muerte de algún miembro, déficit en habilidades para criar a los hijos, patologías psiquiátricas en los padres y clima familiar negativo, ya sea, hostil, crítico o sobreprotector (Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003; NIDA, 2004, Secretaria de salud, 2014).

Con respecto a los factores familiares que protegen del consumo de drogas, se menciona que cuando la familia cuenta con un ambiente cálido y de confianza, comunicación abierta y asertiva dentro de la familia, buena relación entre los miembros de la familia, cohesión o unión familiar, aprecio y reconocimiento de los padres hacia los hijos, límites claros y aplicación de consecuencias de manera consistente, tiempo de calidad en la familia, apoyo y supervisión por parte de los padres, atención a las necesidades de los hijos, responsabilidades establecidas, manejo adecuado del estrés dentro de la familia, corregir conductas sin afectar el valor de la persona, favorecer hábitos saludables y realizar un seguimiento de la educación de los hijos, se disminuye la probabilidad de que los hijos consuman drogas (López & Rodríguez, 2010).

La familia funciona como un factor protector cuando los padres alientan y se involucran en las actividades, responsabilidades, bienestar emocional, relaciones interpersonales y son tolerantes con su hijos, ya que se ha encontrado que un ambiente familiar con una adecuada comunicación, vínculos cercanos entre los miembros, apoyo, con reglas claras hacia el uso de drogas y una buena cohesión familiar, ayuda en la prevención y/o disminución del consumo de drogas y en la adquisición de los recursos necesarios para el afrontamiento de las dificultades que irán apareciendo a lo largo de la vida. Asimismo, el apoyo que se les da a los hijos durante la crianza ayuda a reducir la vulnerabilidad genética para el consumo de drogas a lo largo del tiempo (Calvo, 2007; Zapata, 2009; Romero, 2011; ENCODE, 2012; Cordoba & García, 2011; Rowe, 2013).

En un estudio cuyo objetivo fue estimar la relación entre el patrón de consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes y los factores de socialización como predictores de su consumo, se encontró que el uso de un estilo educativo familiar democrático (consistencia de la familia al marcar las normas familiares y un establecimiento de las mismas por mutuo acuerdo), es un predictor del menor consumo de drogas legales sobre todo en el consumo de tabaco y alcohol. La educación preventiva que el adolescente recibe por parte de su familia, sí incide claramente en el patrón de consumo de tabaco disminuyendo éste ante normas familiares bien establecidas respecto al uso de drogas. Asimismo, se reconoce la necesidad de reducir la vulnerabilidad familiar mediante relaciones basadas en el apoyo, afecto y supervisión (Alfonso, Huedo & Espada, 2009).

Además, de ligarse a la familia con algunos factores de riesgo y protección, también se le ha identificado como una barrera en el tratamiento del usuario, ya que en ocasiones las conductas que tienen hacia él, pueden frenar el mantenimiento de la sobriedad del usuario e impedir que se reinserten en la sociedad de manera adecuada. Por lo que, se ha identificado que las interacciones de la familia hacia el usuario pueden agravar, perpetuar o ayudar a resolver el problema de consumo. Algunos estudios han demostrado que, al trabajar con la familia, se disminuye la recaída y existe un mejor pronóstico en la intervención del usuario que consume drogas, por lo que se resalta la necesidad de implicar a la familia en la prevención y tratamiento del consumo de drogas (NOM-028, 1999, Calvo, 2007; Alfonso, Huedo & Espada, 2009).

Por otro lado, se tienen a los factores de riesgo sociales que se asocian con el inicio, mantenimiento o abuso de drogas y los factores de protección sociales que se asocian a evitar el consumo de drogas. El NIDA, 2004, los divide en compañeros, escuela y comunidad (Laespada, Iraurgi & Aróstegi, 2004; Peñafiel, 2009; Rodríguez, et al., 2009; NIDA, 2010; Echeburúa y Requesens, 2012; Secretaria de Salud, 2014).

De acuerdo con los factores sociales de protección, se ha relacionado al grupo y el apego a los iguales como un potente factor de protección ante el consumo de drogas, cuando se pertenece a un grupo social en el que sus miembros no consumen, tienen hábitos saludables como realizar ejercicio físico, planear actividades de entretenimiento y diversión en las que no se tiene disponibilidad ni acceso al consumo, sino que se fomenta el aprendizaje, la superación, el autocuidado, la convivencia social, se favorece el desarrollo de un estilo de vida saludable, valores y actitudes pro sociales (NIDA, 2004; Becerra, 2008; Rodríguez, et al., 2009; Tobler & Komro, 2010; ENCODE, 2012).

Por otro lado, el rendimiento escolar se ha asociado con uno de los principales factores de protección cuando éste es alto, ya que la persona lo percibe como una experiencia de éxito (Becoña, 2002; NIDA, 2004; Becoña, et. al., 2011).

Con relación a la comunidad, encontramos que un factor protector es contar con normas legales y políticas públicas relacionadas al control de consumo de drogas, ya que éstas contribuyen a reforzar la percepción social y el riesgo asociado a las drogas; además promueve la transformación social. Otro factor importante es la accesibilidad a las mismas y el precio, de tal forma que cuando el costo es bajo

existe un mayor consumo y, por el contrario, el consumo disminuye cuando la droga se encarece (Chaloupka, Cummings, Morley y Horan, 2002; Becoña, 2002).

Además de los factores ya mencionados, se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres con respecto a los motivos frecuentes que utilizan para iniciar o mantener el consumo de drogas. Los motivos que reportan las mujeres para iniciar o mantener el consumo de drogas son: mantener una relación sentimental con una persona que consume, relacionarse con personas que consumen, necesidad de aceptación y de establecer un vínculo afectivo con otras personas, búsqueda de igualdad con el sexo masculino imitando algunos de sus comportamientos como el consumo de drogas y usar las drogas para regular las emociones como la tristeza y ansiedad (Martínez et al., 2014).

Por otro lado, los motivos que mencionan los hombres son: necesidad de autoafirmación de la masculinidad, disminuir síntomas físicos como el cansancio, sentirse con mayor energía y mejorar el rendimiento durante el día (Martínez et al., 2014).

Finalmente, es importante identificar tanto los factores de riesgo como los factores de protección al abordar la problemática del usuario de drogas y de su familia para poder incidir en ellos y lograr tanto la abstinencia del usuario como la mejoría de la relación con las personas que le rodean. Los programas de tratamiento deben favorecer el desarrollo cognitivo, afectivo, social y conductual de los usuarios, sus familias y personas cercanas para generar comportamientos más adaptativos y fortalecer sus habilidades para enfrentar situaciones adversas o críticas de la vida cotidiana (Becoña, et.al., 2011).

## **El impacto del consumo de drogas en la familia.**

La familia, es una estructura sociocultural básica que se modifica y adapta a las situaciones cambiantes, está marcada por un rol social definido en el cuál se relacionan padres e hijos (CSAT, 2004; Avalos, 2012).

Las familias o personas cercanas, cumplen varias funciones como la crianza, proporcionar afecto, protección, educación, apoyo, promueven la unidad y logran hacer modificaciones para atender los cambios en las necesidades de la propia familia (Craig, 2001; Galván, 2008; Gómez, 2008).

Cuando dentro de la familia existe algún miembro que consume drogas, esto ocasiona, alteraciones emocionales a los familiares o personas cercanas, ya que favorece que se experimenten sentimientos de angustia, preocupación, sufrimiento e intranquilidad, descuido de los hijos, discusiones, sentimientos de soledad, abandono, indiferencia, problemas de salud ocasionados por la tensión (cansancio, depresión, ansiedad, úlcera, gastritis, etc.) y problemas económicos (Mora, Natera & Tiburcio, 2010; Reschetti, Aparecida, Martínez & Aparecida, 2012).

Por lo anterior, sabemos que el impacto que tiene el consumo en los familiares de usuarios de drogas, afecta tanto a su salud como a la relación que mantienen los miembros de la familia con el usuario. Existen investigaciones en las que se ha evaluado la satisfacción y los síntomas depresivos en cuidadores de usuarios de drogas, en una de ellas se encontró que existe una relación entre ser cuidador de un usuario de drogas y presentar síntomas emocionales como tristeza,

pesimismo, sensación de fracaso, falta o pérdida de la satisfacción, irritabilidad, crisis de llanto, entre otros (Reschetti, Aparecida, Martínez & Aparecida, 2012).

En otro estudio, se analizó la relación entre las percepciones del apoyo familiar, síntomas de depresión, ansiedad y desesperanza en usuarios de drogas, se encontró que el apoyo familiar es un factor condicionado por los niveles de ansiedad y depresión que presenta el familiar o persona cercana al usuario de drogas. Estos resultados indican que la percepción del apoyo familiar puede ser un importante apoyo social para el usuario (Nunes, De Aquino, Munhoz & Rogéiro, 2013).

Por otro lado, los investigadores se han enfocado en establecer una asociación entre la forma en que se relaciona la familia con el consumo de drogas por parte de algún miembro de ella, y se ha encontrado que la forma en que las familias se relacionan juega un papel muy importante en el desarrollo de factores de riesgo, que favorecen conductas desadaptativas, y factores de protección que evitan dichos comportamientos en algunos de sus miembros (Pons, 1998; Avalos, 2012; Mecalco, 2013).

También, se ha encontrado que la familia que presenta falta de límites, un estilo autoritario para educar a los hijos, ofrece mensajes ambiguos o ambivalentes y no existe claridad respecto a una definición de autoridad, favorece que se incrementen o desarrollen problemas de conducta y a largo plazo consumo de drogas (Valverde 2016; Patteson, 2005; woolfender, Williams & Peat, 2008; Forgatch; Patterson, Degarmo & Beldavs, 2009).



Por lo anterior, algunos investigadores (Orford, et. at., 1998; Tiburcio & Natera, 2003; Mora, Natera & Tiburcio, 2010) han centrado sus estudios en las estrategias que utilizan las familias para enfrentar el consumo de drogas de sus familiares.

Por esta razón, Tiburcio & Natera (2003) adaptaron un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas, en donde se establecen ocho formas de afrontamiento que se describen a continuación:

El primero es el afrontamiento *emocional*, que consiste en que el familiar expresa las emociones de manera explosiva hacia el usuario de drogas, es decir, responde con mucho enojo, gritos, amenazas, llanto, acusaciones, reproches y críticas por su consumo.

La segunda forma de afrontamiento es la del evitador, es cuando el familiar trata de poner alguna distancia o barrera física o emocional con el usuario. Por ejemplo, cuando el familiar se hace el enojado con el usuario y trata de mostrarse distante o cuando procura evitar la presencia del usuario para verse lo menos afectado posible por la situación.

La tercera forma de afrontamiento es Inactivo, se refiere a que el familiar pierde la esperanza de que la situación cambie. Puede sentirse indiferente, triste, decepcionado y resignado porque considera que no tiene sentido hacer algo dado que, de cualquier manera, su familiar seguirá consumiendo.

La cuarta forma es la de ser tolerante, se presenta cuando la reacción del familiar es proteger, encubrir y disculpar al usuario, por ejemplo: cuidarlo cuando está bajo los efectos del alcohol o las drogas; darle dinero, aceptar que beba o se drogue en cantidades menores o con menos frecuencia; y conseguirle las bebidas

o las drogas. También es cuando el familiar trata de aparentar que no se ha enterado del consumo y finge que todo está bien, aunque sepa que no es así.

La quinta forma de afrontamiento es la del Controlador, en esta el familiar lleva a cabo acciones dirigidas a controlar el consumo del usuario; por ejemplo, vigilarlo, revisar sus cosas, registrar su habitación, obligarlo a cumplir promesas o a “jurar”, esperarlo en casa hasta muy noche, etcétera.

La sexta forma de afrontamiento es la de ser asertivo, que consiste en que el familiar establece una comunicación directa con el usuario, le expresa de manera tranquila y sin reproches cómo se siente por su consumo de alcohol o drogas, le aclara que no está dispuesto a aceptar que siga consumiendo, le establece condiciones o límites específicos (por ejemplo, que asista a tratamiento o disminuya su consumo) y le dice con claridad lo que espera de él/ella.

La séptima forma en que los familiares afrontan la situación es la que se denomina el apoyador, esta se refiere a cuando el amor y el cariño que familiar siente por el usuario lo motiva a realizar diferentes acciones para ayudarlo. Por ejemplo, trata de darle consejos, motivarlo para que busque tratamiento o ayuda especializada para dejar de consumir, se interesa por su salud, le proporciona información útil sobre temas relacionados con adicciones, lo alienta para que realice otras actividades que no estén relacionadas con el consumo y lo defiende frente a las críticas de otras personas.

La última forma en la que enfrentan los familiares el consumo del usuario es la de ser independiente, que consiste en que el familiar trata de enfocarse en su propio bienestar, aun cuando el consumo del usuario le afecte mucho. Por ejemplo, cuando trata de seguir su vida como siempre lo hace, evita descuidar sus actividades

personales, laborales y de salud y hace un esfuerzo por no dejarse agobiar por el consumo del usuario. Busca ayuda de otras personas e instituciones en un intento por encontrar una solución al consumo y no espera pasivamente a que su familiar decida dejar de consumir para lograr cambios que produzcan beneficios para sí mismo y para otros miembros de la familia.

No existe alguna guía de cómo deben actuar los familiares de un usuario de drogas, sin embargo, es necesario dotar a las familias de habilidades que les permitan afrontar el consumo de drogas de su familiar, con la finalidad de mejorar la relación y que se favorezca la mejoría en la salud física y emocional tanto del familiar como del usuario (Orford, et.al., 2005).

En ocasiones se ha considerado a la familia del usuario, como la causa exclusiva del problema de adicción, sin enfocarse en las necesidades terapéuticas de los familiares referentes a favorecer el entendimiento de la problemática del usuario y cómo enfrentarla, ofrecerles ayuda para regular sus propios estados de ánimo, procurar la toma de decisiones enfocada a resolver sus problemáticas y apoyar la abstinencia del usuario (Fuertes & Maya, 2001; Natera, Mora, Tiburcio & Medina, 2010).

Existen diversos estudios que han asociado el funcionamiento familiar y el consumo de sustancias, donde se ha identificado la necesidad de implicar a la familia en la prevención y en el tratamiento del usuario, con la finalidad de lograr una abstinencia más prolongada en el usuario (Kumpfer, Alvarado, & Whiteside, 2003).

De acuerdo con la NOM-028 se debe involucrar a la familia en el tratamiento cuando esto sea posible, contando con el consentimiento informado del usuario, cuando éste sea mayor de edad o, en caso de ser menor con el responsable legal. Pues la terapia que involucra a la familia, es un factor predictor de éxito terapéutico en el tratamiento de los adolescentes y adultos que consumen drogas, ya que favorece la cohesión, expresividad e independencia del usuario, el apoyo de los familiares beneficia la generalización del cambio y ayuda al usuario a tener cambios más durables y permanentes, incrementa la asistencia y participación en el tratamiento, lograr una disminución y/o abstinencia del consumo, pues aunque no es determinante, permite un mejor pronóstico de la recuperación (Florance, 1976; Moos, 1979; Bader, 1985; Liddle & Dakof, 1995; Humphreys, Moos, Cohen, 1997; Kirby, Marlowe, Festinger, Garvey & Lamonaca, 1999; Humphreys, Mankowski, Moos, Finney, 1999; Zapata, 2009).

Las intervenciones que se basan en incorporar a la familia al tratamiento del usuario, están indiscutiblemente reconocidos como los enfoques más eficaces para el tratamiento de adultos y adolescentes con problemas de drogas. Existen diferentes perspectivas teóricas para abordar las intervenciones familiares, generalmente se dividen en: Terapias de conducta, Modelo Cognitivo-Conductual, Modelo Sistémico, Terapias analíticas y psicodinámicas, Terapias de facilitación de 12 pasos (Grupos de ayuda mutua) y tratamientos integrados en pacientes con trastornos por abuso y dependencia de sustancias, los cuales se describen en el apartado de tipos de intervenciones (CSAT, 2004; Becoña, et.al., 2008; NIDA, 2010; Rowe, 2013).

## **Tipos de intervención para familiares de usuarios de drogas.**

El consumo de drogas es una problemática de Salud Pública, que impacta en el ámbito familiar ocasionando diversos sentimientos desfavorables como: preocupación, incertidumbre e impotencia. Eleva el riesgo de presentar problemas de salud mental como depresión y ansiedad; así como diferentes consecuencias negativas en la salud física, daños en los ámbitos laboral, económico y social debido a la conducta impredecible, de despojo, de ruptura con la realidad y en ocasiones agresiva por parte del usuario (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

Por lo que, al no estar preparada la familia para enfrentar las situaciones derivadas del consumo de drogas por parte del usuario, la forma en que manejan las situaciones problemáticas pueden no ser benéficas para ellos ni para sus familiares, pues tienden a responder con algunas estrategias de involucramiento, que desencadenan menor cohesión y mayor conflicto (Natera, Mora & Tiburcio, 2013).

Por ello, es indispensable que la familia cuente con actitudes y comportamientos que favorezcan que el usuario se sienta motivado a detener o disminuir la ingesta, que reciban información para atender un posible episodio de intoxicación aguda, sobredosis, síndrome de abstinencia o situación de crisis acompañada de intento suicida y como apoyar al usuario para que restablezca su periodo de abstinencia; esto mediante habilidades de comunicación, apoyo, toma de decisiones, solución de problemas entre otras, logrando dar apoyo y soporte a su familiar para mantener su recuperación, independientemente de que él asista a

tratamiento (Barragán, 2005; Martins, Do Santos & Pillon, 2008; Natera, Mora & Tiburcio, 2010).

Es por ello, que al involucrar a la familia en el tratamiento del usuario se recuperan interacciones positivas, se reestablece la armonía, mejora la comunicación, se restauran las jerarquías en la familia, se recupera la confianza entre sus miembros y se favorece la expresión de sentimientos (Zapata, 2009).

El apoyo familiar ayuda a restablecer el proceso de autonomía del usuario para decidirse a recibir atención y recuperarse de su detrimento físico, cognitivo y emocional y volver a valorar sus capacidades y aplicar sus habilidades, pues generalmente el usuario puede presentar ideas negativas de sí mismo y considerarse fracasado, irresponsable e incapaz de recuperarse y menos aún de destacarse en alguna actividad (Nunes, De Aquino, Munhoz & Rogéiro, 2013).

Con respecto al tipo de intervenciones que existen para trabajar con la familia de los usuarios de drogas, se han encontrado diferentes formas. A continuación, se presentan los principales abordajes:

- Terapias de facilitación de 12 pasos o Grupos de ayuda mutua (NIDA, 2010).

La terapia de facilitación de 12 pasos es una estrategia que consiste en un compromiso activo, se desarrolló con la finalidad de aumentar la probabilidad de que el familiar de usuario de drogas se adhiera y participe de forma activa en un grupo de autoayuda, para dar respuesta a sus problemas y lograr resolverlos. Esta terapia se basa en tres aspectos fundamentales: La primera es la aceptación, que incluye la toma de conciencia de que la adicción es una enfermedad crónica

progresiva que el usuario no puede controlar, que debido al consumo la vida se ha vuelto inmanejable, que la fuerza de voluntad no basta para dejar el consumo y que la abstinencia es la única alternativa. La segunda es la entrega, que implica someterse a un poder superior, aceptar la estructura de compañerismo y de apoyo de otros familiares de usuarios en su recuperación y seguir las actividades de recuperación establecidas en el programa de 12 pasos. La tercera es la participación activa en las reuniones de 12 pasos y actividades afines.

- Modelo Sistémico (Becoña, et.al., 2008).

El modelo sistémico se basó en tres fuentes, la Pragmática de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jakson, 1967), la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1954) y en conceptos Cibernéticos (Wiener, 1948). Además, los conceptos procedentes de enfoques evolutivos (Haley, 1981) y estructurales (Minuchin, 1974) resultan claves para la concepción sistémica de la familia.

En esta teoría, el todo es más que la suma de sus partes; esto es: que cada una de las partes del sistema está relacionada con las demás, de tal forma que un cambio en una de ellas desencadena un cambio en todas y por lo tanto en el sistema.

- Terapias de la conducta.

Los tratamientos conductuales ayudan a comprometer a los familiares de usuario con el tratamiento, brindan incentivos para que ellos permanezcan motivados para modificar sus actitudes y conductas con respecto al trato que les dan a los usuarios de drogas cuando consumen y aumentan sus destrezas de vida

para afrontar circunstancias estresantes y señales ambientales que pueden desencadenar un conflicto con su familiar (NIDA, 2010).

- Terapia cognitivo –conductual (Becoña, et.al., 2008).

Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Es el enfoque más utilizado y con mayor eficacia para tratar los problemas derivados del consumo de drogas y consisten en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control que la persona tiene sobre sí misma. Las terapias cognitivo-conductuales se centran en los problemas actuales, establecen metas realistas y consensuadas con el usuario, buscan resultados rápidos para los problemas más urgentes y utilizan técnicas que están comprobadas científicamente para incrementar la capacidad de los usuarios para manejar sus problemas.

Como se ya se mencionó, existen muchas formas de abordar a la familia de un usuario de drogas, a continuación, se muestran algunos ejemplos de esas intervenciones:

- Grupos de Al-ANON (Alcohólicos Anónimos, AA).

Los grupos de Al-ANON se encuentran dentro de los grupos de ayuda mutua y fueron desarrollados por AA para trabajar con las familias de usuarios de drogas. Según Picardat (1996) los grupos de autoayuda son pequeñas reuniones de personas, que llegan de manera voluntaria y libre, con el objetivo de dar respuesta y solución a los problemas que comparten.



En estos grupos, no se encuentra presente ningún profesional de la salud (a menos que sea solicitado para dar alguna información), estos grupos proporcionan apoyo emocional y en ocasiones material que ayuda a los familiares a entender la problemática de consumo del usuario. Al-ANON nombra al consumo de alcohol, alcoholismo y lo ven como una enfermedad de la familia. Además, piensan que un cambio de actitud puede ayudar a la recuperación (Grupos de familia AL-ANON, 1997).

Grupos de familia Al-ANON (1997), tiene como objetivo ayudar a los familiares o amigos de usuarios de drogas a encontrar una solución a su problema, buscar el mejoramiento propio y dejar de criticar al alcohólico, mediante los Doce Pasos para la recuperación, las Doce Tradiciones y los Doce Conceptos.

Los Doce Pasos contienen principios universales y aplican para cualquier persona, independientemente de sus principios ideológicos o religiosos. Las Doce tradiciones resumen los principios de Al-ANON y han demostrado ayudar a los grupos a que funcionen eficientemente.

Los grupos de Al-ANON, tiene sesiones de una hora y media en la que los asistentes comparten sus experiencias relacionadas con las situaciones que viven con su familiar consumidor, se basan en literatura específica y en cada sesión se trabaja un tema relacionado con los Doce Pasos, las Doce Tradiciones o los Doce conceptos (Grupos de familia Al-ANON, 1997).

➤ Modelo Johnson (Intervención familiar)

Vernon Johnson fue el que introdujo la intervención familiar en los años 60, pues reconoció que había otra opción para ayudar al usuario a dejar el consumo de drogas antes de que “tocara fondo”. La intervención familiar es una estrategia clínica que tiene su origen en el enfoque sistémico, pues involucra a la familia y la percibe como un grupo. Se basa en la idea de que el usuario no puede identificar su problema debido a que su percepción se encuentra afectada por la negación. Utiliza como estrategia principal a la confrontación, que consiste en que la familia del usuario le muestre la realidad que el usuario no puede mirar, diciendo las cosas de manera asertiva sin ser hostil e incluso con una actitud amorosa (Alvarado, 2012).

Una intervención familiar exitosa, debe ensayarse mediante la técnica de Rol playing o juego de roles; con ella se modela, representan y ensayan todas las probables dificultades que podrían existir al hablar con el usuario y se les encuentra solución, para que no sean un obstáculo cuando se realiza la intervención. Una vez concluidas las sesiones de práctica, se procede a escoger el lugar, la fecha y la hora de la intervención; de modo que todo quede perfectamente preestablecido, disminuyendo así la posibilidad de fallo (Alvarado 2012; Flores & Pérez, 2013).

La terapia familiar ha hecho incursiones en el tratamiento de los usuarios con consumo de drogas y sus familias. El seguimiento de casos es una forma de saber si la intervención está generando resultados positivos. De esta forma, se menciona una mejoría (en el involucramiento y compromiso con el usuario) del 65.38% en contraste con un 26.92% sin cambios después del tratamiento en familias. Al comparar los resultados de esta intervención con los de familias de usuarios de

drogas de un grupo control se encontró un 76.92% de mejoría contra un 19.23% (Maurizio Coletti, citado en González, 2004).

En un estudio que trabajó con un modelo de terapia familiar, en donde la familia fue atendida durante 9 meses, posteriormente se realizaron seguimientos vía telefónica. Se encontró que, si la familia enfrenta el problema en forma conjunta, y asiste a tratamiento a la par del usuario las recaídas son menores, identificando que 78% de los usuarios que tomaron terapia familiar no tuvieron recaída y el 71.42% de los usuarios que no tomaron terapia familiar tuvieron una recaída (Villaseñor, 2001).

- Modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas (Tiburcio & Natera, 2003).

El modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas tiene como objetivo principal, “propiciar la reflexión en los familiares de tal forma que aprendan a responder de modo más efectivo, para disminuir la tensión que sufren, aún si el usuario niega tener un problema o no acepta acudir a tratamiento”.

Este modelo se basa en la teoría de estrés-afrontamiento-salud que asume que las personas que viven con usuarios de alcohol o drogas están expuestas a situaciones desagradables, de las que no son directamente responsables y que ayudan al desarrollo de diversos síntomas de tensión o estrés que se manifiestan en problemas físicos y psicológicos. A este conjunto de respuestas naturales ante esta tensión se le denomina, enfrentamiento y puede influir tanto en la tensión reportada por los familiares como en el consumo del usuario.

El modelo consta de cinco pasos que se describen a continuación:

1. Escuchar y explorar las principales percepciones y circunstancias de cómo afecta el consumo a la familia. En este paso se identifica la problemática familiar relacionada con el consumo de alcohol o de drogas, a través del relato de los propios familiares; se aplican instrumentos de evaluación y se inicia el análisis de las formas de enfrentamiento empleadas por dichos familiares.
2. Proporcionar información objetiva y relevante sobre las sustancias y sus efectos. Este paso consiste en brindar información clara y precisa acerca de las sustancias ayuda al familiar a disminuir el estrés, preocupación y tensión, pues permite al familiar entender que el consumo del usuario es multifactorial y eso favorece la disminución de sentimientos de culpa y evitar hacer interpretaciones generalizadas e inconvenientes.
3. Identificar los ocho mecanismos naturales de enfrentamiento y analizar sus ventajas y desventajas. Mostrar que hay alternativas de respuesta más eficientes. En este paso el familiar evalúa (con apoyo del orientador) la forma en que está enfrentando las situaciones con el usuario. Existen ocho tipos de enfrentamiento de acuerdo con este modelo y son: Emocional, evitador, inactivo, tolerante, controlador, asertivo, apoyador e independiente.
4. Posteriormente analizarán ventajas y desventajas de la forma en que está enfrentando, para finalmente elegir la que le ayude a mejorar su salud física y psicológica, y en algunos casos influir positivamente en el usuario.

5. Explorar los apoyos recibidos y sugerir otros nuevos. En este paso se exploran las principales fuentes de apoyo social que ha tenido el familiar para resolver esta problemática y se buscan nuevos apoyos.
6. Canalizar hacia fuentes de ayuda especializada al familiar si éste así lo requiere. Desde el inicio de la intervención se le comenta al familiar que este servicio se enfoca hacia las consecuencias del consumo de sustancias y si el familiar requiere una intervención más específica se canalizará con un especialista.

Cabe señalar que este modelo es una intervención de acompañamiento, que ayuda al familiar a tener una perspectiva diferente de la problemática con el usuario, pero no dota de herramientas eficientes de afrontamiento, para trabajar más profundamente en ello se necesitará el apoyo de un especialista.

Se llevó a cabo un estudio piloto con el objetivo de evaluar la efectividad de la intervención en la aplicación de los 5 pasos del modelo, comparando las formas de enfrentamiento con la presencia de sintomatología física y psicológica, antes y tres meses después de la intervención. Los resultados mostraron que la frecuencia en el uso de las formas de enfrentamiento, de tolerancia y de involucramiento disminuyó y se incrementó el empleo de algunas formas de enfrentamiento, relacionadas con el retiro, lo que en estudios previos se ha identificado como un rasgo saludable y que ayuda a disminuir la sintomatología física y psicológica (Tiburcio & Natera, 2003).

➤ Grupo de familiares de Centro de Integración Juvenil (CIJ)

Centros de Integración Juvenil (2010), cuenta con un grupo para familiares de usuarios de drogas, el fundamento teórico del grupo es el enfoque cognitivo-conductual, el cual se basa en estrategias de autocontrol y análisis funcional como herramienta de trabajo que facilita identificar cuáles son las necesidades del familiar.

El objetivo de este grupo es “modificar los valores y creencias, pensamientos, actitudes, expectativas o percepciones; parte de la premisa de que los problemas se producen y mantienen debido a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información” (CIJ, 2010).

El grupo está orientado a que los familiares sean más flexibles con sus pensamientos y creencias que pueden tener poco beneficio y cambiarlas para tener una mejor relación con el usuario, esto mediante estrategias cognitivo-conductuales.

Este programa tiene nueve sesiones de intervención que son flexibles y se adaptan a las necesidades del grupo, se abordan diversos temas que permiten a los familiares compartir sus experiencias, cuestionar estas creencias y favorecer la relación que tienen con el usuario.

En un estudio piloto que midió la eficacia de los grupos de familias como apoyo en la disminución del consumo de drogas del usuario y violencia en la familia, se evaluaron a seis ciudades de la República Mexicana (Guadalajara, Distrito Federal, Cuernavaca, Puebla, Toluca y Sinaloa) se encontró que todos los familiares de usuarios de drogas concluyeron el tratamiento, se deconstruyeron los constructos normativos de género, las pautas de relaciones violentas desaparecieron y hubo

una remisión total de consumo de drogas, cuando el familiar se encuentra en tratamiento a la par del usuario. Se realizó un seguimiento a los 12 meses y los cambios permanecieron a través de ese tiempo. Sin embargo, el artículo no menciona los porcentajes de cambio, ni puntajes que puedan avalarlo (CIJ, 2012).

➤ Community Reinforcement and Family Training: CRAFT

El CRAFT fue diseñado para miembros de la familia y amigos de consumidores de drogas que quieren mejorar la relación con el usuario y desean animar a su ser querido a reducir o terminar su abuso de drogas. Este programa fue desarrollado originalmente como psicoterapia individual para ayudar a las Organizaciones de la sociedad civil (OSC) a involucrar a los seres queridos que abusan de alcohol o drogas en el tratamiento (Meyers & Wolfe, 2004; Smith & Meyers, 2004).

CRAFT es un programa cognitivo-conductual que enseña a la familia habilidades para mejorar sus vidas independientemente de si el usuario está en tratamiento. La eficacia de CRAFT ha sido demostrada en ensayos de investigación múltiples (Kirby, Marlowe, Festinger, Garvey, & LaMonaca, 1999; Meyers, Miller, Smith y Tonigan, 2002; Miller, Meyers & Tonigan, 1999; Sisson y Azrin, 1986).

En este programa el terapeuta trabaja con el familiar con tres objetivos principales: (Smith, et. Al, 2004)

1. Motivar al usuario a que inicie un tratamiento mediante su familiar.
2. Reducir el consumo de alcohol o drogas del usuario con el apoyo de su familiar.

3. Que el familiar realice cambios positivos en su vida con el fin de mejorar su funcionamiento psicológico.

El CRAFT se basa en entrenar a los familiares en estrategias que conduzcan a ser independientes, mejorar su autoeficacia y autoestima, mediante una serie de procedimientos que se describen a continuación: (Flores & Pérez, 2013)

1. Desarrollar una relación terapéutica basada en la confianza.
2. Preparar al familiar para reconocer y responder de manera tranquila a comportamientos agresivos por parte del usuario.
3. Realizar análisis funcionales que les permitan identificar los disparadores y las consecuencias del consumo de drogas del usuario. Además de establecer disparadores que puedan generar una recaída.
4. Estrategias que les permitan mejorar la comunicación con el usuario.
5. Conocer y usar el refuerzo positivo en comportamientos que se desean alentar y hacer uso de consecuencias negativas para desalentar comportamientos de consumo en el usuario.
6. Enseñar al familiar estrategias que le permitan disminuir el estrés.
7. Dotar de herramientas que le permitan al familiar saber en qué momento se le puede sugerir al usuario que se incorpore a un tratamiento.
8. Que el familiar identifique la importancia de brindar apoyo al usuario, si decide incorporarse a un tratamiento.

En un estudio realizado por Millier, Meyers & Tonigan (1999) en donde se evaluaron tres programas de intervención familiar (Modelo Johnson, Al-ANON y CRAFT) se encontró que los que fueron asignados al CRAFT fueron



significativamente más exitosos cuando participaron sus seres queridos en el tratamiento de alcohol (64%) que los del modelo Johnson (30%) o los de AI-ANON (13%).

- Taller para Familiares y Otros Significativos de Usuarios con Problemas de Consumo de Drogas (Barragán, et. al., 2005).

El Taller para familiares de usuarios que consumen drogas es una adaptación del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), es una intervención breve de corte cognitivo-conductual cuyo objetivo es que los usuarios lleguen a la abstinencia del alcohol y/o drogas organizando su vida cotidiana mediante el acceso a otros reforzadores alternativos que compitan con el consumo (Barragán, et. al., 2005).

El taller para familiares y otros significativos tiene como objetivo cuidar el bienestar emocional, satisfacción personal, convivencia con el usuario y que dispongan los familiares de conductas eficientes para apoyarlo. Cuenta con 8 sesiones de intervención y dos sesiones de evaluación, una antes de tomar el taller y la segunda una vez que concluye el taller. Las sesiones se imparten en grupo en donde los ponentes son un terapeuta y un co-terapeuta, se pide que no se exceda de 12 participantes por grupo para favorecer los ensayos de las habilidades y la retroalimentación de las mismas. La duración de cada sesión es de dos horas. (Barragán, et. al., 2005).

En un estudio que se realizó para conocer la efectividad del taller para familiares de usuarios de drogas que presentan dependencia severa, se encontró que hubo una disminución en los niveles de depresión (17.6 a 8.82 puntos) y ansiedad (17.45 a 7.72 puntos), un aumento en las siguientes áreas: nivel de apoyo que los familiares perciben que le proporcionan al usuario (57.97 a 70.06 puntos), satisfacción personal (6.96 a 8.25 puntos) y en la convivencia con el usuario (6.33 a 7.79 puntos). Es decir, que el Entrenamiento disminuyó los niveles de ansiedad y depresión en los familiares de los consumidores. Asimismo, incrementó la percepción que tienen del apoyo que le proporcionan al usuario, así como su satisfacción respecto a su funcionamiento cotidiano y la convivencia que tienen con el usuario (CENADIC, 2014).

Después de todo lo revisado anteriormente, el objetivo de esta investigación es evaluar los efectos de un taller de entrenamiento cognitivo-conductual para familiares de consumidores de drogas, en las siguientes áreas: sintomatología depresiva, satisfacción emocional y apoyo que dan los familiares a los usuarios de drogas.

## **Método**

### **Objetivos específicos:**

- Evaluar los cambios en el nivel, tipo e intensidad de síntomas depresivos y satisfacción emocional de los familiares de usuarios de drogas después de participar en el programa de entrenamiento cognitivo-conductual.
- Identificar la asociación entre sintomatología depresiva y satisfacción emocional.
- Evaluar cambios en el apoyo que brinda el familiar al usuario después de participar en el programa de entrenamiento y el apoyo que recibe el usuario por parte del familiar al término del entrenamiento.
- Identificar el tipo de estrategias cognitivo-conductuales que utilizan los familiares de usuarios de drogas ante situaciones de vida cotidiana que les ocasionan tristeza en su estado de ánimo.

### **Participantes:**

Participaron 30 mujeres y 6 hombres familiares de consumidores de drogas con edades entre 37 y 63 años. (n=36).

- *Criterios de inclusión:* Familiares de usuarios de drogas que asisten voluntariamente al taller de entrenamiento cognitivo-conductual que se imparte en un Centro de Prevención en Adicciones de una universidad pública.

- *Criterios de exclusión:* Familiares que no hayan finalizado el taller de entrenamiento que se da en el Centro de Prevención en Adicciones de una universidad pública.

Se utilizó un diseño pre-experimental, pre-post test para medir los cambios que tienen los familiares de usuarios de drogas en sintomatología depresiva, satisfacción y apoyo después de participar en un entrenamiento cognitivo-conductual (Sampieri, Fernández, Baptista, Méndez & Mendoza, 2014).

En cuanto a las variables que se midieron en esta investigación, la variable Independiente es el taller para familiares de usuarios con problemas de consumo de drogas, basado en un entrenamiento cognitivo-conductual. Y las variables dependientes son: Sintomatología depresiva, satisfacción emocional, apoyo que el familiar ofrece al usuario y apoyo que recibe el usuario del familiar.

Tabla 1.  
*Definición operacional y conceptual de las variables.*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Sintomatología depresiva	Es la frecuencia e intensidad de actitudes negativas hacia sí mismo, alteraciones en el rendimiento y somáticas (Beck, 1988)	INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (1988) (Estandarizado con población mexicana por Jurado, et.al, 1998)
Satisfacción emocional	Nivel de satisfacción auto-reportado respecto a su funcionamiento en diferentes áreas de su vida cotidiana por los familiares. (Barragán et. Al, 2006)	ESCALA DE SATISFACCIÓN PERSONAL (Barragán et. al., 2006)
Apoyo que recibe el usuario del familiar	Es la percepción que el usuario tiene del nivel de apoyo que le brinda el familiar, en 8 principales situaciones de riesgo. (Barragán et. Al, 2006)	PERCEPCIÓN DEL APOYO QUE RECIBO (Barragán et. al, 2006)
Apoyo que ofrece el familiar al usuario	Es la percepción que tiene el familiar del nivel de apoyo que le brinda al usuario, ante ocho principales situaciones de riesgo. (Barragán et. Al, 2006)	PERCEPCIÓN DEL APOYO QUE DOY (Barragán et. al., 2006)

## **Instrumentos**

Inventario de depresión de Beck, 1988 (Estandarizado con población mexicana por Jurado, et.al, 1998). Consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. La confiabilidad por consistencia interna obtenida fue: alfa de Cronbach = 0.87,  $p < 0.000$ .

Se calificó sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y clasificando la sumatoria total de la siguiente manera: 0 a 9 puntos como Depresión Mínima; 10 a 16 puntos como Depresión Leve; 17 a 29 puntos como Depresión Moderada y de 30 a 63 puntos como Depresión Severa.

Escala de satisfacción personal (Barragán et. Al, 2006). Evalúa el nivel de satisfacción personal del familiar, respecto a su propio funcionamiento en 9 diferentes áreas de vida cotidiana. La confiabilidad por consistencia interna obtenida fue: alfa de Cronbach de .882.

Cuestionario del Apoyo que doy (Barragán et. Al, 2006). Cuenta con 15 preguntas enfocadas al apoyo que se ofrece ante ocho áreas precipitadoras de consumo que son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad o tentación de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros; las opciones de respuesta varían con base a una escala tipo Likert que va de Muy frecuentemente 48-60 puntos a Nunca 0-11 puntos, para conocer el nivel de apoyo que el familiar percibe que le ofrece al usuario. La confiabilidad por consistencia interna obtenida fue: alfa de Cronbach de .888.

Cuestionario del Apoyo que recibo (Barragán et. Al, 2006). Cuenta con 15 preguntas enfocadas a identificar el apoyo que se percibe recibir ante ocho áreas precipitadoras de consumo que son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad o tentación de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros; las opciones de respuesta varían con base a una escala tipo Likert que va de Muy frecuentemente a Nunca, para conocer el nivel de apoyo que el usuario percibe recibir de sus familiares.

Registros de ocurrencia (Barragán et. Al, 2006). Consiste en registrar las estrategias que utilizan los participantes para controlar su tristeza, de acuerdo con las estrategias que se le enseñan en el componente de Tristeza. En el registro, el familiar necesita escribir 3 situaciones que le ocasionan tristeza en la semana posterior a la sesión, evaluar el nivel de tristeza del 1 al 5, describir las actividades o estrategias que utilizó para enfrentar esa situación y finalmente volver a evaluar el nivel de tristeza posterior al uso de estrategias, con la finalidad de saber qué intensidad de tristeza se tiene después de utilizar las técnicas.

Evaluación del componente de tristeza (Barragán et. Al, 2006). El cuestionario de evaluación mide la satisfacción del familiar respecto a la utilidad de los ejercicios y las estrategias que se les enseñan dentro del programa para favorecer el control de la tristeza. Este instrumento fue diseñado para este taller con la finalidad de evaluar la calidad y claridad de la información y si los participantes adquirieron las estrategias.

### **Procedimiento**

Se realizó difusión del programa de entrenamiento cognitivo-conductual mediante la invitación del usuario a sus familiares y carteles que se encuentran pegados en la sala de espera del centro.

Una vez que los familiares de usuarios de drogas se inscribieron al programa de entrenamiento cognitivo-conductual, se asignó una fecha de inicio.

Durante la primera sesión se les aplicaron instrumentos para evaluar síntomas de depresión, satisfacción emocional y apoyo que ofrecen los familiares al usuario que consume drogas.

Posteriormente, se les entrenó en 10 tópicos que se vieron durante 13 sesiones grupales, en la adquisición de información y de habilidades para entender aspectos asociados al problema de consumo de drogas de su familiar, regular sus emociones, ofrecer ayuda, comunicarse efectivamente y favorecer la convivencia cercana con los usuarios.

A continuación, se muestra la estructura de los 10 tópicos que se abordan en el taller para familiares de usuarios de drogas con una duración de 120 minutos cada uno.

➤ Tópico 1. Admisión y Evaluación.

Objetivo: Motivar al familiar a participar de manera comprometida en el entrenamiento, así como evaluar alteraciones emocionales, el nivel de apoyo que proporcionan al usuario que consume, el nivel de satisfacción con su funcionamiento personal, la convivencia con el usuario, las características del ambiente familiar y el nivel de apoyo que el usuario que consume recibe del familiar.

La sesión se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se dio la bienvenida a los participantes.
- Se proporcionó reconocimiento por la asistencia.
- Se mencionó a los participantes los objetivos del taller.
- Se firmó la carta compromiso.
- Se aplicaron lo siguientes Instrumentos: Ficha de identificación, Cuestionario de percepción del apoyo que doy, Inventarios de Beck de ansiedad y Depresión, Escala de satisfacción personal, Escala de satisfacción de la convivencia con el usuario, Escala de ambiente familiar y Cuestionario de percepción del apoyo recibido.
- Se realizó un cierre de sesión en el cual se les comentó lo que se trabajaría en la siguiente sesión y se les motivó a asistir.

➤ Tópico 2. Retroalimentación de la evaluación y Efectos del consumo de drogas.

Objetivo: Informar al familiar sobre los cambios que el consumo de drogas ocasionan en el cerebro, la serie de factores que favorecen el consumo y los que ayudan a evitarlo. Esta información permitirá al otro significativo, entender que la problemática de consumo de su familiar es multifactorial, lo cual le ayudará a



disminuir sus sentimientos de culpa y a evitar hacer interpretaciones generalizadas y/o inconvenientes.

La sesión se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se dio la bienvenida a los participantes.
- Se realizó la retroalimentación de los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados en la sesión anterior.

➤ Tópico 3. Análisis funcional de la conducta de consumo de mi familiar

Objetivo: Analizar los elementos que favorecen el consumo del usuario y elaborar planes de acción que incluyan conductas de apoyo eficaces para ayudarlo a evitar y disminuir el impacto de los eventos de riesgo.

La sesión se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se dio la bienvenida a los participantes.
- Se identificaron los factores asociados al consumo del usuario.
- Se elaboraron planes de acción para ayudar al usuario de drogas a romper la cadena de consumo.
- Se asignó tarea al grupo.
- Se evaluó la sesión y se realizó un cierre.

➤ Tópico 4. Control de enojo

Objetivo: Aprender las técnicas necesarias para controlar tanto la intensidad como la duración de sus sentimientos de enojo para favorecer una convivencia familiar de tranquilidad y respeto.

La sesión se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se dio la bienvenida a los participantes.
- Se identificó la importancia de aprender a controlar el enojo.

- Se les explicaron las características del enojo y del comportamiento agresivo o Violento.
- Se hicieron ejercicios para desarrollar habilidades de control de enojo.
- Se asignó la tarea de la sesión.
- Se realizó la evaluación de la sesión y el cierre.

➤ Tópico 5. Control de tristeza.

Objetivo: Favorecer en los familiares la adquisición de ejercicios y habilidades que les permitan disminuir el impacto de la tristeza en su vida cotidiana, promoviendo una mejora en su calidad de vida emocional. Aprenderán a cambiar sus pensamientos generadores de tristeza, a buscar lo positivo en sus actividades diarias y a encontrar diversas actividades agradables que puedan realizar con el fin de procurarse momentos y estados de ánimo placenteros.

La sesión se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se dio la bienvenida a los participantes.
- Se identificó la función de la tristeza y la importancia de controlarla.
- Se les explicaron las tres principales estrategias de este componente: Cambio de pensamientos que aumentan la tristeza, realizar actividades agradables y búsqueda de lo positivo.
- Se les asignó la tarea de la sesión.
- Se realizó la evaluación de la sesión y el cierre.

➤ Tópico 6. Control de ansiedad.

Objetivo: Aprender ejercicios para controlar la intensidad, así como, la duración de las sensaciones físicas que le provoca la ansiedad para favorecer una convivencia familiar de tranquilidad y respeto.

La sesión se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se dio la bienvenida a los participantes.
- Se identificó la importancia de aprender a controlar las sensaciones físicas.
- Se realizaron ejercicios para controlar la ansiedad.
- Se les asignó la tarea de la sesión.
- Se realizó la evaluación de la sesión y el cierre.

➤ Sesión 7. Solución de problemas

Objetivo: El familiar aprenderá a aplicar ejercicios efectivos que le permitan llevar a cabo conductas útiles para dar solución a situaciones difíciles o problemas que se le presenten y pueda afrontarlas de forma asertiva, consiguiendo para sí seguridad, menos tensión, eficacia, relaciones interpersonales más satisfactorias y un nivel de convivencia con el usuario más afectivo.

La sesión se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se dio la bienvenida a los participantes.
- Se identificó la importancia de aprender a dar solución a los problemas.
- Se realizaron ejercicios para dar solución a mis problemas, con ayuda de los siguientes pasos: Describir específicamente el problema, proponer opciones de solución, análisis de las ventajas y desventajas de cada una de las opciones, elección de la solución y considerar posibles obstáculos que pueden presentarse en la ejecución.

- Se les asignó la tarea de la sesión.
- Se realizó la evaluación de la sesión y el cierre.

➤ Tópico 8. Habilidades de comunicación

Objetivo: Aplicar ejercicios de comunicación que favorezcan relaciones de confianza, cercanía, apoyo y afecto para coadyuvar a fortalecer la decisión del usuario de procurar su abstinencia.

La sesión se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se dio la bienvenida a los participantes.
- Identificación de la importancia de mejorar su comunicación
- Ejercicios de habilidades de comunicación: Iniciar conversación, escuchar, ofrecer entendimiento, asumir o compartir responsabilidad, ofrecer ayuda, expresar reconocimiento, compartir sentimientos, hacer críticas positivas, recibir críticas y solicitar apoyo.
- Se les asignó la tarea de la sesión.
- Se realizó la evaluación de la sesión y el cierre.

➤ Tópico 9. Mejorando las relaciones interpersonales

Objetivo: Utilizar ejercicios que permitan al familiar favorecer cercanía, afecto y apoyo con el usuario para mejorar su satisfacción respecto a la convivencia que mantiene con éste y otras personas, para que adicionalmente este ambiente familiar agradable sea un factor protector que le facilite al usuario mantener su abstinencia e impacte en el bienestar físico y psicológico de ambos.

La sesión se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se dio la bienvenida a los participantes.

- Se identificó la importancia de mejorar la relación con el usuario y con otras personas.

- Se realizaron ejercicios para mejorar mi relación con el usuario y con otras personas: Iniciar conversaciones que sean de interés para su familiar y/o amigos, escuche las pláticas que inicie su familiar y/o amigo, dar reconocimiento por la conducta de la persona, dar reconocimiento por alguna cualidad, reconocimiento por conducta, expresar muestras de cariño y afecto positivo y ofrecer ayuda sin que otros se lo pidan.

- Se asignó la tarea.

-Se evaluó la sesión y cierre

➤ Tópico 10. Post evaluación

Objetivo: Evaluar a cada familiar nuevamente después de concluido el entrenamiento, para verificar el impacto que tuvo la adquisición de habilidades impartidas en el taller en diversas áreas de su vida como son: ansiedad, depresión, satisfacción personal, satisfacción de convivencia con el usuario, percepción de apoyo del Otro Significativo, percepción de apoyo recibido del usuario y ambiente familiar.

La sesión se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se dio la bienvenida a los participantes.

-Aplicación de Instrumentos: Ficha de identificación, Cuestionario de percepción del apoyo que doy, Inventarios de Beck de ansiedad y Depresión, Escala de satisfacción personal, Escala de satisfacción de la convivencia con el usuario, Escala de ambiente familiar y Cuestionario de percepción del apoyo recibido.

- Se realizó el cierre del taller.

En cuanto al entrenamiento de los componentes del taller se incluyeron ejercicios didácticos de instrucción verbal, modelamiento y ensayos conductuales.

Con respecto al componente de tristeza, que fue en el que se basó esta investigación, las estrategias que se utilizaron son tres: La primera estrategia fue el *Cambio de pensamiento* que consistió en tres pasos, el primero fue identificar cuál es el pensamiento equivocado, el que hace que se sienta triste; el segundo paso fue cuestionar la veracidad del pensamiento y la conveniencia de seguirlo teniendo, es decir, ¿este pensamiento me beneficia, o me perjudica?, y ¿realmente se apega a la realidad?, ¿es cierto que esto es lo que siempre ocurre?, ¿en alguna ocasión ha sucedido de forma distinta?, ¿habrá algún beneficio que pudiera tener de esta situación? y el tercer paso es motivar al familiar a construir una idea o pensamiento más realista. La segunda estrategia es *Realizar actividades agradables* que consiste en realizar actividades que son atractivas o agradables para el familiar con la finalidad de lograr tener un mejor estado de ánimo y un estilo de vida favorable. La tercera estrategia es *Búsqueda de lo positivo en mis actividades diarias* que consiste en buscar las ventajas, beneficios, sensaciones agradables, diversión, en cada una de las actividades que el familiar realiza diariamente aprendiendo así a disfrutar las actividades que lleva a cabo a cada momento de su vida sacando el máximo provecho de éstas.

Algunas técnicas que fueron de utilidad para que los familiares de usuarios de drogas aprendieran a realizar las estrategias, son hacer modelamientos que

tienen como objetivo que los participantes observen como se llevan a cabo las estrategias y practiquen como realizarlas con el usuario.

Este tipo de estrategias son útiles en lo referente a disminuir el nivel e intensidad de síntomas de tristeza, debido a que al aplicar la reestructuración cognitiva se posibilita que dejen de percibir las situaciones como catastróficas, eviten pensamientos relacionados con la imposibilidad de mejoría, solución o control ante la problemática. Favorece el cuestionamiento sobre el tipo de acciones útiles para contribuir en la solución de conflictos y brindar el apoyo necesario al usuario.

La estrategia de realizar actividades agradables fue útil para distraer el pensamiento, ya que al involucrarse en actividades que disfruta evita enfocarse en pensamientos o expectativas negativas que en ocasiones pudieran ser poco realistas o que resultan tan pesimistas que propician que el familiar se perciba como impotente y con desesperanza ante la problemática de consumo de su familiar.

En lo referente a la estrategia de búsqueda de lo positivo, ésta contribuyó a evitar enfocarse exclusivamente en la alteración, daño o pérdida, sino en identificar la utilidad de dicha situación.

Se les asignó la tarea de llenar el registro de ocurrencia, para el reporte de control emocional de tristeza para lo cual, necesitaron mencionar tres situaciones que les ocasionaron tristeza, el tipo de estrategia aplicada y el nivel de tristeza que tuvieron después de haber realizado la estrategia y en la última columna se les preguntó si harían algo diferente para hacer frente a ese tipo de situaciones en próximas ocasiones.

Es necesario subrayar que la asignación del registro de ocurrencia, fue fundamental para que los familiares se dieran cuenta de la utilidad de las estrategias en las situaciones que se les van presentando y ante las cuales han aprendido a responder mediante pensamientos negativos y sentimientos de tristeza. Contar con otro tipo de pensamientos y enfrentar con las estrategias aprendidas las situaciones que les afectan, les sirvió para evitar dejarse afectar por ellas.

Posteriormente, se revisaron los registros de ocurrencia en situación grupal para que los participantes identificarán la utilidad que tiene el uso de las estrategias y evitar que dejarán de aplicar las estrategias que se les enseñaron; por lo que se requirió asignar un espacio en la sesión para permitirles reflexionar y compartir sus alcances; así como las dificultades que se les pudieron haber presentado, esto con la finalidad de que se les proporcionará retroalimentación y mejorarán la forma de aplicarlas en sus ambientes naturales. Adicionalmente, los resultados de cambio en el estado de ánimo que lograron otros usuarios al aplicar las estrategias motivaron a otros participantes a esforzarse para aplicarlas e identificar su mejoría.

Al término del componente se les aplicó un cuestionario para evaluar la satisfacción con el entrenamiento que se recibió en ese componente.



## Resultados

La presente sección expone los resultados respecto a los cambios pre-post test de los participantes al Taller para familiares de usuarios de drogas en: síntomas de depresión, apoyo que se proporciona y se recibe, satisfacción emocional, índice de tristeza y satisfacción de la impartición en el componente de tristeza.

Se realizó inicialmente una prueba de homogeneidad para identificar el análisis estadístico más adecuado para medir los cambios en cada una de las variables. Los resultados se muestran a continuación:

Tabla 2.

*Prueba de homogeneidad de las variables: depresión, apoyo, satisfacción emocional, tristeza y satisfacción del componente de tristeza.*

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Depresión pre	.869	14	.041
Depresión post	.926	14	.266
Nivel de depresión pre	.791	14	.004*
Nivel de depresión post	.668	14	.000*
Satisfacción pre	.914	14	.182
Satisfacción post	.924	14	.253
Apoyo que doy pre	.901	14	.118
Apoyo que doy post	.935	14	.353
Apoyo que recibo pre	.919	14	.215
Apoyo que recibo post	.935	14	.361
Tristeza pre	.819	14	.009*
Tristeza post	.847	14	.020*
Satisfacción del componente tristeza	.627	14	.000*

De acuerdo con el análisis de Shaphiro Wilks realizado a las variables dependientes, se encontró que las variables; depresión, nivel de depresión, tristeza y satisfacción del componente de tristeza, no son homogéneas, por lo tanto, se aplicó prueba Wilcoxon para 2 muestras relacionadas con la finalidad de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en la comparación pre-post test.

Las variables apoyo y satisfacción emocional son homogéneas, por lo que se aplicó una prueba t de student para muestras relacionadas, con el propósito de identificar diferencias estadísticamente significativas antes y después del taller.

### 6.1 Depresión

En cuanto a la efectividad del taller para modificar los síntomas de depresión en un grupo de familiares de usuarios de drogas (n=36) y de acuerdo a la regla de decisión, se realizó un análisis mediante la prueba Wilcoxon de los puntajes obtenidos en depresión, mostrando una disminución significativa de los síntomas de depresión en los participantes después de su participación en el taller ( $z = -3.484$ ,  $p < 0.05$ ), entre las mediciones efectuadas antes ( $M=11$ ,  $\sigma=9.19$   $\bar{x}= 14.23$ ) y después de asistir al taller ( $M=6$   $\sigma=6.77$   $\bar{x}= 7.83$ ) (Véase figura 1).

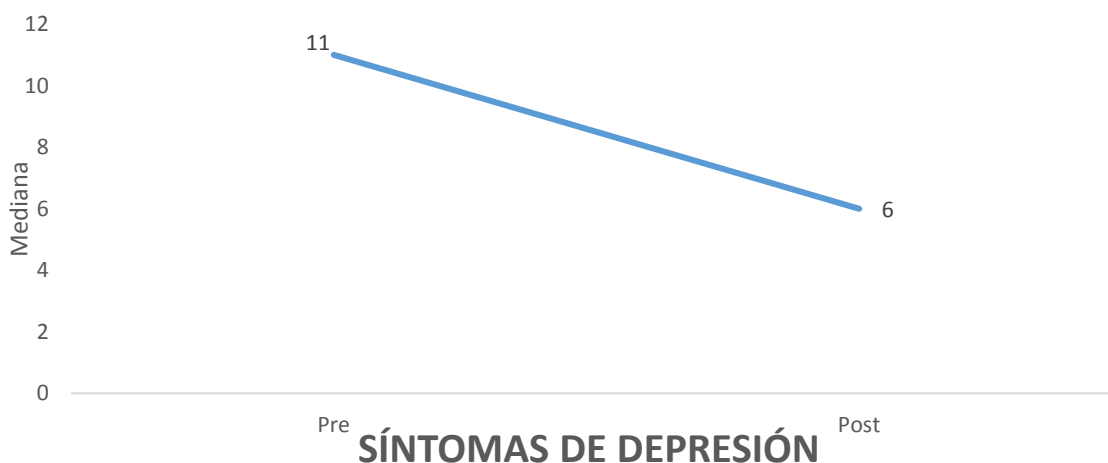


Figura 1. Comparación de los síntomas de depresión entre las mediciones antes y después de asistir al taller \*  $z = -3.484$ ,  $p = 0.000$ .

Con respecto al tipo de síntomas de depresión que los familiares reportaron como más frecuentes antes y después del taller se encontró que el 72% de los participantes mencionó sentirse triste antes de iniciar el taller, después de participar

en el taller solo el 28% de los participantes mencionó este síntoma; 58% refirió antes de iniciar el taller cansarse más fácilmente de lo que solía hacerlo después de tomar el taller solo el 34% de los participantes reportó este síntoma; antes del taller el 55% de los familiares dijo que no disfrutaba de las cosas como solía hacerlo, al finalizar el taller solo el 28% de los participantes reportó este síntoma; 50% de los familiares indicó sentirse culpable la mayor parte del tiempo antes del taller y después del taller disminuyó al 14% de los participantes; 47% señaló antes del taller necesitar más esfuerzo para iniciar algo y que no duermen tan bien como antes, al final del taller solo el 40% de los participantes menciona presentar este síntoma; antes del taller el 44% se critican más a sí mismos por sus debilidades o errores, después del taller solo el 31% reporta tener este síntoma y el 36% de los familiares identificó antes del taller sentirse menos interesados en la gente de lo que solían estar y después del taller disminuye al 28% de los participantes (Véase tabla 3).

Tabla 3.

*Tipo de síntomas reportados por los familiares en el Inventario de Depresión de Beck antes y después de la intervención.*

Tipo de síntoma	Porcentaje de participantes	
	Pre	Post
Me siento triste	72%	28%
Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo	58%	34%
Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo	55%	28%
Me siento culpable en gran parte del tiempo	50%	14%
Requiero más esfuerzo para iniciar algo	47%	40%
Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores	44%	31%
Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar	36%	28%

En cuanto al nivel de síntomas de depresión grupal medidos con la prueba de Wilcoxon, se encontró que ésta disminuyó de Leve a Mínima de forma estadísticamente significativa ( $z = -2.477, p > 0.05$ ) después de tomar el taller para familiares de usuarios de drogas (véase figura 2):



Figura 2. Comparación del nivel de síntomas de depresión del grupo antes y después de asistir al taller ( $z = -2.477, p > 0.05$ )

En la tabla 4 se observan una disminución en los niveles de depresión del grupo. En cuanto a los síntomas de depresión severa se observa una disminución de 11.4% a 0%, es decir que los familiares no presentaron estos síntomas después del taller, la depresión moderada parece haberse mantenido de un 20% antes del taller a 20% después del taller, esto se debe a que las personas que se encontraban en depresión severa disminuyeron sus síntomas a moderados. Los síntomas de depresión leve disminuyeron de un 28.6 a 11.4 y los síntomas de depresión mínima aumentaron de 40% a 68.6%, es decir que las personas que se encontraban en niveles más altos los disminuyeron hasta presentar síntomas mínimos.

Tabla 4.

Nivel de síntomas de depresión medidos antes y después del taller.

	Pre	Post
Depresión mínima	40%	68.6%
Depresión leve	28.6%	11.4%
Depresión moderada	20%	20%
Depresión severa	11.4%	0%

## 6.2 Satisfacción emocional.

Con relación a la efectividad del taller para modificar la satisfacción emocional en un grupo de familiares de usuarios que tienen consumo de drogas, los resultados de los análisis con la prueba t de student para muestras relacionadas, se observa un aumento significativo de la satisfacción ( $t(25) = -3.735, p < 0.05$ ) entre las mediciones efectuadas antes ( $M=6, \sigma=2.1$ ) y después ( $M=8, \sigma=1.2$ ) de asistir al taller (véase figura 3) :

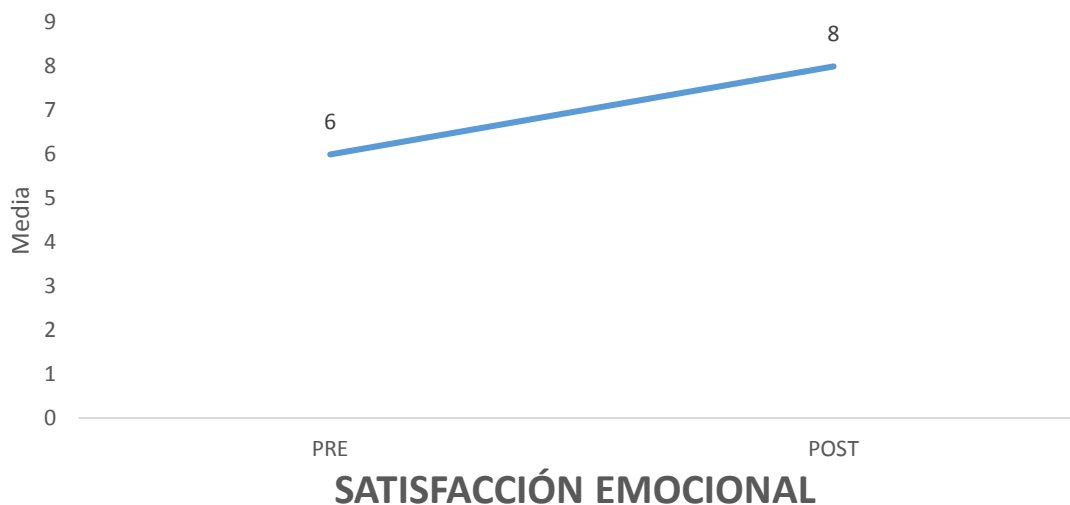


Figura 3. Comparación de la satisfacción emocional antes y después del taller para familiares de usuarios de drogas o alcohol ( $t(25) = -3.735, p < 0.05$ ).

### 6.3 Apoyo

El apoyo que brindan los familiares a los usuarios. De acuerdo con la prueba t de student para muestras relacionadas se obtuvo un incremento en el nivel de apoyo ( $t(20) = -3.505, p < 0.05$ ) que ofrecen los familiares a los usuarios entre las mediciones efectuadas antes y después de asistir al taller (véase figura 3). Por lo tanto, existe un aumento estadísticamente significativo, en el apoyo que ofrecen los familiares al usuario que consume drogas después de participar en el taller.



Figura 3. Comparación del apoyo que brinda el familiar al usuario antes y después del taller para familiares de usuarios de drogas o alcohol ( $t(20) = -3.505, p < 0.05$ ).

El apoyo que el usuario recibe de su familiar, mostró de acuerdo con el análisis de la prueba t de student para muestras relacionadas, un aumento no significativo del apoyo que reciben los usuarios después de que los familiares concluyen el taller, ( $t(13) = -1.774, p < 0.05$ ). (Véase Figura 4)



Figura 4. Comparación del apoyo que recibe el usuario por parte de su familiar, antes y después del taller para familiares de usuarios de drogas o alcohol ( $t(13) = -1.774, p < 0.05$ ).

#### 6.4 Tristeza.

Con respecto a la efectividad del taller para modificar la tristeza en un grupo de familiares, de acuerdo a la regla de decisión y al análisis realizado mediante la prueba Wilcoxon de los puntajes obtenidos en los registros de ocurrencia respecto a la intensidad de la tristeza experimentada ante diversas situaciones de su vida diaria y los cambios de dichos puntajes de tristeza después de utilizar estrategias para regular la emoción, muestran una disminución de la tristeza ( $z = -8041, p < 0.000$ ) estadísticamente significativa (véase figura 5).



Figura 5. Comparación del nivel de tristeza que presentan los familiares ante diferentes situaciones antes y después de utilizar las estrategias que aprendieron en el taller para familiares de usuarios de drogas o alcohol ( $z = -8041$ ,  $p < 0.000$ ).

#### 6.5 Tipo de estrategias cognitivo-conductuales.

Respecto al tipo de estrategias que utilizaron los familiares con más frecuencia durante la semana para disminuir la tristeza se encontró que de acuerdo al análisis de frecuencia, el 41% de los familiares realiza actividades agradables, el 46% realiza cambio de pensamientos negativos a positivos y el 13% busca lo positivo de las actividades que realiza en su vida diaria para disminuir la tristeza.

(Véase tabla 5)

Tabla 5.

*Tipo de estrategias utilizadas por los familiares durante situaciones que les producen tristeza.*

Estrategia	Frecuencia	Porcentaje
Realizar actividades agradables	22	41%
Cambio de pensamiento	27	46%
Búsqueda de lo positivo en mis actividades diarias	25	13%

Nota: ( $n=54$ ,  $\bar{X}=1.72$ ,  $\sigma=.685$ ).

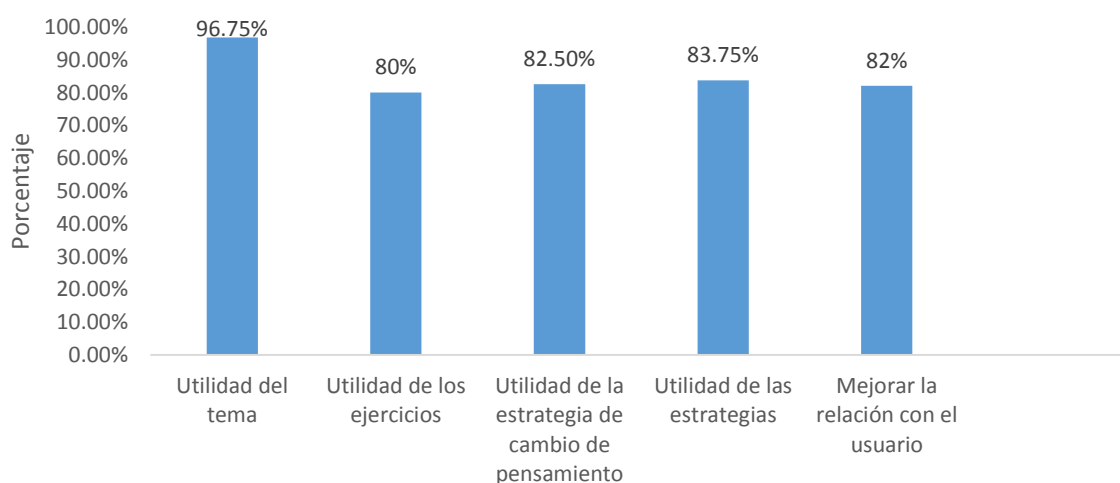


## 6.6 Satisfacción emocional y Depresión

Se realizó un análisis de asociación mediante la correlación de Pearson para conocer si existe relación entre la satisfacción emocional y la depresión, antes y después del taller, se encontró que no existe una asociación lineal estadísticamente significativa antes, ( $rP = 0.021$ ,  $p < 0.05$ ), ni después de la intervención ( $rP = 0.113$ ,  $p < 0.05$ ) entre el puntaje de depresión y el de satisfacción emocional en los familiares de usuarios de drogas antes.

## 6.7 Satisfacción del familiar con el componente de tristeza.

Los familiares reportaron el nivel de satisfacción que sentían después de recibir el componente de control de tristeza, en 5 diferentes áreas: utilidad del tema, utilidad de los ejercicios, utilidad de las estrategias de cambio de pensamiento y mejora de la relación con el usuario a través de las estrategias aprendidas. Los resultados del porcentaje de satisfacción respecto a la impartición del componente de tristeza se muestran en la figura 6.



### SATISFACCIÓN DEL COMPONENTE DE CONTROL DE TRISTEZA

*Figura 6.* La evaluación promedio de la satisfacción de los familiares con los contenidos y la exposición por parte de los ponentes al finalizar el componente de tristeza.

Con relación a la satisfacción general del componente de control de tristeza el 75% de los familiares mencionan estar completamente de acuerdo con la utilidad del contenido del componente para disminuir la tristeza en su vida cotidiana, el 22% están de acuerdo y el 3% menciona que a veces le sería de utilidad lo aprendido. (Véase Tabla 6)

Tabla 6.

*Puntajes de satisfacción reportados por los familiares después de la impartición del componente de regulación emocional de la tristeza.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	30	75%
DE ACUERDO	9	22%
A VECES	1	3%

## **Discusión.**

Los familiares de usuarios de drogas también tienen consecuencias negativas por el problema de consumo que presenta alguno de sus integrantes. La literatura científica señala que como resultado de dicha problemática los familiares presentan alteraciones en su propio desempeño, así como conflictos en sus relaciones interpersonales sobre todo con el miembro de la familia que presenta problemas por consumo de drogas. Dichos problemas también repercuten en que el usuario reincida en el consumo (Mora, Natera & Tiburcio, 2010; Reschetti, Aparecida, Martínez & Aparecida, 2012).

Existen diversas intervenciones que trabajan con los familiares de usuarios de drogas, sin embargo, en México no existen muchas intervenciones que trabajen con los familiares la disminución de los síntomas que les provoca la situación que viven con el usuario y tampoco suficiente investigación al respecto.

Por lo anterior, se realizó esta investigación y los resultados mostraron que los familiares de usuarios de drogas que participaron en esta investigación presentaron, en la evaluación previa a su participación en el taller, una mediana de 11 en síntomas de depresión, coincidiendo con los señalamientos realizados por algunos investigadores (Fuertes & Maya, 2001; Lloret, 2001; Mora, Natera & Tiburcio, 2010) que menciona que la problemática de consumo no solamente afecta al usuario, sino que también repercute emocionalmente en sus familiares (Barragán, Flores, Pérez y Escobedo, 2014; Mora, Natera & Tiburcio, 2013; Reschetti, Aparecida, Martínez & Aparecida, 2012).

Por lo que se refiere al nivel en los síntomas de depresión, los familiares disminuyeron sus síntomas de leve a mínima; así como la intensidad en su sentimiento de tristeza, también disminuyó el nivel de depresión severa de 11.4% a 0%, estos resultados coinciden con lo señalado en la literatura (CSAT, 2004) ya que hubo mejoría en cuanto a la cantidad e intensidad de los síntomas pudiendo concluir que el componente de tristeza, así como el aprendizaje y aplicación de estrategias referentes a reestructuración cognitiva, realización de actividades agradables y búsqueda de lo positivo favorecen para disminuir los síntomas que presentan los familiares.

Lo anterior, coincide con los hallazgos de otra investigación (Flores & Pérez, 2013) que realizó un análisis del taller para familiares, encontrando que el componente de tristeza tiene una efectividad del 88%, lo que revela que las estrategias que se aprenden en este componente y se aplican en la vida diaria, favorecen a los familiares para que regulen la tristeza que les provoca la situación en la que se encuentra su familiar.

Con respecto al tipo de estrategias que utilizaron los familiares para disminuir sus síntomas de tristeza están: el análisis, crítica y cambio de pensamientos (que contienen ideas negativas por otros que le sirvan para tener mejorías). Por lo que, para que los participantes obtengan mejoría en su estado de ánimo, es necesario que el participante conozca las situaciones que le generan tristeza, las identifique, defina qué estrategias, aprendidas durante el taller, le son útiles para propiciar su mejoría y finalmente ponerlas en práctica para lograr un cambio en su estado de ánimo (Barragán, 2005).

La estrategia cognitivo-conductual que los familiares reportaron como más efectiva en su registro de ocurrencia fue el cambio de pensamiento, utilizándola para disminuir la tristeza, los resultados de esta estrategia coinciden con lo que indican algunas investigaciones (Echeburria, et. Al., 2002; Barragán, 2005) que mencionan que para lograr regular esta emoción se necesita identificar la diferencia entre el evento y los pensamientos negativos asociados a éste, a fin de poder cambiarlos a positivo.

En cuanto al tipo de síntomas de depresión que presentaban los familiares de usuarios de drogas antes de tomar el taller, se obtuvo una disminución de éstos en la aplicación post, lo síntomas se muestran a continuación: sentirse triste de un 72% a un 28%, no disfrutar las cosas de la manera como solía hacerlo de 55% a 28%, sentirse culpable la mayor parte del tiempo de 50% a 14% y me critico a mí mismo por mis debilidades o errores de 44% a 31%, cansarse con mayor facilidad de lo que solía hacerlo de 50% a 34%, requerir mayor esfuerzo para iniciar algo disminuyó de 44% a 31% y estar menos interesado en la gente de lo que solía estar de 36% a 28%, lo que coincide con la literatura (Nunes, De Aquino, Munhoz & Rogéiro, 2013) que indica que los familiares de consumidores de drogas sienten tristeza, cansancio, falta o pérdida de la satisfacción y que es necesario involucrarlos en el tratamiento, ya que en la medida que la familia disminuye sus síntomas puede apoyar de una forma más eficaz al usuario.

En este sentido también se contribuye con el cumplimiento de la normativa prescrita en la NOM-028 (1999) respecto a la importancia de incluir en el tratamiento del usuario a sus familiares para favorecer la recuperación del usuario.

Por otro lado, la satisfacción emocional de los familiares de usuarios de drogas, aumentó después de asistir al taller, lo que sugiere que el aumento en la satisfacción emocional permite al familiar mejorar la relación y el apoyo que le da al usuario, esto coincide con lo que mencionan los autores (Rojas, Bautista-, Medina-Mora, Morón & Domenech, 1999) de que los individuos que están más satisfechos funcionan como un factor protector para el consumo de drogas.

En esta investigación no se encontró una relación entre la satisfacción emocional y los síntomas de depresión en la evaluación que se aplicó al terminar el taller, ya que no existe una asociación lineal entre ambas variables, lo que no coincide con otras investigaciones (Reschetti, Aparecida, Martínez & Aparecida, 2012) en donde se menciona que la intervención con los familiares ayuda a disminuir síntomas de depresión y esto hace que se incremente la satisfacción y calidad de vida del familiar. Este resultado puede deberse a que la medición de la variable de satisfacción emocional se realizó tomando en cuenta solo un reactivo del instrumento de satisfacción personal, por lo que se sugiere que para futuras investigaciones se realice la medición de esta variable con un instrumento y no con un solo reactivo, para conocer si la disminución de la depresión favorece un aumento en la satisfacción emocional.

En cuanto a la satisfacción emocional de los familiares tuvo un incremento estadísticamente significativo, lo que favoreció que los familiares apoyarán más al usuario; estos resultados coinciden con lo señalado en la literatura (Kumpfer, Alvarado, & Whiteside, 2003; Tiburcio & Natera, 2003) que menciona que al disminuir los síntomas de depresión en los familiares tienen una mejoría en el apoyo

que le ofrecen al usuario. Por lo que, al haber una mejoría en estas áreas, se puede concluir que el componente de tristeza, el aprendizaje y la aplicación de estrategias, favorecieron para que los participantes pudieran regular la emoción y mejorar el apoyo que le brindan al usuario.

Con relación al apoyo que ofrecen los familiares al usuario éste aumento, coincidiendo con hallazgos de otras investigaciones (Calvo, 2007; Zapata, 2009; Romero, 2011; ENCODE, 2012; Cordoba & García, 2011; Rowe, 2013) que indican que el apoyo familiar es un factor condicionado por los niveles de depresión y ansiedad, por lo que se concluye que en la medida que se reducen los síntomas de depresión y se les brindan estrategias para el control de tristeza a los familiares, estos funcionan como factor protector del consumo de drogas, ya que logran apoyar más a los usuarios, debido a que aumenta la cantidad de energía, mejora el trabajo cognitivo y se pueden generar más ideas para la solución de los problemas con el usuario e incrementan también las conductas que se realizan para favorecer su abstinencia.

Por otro lado, el apoyo que reciben los usuarios por parte de sus familiares no presentó un cambio estadísticamente significativo. Este resultado no es concluyente, puesto que en términos absolutos presentó un aumento en su cantidad total pasando su media de 39.27 en el pre-test, a 44.71 en el post-test. Por lo que, aumento el apoyo que recibieron los usuarios por parte de sus familiares quienes asistieron al taller, pero el efecto del tamaño pequeño de la muestra pudo influir en que dicho cambio no fuera significativo. Otros estudios han demostrado que el taller aumenta el apoyo que brindan los familiares al usuario, conforme estos van

adquiriendo las habilidades y estrategias proporcionadas en cada uno de los componentes (Flores & Pérez; 2010; Barragán, Flores, Pérez y Escobedo, 2014). No obstante, se requiere una muestra mayor para obtener una conclusión apoyada en la evidencia.

En definitiva esta investigación confirmó la necesidad de implicar a la familia en la intervención del usuario, ya que se observó que en la medida que los familiares disminuían los síntomas se relacionaban mejor con el usuario y lo apoyaron más durante el tratamiento, funcionando como un factor protector ante el consumo de drogas, esto coincide con lo que mencionan algunos investigadores (Pons, 1998; Secades, et.al., 2001; Dayton, 2002; Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003; NIDA, 2004; Gómez, 2008; Laespada, Iraurgi & Aróstegi, 2004; Peñafiel, 2009; Rodríguez, et al., 2009; NIDA, 2010; Echeburúa y Requesens, 2012; Avalos, 2012; Mecalco, 2013; Secretaria de Salud, 2014) que han ligado a la familia con algunos factores tanto de riesgo como de protección, también se le ha señalado como una barrera en el mantenimiento y fortalecimiento de la sobriedad, al impedir que se dé una adecuada reinserción de los usuarios consumidores de drogas. Mostrando que en algunos casos como mencionan algunos autores (Calvo, 2007; Alfonso, Huedo & Espada, 2009) las interacciones de la familia hacia el usuario pueden agravar, perpetuar o ayudar a resolver el problema de consumo.

Según la NOM-028 (1999) se ha demostrado que al trabajar con la familia ha disminuido la recaída y existe un mejor pronóstico en la intervención del usuario que consume drogas.



Por todo lo anterior, es importante que el familiar del usuario tenga una intervención tanto para disminuir sus síntomas físicos y emocionales, como para adquirir estrategias que les permitan brindar el apoyo necesario a los usuarios para lograr la abstinencia.

La intervención con los familiares de usuarios de drogas, favoreció que las familias participantes modificaran conductas que se aplicaban como factor de riesgo y posteriormente se adquirieron estrategias que funcionaron como factores familiares protectores.

A partir de esta investigación se sugiere lo siguiente:

1. Evaluar el impacto en el patrón de consumo del usuario en relación al incremento en el apoyo que le ofrece el familiar.
2. Realizar más cantidad de modelamientos referentes a las situaciones difíciles que necesitan enfrentar los familiares con los usuarios para fortalecer el aprendizaje y aplicación de las estrategias que se aprenden durante el taller.
3. Realizar un seguimiento grupal al mes, 3 y 6 meses, con la finalidad de identificar si los familiares están aplicando adecuadamente las estrategias.
4. Incluir más ejercicios de enfrentamiento respecto a las situaciones o necesidades de enfrentamiento del grupo de las sesiones con la finalidad de que se practique la combinación de las estrategias.
5. Es importante que el profesional considere la importancia de referir al familiar al tratamiento psiquiátrico especializado cuando así lo requiera e integrar las estrategias psicológicas con el apoyo farmacológico en casos necesarios.

6. Es importante que el terapeuta refuerce positivamente la asistencia y puntualidad de los participantes al Taller y les señale que estas conductas sirven como modelo para que el usuario se decida a iniciar un tratamiento profesional, que se comprometa a cumplir con los lineamientos de la intervención y a concluirlo para así darse la oportunidad de obtener los mayores beneficios posibles de mantenerse en abstinencia.
7. Que los familiares les soliciten a los usuarios observar cualquier cambio en la convivencia que tienen dentro del ambiente familiar a partir de que inician su participación en el Taller para favorecer que éstos presten atención a las conductas eficientes de los familiares.
8. Que los familiares les pidan a los usuarios que les indiquen el tipo de apoyos que ellos consideran que les serían de utilidad recibir para su recuperación.

## Referencias

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5<sup>a</sup> ed.). Washington, DC.
- Avalos, N. (2012). *Perspectivas de la familia como un sistema de identidades*. Tesis de maestría, UNAM, México.
- Barbosa, L., Ramos, I., Cardoso, R., Harter, J. (2012). *Consumo de crack: repercusiones en la estructura y en la dinámica de las relaciones familiares*. Revista electrónica trimestral de enfermería, 25. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834782009.pdf>
- Barragán, L. (2005). *Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. (Tesis doctorado). UNAM: México.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Recuperado de [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases\\_cientificas.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf)
- Becoña, E., & Córtes, T. (2008). *Guía clínica de intervención en psicología de las adicciones*. Recuperado de [http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal\\_social/import/socidrogalcohol/socidrogalcohol0007.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/import/socidrogalcohol/socidrogalcohol0007.pdf)
- Becoña, E., & Cortes, T. (2011). Factores psicológicos en las adicciones: Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Valencia: Socidrogalcohol.
- Bekir, P., McLellan, Th., Childress & Gariti, P. (1993). *Role Reversals in Families of Substance Misusers: A Trans-generational Phenomenon*. Substance Use and Misuse, 28 (7), 613-630.

- Casas, M., Navarro, J. (2001). *Hijos de padres alcohólicos y su nivel de ansiedad en comparación con hijos de padres no alcohólicos*. Revista latinoamericana de Psicología, 33 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80533106.pdf>
- Clayton, R. R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Coleman, D. H. y Strauss, M. A. (1979). *Alcohol Abuse and Family Violence*. University of New Hampshire. United States
- Cruz, S. (2014). *Los efectos de las drogas: De sueños y pesadillas*. México: Trillas.
- Espinosa, I. (2007). *Afrontamiento de los padres de jóvenes con consumo de riesgo en hospital regional de psiquiatría de Morelos*. (Tesis de especialización en psiquiatría) UNAM: México.
- Fuertes, M. C., & Maya, M. U. (2001). *Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas*. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 24, 83-92.
- Gómez, A., & Delgado, D. (2003). *La codependencia en las familias de consumidores y no consumidores de drogas: Estado del arte y construcción de un instrumento*. Psicothema, 15 (3), 381-387.
- 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.
- Lazarus, R.S. (1993). *Coping Theory and Research: Past, present and future*. Psychosomatic Medicine, 55, 234-247.
- Lloret I.D. (2001). *Alcoholismo: Una visión familiar*. Salud y drogas, 1, 113-128. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83910107>

- López Larrosa, S., & Rodríguez-Arias Palomo, L. (2010). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo*. *Psicothema*, 22 (4), 568-573.
- Marcon, s. R., aparecida rubira, e., espinosa martinez, m., & aparecida barbosa, d. (2012). *Calidad de vida y síntomas depresivos en cuidadores y adictos a las drogas*. *Revista Latino- Am Enfermagem*. Recuperado de [www. eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- McCrary, B., Rodríguez, R. & Otero-López, J.M. (1998). *Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide
- Minuchin, S. (1985). *Técnicas de Terapia Familiar*. Sevilla: Paidós.
- Mora, R., Natera, R., Tiburcio, M. & López, F. (s/f). *¿Qué hacer ante el consumo de alcohol o drogas? Orientación para las familias*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. La primera edición fue apoyada por la Fundación Gonzalo Río Arronte.
- Moos, R.H. (1979). *Evaluating educational environments: Procedures, measures, findings, and policy implications*. San Francisco: Jossey-Bass
- Natera, G., Mora-Rios, J., Tiburcio, M. & Medina, P. (2010). *An international perspective: Constructing intervention strategies for families in Mexico*. *Drugs: education, prevention and policy*, 17 (S1), 193- 202.
- Natera, G., Mora, J., & Tiburcio, M. (1999). *Barreras en la búsqueda de apoyo social para Las familias con un problema de adicciones*. *Salud Mental*, 22, 114-120.
- National Institute on Drug Abuse. (2004). *Cómo Prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes: Una guía con base científica para padres, educadoras y líderes de la comunidad*. Recuperado de [https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/redbook\\_spanish.pdf](https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/redbook_spanish.pdf)

- National Institute on Drug Abuse. (2010). *Principios de Tratamientos para la Drogadicción: Una Guía basada en Investigaciones*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/reconocimientos>
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. *Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. *Diario Oficial de la Federación de México*. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/nom/NOM-028-SSA2-2009.pdf>
- Nunes, M., Lemos, V., Munhoz, A., & Rogério, P. (2013). Percepción del apoyo familiar en los consumidores de drogas y su relación con trastornos psiquiátricos. *Adicciones*, 25 (3), 220-225. doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.49>
- Obando, L. A. (2016). Manejando límites en la familia del adicto. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, 1(16).
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Informe Mundial sobre las Drogas. (2015). (Naciones Unidas Publicación No. S.15.XI.6). Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015\\_Spanish\\_.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015_Spanish_.pdf)
- Orford J, Natera G, Davies J, Nava A, Mora J & Cols. (1998). Tolerate, Engage Or Withdraw: A Study of The Structure of Family Coping in South West England and México City. *Addiction*, 93(12), 1799-1813.
- Reschetti, S., Aparecida, E., Martínez, M., Aparecida, D., (2012). *Calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas*. *Revista latino americana*, 20(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307026829007.pdf>

- Rodríguez, G. M., Brands, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N., Simich, L., & Miotto W. (2009). Factores de riesgo relacionados al uso de drogas ilegales: perspectiva crítica de familiares y personas cercanas en un centro de salud público en San Pedro Sula, Honduras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17, 796-802. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421913007>
- Rowe, C. (2013). Terapia familiar para consumo de drogas: revisión y actualizaciones 2003-2010. *Revista de Toxicomanías*, 70, 24-44.
- Secades, R., Fernández, J. R., García, G., & Al-Halabi, S. (2011). *Estrategias de intervención en el ámbito familiar: Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos*. Recuperado de [http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG\\_Estrategiasintervencionfamiliar\\_DIBA.pdf](http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG_Estrategiasintervencionfamiliar_DIBA.pdf)
- Stafford, J. E., & Cocanougher, B. A. (1977). *Reference group theory*. Selected Aspects of Consumer Behavior, 361-380.
- Stanton Dunkan (1982). *The Role of Family and Significant Others in the Engagement and Retention of Drug-Dependent Individuals Stanton Dunkan and Todd Thomas*. The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction. Guilford Press: New York.
- Secretaría de Salud, (2014) *Manual del Consejero*, 1, Lito Estilo Impresores: México.
- Tapia, R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. (2a Edición). Manual Moderno: México.
- Tiburcio, M. (2009). *Adaptación de un modelo de intervención para familiares usuarios de alcohol en una comunidad indígena*. (Tesis de doctorado). UNAM: México
- Tiburcio, M. & Natera, G. (2003). *Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas: Un estudio piloto*. *Revista Salud mental*, 26 (5).

- United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report. (2017). *Executive summary conclusions and policy implications*. (United Nations Publicación, No. E.17.XI.6). Recuperado de [https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet\\_1\\_EXSUM.pdf](https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_1_EXSUM.pdf)
- Vaillant, G. E. (1966). *Parent-child cultural disparity and drug addiction*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 142, 534-539.
- Vanegas, M. A. (2009). *La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas*. *Revista CES Psicología*, 2(2), 6.
- Velasco, R., (2005). *La escuela ante las drogas. Secretaria de educación y cultura*. México: Ed. Trillas
- Villatoro, J.A., Oliva, N., Fregoso, D., Bustos, M., Mujica, A., Martín del Campo, R.,...& Medina-Mora, M. (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014. *Reporte de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud.
- Villatoro, J. A., Medina-Mora, M., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo M., Mendoza-Alvarado L. R., & Romero-Martínez, M. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: *Reporte de Drogas*. Recuperado de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_DROGAS\\_ILICITAS\\_.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf)
- Zapata Vanegas, M A; (2009). *La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas*. *CES Psicología*, 2, 86-94. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539413007>



# **Anexos.**

## CARTA COMPROMISO DEL OTRO SIGNIFICATIVO

A través de la presente yo \_\_\_\_\_ quien soy (tipo de parentesco) \_\_\_\_\_, acepto participar en el Taller para familiares de usuarios de drogas, que será impartido en el Centro de Prevención y Atención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez”.

El taller tendrá una duración de 13 sesiones de 2 hrs., de (HORARIO DEL TALLER).; se llevarán a cabo los días miércoles, iniciando el (FECHA DE INICIO DEL TALLER).

Asistiré al taller como apoyo a mi familiar/amigo \_\_\_\_\_ quien presenta problema de adicción; así como para recibir asesoría personal para mejorar mi relación con él; pueden localizarme en el Tel. \_\_\_\_\_.

Me comprometo a cumplir con cada uno de los lineamientos que se señalan a continuación:  
Ser tratado con respeto

- Asistir puntualmente a cada una de las sesiones, de no asistir a la sesión debo avisar por lo menos un día antes; así mismo, si llegara a faltar a más de dos sesiones, ya no me será considerada la asistencia; por lo que tendré que reinscribirme a otro de los talleres que hubiera posteriormente.
- Estoy de acuerdo en que algunos datos proporcionados en el taller pueden ser utilizados con fines de investigación.
- Acepto participar de forma activa en cada una de las sesiones durante el taller.
- Debo ser discreto con las experiencias que compartan mis compañeros del taller, con la finalidad de que haya confidencialidad y respeto entre todos.
- Respetaré a los terapeutas, ponentes, personal y trabajadores del Centro.
- Debo cuidar el material e instrumentos de trabajo, así como las instalaciones del Centro.
- Cumpliré con las tareas asignadas, dentro y fuera del taller, el incumplimiento de ellas puede ser motivo de baja.
- Estoy convencido de que la relación entre terapeuta-ponente es únicamente profesional.
- Antes de cada sesión realizaré el pago correspondiente.

Toda la información que se proporcione dentro del taller será de carácter confidencial y sólo tendrán acceso a ella los terapeutas-ponentes y el supervisor de éstos.

Al inscribirme al taller tengo derecho a lo que se señala a continuación:

- Recibir 13 sesiones donde se me oriente cómo mejorar la relación con mi familiar.
- A ser atendidos con amabilidad y respeto por el personal y ponentes.
- Contar con la seguridad de que la información que comparta dentro del taller será confidencial.
- Recibir resultados de los instrumentos que se me apliquen antes y después del taller en las siguientes áreas:
  - Bienestar emocional.
  - Ambiente familiar.
  - Apoyo que ofrecer el familiar y que recibe el usuario.
- Recibir una constancia de egreso del taller si cumple con una asistencia del 80%.
- A que se le resuelvan sus dudas sobre ejercicios revisados en la sesión.
- Expresar su opinión acerca del taller y evaluar los componentes.
- Informarles la necesidad de valoración del servicio de psiquiatría.
- Recibir material de cada componente del taller.

“Por mi raza hablará el espíritu”

México, D. F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del usuario

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del terapeuta

Este formato se elaboró de acuerdo con los artículos 3.9, 5.4.4 y 5.4.5 en materia de Consentimiento Informado y de Tratamiento para la Salud de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999. Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

## INVENTARIO DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Pre-test  Post-test

**Instrucciones:** En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lee cada una cuidadosamente. Posteriormente escoge una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que te **SENTISTE LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierra en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que escogiste. Si varias oraciones de un grupo se aplican a tu caso circule cada una. Asegúrate de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1	0. Yo no me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo	12	0. Mi apetito no es peor de lo habitual 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo 2. Mi apetito está muy mal ahora 3. No tengo apetito de nada
2	0. En general no me siento descorazonado por el futuro 1. Me siento descorazonado por mi futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar	13	0. Yo no he perdido el interés en la gente 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar 2. He perdido en gran medida el interés en la gente 3. He perdido todo el interés en la gente
3	0. Yo no me siento como un fracasado 1. Siento que he fracasado más que las personas en general. 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos 3. Siento que soy un completo fracaso como persona	14	0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho 1. Pospongo tomar decisiones más que antes 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes 3. Ya no puedo tomar decisiones
4	0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo	15	0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía 1. Estoy preocupado (a) por verme viejo (a) o poco atractivo (a) 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a) 3. Creo que me veo feo (a)
5	0. En realidad yo no me siento culpable 1. Me siento culpable en gran parte del tiempo 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo 3. Me siento culpable todo el tiempo	16	0. Puedo trabajar tan bien como antes 1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo 2. Tengo que obligarme para hacer algo 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
6	0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar 1. Me enoja o me irrita más fácilmente que antes 2. Me siento irritado todo el tiempo 3. Ya no me irrita de las cosas por las que solía hacerlo	17	0. Puedo dormir tan bien como antes 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir
7	0. Yo no me siento que esté siendo castigado 1. Siento que podría ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que he sido castigado	18	0. Yo no me canso más de lo habitual 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo 2. Con cualquier cosa que haga me canso 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
8	0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo 1. Estoy desilusionado de mí mismo 2. Estoy disgustado conmigo mismo 3. Me odio	19	0. Yo no he perdido mucho peso últimamente 1. He perdido más de dos kilogramos 2. He perdido más de cinco kilogramos 3. He perdido más de ocho kilogramos A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. <u>Sí</u>
9	0. Yo no me siento que sea peor que otras personas 1. Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas 3. Me culpo por todo lo malo que sucede	20	0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes 1. Estoy preocupado acerca de los problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
10	0. Yo no tengo pensamientos suicidas 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo 2. Me gustaría suicidarme 3. Me suicidaría si tuviera oportunidad	21	0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora 3. He perdido completamente el interés por el sexo
11	0. Yo no lloro más de lo usual 1. Lloro más de lo que solía hacerlo 2. Actualmente lloro todo el tiempo 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo	Diagnóstico:	

## Tus resultados

Una vez que resolviste el inventario, en cada grupo suma y anota el resultado en la siguiente tabla. Si en un bloque en tu respuesta marcaste dos números, elige el puntaje de mayor número para hacer la suma y obtener el puntaje total.

GRUPO	NÚMERO DE BLOQUES CON ESTE PUNTAJE	SUMA DE PUNTAJES DE CADA BLOQUE
0		
1		
2		
3		
PUNTAJE TOTAL		

Puntaje	Indicar de tristeza
De 0 a 9 puntos	Tristeza Mínima
De 10-16 puntos	Tristeza Leve
De 17-29 puntos	Tristeza moderada
De 30-63 puntos	Depresión Severa

### REGISTRO DE OCURRENCIA DE LA SESIÓN DE TRISTEZA

A continuación se te presenta un Registro para que anotes 3 Situaciones en las que aplicaste los Ejercicios para Superar la Tristeza.

1) Describe: ¿Cuáles fueron las situaciones en las que te sentiste triste?, por ejemplo: cuando el usuario rechazó tu ayuda, cuando las cosas no salieron como querías”; 2) Evalúa de 1 a 10 puntos ¿Qué tan triste te sentiste en esa situación?, siendo 1 punto Nada y 10 puntos Mucho; 3) Describe los ejercicios que utilizaste para disminuir la tristeza ante esa situación? 4) Evalúa de 1 a 10 puntos ¿Qué tan triste te sentiste después de haber aplicado los ejercicios para disminuir la tristeza ante esa situación? Siendo 1 Nada triste y 10 puntos Muy Triste, y 5) Describe cómo podrías mejorar la combinación de conductas que te permiten disminuir la tristeza en esa situación.

DESCRIBE 3 SITUACIONES EN LAS QUE TE SENTISTE TRISTE	EVALÚA DE 1 A 10 PUNTOS ¿Qué tan triste te sentiste ante esas situaciones? Siendo 1 Nada y 10 Mucho	DESCRIBE LOS EJERCICIOS QUE UTILIZASTE PARA SUPERAR LA TRISTEZA ANTE ESTAS SITUACIONES, por ejemplo: decidí no dejarme afectar por estar pensando esas ideas que me dañan, cuestionar y darme cuenta de que son ideas no reales y cambiarlas por otras realistas que no me afecten, hacer planes para mejorar las ideas o situaciones que me hacen sentir agobiado, hacer actividades agradables, buscarle el lado positivo a las situaciones	EVALÚA DE 1 A 10 PUNTOS ¿Qué tan triste te sentiste después de haber utilizado los ejercicios ante esas situaciones? Siendo 1 Nada triste y 10 Muy Triste	DESCRIBE CÓMO MEJORARÍAS LAS CONDUCTAS Y ACTIVIDADES QUE UTILIZASTE PARA SUPERAR TU TRISTEZA
1.				
2.				
3.				

## SATISFACCIÓN EN DIFERENTES ÁREAS DE TU VIDA

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Pre-test       Post-test

Este instrumento tiene como objetivo conocer el nivel de satisfacción respecto a tu desempeño y progreso en diferentes áreas de tu vida. Por favor, encierra en un círculo el número que corresponda al nivel de satisfacción en diferentes áreas de tu vida. Los números más cercanos a uno, reflejan más insatisfacción y los números más cercanos a diez más satisfacción. Por favor, conforme leas cada área, pregúntate ¿Qué tan satisfecho me siento con respecto a cómo me desempeño en esa área de mi vida? Es decir, establece con base en la escala numérica (1-10) exactamente cómo te sientes con respecto a esa área

Recuerda: ¿Qué tan satisfecho te sientes respecto a tu desempeño en cada área de tu vida?

	COMPLETAMENTE INSATISFECHO			INSATISFECHO		SATISFECHO			COMPLETAMENTE SATISFECHO	
	1-5			6-7		8			9-10	
ÁREAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Progreso en el trabajo/escuela	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Manejo del Dinero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vida Social/Recreativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hábitos Personales (ejercicio, dormir, alimentación, higiene, presentación)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relaciones familiares/matrimoniales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Legal (Asuntos de trámites/ pendientes con la ley)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Emocional (Manejo de mis estados de ánimo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comunicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
General	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Promedio Total										

## Tus resultados

Una vez que concluíste el cuestionario, anota en la tabla de abajo las áreas que tienen un puntaje menor o igual a 5, y/o con puntajes de 6 y 7.

<b>Áreas de tu vida</b>	<b>Puntaje</b>
Progreso en el trabajo o en la escuela	
Manejo del dinero	
Vida social/recreativa	
Hábitos personales	
Relaciones familiares o matrimoniales	
Situación legal	
Vida emocional	
Comunicación	
Satisfacción general	



## CUESTIONARIO DEL APOYO QUE DOY

Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_

Pre-test       Post-test

**Instrucciones:** A continuación indica la frecuencia con la que actúas de la manera en que se te describe, cuando a tu familiar le ocurren diferentes situaciones o eventos. Selecciona si esta conducta ante esa situación ocurre: Muy frecuentemente, Frecuentemente, A veces, Casi nunca o Nunca.

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
	0	1	2	3	4
1. Si notas que tu familiar está triste, preocupado o angustiado le preguntas qué es lo que le pasa.					
2. Si tu familiar está ansioso, triste o desesperado haces algún comentario o le propones alguna actividad para calmarlo o procurar su mejoría.					
3. Si tu familiar está siendo presionado por otros a consumir, le haces ver su derecho a no dejarse influir y evitar el consumo.					
4. Si tu familiar se siente mal de salud le sugieres asistir al médico, lo acompañas o te interesas en su tratamiento y mejoría física.					
5. Invitas a tu familiar al cine, cenar, caminar, o realizar alguna actividad de su preferencia para divertirse de manera sana.					
6. Disfrutas y le festejas a tu familiar logros y avances por sus esfuerzos y conductas eficientes.					
7. Le valoras y reconoces su esfuerzo y avances con palabras y acciones que lo hacen sentir bien.					
8. Evitas consumir drogas ante situaciones de vida diaria.					
9. Le ayudas a tu familiar a considerar los riesgos por permitirse el consumo y favoreces que mantenga su firmeza para no consumir.					
10. Si notas que tu familiar tiene necesidad o antojo por consumir lo animas a evitarlo y le invitas a realizar alguna actividad para que se distraiga.					
11. Cuando tu familiar discute, se enoja, y tiene problemas con otras personas lo escuchas, tratas de tranquilizarlo o le sugieres ideas para ayudarlo y evitar que consuma.					
12. Te interesas por conocer, apoyarlo y/o participar en diferentes actividades y acciones que le sirven para evitar consumir ante situaciones de riesgo.					
13. Si tu familiar está siendo presionado para consumir le comentas las consecuencias negativas a las que se expone por aceptar invitaciones.					
14. Le sugieres a tu familiar que salga a divertirse con personas que respeten su abstinencia.					
15. Lo ayudas a identificar qué personas y lugares necesita evitar para no tener tentación de consumir.					

## CUESTIONARIO DEL APOYO QUE RECIBO

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Pre-test  Post-test

**Instrucciones:** A continuación se le pide que indique la frecuencia con la que su familiar actuó de la manera en que se le describe, cuando a Usted le ocurrieron diferentes situaciones o eventos. Indique, marcando con una X, si esta conducta ocurrió ante esa situación Muy frecuentemente, Frecuentemente, A veces, Casi nunca o Nunca.

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
	0	1	2	3	4
1. Si su familiar nota que Usted está triste, preocupado o angustiado le pregunta qué es lo que le pasa.					
2. Si Usted está ansioso, triste o desesperado su familiar hace algún comentario o le propone alguna actividad para calmarlo o procurar su mejoría.					
3. Si Usted está siendo presionado por otros para consumir su familiar le hace ver su derecho a no dejarse influir y evitar el consumo. .					
4. Si Usted se siente mal de salud, su familiar le sugiere asistir al médico, lo acompaña o se interesa en su tratamiento y mejoría física.					
5. Su familiar lo invita al cine, cenar, caminar, o a realizar alguna actividad de su preferencia para divertirse de manera sana.					
6. Su familiar disfruta y le festeja logros y avances por sus esfuerzos y conductas eficientes..					
7. Su Familiar le valora y reconoce su esfuerzo y avances con palabras y acciones que lo hacen sentir bien.					
8. Su familiar evita consumir drogas ante situaciones de vida diaria. .					
9. Su familiar le ayuda a considerar riesgos por permitirse el consumo y favorece que Usted mantenga su firmeza para no consumir					
10. Cuando su familiar nota que Usted tiene necesidad o antojo por consumir lo anima a evitarlo y le invita a realizar alguna actividad para que se distraiga.					
11. Cuando Usted discute, se enoja, y tiene problemas con otras personas, su familiar lo escucha, trata de tranquilizarlo o le sugiere ideas para ayudarlo y evitar que consuma.					
12. Su familiar se interesa por conocer, apoyarlo y/o participar en diferentes actividades y acciones que le sirven para evitar consumir ante situaciones de riesgo..					
13. Si está siendo presionado para consumir su familiar comenta con Usted las consecuencias negativas a las que se expone por aceptar invitaciones.					
14. Su familiar le sugiere que salga a divertirse con personas que respeten su abstinencia.					
15. Su familiar lo ayuda a identificar qué personas y lugares necesita evitar para no tener tentación de consumir.					

## **Evaluación de Sesión: Control de Tristeza.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que aprendió en esta sesión, marque con una X si está Completamente de acuerdo, De acuerdo, A veces, En desacuerdo o Completamente en desacuerdo según crea más conveniente para usted.

	Completamente de acuerdo 4	De acuerdo 3	A veces 2	En desacuerdo 1	Completamente en desacuerdo 0
1. ¿Considera que el tema visto le fue de utilidad?					
2. A partir de lo aprendido, ¿ha podido controlar su tristeza en cuanto la ha sentido?					
3. ¿Identifica cuándo y en qué momento debe cambiar pensamientos equivocados?					
4. Actualmente, ¿cada que lleva a cabo una actividad le saca provecho y la disfruta más?					
5. Al realizar actividades agradables se siente más animado, alegre y esta a gusto consigo mismo.					
6. ¿Considera que la relación con su familiar ha mejorado a raíz de que controla su tristeza?					

PUNTAJE	RANGO DE PORCENTAJE	CALIFICACIÓN
20-24	83.33-100	Completamente de acuerdo
15-19	62.5-79.16	De acuerdo
10-14	41.66-58.33	A veces
05-09	20.83-37.5	En desacuerdo
00-04	0-16.66	Completamente en desacuerdo

Puntaje \_\_\_\_\_ Rango de porcentaje \_\_\_\_\_ Calificación \_\_\_\_\_

En una escala de 1 a 10, donde 1 es Totalmente insatisfecho y 10 totalmente satisfecho, ¿qué tan satisfecho se siente usted al aplicar las técnicas de control de tristeza cotidianamente? \_\_\_\_\_.