



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Propuesta de Tratamiento de Adicciones Derivada del Programa "Por Amor a Neza"

Presenta:

Karen Areli Rodríguez Covarrubias

Informe Profesional De Servicio Social

Para Obtener El Título de Licenciada En Psicología

Directora:

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Revisores:

Dra. Lydia Barragán Torres

Mtro. Miguel Ángel Medina Gutiérrez

Sinodales:

Lic. Leticia Bustos de la Tijera

Mtro. Jorge Alfonso Valenzuela Vallejo



México, DF.

UNAM

Octubre 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

[...]Esta vida es bella. Es tan diabólicamente bella que apenas puedo soportarla. Y yo soy una gloriosa parte de ella.[...]

Pregúntale a Alicia. Anónimo.

AGRADECIMIENTOS

A esta parranda a la que llamamos vida que ha puesto personas exactas en tiempos perfectos, que han tocado mi ser y aportado para formar a la mujer que soy ahora.

A esas personas que llamo amigos, que me han tendido la mano para salir adelante en situaciones difíciles, y que han reído conmigo en los momentos buenos; Martín, Jorge, Miriam, Loris, Gaby, Alan, Paty, Juan, Dafni, Atenea, Ana, Yair y Dorian, los que no he mencionado, los que se fueron y los que están por llegar.

A mis padres, hermanos y sobrinos; por su apoyo, comprensión, confianza y por creer en mí.

A los tres seres más importantes en esta etapa de mi vida , Sebastián, Camila y Puchi; que me dan luz, fuerza y ánimo para continuar día a día. A Iván que comparte este amor, me entiende y acompaña.

A Enrique Ortiz de Landázuri y Silvia de la Rosa que siempre tuvieron la palabra correcta que me dio fortaleza.

Al CMMA, a Patricia Hernández, Juan M. Carrillo, a mis compañeros, mis pacientes y a Cd. Nezahualcóyotl por abrirme las puertas de la institución para realizar mi servicio social y apoyarme durante mi estadía.

A la Universidad, la Facultad de Psicología, profesores y compañeros que compartieron su tiempo y conocimiento para mi formación profesional.

A la directora de este proyecto Mariana Gutiérrez Lara , a mis revisores Lydia Barragán Torres y Miguel Ángel Medina; a los sinodales Jorge Alfonso Valenzuela Vallejo y Leticia Bustos de la Tijera que hicieron que mi trabajo concluyera de la mejor manera, incrementando mi conocimiento.

A todas y todos ustedes...Gracias!!!!

INDICE

Resumen	7
Datos Generales del Programa de Servicio Social.....	8
Contexto de la Institución y del Programa donde se Realizó el Servicio Social.....	8
Descripción de las Actividades Realizadas en el Servicio Social	9
Determinar Objetivos del Informe del Servicio Social	11
Soporte Teórico Metodológico.....	12
¿Qué es una droga?.....	12
Adicción.....	13
Percepción de la Drogadicción desde Distintas Corrientes Psicológicas	
Teoría Neurobiológica.....	14
Teoría Psicoanalítica.....	15
Teoría Sistémica.....	15
Teoría Gestáltica.....	17
Familia.....	19
Sociedad.....	20
Tratamiento (Principios Básicos)	
Teoría Conductual.....	22
Conductismo Clásico.....	22
Conductismo Operante.....	23
Teoría Cognitiva.....	24
Teoría Cognitiva social.....	25

Teoría Cognitiva-Conductual.....	26
Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento.....	26
Prevención de Recaidas.....	27
Entrenamiento en Habilidades Sociales para la Vida.....	27
La Integración de la Familia en el Tratamiento.....	28
Estadios de Cambio Durante el tratamiento.....	30
Terapia Grupal en el Tratamiento.....	32
Soporte Metodológico.....	33
Resultados Obtenidos.....	35
Recomendaciones y/o Sugerencias.....	39
Tratamiento Cognitivo-Conductual para Usuarios de Drogas.....	40
Sesión de Evaluación.....	42
Tópico I. Sesión Informativa.....	47
Tópico II. Motivación al tratamiento.....	49
Tópico III. Establecimiento de la Meta.....	51
Tópico IV. Manejo del Deseo de Consumo de Drogas (Craving).....	53
Tópico V. Habilidades Sociales Para la Vida.....	56
Tópico VI. Integración de la Familia del Paciente al Tratamiento.....	67
Tópico VII. ¿Qué Ocurre Si Vuelvo a Consumir?.....	73
Sesión de evaluación al final del tratamiento.....	75
Referencias.....	76
Anexos	
Anexo 1.....	83
Anexo 2.....	84
Anexo 3.....	87

Anexo 4.....	96
Anexo 5.....	97
Anexo 6.....	104
Anexo 7.....	132
Anexo 8.....	145
Anexo 9.....	149
Anexo 10.....	153
Anexo 11.....	161
Anexo 12.....	165
Anexo 13.....	168
Anexo 14.....	169

RESUMEN

En la actualidad el problema de la drogadicción se ha ido incrementando de manera significativa dentro de la sociedad y descendido la edad de inicio en el consumo, por tal motivo se han buscado alternativas que disminuyan estas cifras.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas (2012) indica que el 64.1% de los hombres y el 70% de las mujeres del país han tenido acceso a un programa de prevención de las adicciones; proporcionalmente a obtener esta información se reporta menor consumo de drogas. Por ello se prevé que al contar con suficiente información tendremos mayores herramientas para detener el avance en la problemática de consumo y en casos más avanzados poder dar un tratamiento para las personas con uso de drogas.

Por tal motivo en este trabajo se hará referencia a la intervención proporcionada a 31 usuarios consumidores de sustancia adictivas o en alguna situación de riesgo; de los cuales el 90% hombres y el 10% mujeres. Dichos usuarios tenían un rango de edades entre 13 y 63 años, y acudieron durante un periodo de 6 meses al Centro Municipal de Atención a las Adicciones (CMAA) de Nezahualcóyotl. El método que se empleó es de corte cognitivo-conductual implementado por medio de 8 tópicos basados en el manual "Tratamiento Breve para usuarios de Cocaína" (TBUC).

Al igual que pláticas psicoeducativas a personas con factores de riesgo de consumir algún tipo de droga; estas personas eran pacientes del Centro Municipal de atención a las adicciones (CMMA), de primarias y secundarias que solicitaban la atención. También durante este tratamiento se ofrecían pláticas psicoeducativas a familiares de los pacientes, aunque estas pláticas eran esporádicas y sólo si el familiar las solicitaba.

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

El Centro Municipal de Atención a las Adicciones (CMAA) es una institución gubernamental del municipio de Nezahualcóyotl en donde los principales objetivos son atender a personas con problemas de uso, abuso y dependencia a las drogas; sus familias y su entorno social. La atención que se brinda es para hombres y mujeres; adolescentes, adultos y tercera edad.

El tratamiento es multidisciplinario consta de atención médica, entrenamiento físico, cursos de manualidades, terapia psicológica individual y grupal. En el área psicológica individual se implementan tópicos basados en el manual "Tratamiento Breve para usuarios de Cocaína" (TBUC, Oropeza, Loyola, & Vázquez, 2003). Dentro del área grupal se dan técnicas para fortalecer el autoestima, valores y mejorar la expresión de emociones.

Con este tratamiento se intenta que los pacientes alcancen metas que en la mayoría de los casos es la abstinencia, y concluyan con las herramientas necesarias para mantenerse sin el consumo y puedan rechazar la sustancia.

CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

Es un centro especializado de atención a jóvenes, adolescentes y adultos con problemas de adicción a algún tipo de drogas, así como de atención a sus familias mediante programas y acciones encaminadas a la rehabilitación y a la prevención de este problema de salud pública.

El CMAA a través de su equipo multidisciplinario e interdisciplinario utiliza el "Modelo de Atención por Amor a Neza", que consiste en otorgar atención médica y psicológica, aunado a la práctica del deporte, terapias grupales e individuales, talleres de artes y oficios, cine debate, actividades recreativas, taller de lectura y conclusión de la educación de nivel básico. El "Modelo de Atención por Amor a Neza" tiene también como uno de sus principales objetivos que los pacientes

atendidos que hayan culminado exitosamente su tratamiento, obtengan la garantía de un seguimiento en su atención.

Todo lo anterior, desarrollado bajo el esquema de la inteligencia emocional, cuya finalidad es que el paciente recupere valores, eleve su autoestima y adquiera seguridad para sí mismo y ante la sociedad.

El Centro Municipal de Atención a las Adicciones (CMAA), es un lugar único en su género a nivel municipal en México, cuenta con las áreas: administrativa, médica, psicológica, trabajo social (siete consultorios), didáctica (sala de juntas, cámara de Gesell, talleres ocupaciones y gimnasio), servicios (comedor, cocina, dormitorios, baños y lavanderías), externa (patio de maniobras, jardines y estacionamiento) y de meditación.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

La atención brindada fue en 2 diferentes niveles de atención, que a su vez se dividen en 5 categorías diferentes dependiendo la necesidad del paciente (tratamiento o plática psicoeducativa) y un tercer nivel donde los pacientes solo asistían a la entrevista inicial, en la cual se comenzaba a llenar la entrevista psicológica del CMAA (Anexo 5) (Figura 1, anexo 4):

1. Atención individual a pacientes bajo supervisión (externos e internos) con problemas de drogadicción (principalmente alcohol, marihuana, cocaína e inhalantes) basándonos en el método propuesto por el manual "Tratamiento Breve para usuarios de Cocaína" (TBUC)(Oropeza, Loyola, & Vázquez, 2003).

Se atendieron a 18 pacientes en sesiones personales las cuales duraban 60 minutos cada una. La duración del tratamiento tuvo una variación dependiendo de las sesiones a las que acudían y/o al abandono del tratamiento.

Cada sesión se basó en uno de los 8 tópicos que presenta el manual adecuándolos para cada tipo de persona y la sustancia consumida, a continuación se enlistan los puntos tratados (anexo 3):

- ✓ *Balance decisional y establecimiento de la meta:* donde se busca motivar al usuario a que abandone su consumo de cocaína, ya sea reduciéndolo gradualmente, o buscando la abstinencia desde ésta sesión.

- ✓ *Manejo del consumo:* enseñar al usuario a identificar y manejar los disparadores del consumo de la droga.

- ✓ *Identificación y manejo de pensamientos sobre la droga:* se intenta enseñar al usuario a identificar y manejar, sus pensamientos relacionados con el consumo de la droga.

- ✓ *Identificación y manejo del deseo de consumir:* enseñar al usuario a identificar y a manejar el deseo de consumir la sustancia.

- ✓ *Habilidades asertivas de rechazo:* buscamos enseñar al usuario habilidades asertivas de rechazo al ofrecimiento de la droga de consumo, que le servirán para controlar posibles situaciones de riesgo.

- ✓ *Decisiones aparentemente irrelevantes:* se pretende enseñar al usuario a tomar decisiones que prevengan la ocurrencia de situaciones de riesgo de consumo.

- ✓ *Solución de problemas:* el objetivo es que el usuario aprenda, desarrolle y aplique una estrategia de solución de problemas.

- ✓ *Restablecimiento de la meta y planes de acción:* en este punto se busca la evaluación del cumplimiento de la meta de tratamiento y la creación de planes de acción, que incluyan las habilidades adquiridas en el

tratamiento, para alcanzar o mantener la abstinencia. (Oropeza, Loyola, & Vázquez, 2003).

2. Presencia y participación en dinámicas grupales con los pacientes internos, que eran entre 10 y 15 personas aproximadamente, los días miércoles a las 10 am, con una duración de 90 a 120 minutos dependiendo de la actividad realizada. En estos ejercicios se implementaban técnicas de integración para que el grupo perdiera tensión, temas de autoestima y valores que generalmente se impartían por medio de cine-debate.
3. Pláticas informativas a escuelas secundarias y primarias. Informando sobre tipos de drogas; consecuencias negativas sociales y físicas que se tiene con el uso de sustancias. Las pláticas se dieron a jóvenes de 2º y 3º grado de la secundaria Oficial No. 0162 "Ricardo Flores Magón" (ubicada en cuarta Avenida y Caminante s/n Colonia Benito Juárez, Nezahualcóyotl); estas fueron en una sola sesión de 60 a 40 minutos aproximadamente. Igualmente se dieron a niños de 5º y 6º de la Primaria "Telpochcalli" (ubicada en calle Capiro #450 Colonia Benito Juárez, Nezahualcóyotl).
4. Pláticas psicoeducativas individuales de orientación a familiares de pacientes internos y externos, las sesiones fueron esporádicas, con un tiempo aproximado de 50 a 60 minutos
5. Pláticas psicoeducativas a pacientes en situaciones de riesgo, en las cuales se informaba acerca de las consecuencias el uso de las drogas y resolviendo dudas acerca de estas. Se impartieron a 3 jóvenes de entre 13 y 19 años, durante una sesión de 60 minutos (anexo 1).

DETERMINAR OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

El objetivo de este Informe Profesional del Servicio Social (IPSS) es dar a conocer el trabajo realizado en el servicio social que se llevó a cabo en el Centro Municipal de Atención a las Adicciones (CMAA) utilizando una estrategia de intervención breve para usuarios de drogas llamado "Por amor a Neza", así como plantear una propuesta para la sede receptora que complemente las actividades que ahí se realizan.

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

Cada vez hay más pruebas de que la drogodependencia se origina y mantiene por varios factores que a su vez son de naturaleza multidimensional. Algunos de los determinantes suelen ser sociales, psicológicos y fisiológicos. Las adicciones no solo son un trastorno, traen consigo una gran cantidad de problemas médicos y sociales, en los ámbitos individual y familiar.

Según reporta la Encuesta Nacional de Adicciones (2012) el inicio del uso de sustancias en la República Mexicana estadísticamente es de 18 años para los hombres y 20 años en el caso de las mujeres. En donde el grupo de 18 a 34 años es donde se encuentran las prevalencias más altas.

Estos consumidores de sustancia adictivas en la mayoría de las veces son deficientes en la utilización de sus recursos personales o del contexto para la solución de problemas, entonces al verse con algún tipo de impedimento se ven en la necesidad de búsqueda de adaptaciones sustitutivas, que en este caso sería la droga. De igual manera otra situación que nos lleva al uso de sustancias nocivas es cómo la persona interpreta la experiencia del consumo y los efectos de la droga, y cuál es la respuesta tanto fisiológica como emocional ante esta. (Lorenzo, Landero, Leza, & Lizasoain, 1998).

De igual forma el haber estado expuesto a drogas (que se la hayan ofrecido regalada o comprada), no estar estudiando, una baja percepción de riesgo sobre el consumo de drogas, o una alta tolerancia ante el consumo de drogas de su mejor amigo, son factores que predicen el consumo, principalmente en los hombres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; Instituto Nacional de Salud; Secretaría de Salud, 2012).

¿Qué es una droga?

Una droga o fármaco es aquella sustancia natural o sintética que, al entrar en contacto con el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones. Es

una sustancia química que tiene acción biológica sobre las estructuras celulares del organismo(Valverde Obando & Pochet Coronado, 2003).

Para Massun los términos de droga o fármaco son nombres genéricos que se designan a cualquier sustancia que al ser introducida en el organismo vivo produce alteraciones en su estructura o funcionamientos normales (cambios físicos y/o mentales)(Soria, Montalvo, & González, 2004).

Adicción

Etimológicamente la palabra adicción viene del latín *addicere*-añadir, hacer suma-. En la antigua Roma el *addictu* será aquel que habiendo contraído una deuda y no habiéndola saldado se convertía en esclavo de su acreedor como forma de pago(Gil-Verona, y otros, 2003).

La adicción es un trastorno que involucra interacciones complejas entre variables biológicas y ambientales. La adicción suele definirse como la búsqueda compulsiva de la droga y de la administración de la misma a pesar de los efectos adversos y la pérdida del control por su consumo(Matus Ortega, CalvaNieves, Flores Zamora, Leff Gelman, & Antón Palma, 2012).

En cuanto a las formas de consumo de drogas, suele diferenciarse entre uso, abuso y adicción:

Uso: este término supone un contacto esporádico u ocasional con la droga, con consumo circunstancial y en ocasiones determinadas.

Abuso: reiterado consumo de drogas, recurriendo el sujeto a cantidades y/o frecuencia que superan en mucho a las iniciales. Discontinuo o no, el abuso suele ser considerado un riesgo en cuanto a posibilidad de facilitar el traspaso de los límites que lo separan de adicción propiamente dicha.

Adicción: dependencia compulsiva y constante, de una sustancia de la cuál el sujeto no puede prescindir, ocasionando trastornos en lo físico y en lo psíquico, constituyéndose el sujeto en peligro para sí y para los demás (Barrionuevo, 2013).

Percepción de la drogadicción desde distintas corrientes psicológicas

En esta sección revisaremos algunas propuestas biológicas, psicológicas y sociales sobre el consumo de drogas desde la perspectiva de distintos autores y corrientes psicológicas.

Teoría Neurobiológica

Las sustancias psicoactivas proporcionan efectos placenteros a las personas, esto puede explicarse porque ciertas drogas pueden aumentar o disminuir el efecto de algún neurotransmisor dado, que denominaremos "agonista" o que puede bloquear el efecto "antagonista".

Hay tres maneras en las que puede actuar una droga de abuso:

- *Acción sobre la neurona presináptica:* cuando la presencia de una droga estimula la liberación de un neurotransmisor. Un ejemplo claro puede ser el uso de anfetaminas aumentan la liberación de norepinefrina y dopamina.
- *Acción sobre los receptores postsinápticos:* una droga puede dar efectos similares a otras sustancias al tener estructuras similares a algún otro neurotransmisor. También puede tener un efecto opuesto, es decir, adherirse a un receptor postsináptico y no estimularlo, así el neurotransmisor no puede unirse al receptor porqué está ocupado.
- *Acción sobre la transmisión:* algunas drogas pueden interferir en el proceso de metabolización que realiza la neurona presináptica, después de que el neurotransmisor realiza su acción sobre el receptor(Gil-Verona, y otros, 2003).

Se dice que tras el uso crónico de sustancias se producen unas modificaciones a nivel cerebral de larga duración que explicarían gran parte de las conductas asociadas a la adicción, como la compulsividad en el consumo, o la concentración del interés en torno al consumo con el abandono de otras áreas(González Guerras, 2008).

Teoría Psicoanalítica

Comencemos con algunos autores de la corriente psicoanalítica y sus puntos de vista sobre el tema de las adicciones.

Por otra parte el autor Johnson (1993) nos habla que los individuos adictos no son capaces de satisfacer sus necesidades de dependencia de forma adecuada en una relación humana y no son capaces de tolerar el estar solos; su necesidad de permanencia del objeto se provee mediante cualquiera de las actividades compulsivas elegidas. Se elige una adicción en particular en función del entorno y del género y pueden cambiarse cuando las condiciones ambientales varían.

Por ejemplo, continuando con lo anterior, un defecto que ocurre durante el desarrollo preedípico se hace manifiesto como una adicción durante la adolescencia debido a que el adolescente necesita dejar a sus padres y sin embargo carece del desarrollo interno para sobrevivir sin ellos. En conclusión Johnson sugiere que los niños que sufrirán adicciones no internalizan la permanencia del objeto durante preedípico y tienen un temor específico de que sus impulsos agresivos puedan sufrir los objetos propios en los que confían (González Guerras, 2008).

Teoría Sistémica

La explicación bajo este enfoque se basa en la observación de recaídas que a veces ocurrían cuando pacientes que habían sido tratados, regresaban a sus familias; el entorno inestable y problemático que se observaba en una gran mayoría de pacientes; y la observación de que este entorno se relacionaba estrechamente con la evolución del paciente, ya que cuando las familias estaban pasando por una situación conflictiva, de crisis, sucedía que la mejoría del paciente se acompañaba de un empeoramiento de la familia y viceversa. (Marcos & Garrido, 2009). Es por lo anterior que se rescata la terapia familiar para pacientes de adicción.

Esencialmente la terapia familiar sistémica es una alternativa para abordar los problemas psicológicos de manera familiar. Esta terapia parte de la idea de que

algunas interacciones familiares se correlacionan con la aparición de un síntoma – como puede ser la drogadicción- en uno de sus miembros; síntoma que funciona como mecanismo homeostático de las relaciones familiares y que pone de manifiesto que existe una disfuncionalidad que tal vez tenga algo que ver con el crecimiento de todo el sistema (Soria, Montalvo, & González, 2004).

El principio básico de estos modelos consiste en asumir que el abuso de drogas acaba siendo un eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, y que por lo tanto cualquier solución a largo plazo requiere que la familia colabore y se implique en el tratamiento (Marcos & Garrido, 2009).

El autor Bowen habla que en los casos de alcoholismo o drogadicción, se ha encontrado niveles altos de ansiedad en el ámbito familiar; apareciendo la ingesta como el síntoma. También menciona que ante el incremento de ansiedad familiar aumenta la adicción del miembro sintomático, quien responsabiliza a los demás; a su vez, éstos reaccionan con mayor ansiedad, situación que rebota en el adicto, quien, al sentirse mal, ingiere mayores cantidades de drogas o alcohol, dependiendo de la sustancia que sea consumida por éste (Soria, Montalvo, & González, 2004).

Por otra parte Haley expresa que cuando entran en conflicto tres personas, una de generación diferente (padre-madre-hijo), ésta establece una coalición con alguno de los padres y en contra de la tercera persona. Esta forma de relación es negada; por ello se vuelve patológico y es probable que aparezca un síntoma (Soria, Montalvo, & González, 2004).

Por tal motivo la introducción de las familias en el desarrollo de planes terapéuticos en adicciones ha sido un éxito: al reducir las altas tasas de fracasos terapéuticos por abandonos de la desintoxicación y por recaídas tempranas, al aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, al aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el uso de sustancias postratamiento y mejorar el funcionamiento familiar y por la

normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social (Marcos & Garrido, 2009).

Teoría Gestáltica

Es turno de analizar la aportación de la psicoterapia Gestalt en el tema de la drogodependencia, tomando en cuenta algunos principios de autores de esta corriente. Principalmente la Gestalt acentúa el continuo de conciencia del *sí-mismo* y afirma que la salud mental consiste en estar en contacto consigo mismo. Sus bases son en el aquí y ahora, en lo obvio y el darse cuenta. Su meta es el vivir auténtico (Degrott & Gottsbacher, 2004).

De aquí que Richard White marca la importancia de no considerar al dependiente como un enfermo, sino de entender la adicción como la búsqueda de un sentido existencial, puesto que la adicción muchas veces representa la única posibilidad que una persona tiene para sobrevivir, ante todo, sobrevivir espiritualmente. En este mismo sentido, Gerhard Mühlbauer considera la adicción, en la mayoría de los casos, como un intento fracasado de autocuración. White describe la adicción misma como una perturbación de límites. El adicto ha perdido su identidad al aceptar los límites de la droga como suyos (Degrott & Gottsbacher, 2004).

Así también autores como Udo Roeser y Achim Voltsmeier (1999), definen la adicción como la incapacidad de satisfacer necesidades básicas y de enfrentar problemas y dificultades de manera adecuada. Experiencias traumáticas no elaboradas y funciones limitadas para establecer contacto, impiden la satisfacción de estas necesidades elementales.

Saunders & Arnold y Rohde-Dachser refieren que es el resultado de traumas infantiles acumulados, que pueden haber sucedido en cualquier momento de la infancia. Roeser y Votsmeier consideran que estos traumas pueden generarse en un ambiente que no satisface las necesidades básicas del sujeto, en donde se dan, malos tratos físicos y/o emocionales; en donde continuamente se atemoriza, se exige demasiado, se amenaza, se trasmite al sujeto el sentimiento de la propia

inutilidad, carencia y hasta nulidad, y le enseña a reprimir los propios sentimientos, inculcándole que no tiene derecho de ser auténtico. (Degrott & Gottsbacher, 2004)

Schneewind(1995) argumenta que muchas de las personas han vivido en su infancia obedeciendo reglas, leyes de poderes y fuerzas fuera de su control y han elaborado una pseudoidentidad, para esconder su propio ser. Han entrado en su totalidad en un estado de angustia y de amenaza existencial, y han integrado a lo largo de su infancia experiencias de abandono, soledad, discontinuidad, miedo, impotencia, vergüenza y culpa, en sí un gran vacío existencial.

Otra teoría es la que Helga Matzkodonde nos dice que un infante puede aprender a anesthesiarse para no experimentar la insoportable realidad y dissociarse de estas experiencias, lo que permitirá sobrevivir emocionalmente y/o físicamente. La droga se vuelve un sustituto del medio ambiente, un sustituto aparentemente controlable y disponible, confiable y que no decepciona (Degrott & Gottsbacher, 2004).

Funk agrega otro factor desencadenante para el problema de la adicción, la violencia sexual vivida en situaciones en donde el organismo no es capaz de dar una respuesta adecuada, no puede defenderse y tampoco puede integrar lo vivido.

Familia

La vida en familia proporciona el medio más adecuado para la crianza de los hijos, en condiciones adecuadas satisface las necesidades biológicas y psicológicas de los niños y representa la influencia más temprana y duradera en su proceso de socialización (Díaz & Cabello, 2007).

Díaz y Cabello (2007) hacen referencia a la descripción que realizan los autores Hogan y Musacchio al decir que en las familias de niños y adolescentes con problemas de consumo de drogas destaca la existencia de un familiar consumidor de drogas, malas relaciones maritales, falta de autoridad hacia los hijos, permisividad total, sobreprotección materna, padre ausente y presencia de personalidad narcisista o psicóticas en alguno de los progenitores.

Por otra parte tenemos el modelo sociológico al cual denominaremos "Modelo de asociación diferencial" en la cual atribuye al mejor amigo la iniciación en las drogas y esto antecede de un desapego familiar. Una de las preposiciones clave es "Cuanto mayor es el apego a la familia, menor es el efecto de la asociación con el grupo de iguales y su conducta desviada" (Lorenzo, Landero, Leza, & Lizasoain, 1998, pág. 32). Otro factor que repercute en el consumo es la baja autoestima dentro del marco familiar la cual se puede recuperar en el grupo de iguales. Y si estos son consumidores de drogas, será la pauta el comienzo. (Lorenzo, Landero, Leza, & Lizasoain, 1998).

Otro factor que interviene en la drogadicción es el ambiente en el que se desarrolla el usuario, cómo vive y se desenvuelve en este cuando se es catalogado como consumidor.

Cuando se unen algunos de los factores antes citados y el sujeto se inicia en el consumo de las sustancias la familia como un sistema, tiene características que le permiten emprender movimientos ante situaciones que desestabilizan como lo es la drogadicción por parte de un hijo. Dentro del círculo de las drogas podemos distinguir tres etapas por las cuales pasa la familia de la persona adicta:

1. *Conociendo la adicción*: es el momento en el que la familia descubre que uno de los miembros del sistema está dentro del consumo de drogas.

La familia en primera instancia siente una decepción moral y emocional, porque se dieron cuenta que este conjunto de expectativas, esperanzas y deseos, no sólo no se cumpliría, sino que además, desde su concepción, les esperaba una vida peor a la de ellos.

Se busca que el individuo haga un tipo de "juramento" en el que prometa no volver a consumir ningún tipo de droga por voluntad propia. En esta etapa no se busca ayuda especializada.

2. *Persistencia en las drogas*: el sujeto continúa consumiendo algún tipo de sustancia adictiva y al ser conocida abiertamente la conducta, éste se preocupa menos por las condiciones en que llegue a casa, trayendo consigo mayores conflictos.

Ésta situación desencadenaron un ambiente familiar poco óptimo, junto al alto grado de estrés y nuevos conflictos se hicieron partícipes de lo que se ha llamado la "destrucción familiar". Entonces llega el momento en que la familia decide buscar ayuda profesional.

3. *La retirada*: en esta etapa el adicto acepta que su conducta es problemática y acepta la ayuda profesional (Nuño-Gutiérrez & González-Forteza, 2004).

Sociedad

En lo social, muchos trabajos de investigación continúan asociando alcoholismo y pobreza, repitiendo la linealidad causa-efecto del modelo de las ciencias naturales (Carballeda, 2008). Así entre las personas y los grupos sociales la drogadicción es sinónimo de "peligrosidad", esto genera una división dentro de la sociedad.

Por la experiencia, vemos que los inicios tempranos de consumo de sustancias, de la carencia de sentimientos de riesgo, de la desinformación, de la presión ambiental a tomar casi cualquier cosa entre los amigos, en determinados ambientes y en determinados lugares.

Incluso en algunas ocasiones el modelo social del joven ya arte de la premisa como que es imprescindible el consumir, que “lo hacen todos”, que no pasará nada porque su nivel de conciencia de riesgo es bajo, su información mala o nula, la presión ambiental seria y especialmente muy condicionante hacia el consumo.

Además de que cada vez más, para personas con cierto poder adquisitivo, las drogas se ha convertido en bienes de consumo a los que hay que acceder, como se accede a un coche o una moto, a una determinada vestimenta o a un determinado modelo social donde si no consumes puede ser apartado por no estar en la misma onda que tus compañeros o grupo de amigos (Torres, 2004).

TRATAMIENTO (principios básicos)

Teoría conductual

La teoría conductual de la cual nos habla Skinner supone que el uso de las drogas se desarrolla y se mantiene, en buena parte, por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y el operante (Oropeza, Loyola, & Vázquez, 2003). Podemos decir que la conducta es el resultado de la integración de diversos patrones aprendidos durante la interacción con el medio. El análisis funcional de la conducta enfocado en identificación de conductas observables y cuantificables en relación con eventos del entorno (Oropeza, Loyola, & Vázquez, 2003) puede ser una estrategia conductual del estudio de las adicciones.

Condicionamiento clásico

Este es un principio de aprendizaje explicado por dos tipos de reflejos: los condicionados y los incondicionados, explicando a los primeros como los innatos conformados por un estímulo incondicionado (EI) y una respuesta incondicionada (RI); los segundos estímulos son adquiridos y conformados por un estímulo condicionado (EC) y una respuesta condicionada (RC). Con estos principios podemos explicar la adquisición, el mantenimiento y la recaída de las adicciones.

De acuerdo con los principios asociativos el condicionamiento clásico, (como intensidad del EI, frecuencia de apareamiento, contigüidad y contingencia), la respuesta condicionada a la droga aumenta, lo que hace que el apetito por la sustancia permanezca aún después de la abstinencia (Oropeza, Loyola, & Vázquez, 2003). Los teóricos del aprendizaje tomaron en cuenta la común observación terapéutica de que los dependientes a sustancias tienden a consumir drogas con mayor facilidad en ambientes previamente asociados al consumo (Acuña, 2009). Dentro de los estímulos condicionados referentes al consumo podemos dar como ejemplos el ambiente donde se consume, grupo de amigos con quienes se consume y también situaciones por las que se han consumido anteriormente.

Con base en el condicionamiento clásico se han diseñado varios tratamientos para consumidores de sustancias apoyados por técnicas puramente conductuales como el condicionamiento aversivo o la extinción de la conducta que se puede dar utilizando la terapia de exposición a señales. Otra técnica efectiva conocida como contracondicionamiento, donde la finalidad es hacer menos sugestiva la relación estímulo-respuesta como resultado de emparejar un reflejo aversivo al consumo.

Una variable del contracondicionamiento, el cual también se puede utilizar en el tratamiento es la sensibilización cubierta, la cual consiste dirigir al paciente por medio de la imaginación a eventos y pensamientos involucrados en el acto de consumo, aunándolos a sensaciones desagradables para poder provocar la aversión por la sustancia.

Condicionamiento operante

El condicionamiento operante permite explicar la conducta y especialmente la de autoadministración de drogas. Como sabemos, el condicionamiento operante ha explicado el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias (Becoña, 2002). En este contexto, se define como refuerzo a toda consecuencia de una conducta que se capaz de incrementar la probabilidad de su ocurrencia a futuro. Un refuerzo positivo supone una recompensa, mientras que un refuerzo negativo, se entiende por castigo a toda consecuencia de una conducta que sea capaz de disminuir la probabilidad de su presentación futura (Acuña, 2009).

Con base a estos principios se han desarrollado técnicas para el manejo de adicciones como lo puede ser el contrato terapéutico, llevar a cabo esta acción de firmar un convenio terapeuta-paciente es significativo para mantener un compromiso entre ellos.

Dentro de las técnicas a implementar debemos reforzar actividades recreativas discrepantes al evento de drogadicción, reorganizando el ambiente del usuario

aumentando la disponibilidad de opciones reforzantes para éste (Oropeza, Loyola, & Vázquez, 2003).

Teoría cognitiva

Esta teoría está centrada en pensamientos, en actitudes y en creencias que influyen la conducta y a su vez, moderan la relación entre el estímulo desencadenador del consumo y sus consecuencias (Oropeza, Loyola, & Vázquez, 2003).

Para la corriente cognitiva la conducta es flexible, interactiva y dinámica, está enfocada en los antecedentes, pensamientos y atribuciones. Por consiguiente al modificar la cognición, es posible cambiar la conducta.

Los errores más comunes en la construcción de pensamientos, que a su vez llevan a problemas conductuales, como el abuso de las drogas, son (Oropeza, Loyola, & Vázquez, 2003):

- Centrarse en detalles negativos excluyendo los aspectos positivos de cada situación.
- Poseer un pensamiento polarizado, esto es, enfocarse en los extremos de la situación.
- Generalizar excesivamente a partir de incidentes particulares.
- Suponer que se conoce que los demás piensan.
- Esperar desastres por el simple hecho de escuchar alguna situación adversa.
- Sentir responsabilidad sobre el estado de ánimo de los otros.
- Culparse por lo que sucede a nuestro alrededor.

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se podrá generar un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales (Pedrero, Fernández, Casete, Bermejo, Secades, & Tomás, 2008). La reestructuración cognitiva está dirigida a modificar el papel que tiene la droga ante el usuario; puesto que ésta considera que el cambio de los modelos de

pensamiento relacionados con el consumo llevará a los adictos a mantener conductas más adaptativas.

Teoría cognitiva social

Estudia las relaciones particulares donde influye la observación, la memoria, la reproducción de lo que se observa y las expectativas derivadas de la experiencia (Oropeza, Loyola, & Vázquez, 2003). Los procesos cognitivos, los factores sociales, así como la conducta de las personas se encuentran en una interacción dinámica y cambiante por lo que, siendo todos ellos importantes, su jerarquía está en constante cambio en la determinación de lo que la persona realizará en un cierto momento (Carrascoza, 2008). En otras palabras, la relación entre la conducta humana y el ambiente es recíproca. Las acciones humanas influyen sobre la naturaleza de los acontecimientos ambientales que, a su vez, influyen sobre las acciones humanas de una manera continua y recíproca (Caballo, 1998).

Este enfoque considera el consumo de sustancias por parte de una persona como algo que es aprendido socialmente y que pueden tener una función específica, como la pertenencia a un grupo, la resolución de un problema, o la aceptación social (Carrascoza, 2008).

Esta teoría ha tenido éxito pues además de la experiencia se considera el contexto social en el que la persona se ha desarrollado y la propia individualidad.

Terapia cognitivo-conductual

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. Suponen el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control que la persona tiene sobre sí mismo (Pedrero, Fernández, Casete, Bermejo, Secades, & Tomás, 2008).

Algunas de las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancias incluyen (Pedrero, Fernández, Casete, Bermejo, Secades, & Tomás, 2008):

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- Prevención de recaídas
- Entrenamiento en habilidades sociales

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

El entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento agrupa un conjunto de tratamientos relacionados, que tienen en común el intento de mejorar las estrategias cognitivas y conductuales del paciente, facilitándole de este modo poder cambiar su conducta adictiva (Pedrero, Fernández, Casete, Bermejo, Secades, & Tomás, 2008).

Este tipo de técnicas, igualmente se basa en la teoría del aprendizaje social, tienen por objetivo aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo -ambientales e individuales- que inician y mantienen las conductas de consumo (Pedrero, Fernández, Casete, Bermejo, Secades, & Tomás, 2008), el entrenamiento en resolución de problemas, en dar respuestas asertivas en dichas situaciones (Llorens, Perelló, & Palmer, 2004).

Prevención de recaídas

Este programa facilita que el participante conozca cuáles son los factores relacionados con sus dificultades para lograr un estado de abstinencia y le ayuda a afrontar los problemas que encontrará en una vida sin drogas (Mavrou, 2012). El tratamiento está orientado específicamente al restablecimiento de las relaciones alteradas, la reducción de la impulsividad, el desarrollo de capacidades sociales y profesionales y la obtención y mantenimiento del empleo es importante de por sí, así como para ayudar al paciente a optimizar las posibilidades de mantener la evitación de la sustancia (Bobes, 2003).

Un importante elemento de la prevención de las recaídas es ayuda a los pacientes a identificar las situaciones que comportan para ellos un riesgo elevado de recaída y a desarrollar respuestas alternativas al consumo de la sustancia (Bobes, 2003), así como a intervenir lo más rápido posible una vez que ocurra una recaída y facilitar los cambios necesarios en el estilo de vida para de esta forma lograr una vida en equilibrio (Mavrou, 2012).

Entrenamiento en habilidades sociales

Las habilidades sociales constituyen un indicador de competencia psicosocial y la inadecuación de las mismas presenta un factor de riesgo para la génesis del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (Moral & Ovejero, 2005). Puesto que las deficiencias en ciertas habilidades interpersonales pueden dificultar a las personas con problemas de uso de sustancias a tener un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social para consumir.

Se ha detectado que los adolescentes utilizan más habilidades asertivas (decir "no") y habilidades referidas a toma de decisiones consumen menos drogas ilegales. Hay estudios que apoyan el entrenamiento de habilidades sociales para el tratamiento de diferentes adicciones, por lo que se parte que las personas que abusan de sustancias tienen déficit de habilidades que pueden ser de dos tipos:

Secundarios, que hacen referencia a la falta de asertividad en situaciones relacionadas con el consumo, o primarios, problemas de habilidades sociales generales en diversas situaciones (Llorens, Perelló, & Palmer, 2004).

Los programas de entrenamiento enfocados a una mejora de las habilidades sociales y de las técnicas para la vida enseñan a cómo comunicarse con cualquier otra persona de forma que les permita conseguir lo que quieran mientras respeten los derechos de los demás (Hansen, 1995). Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen: habilidades interpersonales, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de uso de sustancias (Secades & Fernández, 2001).

La integración de la familia en el tratamiento

En muchas ocasiones cuando se presenta un problema de drogadicción, la familia no sabe qué hacer o como actuar. Lo anterior debe intervenir a través de espacios que brinden información suficiente sobre el proceso de la enfermedad, y en los cuales se busque recuperar los procesos críticos afectados de la autoridad, la comunicación y la afectividad (Zapata, 2009).

En parte la intervención familiar consiste en conseguir que las personas más cercanas al afectado se enfrenten en grupo, con él o ella para puntualizar las consecuencias específicas del uso de drogas, incluyendo el deterioro de los vínculos familiares y la pérdida de empleo si no acepta someterse a tratamiento (Fuentes & Maya, 2001).

A continuación describiremos algunos principios que pretenden ayudar a los pacientes en su recuperación. Estos principios se soportan en el desarrollo y actuación de la familia, considerada eje fundamental para la recuperación del problema de la adicción a las drogas (Zapata, 2009):

- La familia debe convertirse en soporte importante para la atención del problema del consumo y adicción a las drogas, integrándose de manera

decidida desde el inicio del tratamiento y participando de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen.

- Identificar en la familia formas adecuadas de comunicación que fomenten la recuperación de la confianza entre sus miembros.
- Evaluar aspectos como el cumplimiento del paciente de las normas concertadas y la valoración de los cambios que se han identificado en el paciente y en los miembros del grupo familiar.
- Redefinir el rol del individuo en recuperación como persona competente y con potencial para lograr su individuación.
- La familia debe recibir educación sobre las señales de alerta de posibles recaídas del paciente, que le permitan actuar de manera proactiva, para prevenirlas y aceptarlas cuando ocurran, como parte del proceso de recuperación.

Por último cabe rescatar que en el caso de que no haya una familia que asuma el acompañamiento del paciente en recuperación, es necesario acudir a grupos humanos y sociales alternativos en los que está inmerso el paciente, esto es, su red de apoyo social. De no existir una red de apoyo social positiva, debe elaborarse un plan para su construcción. La red de apoyo puede estar constituida por amigos o parientes, a los cuales es importante motivar para su vinculación al proceso de recuperación (Zapata, 2009).

Estadios de cambio durante el tratamiento

Por lo regular se define el cambio de la conducta adictiva como el paso de una situación de consumo a una de no consumo, dejando de lado los procesos que precisamente hacen posible esa transición. Se ha ido dejando de lado la consideración de que la persona que demanda tratamiento está preparada para iniciar un cambio, tomando mayor consistencia la evidencia de que no todo paciente parte de una predisposición adecuada que garantice poder iniciar y mantener cambios en su conducta adictiva.

Los estadios identifican los diferentes niveles de predisposición al cambio que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva. El situar a la persona en el estadio más representativo de los cinco que se proponen, permite evaluar cuándo es posible que ocurran determinados cambios de intenciones, actitudes y conductas (Becoña & Cortés, 2010).

A continuación daremos mención a los cinco estadios de cambio (Becoña & Cortés, 2010)(Pedrero, Fernández, Casete, Bermejo, Secades, & Tomás, 2008):

- *Estadio de precontemplación:* Etapa en la que no se tiene la intención de cambiar, pues la persona que se encuentra en esta fase no se cuestiona su situación, puede que ni siquiera vea el problema.
- *Estadio de contemplación:* Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. El cambio se plantea a nivel intencional, pero no se observa ninguna conducta que manifieste de manera objetiva esa intención cognitiva.
- *Estadio de preparación:* En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Entre los cambios que realiza destaca, por ejemplo, el disminuir la cantidad que consume.
- *Estadio de acción:* La persona realiza cambios notorios, fácilmente observables en su conducta adictiva. Representa los cambios más

manifiestos y requiere por parte de la persona un compromiso importante que le exigirá un gran esfuerzo y tiempo.

- *Estadio de mantenimiento:* Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, iniciándose a finalizar esta etapa.

Terapia Grupal en el tratamiento

La terapia de grupo es una de las modalidades terapéuticas más empleadas en el tratamiento del consumo de drogas. Este tratamiento por una parte rentabiliza los recursos al trabajar objetivos que son comunes a muchos pacientes, con un grupo de ellos simultáneamente, y por otra parte, los procesos comunicacionales que se originan en el grupo tienen consecuencias terapéuticas, que la terapia individual difícilmente puede promover (Tirado, 2008).

El grupo permite aceptar y entender la enfermedad, da herramientas para la autonomía del paciente y prepara al individuo para situaciones de riesgo, así mismo aumenta la motivación para abstinencia y disminuye la tendencia a la negación y da respuesta a la necesidad de adaptación social (Calvo, Pérez, Sacristán, & Paricio, 2009).

Los beneficios que da la terapia grupal al terapeuta es poder observar el comportamiento interactivo de los pacientes en un contexto cuasi-natural de relación entre iguales. Además proporciona a los miembros una oportunidad para acelerar el proceso terapéutico mediante: la identificación mutua, el modelado, la confrontación, la presión positiva de los miembros, el apoyo y refuerzo social de "iguales", el establecimiento de límites y normas, el aprendizaje didáctico y vivencial y la adquisición de habilidades de solución de problemas (Tirado, 2008).

Por último, los estudios que evalúan la terapia de grupo han mostrado que los pacientes que están en psicoterapia grupal mejoran su grado de compromiso, tiene tasas más altas de abstinencia mejoran en un número de variables relacionadas con la calidad de vida, mejoran su transición de tratamiento interno a tratamiento ambulatorio y son más proclives a volver a las citas de seguimiento (Calvo, Pérez, Sacristán, & Paricio, 2009).

SOPORTE METODOLÓGICO

El enfoque cognitivo-conductual es el primero en dar respuesta a los problemas ocasionados por la adicción a drogas (Sánchez & Tomas, 2001). Pues esta técnica presenta unos costes menores que otro tipo de intervenciones y, dispone de una contrastada evidencia científica que le sitúa como la primera elección de intervención en pacientes con diagnóstico de dependencia de drogas (Sánchez H. E., Tomás, Del Olmo, Molina, & Morales, 2002).

El primer objetivo del tratamiento es animar al paciente a que perciba su problema no como una totalidad, sino como un grupo de problemas identificables, observando los episodios de consumo de sustancias las características que tienen en común (Sánchez & Tomás, Terapia breve en la adicción a drogas, 2002). Otro de los objetivos principales de los tratamientos es ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias adecuadas para la regulación emocional (Keega, 2012). Así también en ella se ayuda a los pacientes a reconocer las situaciones en las que es probable que usen las drogas, encuentren las maneras de evitar las situaciones de riesgo y desarrollen estrategias para solucionar las formas de comportamiento y los afectos relacionados con el uso de las sustancias que le provocan problemas (Sánchez, Tomás, & Morales, 2004).

Uno de los elementos del programa es la identificación de conductas/decisiones aparentemente irrelevantes. También es importante el trabajar sobre las cogniciones problemáticas de las personas con abuso de sustancias; otro componente esencial de la prevención de recaídas consiste en entrenar al paciente en el manejo de las ganas compulsivas y de la presión social para consumir (Keega, 2012).

Los tratamientos cognitivo conductuales tienen por meta ideal la abstinencia completa, pero no se oponen a la filosofía de reducción de daños. Todo progreso en el sentido de la reducción del consumo y el daño asociado es valorado, así sea el mínimo (Keega, 2012).

Las características de los sujetos afectan a la mayor o menor eficacia; nuestros resultados apuntan hacia una mayor efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales con varones que con mujeres, a su vez los sujetos menos motivados en llevar a cabo el tratamiento lo abandonan, permaneciendo los más motivados (Sánchez, Rosa, & Olivares Rodríguez, 1999). Así también se habla que disminuye significativamente el patrón de consumo en los usuarios con menores niveles de dependencia (Barragán, González, Medina, & Ayala, 2005). Esperamos que cuando las intervenciones se aplican a sujetos con nivel educativo alto alcanzan mejores resultados (Sánchez, Rosa, & Olivares Rodríguez, 1999).

En cuanto a la intensidad y duración del tratamiento, se ha comprobado que los tratamientos largos que intensifican mucho las sesiones son perjudiciales en cuanto a la eficacia, quizá debido a que estas variables están nuevamente influenciadas por el tipo de problema (Sánchez, Rosa, & Olivares Rodríguez, 1999).

Finalmente se ha demostrado mediante las investigaciones que los individuos que aprenden las habilidades mediante la terapia de prevención de recaídas, mantienen lo aprendido tras un año de seguimiento (Sánchez & Tomas, 2001).

RESULTADOS OBTENIDOS

La mejora que tuvieron los pacientes por las sesiones individuales del programa no se ha podido obtener en cifras pues dentro de la institución no se han manejado algún tipo de cuestionario para conocer la disminución de niveles de consumo ni alguno donde se observe la satisfacción del usuario. Basándonos en la investigación podemos decir que la deserción de los pacientes es elevado, con tasas que oscilan entre 60 y el 80% de los pacientes atendidos, tanto en los tratamientos residenciales como ambulatorios. (López, Fernández, Illescas, Landa, & Lorea, 2008). Por tal motivo no contamos con estadísticas exactas en cuestión de que tan benéfico fue el servicio para los pacientes, puesto que no hubo un seguimiento posterior.

Al acudir a buscar esta información la institución nos negó el acceso a los expedientes de los pacientes por políticas de privacidad. El único dato que se pudo recaudar fue el saber si los pacientes regresaron a solicitar el servicio posterior al tratamiento, que en algunos de los casos no concluyeron. Los resultados obtenidos fueron, de los 31 pacientes atendidos solamente 2 regresaron y el resto no han buscado nuevamente el tratamiento (Figura 2, anexo 4).

Lamentablemente desde el punto de vista clínico, es extremadamente difícil conseguir información de pacientes que abandonan un tratamiento (López, Fernández, Illescas, Landa, & Lorea, "Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica", 2008) y en algunas de las veces el tiempo transcurrido entre el cierre del expediente y el momento de la llamada para buscar información, es en muchos casos excesivo, produciéndose un alto índice de inaccesibilidad (Dominguez, Miranda, Pedrero, Pérez, & Puerta, 2008).

Basándonos en la literatura consta que una parte considerable de los sujetos que inician el tratamiento no requieren más de 2 o 3 sesiones para recabar suficiente información, acumular la necesaria motivación y poner en marcha de forma

autónoma los mecanismos necesarios para la remisión de la conducta adictiva (Dominguez, Miranda, Pedrero, Pérez, & Puerta, 2008).

Así unas de las principales razones del abandono del tratamiento es la llamada *mejoría autodecidida*, situación en la que el paciente decide que ha alcanzado sus objetivos, aunque los profesionales no estén de acuerdo. El paciente decide no necesitar más tratamiento por haber experimentado una mejoría satisfactoria (Dominguez, Miranda, Pedrero, Pérez, & Puerta, 2008), esta podrían ser las causas por las cuales los pacientes no concluyeron el tratamiento.

Hablando de las sesiones grupales donde el principal objetivo era tocar la temática de los valores sociales en los pacientes podemos concluir que estos valores fortalecen a las personas, dotándolas de factores internos que les ayudarán a responder ante la adversidad (Consejo Estatal Contra las Adicciones, 2006) ya que estos tienen gran importancia para prevenir tal adicción (Montesó, 2008).

La terapia en grupo es adecuada porque permite a los pacientes observar el progreso de su tratamiento adictivo a través de sí mismos y de la observación de los otros, y del grupo en un clima de apoyo y esperanza (Sánchez & Tomas, 2001).

Sobre los resultados obtenidos de las pláticas psicoeducativas dadas en escuelas y a los pacientes en situaciones de riesgo no se tienen resultados que conste cual fue el resultado de éstas, pero se ha indagado en la literatura para poder dar datos positivos sobre las actividades realizadas en las escuelas.

Como sabemos la educación al tener como objetivo el pleno desarrollo del individuo, ha de conseguir que cada sujeto sea capaz de tomar decisiones sanas frente a las drogas (Vega, 1987). Pero no solo hay que atacar el problema cuando ya existe, se debe empezar a trabajar desde las edades más tempranas, cuando el problema ni siquiera se plantea porque es en esas primeras fases de socialización donde nacen las defensas para el futuro (Porcel, 2009)

Así que un factor de protección consiste en la información que obtienen las personas para saber y comprender, en este caso, las dificultades y trastornos que les pueden provocar el uso y abuso de las drogas. Así la escuela se convierte en un factor de protección cuando proporciona al estudiante información escrita o por medio de charlas y talleres con relación al tema de las adicciones; esto ayuda a la prevención ya que por estos medios las personas aprenden acerca de las causas y consecuencias que produce la conducta de consumo (González & Yedra, 2006).

Las pláticas con especialistas promovidas por la escuela influyen positivamente en cuanto provocan la reflexión acerca de las adicciones. Se sugiere hacer extensivas las pláticas y talleres a los padres, ya que ellos también necesitan capacitación y actualización (González & Yedra, 2006).

Por lo último escrito es necesario que la familia esté dentro del tratamiento para que obtengan información sobre las drogas y estén al pendiente del proceso de rehabilitación de su familiar pues son de gran ayuda (Valverde Obando & Pochet Coronado, 2003).

Los familiares juegan un papel importante en la acción, ya que al adicto hay que ayudarlo a tomar la decisión, pues por sí mismo difícilmente lo logrará (Valverde Obando & Pochet Coronado, 2003). Así bien la familia es un elemento vital y clave de la recuperación del adicto (Torres, 2007). Es de importancia remarcar que la familia organizada y bajo la guía de un profesional entrenado, puede convertirse en una herramienta de intervención sumamente valiosa para romper la negación del adicto (Torres, 2007).

Por otra parte tenemos los resultados personales obtenidos para mi formación desde mi perspectiva fueron óptimos, pues aprendí bastante acerca de las adicciones y de cómo tratar a los pacientes con esta problemática, igualmente se abrió el deseo de continuar con la formación dirigida en esta línea. Aunque fue mínima la capacitación que obtuve dentro de la clínica, lo que indagué por cuenta propia me sirvió para la práctica que tuve en la estancia. Además que tuve

materias relacionadas que iban dirigidas hacia este tema, las cuales me ayudaron para tener retroalimentación y ampliar mi conocimiento.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

La institución tiene bastantes recursos de los cuales podemos aprender sabiéndolos utilizar e invirtiendo tiempo y preparación.

Un consejo que podemos hacer a la institución es dar una mayor capacitación en el área de las drogas al personal, psicólogos, doctores, enfermeras, trabajadores sociales, administrativos, etc. Esta capacitación sobre temas relacionados a las adicciones (evaluación, tratamiento, efectos de las drogas, etc.) se podría llevar a cabo en el auditorio de la clínica ahí se cuenta con el espacio correcto para esta actividad.

Otra recomendación se hace en relación al método y la forma en que se aplica el tratamiento. Podemos comenzar elaborando otro formato de entrevista que sea de corte cognitivo-conductual; manejar los tópicos del manual TBUC de forma grupal, que nos serviría para que el usuario tuviese más retroalimentación y se pudieran atender a un mayor número de personas. Una observación más es que el tiempo de aplicación de las pruebas psicométricas y la entrevista fuese menor para que los pacientes puedan concluir en la totalidad el tratamiento y no quede trunco.

Respecto a las pláticas psicoeducativas a pacientes en riesgo que se presentan en la institución y a los alumnos de las escuelas en que se dio el servicio es pertinente unificar la información que se va a dar y poder presentarla de forma gráfica y oral. Pudiendo solicitar pizarrones, material de proyección o material para realizar carteles.

Así también en todas las actividades tener una evaluación antes, durante y después, para saber de manera precisa que tanto va alcanzando sus metas el paciente y cómo podemos ir ayudándolos de mejor manera. Esto también nos ayudaría para que a partir de estos datos el plan de trabajo que se tiene en la clínica vaya mejorando.

A continuación todas estas sugerencias se hacen notar en el proyecto de un programa breve para problemas de drogadicción.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA USUARIOS DE DROGAS.

En México se necesitan modelos de intervención con lineamientos de instrumentación y criterios de evaluación sistematizados así como con mediciones a mediano y largo plazo. Los servicios de intervención para usuarios crónicos, se limitan en ocasiones al apoyo de desintoxicación, y sus costos son elevados y poco accesibles a la mayoría de la población afectada por esta problemática (Barragán, González, Medina, & Ayala, 2005); por tal motivo se ha buscado realizar un tratamiento de corte cognitivo-conductual que sea breve.

Esta técnica presenta unos costes menores que otro tipo de intervenciones y, dispone de una contrastada evidencia científica que le sitúa como la primera elección de intervención en pacientes con diagnóstico de dependencia de drogas (Sánchez H. E., Tomás, Del Olmo, Molina, & Morales, 2002).

El tratamiento ha sido desarrollado con la finalidad de poder ayudar a pacientes con problemas de drogadicción en un periodo corto y al alcance de un mayor número de personas.

Dentro del tratamiento tendremos 3 parámetros de inclusión: Tener una edad entre 15 y 35 años; saber leer y escribir y ser consumidor mínimo de una droga. Los cuales nos ayudarán a tener una mejor integración en el grupo y mejores resultados para los pacientes.

El tratamiento consta de una evaluación previa: en la evaluación se busca diagnosticar para poder tener una perspectiva más amplia y poder ayudar de la mejor forma al paciente, teniendo datos que al final de esta podamos contrastar y saber cuánto mejoró el paciente.

Continuamos con siete tópicos, divididos en 14 sesiones, los cuales tienen la función de poder rehabilitar al paciente, para que pueda continuar con una vida satisfactoria. Entre estos tópicos tendremos sesiones orientadas a la evitación del consumo de sustancias, otras nos darán habilidades sociales que poniendo en práctica serán reforzadoras para dejar el consumo de drogas. Por otra parte tendremos sesiones destinadas a la familia del paciente, las cuales serán de

utilidad para poderlos integrar al tratamiento y nos faciliten la rehabilitación del paciente.

Los contenidos del tratamiento están planeados a desarrollarse con –tareas- las cuales se deben realizar en casa y traerlas concluidas en la sesión que le corresponde, para poder argumentarlas dentro de esta. También se desarrollarán con –ejercicios- que son actividades que se realizarán en conjunto con el terapeuta. Las sesiones están planeadas para que se realicen de forma grupal y así tener mayor reforzamiento entre los pacientes.

Finalmente volvemos a hacer una evaluación para tener datos significativos de su evolución durante el tratamiento y que el paciente se vea motivado por mantener estos resultados.

Sesión de Evaluación.

Duración: 60 minutos

En este apartado se hará una evaluación al paciente para poder trabajar y ayudar en su recuperación. Además que en el tratamiento cognitivo-conductual se requiere de un conocimiento previo detallado y preciso del problema que experimenta el usuario y las áreas afectadas (Oropeza, Loyola, & Vázquez, 2003).

Se presenta la entrevista inicial y los instrumentos de medición que emplearemos, su justificación, sus características psicométricas, la forma de aplicación y la forma de calificación.

Entrevista inicial

Este proyecto se integra a la entrevista inicial del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (Martínez, Salazar, Ruíz, Barrientos, & Ayala, 2004) y a la entrevista conductual (Fernández, 2013) para una amplia recopilación de información sobre el paciente y su problema de drogadicción.

Consta de diferentes áreas que nos permite evaluar e identificar: datos personales, descripción de la demanda y el problema: descripción e historia; administración del tiempo libre, condiciones familiares actuales y concepto de sí mismo/a.

La entrevista no da un puntaje o calificación específica. El tipo de información que se obtiene mediante la entrevista facilita al terapeuta a conocer ampliamente la historia de vida del paciente y del problema actual. (Anexo 6).

Escala de estados de la disposición al cambio (Sócrates 8A y 8D) (Miller & Tonigan, 1996, adaptado por Salazar, Martínez y Ayala, 2001).

El objetivo de esta escala es evaluar la etapa de disposición al cambio de los sujetos; identificar si el usuario se encuentra dentro del reconocimiento el problema o ya está empleando alguna acción para enfrentarlo.

Esta adaptación cuenta con dos versiones de este instrumento una dirigida al consumo de drogas (8D), que consta de 13 reactivos y otra para el consumo de alcohol (8A), conformada por 15 reactivos.

Los reactivos que miden el reconocimiento en la escala del alcoholismo son: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 12 y 14, y aquellos que miden la acción son: 2, 4, 7, 9, 11, 13 y 15.

En el caso de la versión de drogas los reactivos que miden el reconocimiento del usuario son 1, 3, 5, 7, 12 y 13 y los reactivos que miden la acción son: 2, 4, 6, 8, 9, 10 y 11.

La validación de la escala en población de adolescentes mexicanos, se llevó a cabo con 254 usuarios de alcohol y 232 usuarios de drogas. El análisis factorial determinó, para ambas muestras, la presencia de dos factores: reconocimiento y acción. Para el caso de los adolescentes que consume alcohol, la escala está conformada por 15 reactivos con un alfa de .88 para la escala total, .87 para la sub-escala de reconocimiento y .83 para la sub-escala de acción. Mientras que para el caso de los adolescentes que consumen drogas ilegales, la escala está compuesta por 13 reactivos con un alfa de .90, .87 para la sub-escala de acción, y .85 para la sub-escala de reconocimiento (Martínez, Salazar, Ruíz, Barrientos, & Ayala, 2004).

La forma en que se obtienen los resultados en las dos versiones de este cuestionario (drogas y alcohol) es a partir de la suma de los puntajes de los reactivos correspondientes al área de reconocimiento, a partir del cual se puede conocer el nivel de reconocimiento que tiene el individuo acerca de su consumo.

Una vez obtenido el puntaje total de cada una de las categorías que mide la escala (reconocimiento y acción) se procede a localizar los puntajes dentro de los rangos que se encuentran en un recuadro, donde se pueden observar los puntajes para cada una de las categorías. Posteriormente, se localiza el rango de cada puntaje, los rangos van desde 10 hasta 90, donde 10 equivale a "muy bajo" y 90 a "muy alto". Ambas versiones presentan este cuadro de interpretación, en donde se mantienen iguales los rangos y la interpretación de ellos, la única variante es el puntaje crudo en cada una de las categorías (Martínez, Salazar, Ruíz, Barrientos, & Ayala, 2004) (Anexo 6).

Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)

Incluye preguntas acerca del consumo de drogas ilegales y/o médicas (sin incluir alcohol ni tabaco), que ha tenido el paciente en los últimos 12 meses. Consta de 20 preguntas con dos opciones de respuestas (sí o no) (Carreño, y otros, 2009).

En cuanto al índice de confiabilidad por consistencia interna del instrumento obtenida por medio de la fórmula de Kuder-Richardson arrojó un resultado de $KR_{20} = .9637$. Por otro lado, el análisis de validez se llevó a cabo por dos métodos; el método de criterio externo se llevó a cabo por medio de una correlación de Spearman, entre el diagnóstico de abuso o dependencia del DSM-IV y el diagnóstico que ofrece el CAD del rango de problemas ocasionados por el consumo de drogas. Los resultados de correlación fueron bajos en el caso de la categoría de abuso de drogas ($Rho = .101$), mientras que en el caso de la categoría de dependencia a las drogas la correlación fue alta ($Rho = .888$). El segundo método de validez fue el método de validez de contenido, por medio de un análisis factorial. De este resultaron cuatro valores que explican el 54.7% de la varianza total del instrumento, por lo tanto con base a estos resultados se puede afirmar que el Cuestionario de Abuso de Drogas demostró tener validez de contenido (De las Fuentes, Villalpando, Vázquez, & Echeverría, 2001)

La forma de calificación consiste en asignar un punto a cada respuesta SI, excepto a las preguntas cuatro y cinco, cuyo valor es de uno al contestar NO. Al final se suman los puntos y se obtiene el nivel de consumo que va de 1 a 20. La equivalencia para diagnóstico es la siguiente: 1 a 5 se considera un nivel leve, de 6 a 10 es moderado, de 11 a 15 es sustancial y de 16 a 20 se considera severo. Por lo tanto, una calificación de cero equivaldría a la ausencia de problemas por el consumo (Oropeza, Loyola, & Vázquez, 2003) (Anexo 6).

Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT)

Es una prueba desarrollada por la Organización Mundial de la Salud que sirve para detectar de manera temprana los problemas relacionados con el uso de alcohol.

El test AUDIT, para la detección de consumo excesivo de alcohol, presenta una sensibilidad de 57-59%; una especificidad de 91-96%, un cociente de probabilidad positivo de 6,3-14,7 y un cociente de probabilidad negativa de 0,47-0,42 (Álvarez, Gallego, Latorre, & Bermejo, 2001).

Consiste en un cuestionario con 10 ítems; las primeras ocho tienen cinco opciones de respuesta. A cada opción le corresponde un puntaje, mismo que al ser sumado a los otros, da el puntaje total. De esta manera, de cero a tres puntos indica un consumo de bajo riesgo; de cuatro a siete, es un nivel de consumo en riesgo y de ocho o más puntos se considera como consumo peligroso de alcohol (Carreño, y otros, 2009) (Anexo5).

Cuestionario de confianza situacional versión breve (Annis & Martin, 1985; Traducción y adaptación Echeverría & Ayala, 1997).

El cuestionario tiene como objetivo medir el concepto de autoeficacia, en relación con la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo. El cuestionario tiene una consistencia interna

de 0.977 medida a partir del alpha de Cronbach (Echeverría, Ruíz, Salazar, & Tiburcio, 2004).

Este cuestionario consta de 8 reactivos. En este instrumento se le pide al sujeto que valore el porcentaje de seguridad percibido (en un continuo de 0% a 100%) para resistir consumir en cada una de las situaciones.

Este instrumento arroja porcentajes que indica la seguridad que percibe el usuario de resistirse a consumir de manera excesiva, en cada una de las ocho situaciones que contiene el cuestionario (Martínez, Salazar, Ruíz, Barrientos, & Ayala, 2004) (Anexo5).

Tópico I. Sesión informativa.

Duración: 90 minutos.

Objetivo

Educar y concientizar a los usuarios respecto al uso y efectos de las drogas en nuestro cuerpo. Intentando lograr un cambio cognitivo y conductual respecto al consumo. Así como destruir mitos sobre el uso de drogas y clarificar esta información a los pacientes.

Material

- ❖ Lectura informativa sobre drogas, efectos y consecuencias (Ministerio, 2007) (Anexo 7).
- ❖ Ejercicio 1. Drogas, efectos y consecuencias (Anexo 7).
- ❖ Ejercicio 2. Mitos y realidades de las drogas (Anexo 7).
- ❖ Posibles respuestas del ejercicio 2 (Anexo 7).

Actividades: Debemos tener en cuenta que la mejor forma de hacer consciente a los pacientes de su situación de consumo es enseñarles las verdaderas consecuencias sociales y físicas que se tienen cuando hay un consumo de drogas.

En esta primera sesión se les dará información acerca del riesgo de consumir sustancias adictivas y sus efectos físicos negativos, mediante una lectura informativa.

Después de la lectura y al obtener un mejor entendimiento de estas se debe realizar con la guía del experto el ejercicio 1, analizando y contestando sobre los conceptos referentes a cada droga. En este ejercicio el término *efectos*, se entenderán como las sensaciones inmediatas tras el consumo de la droga, las cuales en ocasiones son las buscadas por los consumidores. Y en el de *consecuencias* tomaremos los daños que se producen a mediano y largo plazo.

Después los usuarios deben de realizar el ejercicio 2 de manera independiente. Al concluir el ejercicio se deben de dar las posibles respuestas para cada uno de los puntos tratados.

Tópico II. Motivación al Tratamiento.

Duración: 90 minutos.

Objetivo.

Se busca inducir a los pacientes la motivación por un cambio en el estilo de vida y de consumo de sustancias, obteniendo conductas más saludables.

Material.

- ❖ Tarea Sesión II ¿En dónde se encuentra usted hoy? (Anexo 8).
- ❖ Ejercicios Sesión II (Anexo 8).

Actividades.

Muchas de las veces los pacientes están en una fase de contemplación en la cual es frecuente que tengan sentimientos de ambivalencia, los cuales le hacen reconocer el problema y considerar la posibilidad de un cambio de conducta, pero aún hay dudas para realizarlo.

Por lo cual destinaremos este tópico a plantear un balance decisional entre el consumo y el no consumo de sustancias, induciendo al paciente a considerar y aumentar sus razones por las cuales debería dejar el uso de drogas.

¿Dónde nos situamos?

Comenzando con el ejercicio de la sesión 2, nos encontramos con 3 balanzas que hacen referencia al deseo de cambio, puesto que en algunos casos hay mayoría de pros (+) para comenzar el cambio y en otros nuestros contras (-) son mayores, viceversa o en otras situaciones les damos el mismo peso.

En estas balanzas debemos de marcar en que postura nos encontramos en este momento. Esto nos ayudará a saber cuanto énfasis debemos oportar en los ejercicios siguientes de este tópico.

En la última parte de la sesión se vuelven a presentar estas balanzas esperando que el paciente haya pasado a estar a favor del cambio y por esto la balanza se a inclinado al lado positivo (+).

Razones para cambiar.

Durante este tiempo revisaremos la tabla 1 de la tarea de esta sesión, escucharemos cada razón que den los pacientes por la cual desean seguir con el uso de drogas y por el cual desean abandonarlo. Con la ayuda de estas respuestas haremos una lluvia de ideas, que nos facilitará llenar la tabla 1 del ejercicio.

La finalidad de este ejercicio es crear un diálogo y la concientización que nos permita reforzar la idea de comenzar el tratamiento para dejar el consumo de drogas, tomando en cuenta sus razones previas y reflexionando otras razones que quizá no tenia en cuenta.

Pensemos en el cambio.

Ahora veamos las respuestas que dieron los pacientes en la tabla 2 de la tarea, después de imaginar cómo sería si dejara el uso de drogas, y que consecuencias positivas tendrá en su vida, y cuáles serán las negativas. Al igual que en el ejercicio anterior nos ayudaremos de una lluvia de ideas para recolectar respuestas positivas que nos ayuden a inducir el cambio.

El objetivo es hacer mención de una mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares, por tal motivo el paciente se comprometa a tomar el tratamiento y deje sus conductas adictivas.

Tópico III. Establecimiento de la meta.

Duración: 90 minutos

Objetivo.

Establecer una meta concreta, que en nuestro tratamiento deseamos que se la abstinencia, así que apoyaremos a los pacientes a llegar a ella.

Material.

- ❖ Tarea sesión III (Anexo 9).
- ❖ Ejercicios sesión III (Anexo 9).

Actividades.

En esta sesión consideramos que el paciente ya está preparado para realizar el cambio de conducta, pero debemos tener claro hasta donde queremos llegar, así que debemos establecernos una meta.

La tarea de esta sesión es la metáfora de un semáforo que nos indica el tipo de consumo que tenemos de acuerdo al color, rojo: consumo problemático, amarillo: consumo de riesgo y finalmente verde para los no consumidores. El paciente debe de hacer conciencia en que color se encuentra y como lo mencionan las instrucciones puede ser ayudado por algún familiar que lo oriente y le ayude a ver en que situación se encuentra realmente. También debe colocar las razones por las cuales piensa que se sitúa en ese color.

Este ejercicio nos ayudará a que el paciente reflexionando en las razones que tiene; y las razones que les puedan dar sus compañeros, pueda darse cuenta en que situación de consumo se encuentra y reafirmar su deseo de abandonar el consumo.

¿Hacia dónde vamos?

En el ejercicio 1 de la sesión III, vuelve a aparecer el semáforo pero ahora nos ayudará para plantearnos una meta, de acuerdo al color que queremos llegar, por ejemplo: si creemos que estamos en el color rojo, que es un consumo problemático, tenemos la opción de pasar al amarillo que es un consumo riesgoso o en un mejor caso al color verde que nos coloca en abstinencia. Las reglas que debemos dejar claras es que si tomamos como meta el color verde ya no podemos retroceder, por tal motivo deben de estar confiados de su eficacia para llevar a cabo las instrucciones de este tratamiento.

El compromiso conmigo mismo.

El ejercicio 2 de la sesión III, es un compromiso que hace el paciente consigo mismo, este compromiso es llegar a la meta que él se establece. Esto nos ayudará a poder responsabilizar al paciente de sus actos y de sus consecuencias, sin poner de pormedio a un tercer sujeto. Y hacerle ver que es autosuficiente por sí mismo.

Tópico IV. Manejo del deseo de consumo de droga (craving).

Duración: 2 sesiones de 90 minutos cada una.

Objetivo. Ayudar a los pacientes a que incrementen las probabilidades de evitar o bloquear la ejecución de las respuestas automáticas del consumo de drogas.

Material.

- ❖ Tarea sesión IV. A (Anexo 10).
- ❖ Ejercicios sesión IV (Anexo 10).
- ❖ Letrero con la palabra ¡Alto!
- ❖ 10 tarjetas bibliográficas.
- ❖ Plumas o marcadores, colores.

Actividades.

El contenido de este tema lo dividiremos en dos sesiones en donde trataremos de orientar a los pacientes a combatir el –craving- al cual definiremos como el deseo intenso por consumir algún tipo de droga. Así que realizando los ejercicios de las sesiones daremos algunas unas técnicas para evitarlo u obstaculizar este deseo.

Sesión 1

Haciendo consciente nuestro deseo por consumir drogas.

Comenzando con el ejercicio 1 de esta sección, haremos un análisis respecto al craving, intentando hacer consciente lo que le antecede, pasa durante y después (sentimientos, pensamientos) de tener esta sensación de deseo de usar droga; así podremos saber en qué momento realizar las técnicas de evitación o evasión.

Así que en este primer ejercicio hay un cuestionario que nos sirve de apoyo para exteriorizar las sensaciones que el paciente presenta al tener un craving. Debemos identificar como es el craving o deseo de cada uno de los pacientes y retomar las características comunes entre ellos.

Aprendamos a detener los malos pensamientos.

La técnica de detención de pensamientos (González, 2009) tiene como objetivo interrumpir y modificar las ideas respecto al deseo de consumo.

Se procede a discutir las ideas que se tiene referente al consumo o el deseo de consumir drogas, estas las encontraremos llenando la primera parte del ejercicio 2 de este tópico. Al tener ya nuestras ideas anotadas se procede a formar parejas para trabajar, sentándose uno frente al otro.

Uno de los pacientes comienza a verbalizar las ideas anotadas, mientras este paciente procede el otro interrumpe diciendo "¡Alto!" y mostrando el letrero de alto, así sucesivamente y después se cambia el rol con su compañero. Por ejemplo: "me siento horrible, me voy a morir si no uso drogas", ¡Alto! "Si consumo sólo un poco no pasará nada", ¡Alto!, etc.

Al finalizar el ejercicio el terapeuta debe aclarar y mencionar a los usuarios que es posible que se presenten esos pensamientos, y que este procedimiento se debe entrenar para que sea pueda ocuparlo cuando se presente el craving. Tal vez los pacientes comenten que es difícil gritar "¡Alto!" cuando están en algún lugar público, para esto se hace referencia a que solo pueden mentalizar en ese momento el letrero con esta palabra.

Sesión 2

Creando mis propias herramientas.

El método de autoinstrucciones (González, 2009) se refiere a la verbalización o lectura de frases que sugieren al paciente qué es lo que debe de hacer o sentir, estas frases deben de realizarse por el paciente mismo.

Las frases que utilizaremos para esta práctica serán las que el paciente anote en la segunda parte del ejercicio 2, de este tópico; por ejemplo "te sientes más sano cuando no te drogas, ¡continúa así!". Las frases las anotaremos en fichas

bibliográficas con diferentes colores de manera que sean llamativas para cada uno.

El beneficio de estas tarjetas es que el paciente las pueda llevar consigo y que cuando tenga algún tipo de deseo por consumir, las lea y le sirvan de contención y poder hacer un cambio a pensamientos positivos.

Creando una nueva agenda de vida.

Cuando se deja de consumir droga, ese tiempo que se destinaba para hacerlo queda libre y en estos momentos puede llegar el deseo de volver a consumir, así que debemos crear una estrategia para cubrir estos espacios con actividades que nos guste realizar.

Nuestra propuesta es crear un horario con la rutina que seguiremos durante nuestra semana. En los espacios vacíos podemos llenarlos con las actividades que enlistamos en la tarea de la sesión IV, e ir las intercambiando de acuerdo al tiempo y el agrado que tengamos hacia ellas. Así nos formaremos nuevos hábitos y evitaremos la ociosidad que nos hará llegar a los pensamientos de consumo.

Tópico V. Habilidades sociales para la vida

Duración: 6 sesiones de 90 minutos cada una.

Objetivo: Apoyar a los pacientes para que puedan desarrollar sus habilidades sociales y estas utilizarlas en su vida, afrontando las dificultades con confianza en lo aprendido.

Materiales:

- ❖ Ejercicios de las sesiones V (Anexo 11).
- ❖ Hojas de papel.
- ❖ Lápices, colores, marcadores.

Actividades: Trabajaremos con 6 temas básicos de habilidades sociales que nos sirven de herramientas para disfrutar la vida y lograr un desarrollo físico y mental. Pues nos ayuda a tener un pensamiento saludable y buena comunicación, a tomar decisiones positivas y a saber cómo solucionar problemas; también a prevenir conductas negativas o de alto riesgo.

Desarrollaremos cada tema en una sesión diferente de 90 minutos aproximadamente; proporcionando algunas actividades con las cuales se pueda reforzar el conocimiento que dado.

Sesión 1

Habilidades de comunicación

La comunicación es el recurso que empleamos para establecer contacto con nuestros semejantes, expresando nuestras ideas, pensamientos, conocimientos y sentimientos (Consejo Estatal Contra las Adicciones, 2006).

Para poder usar nuestra comunicación debemos desarrollar tres habilidades básicas y sencillas:

Escuchar: saber escuchar es la parte más importante de una plática, pero algunas veces es lo más difícil de hacer. Hacemos más cosas que no ponemos atención real a la persona que está hablando.

Para escuchar a las demás personas debemos contemplar los siguientes puntos:

- Prestar atención, si en verdad se quiere escuchar lo que se nos está diciendo es necesario concentrarse en la plática y dejar de lado las demás cosas que estuviéramos realizando.
- Identificar los sentimientos que la persona está expresando al hablar: enojo, tristeza, ansiedad, etc.
- No interrumpir a la persona hasta que termine de expresar su idea, ni estar pensando en que es lo que se le va a responder.
- Ponerse del lado de la persona, para poder comprender su punto de vista.
- No se debe juzgar, solo analizar la situación (Secretaría de Salud, 2013).

Observar: este punto es importante pues no solo nos expresamos con las palabras sino también con nuestro cuerpo, nuestro estado de ánimo es visto por los demás.

Aquí hay unas recomendaciones para conocer cómo es que se expresa nuestro cuerpo:

- Mirar directamente a los ojos de quien nos habla demuestra que tenemos interés y atención por lo que está diciendo, pero no incomodes con tu mirada manteniendo una mirada fija y directa por mucho tiempo.
- Pon atención a cada movimiento del cuerpo, así aprenderás a conocerte y a conocer a los demás.
- Hay personas que cuando hablan mueven mucho las manos, es una manera de expresarse y también de comunicar muchas cosas.

Observar nos sirve para saber más de las personas con quienes hablamos, pues nos pueden comunicar muchas cosas sin necesidad de palabras (Secretaría de Salud, 2013).

Hablar: expresarnos con palabras nos permite compartir sentimientos, dudas y temores, así como opinar y participar.

A continuación damos algunas sugerencias para que puedan expresarse claramente:

- Utilizar frases que inicien la conversación como: “te escucho”, “quieres decirme más”, etc.
- Usar palabras claras, precisas, frases cortas y comentar sólo lo relacionado con el tema.
- Ser concreto y directo. Se debe de decir exactamente lo que se quiere para evitar que el otro tenga que adivinar y haya malos entendidos.
- Evitar palabras hirientes, que sean ofensivas o que cierren la comunicación.
- Hacer preguntas siempre que se tengan dudas (Secretaría de Salud, 2013).

Comunicación efectiva.

Para la que la comunicación se dé en forma efectiva, se debe de responder a las siguientes preguntas.

1. ¿Qué se va a comunicar?
2. ¿A quién se va a dirigir el mensaje?
3. ¿Cuándo se va a comunicar?
4. ¿Dónde se va a realizar la comunicación?
5. ¿Por qué se dará la comunicación?
6. ¿Cómo se hará la comunicación?

Es necesario aplicar todas las herramientas de comunicación disponibles, te sugerimos las siguientes:

- Utiliza lo menos posibles tecnicismos y utiliza palabras más sencillas que describan lo que deseamos expresar.
- Involucrar más a quien nos escucha para que se genere una retroalimentación positiva.

- Ser lo más objetivo y claro posible al tratar un asunto, ya que si se divaga y se hace demasiada referencia a hechos pasados, se genera una falta de atención sobre los puntos realmente importantes.
- Ser más flexibles, escuchar los puntos de vista de los demás y hacer un análisis de todos y cada uno de los puntos presentados (Consejo Estatal Contra las Adicciones, 2006).

Podemos reafirmar nuestros factores de buena comunicación con la actividad número 1, de los ejercicios de esta sesión.

Sesión 2

Asertividad.

La asertividad se basa en tener la capacidad de comunicar nuestras creencias, sentimientos y opiniones de manera directa, con una expresión gentil, totalmente honesta y oportuna; respetando a las otras personas, con el objetivo de comunicarse. La conducta asertiva fortalece la comunicación.

Las personas asertivas cuentan con algunas características, las cuales a continuación mencionamos:

- Ve y acepta la realidad.
- Actúa y habla con base en hechos concretos y objetivos.
- Toma decisiones de voluntad propia.
- Acepta sus errores y sus aciertos.
- Es autoafirmativa, siendo al mismo tiempo gentil y considerado.
- No es agresiva, está dispuesta tanto a dirigir como a dejar que otros dirijan.
- Puede madurar, desarrollarse y tener éxito, sin resentimiento.
- Permite que otros maduren, se desarrollen y tengan éxito.

Factores esenciales para una comunicación asertiva:

- Identificar el deseo, sentimiento o pensamiento que se requiere comunicar.

- Aceptar y comunicar con firmeza y cortesía lo que se siente en lugar de fingir lo que otros esperan.
- Considerar y respetar al otro.
- Buscar el lugar y el momento apropiado para expresar lo que se siente.
- Pedir sin temor lo que se quiere en vez de pedir permiso para hacerlo.
- Dar a conocer las razones por las cuales se toma la decisión.
- Responsabilizarse y asumir las posibles consecuencias.
- Hablar en forma clara, breve y directa.
- Dar respuestas claras y concretas de manera rápida.
- Ofrecer una respuesta que refleje si se entendió el mensaje (Consejo Estatal Contra las Adicciones, 2006).

Podemos complementar nuestros conocimientos con la técnica descrita en el ejercicio 2 del anexo de esta sesión.

Sesión 3

Autoestima

El autoestima es la capacidad que todas las personas tenemos de querernos, valorarnos, aceptarnos tal como somos y de confiar en nosotros mismos. Es lo que cada uno siente por sí mismo, no lo que otros piensen y sienten sobre mí (Secretaría de Salud, 2013).

Elementos que integran el concepto de autoestima:

- *Autoconocimiento*: es el conocimiento de tu cuerpo, tu historia, tus temores, tus necesidades y habilidades, es decir las partes físicas y emocionales que te conforman.
- *Autoaceptación*: es admitir y reconocer las características que nos conforman, sean agradables o desagradables.
- *Autovaloración*: es la capacidad interna que tenemos para valorar nuestra forma de pensar, actuar y sentir para ver claramente todo aquello que afecta

mis sentimientos y acciones. La autovaloración es el juicio que tenemos de cada uno de nuestros rasgos.

- *Autoconcepto*: es la suma de las creencias que tenemos de nosotros mismos y que se manifiesta en nuestra conducta. Es el concepto que tenemos de nosotros mismos.
- *Autorrespeto*: es atender y satisfacer las propias necesidades, valores, gustos, intereses, etc. Para alcanzar nuestros esfuerzos en satisfacerlas o por lo menos en aceptarlas.

Todos estos elementos conforman la autoestima, si falla alguno de éstos, nuestra autoestima se reduce o está incompleta.

Ahora daremos unos tips para poder elevar o mantener nuestra autoestima:

- Es fundamental que pensemos en cómo somos y cómo nos gustaría ser, que decisiones tomamos y qué necesitamos.
- Debemos ser honestos y reconocer nuestros defectos y cualidades, lo que hacemos bien y lo que hacemos mal, aunque duela.
- Creemos con una imagen de nosotros mismos y pensamos que así debemos de ser toda la vida; sin embargo, tenemos experiencias nuevas que nos hacen otra persona, capaz de cambiar y mejorar. Debemos de atrevernos a dejar ideas o pensamientos que ya no nos sirven y a adquirir otros que reflejen lo que ahora somos.
- Necesitamos que nuestra seguridad esté presente y eso se logra siendo congruentes con lo que somos, lo que hacemos y la imagen que proyectamos a los demás.
- Debemos aceptarnos y evitar pensamientos negativos sobre nosotros mismos, también debemos evitar comportarnos de acuerdo a lo que esperan los demás.
- Un buen paso es no criticarnos, pues entre más lo hagamos, es más probable que nos equivoquemos, y entonces entraríamos en círculo vicioso.

- Debemos perdonarnos, todos cometemos errores. El perdón está basado en la comprensión de las circunstancias que nos llevaron a cometer el error y la voluntad de seguir amándonos a pesar de nuestros defectos.
- Siempre debemos resaltar nuestros aspectos positivos (Secretaría de Salud, 2013).

Para fortalecer los conocimientos y tratar de elevar la autoestima de los pacientes se pide realice el ejercicio 3 de la sesión V. En el anexo 11 se encuentran las instrucciones y la descripción.

Sesión 4

Expresa tus emociones.

A las emociones que sentimos como una reacción de lo que nos pasa llamamos sentimientos. Estas emociones influyen en todo lo que hacemos: en cómo nos percibimos, qué pensamos de los demás, en la forma en que nos comportamos y actuamos.

Es importante que aprendamos a entenderlas, pues de esa manera podremos decidir qué hacemos con ellas. Cuando aprendemos a expresar nuestros sentimientos, podemos comunicarnos y enfrentar problemas de manera clara y honesta. Cuando una persona no expresa sus emociones de manera adecuada puede sentirse inferior o tener dificultades para comunicarse, lo que provoca conductas o acciones perjudiciales.

En ocasiones suele pensarse que es mejor guardarse las emociones, que eso nos hace más fuertes. Lo anterior sólo origina que tarde o temprano manifiesten sus sentimientos de una forma negativa.

A continuación presentamos algunas maneras de lograr expresar nuestros sentimientos:

- Lo primero que debemos hacer es identificar lo que sentimos y queremos. Lo importante es saber reconocer las emociones para que no las guardemos y se manifiesten de otras formas que nos dañen. Si las identificamos, podemos reaccionar de manera adecuada.
- Puede ser que en ocasiones no nos atrevamos a expresar nuestros sentimientos, que finjamos que no existen. Es conveniente que los reconozcamos y los aceptamos como parte de nosotros.
- Debemos mostrar nuestros sentimientos, en ocasiones los escondemos por temor a ser ridiculizados. Si los mostramos lograremos sentirnos bien y los demás comprenderán mejor nuestras reacciones.
- Hay que expresar los sentimientos de manera positiva; la mejor manera de demostrarlos es expresándolos de manera verbal. Es recomendable hablarlos en primera persona (yo...a mí... etc.) y expresarlos en forma breve y sin rodeos. Cuando expresamos lo que sentimos es más probable que logremos un cambio en los demás.
- A veces resulta difícil saber lo que una persona está sintiendo cuando expresa con el cuerpo algo distinto a lo que dice. Tenemos que aprender a ser “congruentes” entre lo que expresamos con nuestro cuerpo y lo que decimos con las palabras.

Para esta parte de la sesión utilizaremos el ejercicio 4 “frases incompletas” de la sesión V. Donde el objetivo es ayudar a expresar nuestras emociones.

Sesión 5

Manejo del estrés.

Podemos escribir al estrés como las presiones a las que nos enfrentamos en nuestra vida diaria. Se manifiesta en nuestro cuerpo; todos nuestros órganos se tensan y les cuesta trabajo funcionar. Todos sufrimos de estrés de vez en cuando, y cada persona lo expresa de forma diferente.

Cuando el estrés se prolonga, existe el peligro de que varias áreas de nuestra vida resulten afectadas, ya que se suman más preocupaciones y, por lo tanto, aumenta el nivel de estrés. Cuando nos encontramos tensos o ansiosos es difícil que encontremos la manera de resolver los problemas que nos afectan.

Ahora te presentamos algunas señales de estrés:

- Cansancio excesivo, cambios de apetito, tensión muscular, mayor facilidad para enfermarse, no poder dormir, problemas del estómago y dolores de cabeza.
- depresión, ansiedad, desesperación y soledad; angustia, miedos, flojera, terquedad, irritabilidad y enojo excesivo.
- Aumento en el consumo de drogas.
- Conflicto con los demás, crítica exagerada, irresponsabilidad, distracción, olvido de compromisos importantes y conductas impulsivas.

Trata de tomar las cosas con tranquilidad, no dejes llevar por la desesperación que experimentas e intenta seguir los pasos que se enlistan a continuación la próxima vez que te sientas estresado:

1. **Busca ayuda:** acude con las personas que te quieren y les importa que estés bien.
2. **Sé positivo:** el estrés casi siempre es temporal, y suele desaparecer cuando reconoces el problema y comienzas a tomar medidas para resolver lo que te preocupa.
3. **Ríete mucho:** ésta es una de las mejores formas de aliviar el estrés; deja escapar tu tensión, relájate y disfruta del momento. Si te encuentras solo busca una lectura que te permita reír o ve películas cómicas.
4. **Haz ejercicio:** siempre es bueno que descargues tus energías en alguna actividad física; incluso una caminata breve puede mejorar tu estado de ánimo y reducir el estrés.
5. **Aliméntate y duerme bien:** comer saludablemente da energía para manejar el estrés. También es importante dormir lo suficiente, por lo menos ocho horas.

6. **Pon límites:** Aprender a decir NO a ciertas tareas puede ayudarte a ser más productivo y exitoso en aquellas que sí elegiste realizar.
7. **Busca algo que te guste hacer:** escuchar música o platicar con tus amigos pueden ayudar a distraer tus pensamientos de lo que te preocupa o causa estrés.
8. **Relájate:** la relajación te hace sentir tranquilo.
9. **Dialoga amablemente contigo mismo:** di cosas que te relajen y te animen a enfrentar tus preocupaciones (Secretaría de Salud, 2013).

Sesión 6

Resolución de problemas.

Cada persona tiene sus propios problemas, y que por lo mismo las decisiones que se toman no son ni deben de ser iguales para todos. Cada uno debe decidir por sí mismo y no hacer lo que otros quieren. Lo más importante es que tomemos conciencia de que al aceptar la libertad de elegir, aceptamos también la responsabilidad de las consecuencias que resulten.

A continuación se describen los pasos para lograr mejores decisiones:

- **Tener claro el problema:** se debe tener muy claro el problema, también es importante pensar quién debe solucionarlo, pues de esa forma el responsable asume la decisión y sus consecuencias.

Para ellos hay que hacerse las siguientes preguntas:

¿Cuál es el problema? Identificar de manera clara y específica el problema.

¿Por qué sucedió?

¿De quién es el problema?

- **Identificar las diferentes soluciones:** es importante que piensen en todas las posibles alternativas que tiene para solucionar el problema, ya que entre más se les ocurran, mayores serán las posibilidades de que encuentren la mejor solución.

Se debe hacer la pregunta: ¿Cómo puedo solucionar mi problema?

- Analizar las alternativas de solución. Es recomendable que una vez identificadas las posibles soluciones del problema, se analice sus ventajas, desventajas y consecuencias de cada una de ellas.

Se pueden hacer preguntas como:

¿Qué gano y que pierdo si elijo esta solución?

¿Qué de bueno y qué de malo puede pasar si elijo esta alternativa de solución?

- Elegir la opción que se considere más conveniente: se debe seleccionar la opción que se piense solucionar el problema. Es recomendable que se elija la opción que traiga más beneficios.

Para elegir la opción que más nos convenga se pueden hacer las siguientes preguntas:

¿Qué opción es la que más me conviene?

¿Cuál escogería definitivamente?

- Ponerla en práctica: es necesario comunicar a quienes están involucrados en el problema cuál es la solución que se llevará a cabo y cómo. Se debe tener un plan detallado de lo que se tiene que hacer para poner en práctica la solución.

Se debe hacer la siguiente pregunta: ¿Qué necesito para poner en práctica la solución?

- Ver los resultados: si se obtiene una respuesta positiva, quiere decir que la decisión fue correcta. En caso de que la respuesta sea negativa, hay dos opciones:

A. Revisar en dónde estuvo el error.

B. Buscar otra solución.

Si se decide buscar otra decisión, se puede considerar alguna de las que se tenía o pensar en una nueva. En cualquiera de los casos la persona debe asumir las consecuencias de la decisión que tomó (Secretaría de Salud, 2013). Reforcemos y pongamos en práctica lo aprendido llevando a cabo la actividad del ejercicio 6 de la sesión V.

Tópico VI. Integración de la familia del paciente al tratamiento.

Duración: 2 sesiones de 90 minutos cada una.

Objetivo. Involucrar a los familiares para que puedan brindar el apoyo necesario a los pacientes y comprendan e desarrollo y la evolución del tratamiento.

Materiales.

- ❖ Ejercicios de la sesión VI (Anexo 12).

Actividades. En esta sesión se hablará de temas significativos para los familiares de los pacientes, que nos ayudarán a prevenir y/o disminuir las recaídas en el tratamiento.

A continuación se harán menciones breves de los temas que deben ser tratados en el taller de familiares. Algunas actitudes o conductas que tomamos durante el tratamiento nos pueden limitar y hasta frenarlo, mencionaremos algunas de estas, consecuencias de llevarlas a cabo y algunas sugerencias.

Sesión 1

Comunicación entre los miembros de la familia.

Para que una se dé una buena comunicación debe de existir 3 elementos:

Emisor	Mensaje	Receptor
(Quien habla)	(Lo que se dice)	(Quien escucha)

Estos elementos están presentes en el acto de comunicación pero no siempre somos emisores eficaces ni receptores accesibles.

Es frecuente encontrar ciertos errores en el emisor, algunos ejemplos a continuación:

- No pensar lo que queremos decir para adecuar el mensaje.

- En algunas ocasiones no se elige correctamente el lugar y el momento adecuado para decir algo.
- Olvidamos ponernos en el lugar del otro.
- Nos dirigimos a alguien creyendo saber la respuesta de antemano, convirtiendo la conversación en un acto de agresión y defensa.
- A veces se contradicen nuestros argumentos con gestos en la cara, movimientos de mano, volumen de la voz, etc.

Entonces es posible que si no nos damos cuenta de estas cuestiones podamos obtener respuestas que no esperamos, o simplemente nuestro intento de comunicación fracasará.

Ahora daremos algunos indicadores para establecer una buena comunicación:

- Para hablar se necesita tiempo.
- Tan importante es hablar como callar: debemos saber escuchar para poder entender los puntos de vista de nuestro familiar.
- Reconocer si hemos errado y pedir perdón cuando sea necesario.
- Escoger el momento oportuno para poder hablar.
- No ----minusvalorar---- los problemas de nuestro paciente, lo que nos hace sufrir no es una tontería, puesto que nos hace sufrir.
- Proponer metas más que imponerlas pero siempre es importante ofrecer el apoyo y experiencia (Martínez, Molina, Ruíz, & Torres, 2000).

El uso de amenazas y su incumplimiento.

Nos referimos al uso de advertencias de castigos para el paciente si es que llega a incumplir las reglas de casa o del tratamiento, que finalmente llegamos a quebrantar. Esto es un punto que retrasaría el tratamiento.

Algunas de las consecuencias que tendremos al tener amenazas incumplidas son las siguientes:

- De cierta manera se les está dando la autorización de que siga rompiendo las reglas.
- No nos ven con la autoridad necesaria para poner límites.
- Nuestro paciente aprenderá a justificarse cuando cometa alguna falta.
- Utilizar amenazas continuas donde sería mejor ejercer la comunicación.

Tenemos algunas recomendaciones:

- No cumplir una amenaza, podría ser igual a premiar el incumplimiento de un acuerdo.
- Es mejor premiar las conductas adecuadas de nuestro familiar, que solo estar reprochando los errores.
- Si le damos importancia a un hecho debemos de continuar con esa postura durante el tratamiento.

Para este tema podemos ocupar el ejercicio 1 de la sesión VI, donde nos pide hacer una lista de amenazas cumplidas y una de no cumplidas, aunado a las consecuencias de cada una. Lo que pretendemos con este ejercicio es que los familiares puedan darse cuenta que es lo que sucede con nuestras acciones y cuáles de estas nos traen mayores beneficios (Martínez, Molina, Ruíz, & Torres, 2000).

Sesión 2

Encubrimiento sobre comportamientos del paciente.

Nos referimos a ocultar información a otros familiares, psicólogo o profesional que esté involucrado en el tratamiento, de las conductas que realice nuestro paciente, pretendiendo evitar consecuencias de sus acciones que podrían ser más negativas para él.

Al llevar a cabo el encubrimiento de nuestro paciente algunas de las veces tenemos consecuencias como las que mencionaremos a continuación:

- No conseguiremos que el paciente cumpla con las normas de convivencia en la familia.
- Reforzamos al paciente al incumplimiento de compromisos.
- Si no se le comunica al psicólogo, la familia podría llegar a conclusiones de que el tratamiento no está funcionando.
- Cuando descubran el encubrimiento la familia ya no confiará en nosotros.
- Mantenemos la conducta de consumo de nuestro pariente.
- Consentimos sistemáticamente los errores que comete el usuario.
- El paciente no se compromete y nosotros lo autorizamos.

Para avanzar dentro del tratamiento debemos de tener en cuenta algunas recomendaciones:

- Esconder los errores del paciente es como enseñarles a como seguir mintiendo y no a reflexionar sobre las consecuencias de su comportamiento.
- No comunicarlo porque creemos que la familia continuará apoyando al paciente, se molestará con él, usarán castigos o que solo fue un “pequeño error” son meras adivinaciones, no sabemos qué es lo que sucederá realmente.
- Es una forma de perjudicar seriamente al paciente.
- Si no somos sinceros con las demás personas, no podemos pedir sinceridad a nuestro paciente.

En esta parte del tratamiento podemos ocupar el ejercicio 2 de la sección VI, donde se nos pide reflexionar sobre el encubrimiento de los pacientes, el porqué y sus consecuencias. Después de tener los argumentos, podemos exponerlos frente al grupo para que entre ellos mismos puedan dar consejos o soluciones, igualmente para que quienes no presenten las situaciones tengan herramientas para enfrentarlas, si es que se presentan durante el tratamiento (Martínez, Molina, Ruíz, & Torres, 2000).

Normas de convivencia.

Para que haya una sana convivencia entre los miembros de la familia y con ella ayudemos al paciente a restablecerse necesitamos poner reglas. Las cuales tendrían que ver con las horas de llegada, aporte o gasto de dinero, responsabilidades en casa, trabajo o escuela, etc.

¿Para qué necesitamos normas de convivencia?

- Vivir en la familia conlleva intercambiar entre sus miembros actividades, opiniones, deseos, sentimientos, etc.
- Es necesario planear las conductas que deseamos que el paciente modifique.
- Las normas serán una vía más para ayudarlo a conseguir un cambio de estilo de vida.
- Si no tenemos reglas no habrá confrontaciones y así no ayudaremos al paciente.

¿Qué sucede si no aplicamos reglas en la convivencia familiar?

- Se impide el desarrollo satisfactorio de la convivencia.
- No le ayudamos al paciente a poner límites al paciente.
- El paciente puede seguir con sus conductas anteriores y no verá necesario un cambio.

Ahora usaremos el ejercicio 3 de esta sesión, en la cual nos pide mencionar las áreas en las que tenemos fricciones con el paciente y que soluciones darían los familiares usando reglas. Cuando tengamos la información completa podemos usar la técnica de role-play entre los mismos familiares, para ver maneras en las cuales podamos transmitir esas nuevas reglas que se han formulado (Martínez, Molina, Ruíz, & Torres, 2000).

¿Qué hacer si el paciente consume después de un periodo de abstinencia?

Debemos recordar y estar conscientes que durante el proceso de recuperación de una adicción a drogas conlleva tener que afrontar errores del paciente, como el consumir después de un periodo de abstinencia.

Es necesario distinguir entre dos situaciones:

Error: consumir una sola vez.

De los errores se aprende.

Recaída: consumir varias veces, su estilo de vida vuelve a ser el que tenía antes de entrar al tratamiento, evitar hablar de la situación actual, etc.

Replantear que hacer con la ayuda que deseábamos prestar y reestructurar las normas de convivencia.

Sugerencias si nuestro paciente ha vuelto a consumir:

- Darle la oportunidad de que corrija el error.
- Comunicarle que estamos enterados de la situación.
- Preguntarle qué es lo que está dispuesto a hacer con su tratamiento.
- Intentar que se comprometa en algo concreto con nosotros y revisar que se cumpla.
- No reprender al paciente en estado de intoxicación, pues el paciente no tendrá la atención ni la capacidad necesaria (Martínez, Molina, Ruíz, & Torres, 2000).

Tópico VII. ¿Qué ocurre si vuelvo a consumir?

Duración: 90 minutos.

Objetivo: Diferenciar entre una recaída y una simple caída durante el tratamiento, y dar sugerencias al paciente de qué hacer si el consumo regresa.

Material:

- ❖ Ejercicios de la Sesión VII (Anexo 13).

Actividades: Una *-caída-* en el tratamiento se refiere a un consumo esporádico que no nos hacen volver a los patrones de consumo iniciales. Esta acción no debe entenderse como un retroceso, sino de un evento del cual vamos a aprender.

Debemos de ver la importancia del mantenimiento del nuevo estilo de vida que hemos conseguido durante el tratamiento. Y esta debe de verse como un aviso para parar los consumos y acudir al centro de apoyo y reafirmar los conocimientos que adquirió en el tratamiento.

Por otra parte tenemos la *-recaída-* a la cual entendemos como volver a consumir varias veces, su estilo de vida vuelve a ser el que tenía antes de ponerse en tratamiento y evitar hablar de la situación. Es momento de comenzar el tratamiento desde el inicio.

Pero ¿Qué pasa si tenemos una caída?, a continuación daremos algunas reglas de actuación ante una caída:

- En este momento es posible que te encuentres confundido o te sientas culpable por lo que ha ocurrido; es normal, solo recuerda que es frecuente que durante el proceso de rehabilitación suceda esto. Lo que sí es más problemático es que los consumos continúen.
- Evitar que se vuelva a consumir (que este tropiezo no se convierta en una recaída).
- También es posible que pienses que esto es un evento aislado, y que no tiene importancia. Pues sí la tiene, ¿Cuántas veces te has dicho lo mismo?

- No te engañes a ti mismo: sabes que volverás a consumir en un bache. Aunque lo niegues siempre va a estar ahí.
- Habla con una persona de confianza y cuéntale lo que ha ocurrido.
- Asiste al centro donde estás llevando el tratamiento.
- No dudes en contar todo lo que ha pasado.
- No se debe ocultar nada, pues de lo contrario no podrán ayudarte.
- Esto no es más que un tropiezo, la mayoría de las personas que están en tratamiento lo tienen. Y pese a todo consiguen salir de la drogadicción.
- ¡Ánimo!

Para afirmar los conocimientos adquiridos en esta sesión pedimos se realicen los ejercicios 1 y 2 del anexo de la sesión VII. Y se pueda ser más asertivo en las conductas referentes a la evitación de las drogas.

Sesión de Evaluación Final.

Duración: 90 minutos.

Objetivo: Evaluar la eficacia que tuvo el tratamiento para los pacientes y la satisfacción del usuario con los temas que se manejaron en éste, los materiales y el cambio de su consumo.

Material:

- ❖ Escala de estados de la disposición de la disposición al cambio(Sócrates 8A y 8D) (Anexo 6).
- ❖ Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD) (Anexo 6).
- ❖ Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT) (Anexo 6).
- ❖ Cuestionario de confianza situacional versión breve (Anexo 6).
- ❖ Cuestionario para evaluación del tratamiento (Anexo 14).

Evaluación: Se deben volver a aplicar las pruebas: Escala de Estados de la Disposición al Cambio, Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Alcohol (AUDIT), Cuestionario de Confianza Situacional Versión Breve, para poder hacer una comparación de resultados entre los previos al tratamiento y después de éste.

Con los resultados que arroje la comparación se debe hacer un análisis de la eficacia que tuvo en el paciente y considerar dar una alta del tratamiento o reafirmar algunos conocimientos de este.

Por otra parte el paciente debe de evaluar que tan satisfactorio fue para él éste tratamiento, por lo tanto de aplicará el cuestionario "evaluación del tratamiento" que se encuentra en el anexo de esta sesión.

Esta consulta nos ayudará a la mejora del tratamiento y a obtener mejores resultados en aplicaciones posteriores. Igualmente ayuda a la expresión de los pacientes ante el tratamiento.

REFERENCIAS

Acuña, G. G. (Enero de 2009). *Comprendiendo las adicciones: la teoría del aprendizaje y su aplicación en prevención de recaídas*. Recuperado el 22 de abril de 2014, de http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf

Álvarez, M. S., Gallego, C. P., Latorre, D. L., & Bermejo, F. F. (2001). Papel del test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol en Atención Primaria. *MEDIFAM*, Vol.11 (Núm. 9), 553-557.

Barragán, T. L., González, V. J., Medina, M. M., & Ayala, V. H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28 (1), 61-71.

Barrionuevo, J. A. (2013). *Adicciones; drogadicción y alcoholismo en a adolescencia*. Argentina : Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Becoña, I. E. (2002). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. España: Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas .

Becoña, I. E., & Cortés, T. M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* Barcelona, España Martín Impresores,S.L.

Bobes, J. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Psiquiatría Editores .

Caballo, V. E. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España : Siglo XXI.

Calvo, E. P., Pérez, P. A., Sacristán, M. P., & Paricio, G. C. (2009). Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. *Adicciones, Vol.21* (Núm. 1), 15-20.

Cárabez, A., & Martínez, M. (2008). "El ataque del tiner". Recuperado el 12 de agosto de 2013 de http://www.unamiradaalaciencia.unam.mx/stc_metro/consulta_stcm_pdf.cfm?vArchiivoStcm=36

Carballeda, A. J. (2008). Alcoholismo, puritanismo y el discurso de la drogadicción. En A. J. Carballeda, *Drogadicción y sociedad* (págs. 9-17). Buenos Aires: Espacio.

Carrascoza, V. C. (2008). La práctica de la teoría cognitivo conductual: una guía para su aplicación. *Anuario de Investigación en Adicciones, Vol. 9* (Núm. 1).

Carreño, S., Medina-Mora, M. E., Ortiz, A., Natera, G., Tiburcio, M., Vélez, A., y otros. (2009). *¿Problemas por el consumo de alcohol y drogas en centros de trabajo? Cómo prevenirlos*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Editorial Pax México.

Consejo Estatal Contra las Adicciones. (2006). "Habilidades para la vida". Recuperado el 21 de 09 de 2013, de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nvhabilidades_guiapractica.pdf

De las Fuentes, M. E., Villalpando, U. J., Vázquez, P. F., & Echeverría, S. V. (2001). *Cuestionario de Abuso de Drogas. Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas. Tesis de Licenciatura*. Facultad de Psicología, UNAM.

Degrott, G., & Gottsbacher, M. (may-jun de 2004). "Mujeres y drogas: un enfoque gestáltico". *LiberAddictus* .

Díaz, C. L., & Cabello, R. H. (2007). "Estilos de crianza en adolescentes con abuso y dependencia a sustancias". *Psiquis, Vol. 16*, 30-36.

Dominguez, Á., Miranda, M. E., Pedrero, E. P., Pérez, M. L., & Puerta, C. G. (2008). "Estudio de las causas del abandono del tratamiento en un centro de atención a drogadependientes". *Trastornos Adictivos*, Vol. 10, 112-120.

Echeverría, S. V., Ruiz, T. G., Salazar, G. M., & Tiburcio, S. M. (2004). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Curso de capacitación para profesionales de la salud*. México, D.F.: UNAM, Facultad de Psicología .

Fernández, B. R. (07 de Junio de 2013). "Evaluación Psicológica". Obtenido de http://www.uhu.es/susana_paino/EP/anexo1.pdf

Fuentes, M., & Maya, M. (2001). Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. *ANALES Sis San Navarra*, Vol. 24 (Suplemento 2), 83-92.

Gil-Verona, J., Pastor, J., de Paz, F., Barbosa, M., Macías-Fernandez, J., Maniega, M., y otros. (2003). Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. *Revista de Neurología*, Vol. 36, 361-365.

González Guerras, J. (2008). "Psicoanálisis y toxicomanía". *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, Vol. 1.

González, M. P., & Yedra, L. R. (2006). La escuela y los amigos: factores que pueden proteger a los adolescentes del uso de sustancias adictivas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11 (001), 23-37.

González, S. L. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías, RET*. (57), 12-17.

Hansen, W. B. (1995). Aproximaciones psicosociales a la prevención el uso de las investigaciones apidemiológicas y etiológicas para el desarrollo de intervenciones efectivas. *Psicología Conductual*, Vol.3 (Núm. 3), 357-378.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; Instituto Nacional de Salud; Secretaría de Salud. (2012). *"Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas"*. México, D.F.: INPRFM.

Keega, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Revista electrónica de la Facultad de Psicología-UBA, Vol.2 (Núm.3), 5-8.*

López, G. J., Fernández, M. J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, E. (2008). "Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica". *Trastornos Adictivos, Vol.10, 104-111.*

López, G. J., Fernández, M. J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, E. (2008). "Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica". *Trastornos Adictivos, Vol.10, 104-111.*

Lorenzo, P., Landero, J. M., Leza, J. C., & Lizasoain, I. (1998). *DROGODEPENDENCIAS. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación.* España: Editorial Médica Panamericana, S. A.

Llorens, A. N., Perelló, d. R., & Palmer, P. A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones, Vol.16 (No.4), 1-6.*

Marcos, J. A., & Garrido, M. F. (2009). "La terapia en el tratamiento de adicciones". *Apuntes de Psicología, Vol. 27, 339-362.*

Martínez, G. M., Molina, M. B., Ruiz, M. M., & Torres, S. A. (2000). *"La familia en el tratamiento del drogodependiente"*. Granada: Diputación de Granada.

Martínez, M. K., Salazar, G. M., Ruiz, T. G., Barrientos, C. V., & Ayala, V. H. (2004). *"Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del terapeuta"*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Matus Ortega, M. E., CalvaNieves, J. C., Flores Zamora, A., Leff Gelman, P., & Antón Palma, B. (2012). Las adicciones, hallazgos genómicos. *Salud Mental, vol. 35, 129-135.*

Mavrou, I. (2012). *Los factores de protección de riesgo y la prevención de recaídas en población drogodependiente: análisis socioeducativa del programa de*



comunidad de proyecto hombre en Granada y del programa de Pyksida en Nicosia. Granada, España: Editorial de la Universidad de Granada.

Ministerio, S. y. (2007). *Guía sobre Drogas*. Recuperado el 19 de 09 de 2013 , de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>

Montesó, C. M. (2008). El consumo de drogas, adolescencia y valores. *Enfermería Global, Vol. 7* (1), 1-7.

Moral, J. M., & Ovejero, B. A. (2005). Un programa de intervención psicosocial para la mejora de las habilidades sociales de adolescentes consumidores de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Apuntes de Psicología, Vol.23* (No. 1), 3-26.

Nuño-Gutiérrez, B. L., & González-Forteza, C. (2004). "La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos". *Salud Pública de México, Vol. 46*, 123-131.

Oropeza, T. R., Loyola, B. L., & Vázquez, P. F. (2003). *Manual de tratamiento breve para usuarios de cocaína*. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Pedrero, P. E., Fernández, H. J., Casete, F. L., Bermejo, G. M., Secades, V. R., & Tomás, G. V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona, España: Martín impresores, S.L.

Porcel, M. C. (Agosto de 2009). *Educación contra la drogadicción*. Recuperado el 13 de enero de 2013, de Innovación y experiencias educativas http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_21/CARMEN_M_REINO_SO_1.pdf

Sánchez, H. E., & Tomás, G. V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Tratados adictivos* , 21-27.

Sánchez, H. E., & Tomás, G. V. (2002). Terapia breve en la adicción a drogas. *Papeles del psicólogo, Vol. (Núm.83)*, 49-54.

Sánchez, H. E., Tomás, G. V., & Morales, G. E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos*, Vol. 6 (Num. 3), 159-166.

Sánchez, H. E., Tomás, G. V., Del Olmo, G. R., Molina, B. N., & Morales, G. E. (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22 (81), 21-29.

Sánchez, M. J., Rosa, A. A., & Olivares Rodríguez, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, Vol. 11 (Núm. 3), 641-654.

Secades, V. R., & Fernández, H. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, Vol. 13 (Núm. 3), 365-380.

Secretaría de Salud. (21 de septiembre de 2013). "*Habilidades para la Vida. Guía práctica y sencilla para el Promotor Nueva Vida*". Obtenido de www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nvhabilidades_manual.pdf

Soria, T. R., Montalvo, R. J., & González, T. M. (2004). "Análisis sistémico de familias con un hijo adolescente drogadicto". *Psicología y Ciencia Social*, Vol. 6, 3-13.

Tirado, R. P. (2008). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias estimulantes*. Andalucía: Dia Cash, S.L.

Torres, G. L. (2007). *El adicto y la familia en recuperación*. Recuperado el 5 de enero de 2014, de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_adicto.pdf

Torres, H. M. (2004). "¿Qué piensa la sociedad ante fenómenos relacionados con el uso de drogas y alcohol?". *Salud y drogas*, Vol.4, 5-9.

Valverde Obando, L. A., & Pochet Coronado, J. F. (2003). Drogadicción: hijos de la negación. *Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 1, 45-55.

Vega, F. A. (1987). La educación sobre drogas como forma de prevención
Eguzkilore , 73-81.

Zapata, V. M. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las
drogas. *Revista CES Psicología*, Vol. 2 (Núm. 2), 86-94.

ANEXO 1

Pacientes en situación de riesgo a los cuales sólo se mantuvo una plática psicoeducativa.

	EDAD	SEXO	ESTAD O CIVIL	ESCOLARI DAD	OCUPACI ÓN	CONSUM IDOR	SUSTANCI A	ETAPA DEL TRATAMIENTO
1	19 años	Mujer	Soltera	1er. Semestre cetis	Estudiante	No consume	Ninguna	Plática psicoeducativa.
2	13 años	Mujer	Soltero	2° secundaria	Estudiante	No consume	Ninguna	-Plática psicoeducativa
3	16 años	Hombre	Soltero	Preparatoria	Estudiante	Si, ocasional	Alcohol	-Plática psicoeducativa.

ANEXO 2

Pacientes los cuales sólo asistieron a la entrevista inicial.

	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	CONSUMIDOR	SUSTANCIA	ETAPA DEL TRATAMIENTO
1	17 años	Hombre	Soltero	Preparatoria, carrera Técnica laboratorista clínico	Estudiante, Ocasionalmente Trabaja.	Si consume	Thinner	-Entrevista inicial
2	47 años	Hombre	Casado	Preparatoria	Seguridad/comerciante	Si consume	Cocaína y alcohol	-Entrevista inicial
3	17 años	Hombre	Soltero	Preparatoria	Sin ocupación	Si consume	Crack	-Entrevista inicial
4	32 años	Hombre	Unión libre	2ª secundaria	Comerciante	Si consume	"piedra" y alcohol	-Entrevista inicial.

5	16 años	Hombre	Soltero	Preparatoria	Estudiante	Si consume	Marihuana, alcohol y cigarro	-Entrevista inicial.
6	28 años	Hombre	Unión Libre	Secundaria	Comerciante	Si consume	Marihuana, cocaína, solventes, psicotrópicos, alcohol y tabaco	-Entrevista inicial.
7	36 años	Hombre	Casado	Secundaria	Chofer	Si consume	Alcohol y crack	-entrevista inicial.
8	16 años	Hombre	Soltero	Secundaria	Estudiante	Si consume	PVC, marihuana, alcohol y tabaco	-Entrevista inicial
9	18 años	Hombre	Soltero	2° secundaria	Estudiante/trabaja	Si consume	Activo, alcohol, tabaco	-Entrevista inicial
10	16 años	Hombre	Soltero	Secundaria	Secundaria	Si consume	Marihuana, alcohol, activo, "piedra",	-Entrevista inicial

							cigarro	
--	--	--	--	--	--	--	---------	--

ANEXO 3

Pacientes que comenzaron el tratamiento y etapa a la que llegaron.

EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	CONSUMIDOR	SUSTANCIA	ETAPA DEL TRATAMIENTO	
1	19 años	Hombre	Soltero	Preparatoria trunca	Comerciante	Si consume	Marihuana, Ocasionalmente activo	<ul style="list-style-type: none">- Balance decisional y establecimiento de meta.- Manejo del consumo.- identificación y manejo de pensamientos.
2	38 años	Hombre	Casado	Secundaria	Albañil	Si consume	Alcohol	<ul style="list-style-type: none">- Balance decisional y establecimiento de la meta.- Manejo del consumo.- Identificación y manejo de pensamientos.- Identificación y manejo del deseo de consumir.- Habilidades asertivas de rechazo.- Decisiones aparentemente

								irrelevantes. - Solución de problemas. - Restablecimiento de la meta y planes de acción.
3	17 años	Hombre	Soltero	Secundaria	Cargador de Central de abastos	Si consume	Activo, actualmente alcohol	- Balance decisional y establecimiento de la meta -Manejo del consumo. -Identificación y manejo de pensamientos.
4	14 años	Hombre	Soltero	3° secundaria	Estudiante	Si consume	Activo	-Balance decisional y establecimiento de la meta. -Manejo del consumo. -Identificación y manejo de pensamientos. -Identificación y manejo

								<p>del deseo de consumir.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Habilidades asertivas de rechazo. -Decisiones aparentemente irrelevantes. -Solución de problemas -Restablecimiento de la meta y planes de acción.
5	18 años	Hombre	Soltero	Preparatoria trunca	Ama de casa	Si consume	PVC	<ul style="list-style-type: none"> -Balance decisional y establecimiento de la meta. -Manejo del consumo.
6	63 años	Hombre	Casado	-----	Servidor público-obras	Si consume	Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> -Balance decisional y establecimiento de la meta. -Manejo del consumo. -Identificación y manejo de pensamientos. -Identificación y manejo

								<p>del deseo de consumir.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Habilidades asertivas de rechazo. -Decisiones aparentemente irrelevantes. -Solución de problemas -Restablecimiento de la meta y planes de acción.
7	20 años	Hombre	Soltero	4° semestre Preparatoria	Estudiante	Si consume	Marihuana, Ocasionalmente alcohol	<ul style="list-style-type: none"> -Balance decisional y establecimiento de la meta. -Manejo del consumo. -Identificación y manejo de pensamientos. -Identificación y manejo del deseo de consumir. - Habilidades asertivas de rechazo. - Decisiones aparentemente

								irrelevantes. - Solución de problemas
8	16 años	Hombre	Soltero	4° primaria	Recolector de Basura	Si consume	Alcohol, PVC, "piedra" y Cigarro	- Balance decisional y establecimiento de la meta. - Manejo del consumo. - Identificación y manejo de pensamientos.
9	21 años	Hombre	Unión libre	Secundaria	Electricista	Si consume	Marihuana	- Balance decisional y establecimiento de la meta. - Manejo del consumo. - Identificación y manejo de pensamientos. - Habilidades asertivas de rechazo. - Solución de problemas
10	27 años	Hombre	Soltero	Ingeniero en telecomunicaciones	Trabaja en una mercería	Si consume	Crack y alcohol	- Balance decisional y establecimiento de la meta.

					dentro de un mercado			<ul style="list-style-type: none"> - Identificación y manejo de pensamientos. - Habilidades asertivas de rechazo. - Solución de problemas
11	16 años	Hombre	Soltero	4° semestre cetis	Estudiante	Si consume	Activo	<ul style="list-style-type: none"> - Balance decisional y establecimiento de la meta. - Habilidades asertivas de rechazo - Solución de problemas
12	44 años	Mujer	Separada	Secundaria	Comerciante	Si consume	Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> - Balance decisional y establecimiento de la meta. - Manejo del consumo. - Identificación y manejo de pensamientos. - Identificación y manejo del deseo de consumir. - Habilidades asertivas de rechazo. - Decisiones

								<p>aparentemente irrelevantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solución de problemas - Restablecimiento de la meta y planes de acción.
13	30 años	Hombre	Soltero	Secundaria	Trabajador de limpia	Si consume	Cocaína y alcohol	<ul style="list-style-type: none"> - Balance decisional y establecimiento de la meta. - Manejo del consumo. - Identificación y manejo de pensamientos. - Identificación y manejo del deseo de consumir. - Habilidades asertivas de rechazo. - Decisiones aparentemente irrelevantes. - Solución de problemas
14	18 años	Hombre	Soltero	Preparatoria	Carpintero	Si consume	"piedra" y marihuana	<ul style="list-style-type: none"> - Balance decisional y establecimiento de la

								<p>meta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo del consumo. - Identificación y manejo de pensamientos. - Identificación y manejo del deseo de consumir. - Habilidades asertivas de rechazo. - Decisiones aparentemente irrelevantes. - Solución de problemas - Restablecimiento de la meta y planes de acción.
15	37 años	Hombre	Trámite de divorcio	Derecho 6° semestre	Notaria	Si consume	Alcohol y cocaína	<ul style="list-style-type: none"> - Balance decisional y establecimiento de la meta. - Habilidades asertivas de rechazo. - Decisiones aparentemente

								irrelevantes. - Solución de problemas
16	13 años	Hombre	Soltero	Secundaria	Estudiante	Si consume	"Activo"	- Balance decisional y establecimiento de la meta.
17	24 años	Hombre	Soltero	Preparatoria trunca	Estilista	Si consume	Alcohol	- Balance decisional y establecimiento de la meta. - Solución de problemas
18	17 años	Hombre	Soltero	2° primaria	Tablarroquero	Si consume	"activo", cigarro, ocasionalmente alcohol	- Balance decisional y establecimiento de la meta. - Habilidades asertivas de rechazo. - Solución de problemas

ANEXO 4

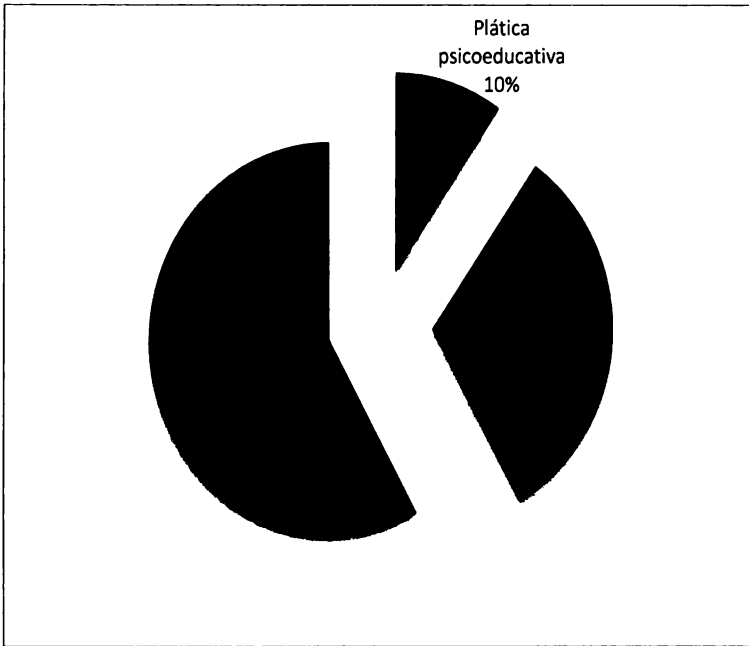


Figura1. Conteo de pacientes según el procedimiento realizado.



Figura 2. Porcentaje de pacientes que después del servicio social prestado han regresado a la clínica (CMAA) a requerir el servicio.

ANEXO 5.

ENTREVISTA PSICOLÓGICA DEL CENTRO MUNICIPAL DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES (CMAA).

FECHA ____/____/____ DÍA MES AÑO

**ENTREVISTA
PSICOLÓGICA**

NOMBRE _____ EDAD ____ SEXO _____
EDO. CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____
INGRESO MENSUAL _____ TELÉFONOS _____

ORIENTACIÓN

TIEMPO ____ LUGAR ____ PERSONA ____ OBSERV. _____

MOTIVO DE CONSULTA

HISTORIA DE CONSUMO

SUSTANCIAS CONSUMIDAS y edad de inicio	TIEMPO DE CONSUMO	TIEMPO DE TOLERANCIA	FRECUENCIA DE CONSUMO en los últimos 3 meses	CANTIDAD DE CONSUMO en los últimos 3 meses	ÚLTIMO CONSUMO	MÁXIMO DE DÍAS CONTINUOS CONSUMIENDO

OBSERVACIONES:

CANTIDAD MÁXIMA DE CONSUMO	PERÍODOS DE ABSTINENCIA	¿CÓMO LOGRÓ LA ABSTINENCIA?	SÍNDROME DE ABSTINENCIA

CONSUME: SOLO ___ ACOMPAÑADO ___ AMBAS ___

¿PASA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LAS SUSTANCIAS? SI () NO () EXPLIQUE:

¿CUÁNTAS VECES HA INTENTADO SERIAMENTE DEJAR DE CONSUMIR?

¿TIENE FAMILIARES CON DEPENDENCIA O ABUSO DE DROGA O ALCOHOL? _____

¿PARA QUÉ BUSCA EL TRATAMIENTO?

OBSERVACIONES

TRATAMIENTOS PREVIOS

TIPO DE TRATAMIENTO	POR CUAL(ES) SUSTANCIA(S)	OCASIONES	DURANTE CUANTO TIEMPO	TIEMPO QUE SE MANTUVO SIN CONSUMIR
CENTRO DE DESINTOXICACIÓN				
CLÍNICA DE REHABILITACIÓN				
TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO				
GRUPO DE AYUDA MUTUA				
JURAMENTO				
OTRO				

OBSERVACIONES _____

CONSECUENCIAS POR USO DE LA(S) SUSTANCIA(S)

NIVEL DE AFECTACIÓN	DESCRIBIR
FÍSICO (enfermedades, accidentes, daño neurológico, etc.)	
COGNITIVO (lagunas mentales, problemas de memoria, confusión, dificultad para concentrarse, etc.)	
AFECTIVO (cambios de: humor, personalidad, etc.)	
SOCIAL (discusiones, pérdidas de relaciones, agresiones físicas y/o verbales, etc.)	
ESCOLAR (disminución del rendimiento, inasistencias, ha sido dado de baja, etc.)	
LABORAL (disminución del rendimiento, faltas, ha sido dado de baja, etc.)	
ECONÓMICO (gasta de más en a sustancia, endeudamiento, ha robado para consumir, etc.)	
LEGAL (exconvict@, arrestos, demandas, etc.)	
PROYECTOS DE VIDA (metas no cumplidas, cambio de propósitos, perdida de objetivos, etc.)	

¿A QUÉ SITUACIONES HA LLEGADO A RECURRIR PARA CONSEGUIR LA SUSTANCIA? _____

ACTUALMETE CONSIDERA QUE SU CONSUMO ES:

UN GRAN PROBLEMA __ UN PROBLEMA MENOR __ NINGÚN PROBLEMA __

FASE DE PREPARACIÓN AL CAMBIO

PSICOGRAMA

H	NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	CARACTER	RELACIÓN

ENFERMEDADES EN LA FAMILIA (físicas y mentales)

HISTORIA PERSONAL

INFANCIA (0 a 13 a.)(Experiencias relevantes + condición familiar + relación con los amigos y situación escolar):

ADOLESCENCIA (14 a 18 a.)(Experiencias relevantes + condición familiar +relación con los amigos y compañeros+situación escolar+desarrollo físico+menstruación+primeras experiencias sexuales):

ETAPA ADULTA (19 en ad.)(Experiencias relevantes+condición familiar+desarrollo académico,laboral+vidasexual+a lcoholismo+drogadicción):

ENFERMEDADES (físicas y mentales):

EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: _____ ¿FUE
SATISFACTORIA? SI () NO ()

ACOSO Y/O ABUSO SEXUAL: SI () NO () DESCRIBIR:

HA MANTENIDO RELACIONES HOMOSEXUALES: SI () NO () _____

¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES PARA CONSEGUIR LA SUSTANCIA?

ANDAMIAJE

AUTOCONCEPTO Y AUTOVALORACIÓN (¿cómo te describirías a ti
mismo?+¿cómo eres?+¿cómo es tu forma de ser?):

APOYO SOCIAL CON EL QUE CUENTA PARA SU RECUPERACIÓN:

SATISFACCIÓN LABORAL: SI () NO () _____

SATISFACCIÓN ESCOLAR: SI () NO () _____

SATISFACCIÓN CONYUGAR O DE PAREJA: SI () NO () _____

ACTIVIDADES AGRADABLES:

PERSONAS CON LAS QUE SE SIENTE BIEN:

RELACIONES SOCIALES (niveles de sociabilidad):

(nivel de extroversión/introversión): _____

CUANTOS AMIG@S TIENE (tipo de relación): _____

RELIGIÓN: _____ PRACTICANTE () CREYENTE ()

PADRES: _____ PRACTICANTES () CREYENTES ()

METAS Y PROYECTOS DE VIDA: _____

PRONÓSTICO

OBSERVACIONES

TERAPEUTA

ANEXO 6

SESIÓN DE EVALUACIÓN

ENTREVISTA INICIAL

Nombre del entrevistador _____ Fecha _____

Datos personales

Nombre _____

Edad _____ Estudios _____ Profesión _____

Situación laboral _____ Estado civil _____

Con quién vive _____

Dónde trabaja/estudia _____

Fecha nacimiento _____ Lugar _____

Dirección _____

Tel _____ E-mail _____

¿Existe algún problema si recibe alguna llamada telefónica nuestra? _____

Estatura _____ Peso _____ Utiliza gafas: Sí () No ()

Utiliza alguna prótesis: Sí _____Cuál _____ No _____

Rasgos físicos distintivos: _____

Descripción de la demanda y el problema: descripción e historia

- Principal sustancia de consumo (marca sólo uno):

__ (1) Alcohol __ (2) Tabaco __ (3) Cocaína __ (4) Heroína __ (5) Marihuana __ (6)

Pastillas __ (7) Otra _____

__ (8) Consumo varias drogas que considero de igual importancia

- ¿En caso de consumir alcohol, qué tipo de bebida consumes con mayor frecuencia?

___ (1) pulque ___ (2) cerveza ___ (3) cooler ___ (4) vino ___ (5) destilados

- Describame, lo más pormenorizadamente posible, el *motivo de su consulta*:

- Describame lo mejor posible *qué le pasa* (¿qué hace, qué siente, qué piensa sobre el problema que le ha traído aquí?):

- ¿Podría especificar la *última vez* que le ocurrió ese problema? ¿Qué, cuándo, dónde y cómo le ocurrió?:

- En general, ¿con qué *frecuencia* le ocurre ese problema?:

- (Si procede.) ¿Cuál es su *duración*?:

• (Si procede.) ¿Con qué *intensidad* ocurre, por ejemplo, en una escala de 1 a 5 (en la que 1 es muy baja intensidad y 5 muy alta)?:

• En una escala de 1 a 5 (en que 1 sería nada o muy poco y 5 muchísimo), ¿en qué medida considera que estas manifestaciones le *afectan en su vida cotidiana*?:

• ¿Ocurre, especialmente, en alguna/s *situación/es*?; por favor, describala/s (especifique lo mejor posible las características de la situación, personas presentes, qué pasa antes o antecedentes y qué pasa después, consecuentes de ocurrir el problema):

• Cuénteme más sobre la *historia de ese problema*: ¿cuándo empezaron esas manifestaciones?

• ¿Podría describirme qué, cuándo, cómo y dónde le ocurrieron la *primera vez* que aparecieron?

• ¿En qué *circunstancias*? (aclare aspectos de la situación, personas presentes, antecedentes y consecuentes)

• Desde entonces, ¿cree que esas manifestaciones se han *agravado*?

- ¿Ha *buscado ayuda* anteriormente para resolver este problema?

- Si es así, por favor, dígame qué *profesionales*, qué tratamientos (en su caso), con qué resultados y en qué fechas ocurrieron:

- Finalmente, ¿a qué cree que se *debe* su problema?

Condiciones familiares actuales

Me ha dicho usted que vive con _____

Quisiera saber más de su situación familiar actual.

➤ *En el caso de estar casado/a/pareja estable*

- (En su caso.) Me ha dicho que está casado/a (o vive con una pareja estable); dígame la edad y ocupación de su pareja:

• ¿Cómo se lleva con su pareja?

• Si tiene hijos, dígame sus nombres y edades:

• ¿Qué tal se lleva con sus hijos?

• Si está divorciado/a o separado/a, ¿cuál fue la razón para la ruptura?

• ¿Qué otras personas viven con usted y cómo se lleva con ellas?:

• ¿Tiene alguna otra relación importante (aparte de los amigos/as) que no viva con usted?

➤ ***En el caso de vivir con la familia de referencia***

• Si vive con su/s padre/s, dígame qué años tiene/n y a qué se dedica/n:

• ¿Cómo se lleva con sus padres?

• Si tienes hermano/as, dígame qué edad tienen, a qué se dedican y si viven con usted:

• ¿Cómo se lleva con sus hermano/as?

• ¿Qué otras personas viven con usted y cómo se lleva con ellas?

• ¿Tiene alguna otra relación importante (aparte de los amigos/as) que no viva con usted?

➤ Repercusión del problema por el que consulta en la familia

• ¿El problema por el que consulta qué repercusiones tiene en sus relaciones familiares actuales?

• ¿Qué hacen los miembros de su familia cuando aparece?

• ¿Qué piensan del problema?

• ¿Por qué piensan y dicen que le ocurre el problema?

• ¿Cómo describes tu relación con tus hermanos?

___ (1) Muy Buena ___ (2) Buena ___ (3) Regular ___ (4) Mala ___ (5) Muy mala

• ¿Tus padres te asignan una cantidad fija de dinero? ___ (1) Si ___ (2) No
¿Cuánto? _____

• ¿Cuánto dinero utilizas a la semana en alcohol o drogas?

Administración del tiempo libre

¿Qué acostumbras hacer cuando no estás en la escuela o trabajo? (Marcar una respuesta para cada inciso)

	Nunca	Alguna veces	Casi siempre
--	-------	--------------	--------------

Veo la televisión en casa	1	2	3
Practico algún deporte	1	2	3
Juego o salgo con amigos (as)	1	2	3
Nada y me aburro	1	2	3
Ayudo en las labores de la casa	1	2	3
Hago tarea o estudio	1	2	3
Juego nintendo o voy a las maquinitas y a los juegos electrónicos	1	2	3
Salgo a pasear con mi familia	1	2	3
Me voy a beber con mis amigos	1	2	3
Escucho música	1	2	3
Hablo por teléfono	1	2	3
Voy a fiestas	1	2	3
Asisto a clases artísticas (baile, tocar un instrumento, etc)	1	2	3
Voy al cine	1	2	3
Otro (especifica)	1	2	3

Estamos llegando al final de esta entrevista, al menos por el momento, pero aún me gustaría saber cómo se conceptualiza usted a sí mismo/a.

- ¿Cómo se describiría a sí mismo/a?

• ¿Cuáles son sus características más positivas?

• ¿Cuáles son sus características más negativas?

• ¿Qué le gustaría a usted cambiar de sí mismo/a?

• ¿Cómo le gustaría ser?

Finalmente,

• ¿Qué espera usted de esta relación profesional?

Escala de estados de la disposición de la disposición al cambio (Sócrates 8A) (Miller & Tonigan, 1996, adaptado por Salazar, Martínez y Ayala, 2001).

Fecha: _____ Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad _____

Terapeuta: _____

INSTRUCCIONES: Por favor lee las siguientes frases cuidadosamente. Cada una describe la forma en que puedes (o no) sentirte acerca de tu forma de beber. Para cada una de las frases, señala con una "X" la respuesta que representa tu mejor opción, indicando que tan de acuerdo o en desacuerdo estás con la frase. Por favor solamente señala una opción en cada frase.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. En ocasiones me pregunto si bebo demasiado	5	4	3	2	1
2. No sólo estoy pensando cambiar mi forma de beber sino que ya estoy haciendo algo al respecto	5	4	3	2	1
3. Sé que tengo un problema con mi forma de	5	4	3	2	1

beber					
4. ya he cambiado mi forma de beber y ahora estoy buscando nuevas alternativas para evitar recaer en mi anterior consumo	5	4	3	2	1
5. algunas veces me pregunto si soy un alcohólico	5	4	3	2	1
6. Soy un bebedor problema	5	4	3	2	1
7. Estoy trabajando activamente para interrumpir o parar mi forma de beber	5	4	3	2	1
8. Tengo serios problemas con mi forma de beber	5	4	3	2	1

9. Si no cambio pronto mi forma de beber, mis problemas empeorarán	5	4	3	2	1
10. Mi forma de beber me está causando mucho daño	5	4	3	2	1
11. Estoy trabajando duro para cambiar mi forma de beber	5	4	3	2	1
12. Necesito ayuda para no volver a tener los problemas que me ocasionó mi consumo de alcohol	5	4	3	2	1
13. Estaba bebiendo demasiado pero me las arreglé para cambiar mi forma de beber	5	4	3	2	1
14. Soy un alcohólico	5	4	3	2	1

15. Algunas veces me pregunto si mi forma de beber está lastimando a otras personas	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

	Preguntas	Puntaje
Reconocimiento	1, 3, 5, 6, 8,10,12,14	
Acción	2, 4, 7, 9, 11, 13, 15	

Escala de estados de la disposición de la disposición al cambio (Sócrates 8D) (Miller & Tonigan, 1996, adaptado por Salazar, Martínez y Ayala, 2001).

Fecha: _____ Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad _____

Terapeuta: _____

INSTRUCCIONES: Por favor lee las siguientes frases cuidadosamente. Cada una describe la forma en que puedes (o no) sentirte acerca de tu forma de beber. Para cada una de las frases, señala con una "X" la respuesta que representa tu mejor opción, indicando que tan de acuerdo o en desacuerdo estás con la frase. Por favor solamente señala una opción en cada frase.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. En ocasiones me pregunto si mi consumo de drogas es excesivo	5	4	3	2	1
2. No sólo estoy pensando cambiar mi consumo de drogas sino que ya estoy haciendo algo al respecto	5	4	3	2	1
3. Sé que tengo un problema	5	4	3	2	1

con mi consumo de drogas					
4. Ya he cambiado mi consumo de drogas y ahora estoy buscando alternativas para evitar recaer en mi anterior consumo	5	4	3	2	1
5. Tengo un problema con el consumo de drogas	5	4	3	2	1
6. Estoy trabajando activamente para interrumpir o parar mi consumo de drogas	5	4	3	2	1
7. Tengo serios problemas con el consumo de drogas	5	4	3	2	1
8. Ya empecé a hacer cambios en mi consumo de drogas	5	4	3	2	1

9. Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de drogas	5	4	3	2	1
10. Realmente quiero hacer cambios en mi consumo de drogas	5	4	3	2	1
11. Estaba consumiendo demasiado pero me las arreglé para cambiar mi consumo de drogas	5	4	3	2	1
12. Soy un adicto las drogas	5	4	3	2	1
13. Algunas veces me pregunto si mi consumo de drogas está lastimando a otras personas	5	4	3	2	1

	Preguntas	Puntaje
Reconocimiento	1, 3, 5, 7,12,13	
Acción	2, 4, 6, 8, 9, 10, 11	

Tabla 1. Cuadro de interpretación del Sócrates 8D

INTERPRETACIÓN		
RANGOS	RECONOCIMIENTO	ACCIÓN
10 (Muy bajo)	7-15	6-11
20	16-21	12-14
30 (Bajo)	22-24	15-17
40	25-27	18-20
50 (Medio)	28	21-22
60	29-30	23-24
70 (Alto)	31	25
80	32	26-27
90 (Muy alto)	34-35	28-30

Tabla 2. Cuadro de interpretación del Sócrates 8D

INTERPRETACIÓN		
RANGOS	RECONOCIMIENTO	ACCIÓN
10 (Muy bajo)	8	6-10
20	9-11	11-12
30 (Bajo)	12-14	13-14
40	15-16	15-16
50 (Medio)	17-18	17
60	19-20	18-19
70 (Alto)	21-23	20-21
80	24-26	22-24
90 (Muy alto)	30	25-26

CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS (CAD-20)

Instrucciones: este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de su involucramiento potencial con las drogas (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco) durante los últimos 12 meses. De las descripciones que se presentan, conteste Si o No, tomando en cuenta la siguiente descripción.

Abuso de droga: uso excesivo de sustancias médicas, no médicas o ilegales, que tiene consecuencias adversas significativas y recurrentes en diversas áreas de la vida, pero no tan graves que use la mayor parte del tiempo en el consumo y que acarree problemas fisiológicos.

CAD-20	SI	NO
1. ¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?		
2. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?		
3. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?		
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?		
5. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?		
6. ¿Ha tenido "lagunas mentales" o "alucinaciones" como resultado del uso de drogas?		
7. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?		
8. ¿Su pareja o familiares se quejan constantemente de su uso de drogas?		
9. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?		
10. ¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?		

11. ¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?		
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela debidos al abuso de drogas?		
13. ¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?		
14. ¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?		
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?		
16. ¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?		
17. ¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?		
18. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ej. pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?		
19. ¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?		
20. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?		

Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT)

Encierre en un círculo el número que indique su respuesta.

1. ¿con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?

Nunca	0
Una vez al mes o menos	1
Dos o cuatro veces al mes	2
Dos o tres veces por semana	3
Cuatro o más veces por semana	4

2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe (cubas o equivalentes como cervezas vasos de pulque, cocteles (coolers), o cualquier otra bebida que contenga alcohol)?

1 o 2	0
3 o 4	1
5 o 6	2
7 o 9	3
10 o más	4

3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más copas en la misma ocasión (en un mismo día evento o reunión)?

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2

Semanalmente 3

Diario o casi a diario 4

4. Durante el último año, ¿le ocurrió que no pudo dejar de beber una vez que había empezado?

Nunca 0

Menos de una vez al mes 1

Mensualmente 2

Semanalmente 3

Diario o casi a diario 4

5. Durante el último año, ¿Qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber (como no ir a trabajar o a la escuela)?

Nunca 0

Menos de una vez al mes 1

Mensualmente 2

Semanalmente 3

Diario o casi a diario 4

6. Durante el último año, ¿con qué frecuencia bebió en la mañana siguiente después de haber bebido con exceso el día interior?

Nunca 0

Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi a diario	4

7. Durante el último año, ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi a diario	4

8. Durante el último año, ¿Qué tan frecuentemente olvidó delo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi a diario	4

9. ¿Se ha lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol?

No	0
Sí, pero no en el último año	2
Sí, en el último año	4

10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que baje el consumo?

No	0
Sí, pero no en el último año	2
Sí, en el último año	4

4. Probando mi control sobre el consumo de alcohol o drogas:

*

0%	100%
definitivamente consumiría	definitivamente no consumiría

5. Necesidad física:

*

0%	100%
definitivamente consumiría	definitivamente no consumiría

6. Conflicto con otros:

*

0%	100%
definitivamente consumiría	definitivamente no consumiría

7. Presión social:

*

0%	100%
definitivamente consumiría	definitivamente no consumiría

8. Momentos agradables con otros:

*

0%	100%
definitivamente consumiría	definitivamente no consumiría

ANEXO 7

TÓPICO I. SESIÓN INFORMATIVA

LECTURA INFORMATIVA SOBRE DROGAS, EFECTOS Y CONSECUENCIAS.

¿Qué es una droga?

Una droga o fármaco es aquella sustancia natural o sintética que, al entrar en contacto con el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones. Es una sustancia química que tiene acción biológica sobre las estructuras celulares del organismo(Valverde Obando & Pochet Coronado, 2003).

TABACO

¿Qué es?

El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central.

Componentes

Nicotina, alquitranes, monóxido de carbono, irritantes (fenoles, amoníacos, ácido clanhídricos), arsénico, cadmio, níquel, polonio 210,

acetona y metanol, entre otras sustancias cancerígenas o tóxicas.

Efectos

- Actúa sobre el sistema cardiovascular aumentando la frecuencia cardiaca y la posibilidad de arritmias.
- Además produce cambios en la viscosidad sanguínea y aumenta los niveles de triglicéridos y colesterol.

Consecuencias

- Arrugas prematuras y coloración grisácea de la piel.
- Manchas en los dientes, infecciones y caries.
- Mal aliento y mal olor corporal por impregnación del olor del tabaco.

- Manchas amarillentas en uñas y dedos.

- Enfermedades como:

- ✓ bronquitis crónica
- ✓ enfisema pulmonar
- ✓ cáncer de pulmón
- ✓ hipertensión arterial
- ✓ enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio).
- ✓ úlcera gastrointestinal.
- ✓ gastritis crónica.
- ✓ accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias o embolias)
- ✓ cáncer de laringe (Ministerio, 2007).
- ✓ cáncer bucofaríngeo
- ✓ cáncer renal o de vías urinarias
- ✓ impotencia sexual en el varón

ALCOHOL

¿Qué es?

El alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales.

Efectos

- Dificultades para hablar
- Dificultad para asociar ideas

Consecuencias

A corto plazo:

- Se puede llegar a la intoxicación etílica

Componentes

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico.

- Descoordinación motora
- En algunos casos intoxicación aguda.

- Favorece conductas de riesgo, relacionadas con accidentes de tráfico, laborales o prácticas sexuales de riesgo.

- *A largo plazo:*
 - Hipertensión arterial
 - Gastritis
 - Úlcera gastroduodenal
 - Cirrosis hepática
 - Cardiopatías
 - Encefalopatías
 - Cáncer
- Alteraciones del sueño
- Agresividad
- Depresiones
- Disfunciones sexuales
- Deterioro cognitivo
- Demencia
- Psicosis

(Ministerio, 2007).

INHALANTES

¿Qué es?

Son compuestos de uso industrial, médico o casero.

Efectos

- Habla confusa
- Apariencia borracha, mareada o aturdida
- Incapacidad de coordinar el movimiento
- Alucinaciones y delirios

Componentes

Contienen entre otras sustancias tolueno.

- Hostilidad
- Apatía
- Juicio deteriorado
- Pérdida del conocimiento
- Severos dolores de cabeza

Consecuencias

- Efectos.
- Adelgazamiento de los músculos.
- Degeneración de hígado y riñón.
- Lesiones en el ADN.
- Cambios en las estructuras del SNC, en particular el cerebelo involucrado en la coordinación de los movimientos del cuerpo, el hipocampo, participe en los

procesos del aprendizaje y memoria. (Cárabez & Martínez,

2008).

MARIHUANA

¿Qué es?

Es una droga que se extrae de la planta *Cannabis sativa*.

Componentes

Uno de sus principios activos el Tetrahidrocannabinol o THC.

Efectos

- Sequedad de boca.
- Enrojecimiento ocular.
- Taquicardia.
- Descoordinación de movimientos.
- Somnolencia.
- Alteración de la memoria, de la atención y de la concentración.
- Empeoramiento del tiempo de reacción y de la atención.
- Dificultades para pensar y solucionar problemas.
- Dificultad de coordinación.

Consecuencias

A largo plazo

- Problemas de memoria y aprendizaje.
- Trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y de la personalidad.
- Trastorno del ritmo cardíaco (arritmias).
- Dependencia.
- Enfermedades bronco-pulmonares y determinados tipos de cáncer.
- Psicosis y esquizofrenia (especialmente en individuos predispuestos) (Bobes, 2003).

COCAÍNA

¿Qué es?

Es un potente estimulante del Sistema Nervioso Central y una de las drogas más adictivas y peligrosas.

Efectos

- Cambios emocionales variados que pueden llegar a provocar crisis de ansiedad.
- Aumento de presión arterial y el ritmo cardíaco.

Consecuencias

- Adicción.
- Alteraciones cardiovasculares y neurológicas: infarto de miocardio, hemorragias cerebrales y trombosis cerebrales.
- Alteraciones del estado de ánimo: cambios bruscos de humor,

Componentes

Se obtiene a partir del procesamiento químico de las hojas del arbusto de coca *Erythroxylum coca*.

- Contracción de los vasos sanguíneos.
- Aumento de la temperatura corporal.

depresión, irritabilidad, ansiedad, agresividad (Bobes, 2003).

- Insomnio.
- Impotencia, alteraciones menstruales, infertilidad.
- Paranoia.
- Alucinaciones y psicosis.

HEROÍNA

¿Qué es?

La heroína es una droga sintetizada a partir de la morfina.

Componentes

Es un derivado de la planta *Papaversomniferum*.

Efectos

- Acaloramiento de la piel.
- Sequedad de boca.
- Pesadez en las extremidades.
- Náusea, vómito.
- Ofuscación de la mente.
- Depresión respiratoria.

Consecuencias

- Adicción.
- Enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis).
- Infecciones del endocardio y válvulas del corazón.
- Abscesos cutáneos (Ministerio, 2007).
- Artritis y otros problemas reumáticos.
- Venas colapsadas.

DROGAS DE SÍNTESIS

¿Qué es?

Es el nombre por el que se le conoce a un amplio grupo de sustancias producidas por síntesis química.

Entre ellos se encuentran los siguientes:

ÉXTASIS

¿Qué es?

Es una droga sintética

Efectos

- Locuacidad.
- Confusión, agobio.
- Taquicardia, arritmia e hipertensión.

Componentes

En general contienen distintos derivados anfetaminicos.

Componentes

3-4 metilenedioximetanfetamina o MDMA

- Sequedad de boca, sudoración.
- Escalofríos, náuseas.
- Contracción de la mandíbula.
- Temblores.

Consecuencias

- Daño en los procesos de atención, concentración y abstracción.
- Pérdida de memoria.

- Deshidratación.
- Aumento de la temperatura corporal o "golpe de calor".

- Disminución del interés por el sexo.
- Pérdida de apetito.
- Depresión (Ministerio, 2007).

METANFETAMINA

¿Qué es?

Es una sustancia estimulante.

Efectos

- Hipertermia (golpe de calor).
- Convulsiones.
- Sobredosis.
- Trastornos paranoides.

Consecuencias

- Adicción.
- Insomnio.
- Anorexia.
- Disminución de la libido.
- Comportamiento violento.
- Accidentes cerebrovasculares.

Componentes

Es un derivado de la anfetamina.

- Reacción aguda por plomo usado como reactivo (vía intravenosa).

- Alucinaciones auditivas y visuales.
- Psicosis (Bobes, 2003).
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos de sueño.
- Ataques de pánico.
- Agresividad.
- Trastornos psicóticos.

EJERCICIO 1. DROGAS, EFECTOS Y CONSECUENCIAS.

- **Instrucciones:** A continuación apoyado de la lectura anterior, llene los recuadros en blanco.

NOMBRE DE LA DROGA	¿QUÉ ES?	COMPONENTES	3 EFECTOS	3 CONSECUENCIAS
TABACO	El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central.		Aumentando la frecuencia cardiaca. Aumenta la posibilidad de arritmias. Cambios en la viscosidad sanguínea.	
ALCOHOL		Etanol o alcohol etílico.	Dificultad para hablar. Descoordinación motora. Dificultad para asociar ideas.	
INHALANTES	Son			Adelgazamiento de los músculos.

	compuestos de uso industrial, médico o casero			Deterioro de las funciones del cerebro. Degeneración del hígado y riñón.
MARIHUANA		Tetrahidrocannabinol o THC		Problemas de memoria y aprendizaje. Trastornos emocionales. Enfermedades bronco-pulmonares.
CACAÍNA	Potente estimulante del Sistema Nervioso Central.			Hemorragias nasales. Impotencia, alteraciones menstruales, infertilidad. Insomnio.
HEROÍNA	Droga sintetizada a partir de la morfina.	Es un derivado de la planta <i>Papaversomniferum</i> .		
DROGAS DE SÍNTESIS				

EXTASIS			Locuacidad. Contracción en mandíbula. Taquicardia, arritmia e hipertensión	Depresión. Trastornos de ansiedad. Agresividad.
METANFE- TAMINAS	Sustancia estimulante.	Derivada de la anfetamina.		

EJERCICIO 2. MITOS Y REALIDADES DE LAS DROGAS.

-Instrucciones: Marque con una "X" según corresponda, si la frase es verdadera o falsa y el porqué de su respuesta.

	FRASE	CIERTO	FALSO	¿PORQUÉ CREE ESTO?
1	Fumar un cigarrillo y alivia el estrés.			
2	Dejar de fumar es casi imposible.			
3	El alcohol "ayuda a olvidar las penas".			
4	El alcohol dificulta las relaciones sexuales.			
5	La marihuana es un producto inofensivo para la salud, ya que es un producto natural.			
6	El consumo de marihuana puede controlarse ya que no produce adicción.			
7	El uso de cocaína te "prende".			
8	El consumo de cocaína es difícil de controlar.			
9	Si la heroína no está adulterada no es peligrosa			

10	Cada vez se necesita consumir más heroína para tener los mismos efectos que al principio.			
11	Las drogas de síntesis son seguras.			
12	“Los inhalantes no dañan mi cerebro”.			
13	Los inhalantes son más dañinos que otras drogas.			

POSIBLES RESPUESTAS DEL EJERCICIO 2.

RESPUESTAS		PORQUÉ
1	Falso	El tabaco no tiene propiedades relajantes puesto que es un estimulante.
2	Falso	Dejar de fumar tiene sus dificultades, como ocurre con cualquier otra adicción, pero es posible. Hoy en día hay varios tratamientos farmacológicos y psicológicos que ayudan a dejar de fumar.
3	Falso	Tras una breve sensación, si se está triste o deprimido, esta situación se agudiza.
4	Cierto	El uso abusivo de alcohol muchas veces dificulta las relaciones sexuales, causando impotencia y otras disfunciones sexuales.
5	Falso	Producto natural y producto inofensivo no son sinónimos. El uso de marihuana provoca alteraciones en el cerebro lo cual no es ecológico.
6	Falso	Se ha demostrado que el uso continuo de marihuana produce adicción y más cuando se consume durante la adolescencia.
7	Falso	Tiene un efecto estimulante pasajero, que va de entre 30 y 60 minutos, pero después de este se produce un bajón intenso que causa cansancio, decaimiento y depresión.
8	Cierto	Es una de las drogas con mayor capacidad de generar adicción, así que su control es difícil.
9	Falso	Aunque los adulterantes de la heroína producen bastantes riesgos a la salud, le sí misma la heroína conlleva riesgos.
10	Cierto	La heroína causa una tolerancia en el cuerpo, el cual necesita cada vez más cantidades para obtener los mismos efectos de las primeras veces que se usó.
11	Falso	Los consumidores desconocen las dosis exactas que consumen, como las adulteraciones.
12	Falso	Los inhalantes causan severos daños al cerebro del usuario.
13	Cierto	Estos productos no están hechos para el consumo humano, así que su uso es mayormente agresivo.

ANEXO 8

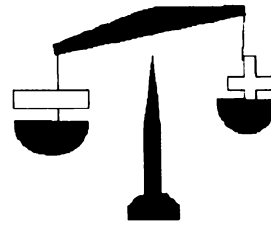
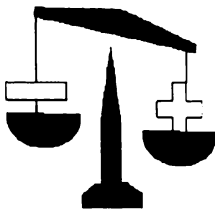
TÓPICO II. MOTIVACIÓN AL TRATAMIENTO

Tarea Sesión II.

Muchas de las veces tenemos sentimientos opuestos frente al consumo de sustancias, no sabemos si dejar las drogas por completo o continuar consumiendo. Los ejercicios siguientes nos ayudarán a plasmar las razones que tenemos para dejar el consumo y por otro lado porque no deseamos dejarlo, y así darse cuenta de que lado hay mayor peso.

¿En dónde se encuentra usted hoy?

Pensando que tenemos una balanza con las razones que tiene para dejar de consumir drogas (pros +) o no dejar de conducir (contras -), encierre en un círculo la imagen que crea usted que se asemeje más a sus sentimientos actuales.



A continuación en la tabla coloca tus razones por las cuales deseas dejar el consumo de drogas y por las cuales aún no estás totalmente convencido. Si estás convencido totalmente no es necesario poner desventajas.

Tabla 1. Dejar de consumir	
Ventajas (Pro)	

Desventajas Contra)	
--------------------------------	--

Ahora suponiendo que ha llegado a un nivel de consumo ideal (abstinencia), anote en la tabla siguiente cuales serían las consecuencias positivas y cuales las negativas de haber abandonado el uso de estas sustancias.

Tabla 2. Dejar de consumir	
Consecuencias	
Positivas (Pro)	
Negativas (Contra)	

Ejercicio Sesión II.

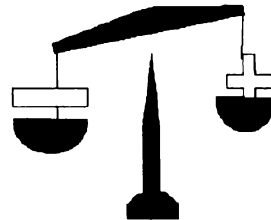
Después de la lluvia de ideas que escuchó por parte de los compañeros y esperando que en este momento usted haya obtenido más razones y esté más motivado para dejar de lado el consumo de drogas llene las siguientes tablas.

Tabla 1. Dejar de consumir	
Ventajas (Pro)	
Desventajas (Contra)	

Tabla 2. Dejar de consumir	
Consecuencias	
Positivas (Pro)	

Negativas (Contra)	

Después de haber hecho conciencia del consumo de sustancias, los pros (+) y los contras (-) de su uso, y pensando en lo positivo que es dejar de consumirlas, dígame ¿en cuál de las balanzas se encuentra en este momento?






ANEXO 9

TÓPICO III. ESTABLECIMIENTO DE LA META

Tarea Sesión III.

Ahora le pedimos medite bien cuál es su tipo de consumo y en qué color del semáforo se encuentra y anote en la última casilla frente a su situación cuales son los motivos por los que usted crea que se sitúa ahí. Si es necesario puede pedirle ayuda a un familiar cercano.

COLOR DEL SEMÁFORO	TIPO DE CONSUMO	RAZONES POR LAS QUE CREEES TE SITUAS EN ESTE COLOR
	Consumo problemático: dependencia, problemas familiares, laborales, escolares.	
	Consumo riesgoso: inicio del consumo, uso de drogas ocasionalmente, sin consecuencias aparentes.	


	No consumo.	
---	-------------	--



Ejercicio 1. Tópico III.

Ahora que ya sabemos en donde estamos conforme al semáforo, establezcamos a donde deseamos llegar. Recuerde que es usted mismo el que establecerá su meta y que una vez que lo haga no podemos cambiar del color rojo a amarillo, ni viceversa, solo avanzar a verde.

Ahora en la siguiente tabla marque la meta a la cual quiere llegar, que será de acuerdo al color que escoja; frente a este coloque las razones por las que desea que esta sea su meta.

Ejemplo: deseo el color verde (no consumo) porque estoy cansado de tener problemas familiares y en mi trabajo a causa de las drogas.

COLOR DEL SEMÁFORO	TIPO DE CONSUMO	RAZONES POR LAS QUE QUIERAS LLEGAR A ESTE COLOR
	Consumo problemático: dependencia, problemas familiares, laborales, escolares;	

	Consumo riesgoso: inicio del consumo, uso de drogas ocasionalmente, sin consecuencias aparentes,	
	No consumo	

Ejercicio 2. Tópico III. A continuación tenemos un pequeño compromiso que haremos con nosotros mismos señalando la meta que deseamos alcanzar.

Fecha: _____

Yo _____ doy mi consentimiento para participar en un tratamiento para abandonar mi consumo de droga y/o alcohol.

▪ Como parte del tratamiento, leeré los ejercicios, haré las tareas asignadas (todas relacionadas con el tratamiento), cooperaré contestando los ejercicios que se me pidan. Sé que puedo abandonar el tratamiento en el momento que quiera, aunque sé que antes de tomar esas decisiones conveniente discutir con el terapeuta mis razones.

Igualmente me comprometo a informar al terapeuta de cualquier consumo indebido, sentimientos de deseo y pensamientos acerca de las drogas, que llegue a tener durante y después del tratamiento.

Firma del paciente

ANEXO 10

TÓPICO IV. MANEJO DEL DESEO DE CONSUMO DE DROGA (CRAVING).

Área tópico IV.

A continuación haga un listado de actividades que le guste realizar y que no estén relacionadas con uso de drogas.

Ejemplo: comer con la familia, salir a correr en las tardes, etc.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____

Ejercicio 1, t3pico IV.

Para poder combatir el deseo de consumir drogas debemos identificar como es y c3dnde se presenta este deseo, haciendo conscientes algunas se1ales que presentamos antes y despu3s.

1. 3Qu3 ocurre antes de comenzar a sentir el deseo de consumo?

2. 3En qu3 momento del d3a y la semana es m3s fuerte el deseo de consumir?

3. 3En qu3 lugar me encuentro cuando sucede?

4. 3Qui3n o quienes se encuentran conmigo?

5. Ya que el deseo est3 presente, 3Qu3 sucede con usted?

6. 3Cu3les son sus pensamientos durante este momento?

7. 3Qu3 es lo que siente durante este lapso de tiempo?

8. 3Qu3 es lo que sucede despu3s de tener el deseo de consumir?

9. 3Cu3nto tiempo llega a durar?

10. 3Ha llegado a consumir para que el craving se detenga?

11. 3Ha logrado no consumir?

Ejercicio 2, t3pico IV.

Hacer un listado de pensamientos negativos asociados al deseo de consumo de drogas.

Ejemplo:

1. "Me siento fatal si no consumo droga",
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____

A continuaci3n realiza una lista donde anotes pensamientos positivos y de afrontamiento ante el deseo de consumo.

Ejemplo:

1. Las cosas van bien con mi familia, ¡sigue asi!
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

Ejercicio 3. Tópico IV.

Algunas de las veces al dejar de consumir drogas tenemos tiempo libre el cual nos causa ansiedad y ayuda a producir el deseo de volver a consumirla. A continuación te damos un ejemplo de cómo poder ordenar las actividades de tal forma en que no tengamos ratos de ociosidad.

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
FECHA	13-jun-2012	14-jun-2012	15-jun-2012	16-jun-2012	17-jun-2012	18-jun-2012	19-jun-2012
1:00 AM							
2:00 AM							
3:00 AM							
4:00 AM							
5:00 AM							
6:00 AM							
7:00 AM							
8:00 AM							
9:00 AM							
10:00 AM							

11:00 AM
12:00 AM
1:00 PM
2:00 PM
3:00 PM
4:00 PM
5:00 PM
6:00 PM
7:00 PM
8:00 PM
9:00 PM
10:00 PM
11:00 PM
12:00 AM
1:00 AM
2:00 AM



3:00 AM	
4:00 AM	
5:00 AM	

Ahora en la siguiente tabla intenta organizar tu horario semanal, si hay espacios en blanco ayúdate a llenarlo con las actividades que enlistaste en tu tarea de esta sesión.

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
FECHA							
1:00 AM							
2:00 AM							
3:00 AM							
4:00 AM							
5:00 AM							
6:00 AM							
7:00 AM							
8:00 AM							
9:00 AM							
10:00 AM							
11:00 AM							
12:00 AM							
1:00 PM							
2:00 PM							

3:00 PM							
4:00 PM							
5:00 PM							
6:00 PM							
7:00 PM							
8:00 PM							
9:00 PM							
10:00 PM							
11:00 PM							
12:00 AM							
1:00 AM							
2:00 AM							
3:00 AM							
4:00 AM							
5:00 AM							

ANEXO 11

TÓPICO V. HABILIDADES PARA LA VIDA

Ejercicio 1. Presentando a mi compañero.

INSTRUCCIONES:

El grupo se debe de dividir en parejas y colocarse un número entre ellos (1 o 2).

Los número 1 comenzarán a presentarse, pueden comentar los gustos, actividades que realizan, pasatiempos favoritos, etc.

Después de 5 minutos el paciente con el número 2 comenzará su presentación.

Igualmente a los 5 minutos después de que el compañero comience la presentación se detendrá la dinámica.

- A continuación el paciente con el número 1 se presentará como si fuera el paciente con el número 2 y viceversa. (Al paciente que se está presentando no puede hablar).

Esta técnica nos ayudará por medio de las expresiones de los pacientes que tan buenos escuchas fuimos y que tan buenos somos para expresar lo que se nos ha comentado. Igualmente se verá si podemos decir las cosas como nos las han comunicado o se hacen adiciones o interpretaciones.

Al finalizar el ejercicio se debe comentar qué le pareció la actividad, cuáles fueron sus sentimientos y que harían para mejorar su comunicación.

Ejercicio 2. Reflexionando sobre cómo actuamos (Secretaría de Salud, 2013).

- Pediremos al grupo que describa cada uno, una situación en la cual no fue o no sería capaz de expresar frente a otros, lo que se siente y piensa.
- Posteriormente sugiere que escriban las razones por las cuales no defendieron sus derechos y/o no mostraron sus verdaderos sentimientos.
- Para terminar, se debe promover una discusión grupal en donde compartan sus respuestas y se les dé un punto de vista.

Ejercicio 3. Mi árbol(Secretaría de Salud, 2013).

INSTRUCCIONES:

Pide que dibujen un árbol con sus raíces, ramas, hojas y frutos.

En las raíces escribirán sus cualidades; en las ramas, sus habilidades o las cosas positivas que realiza. Y en las hojas y frutos, los éxitos o triunfos que han logrado.

Posteriormente lo colocarán a la vista de todos y cada uno lo explicará.

Si alguien puede agregar algo al árbol del compañero, lo hace.

Para finalizar, promueve una discusión grupal en donde se discutan las siguientes preguntas: ¿Cómo te sentiste al hacer el árbol?, ¿Cómo te sentiste al compartirlo?,

¿Te ayudó esta actividad a valorarte?

Ejercicio 4. Frases incompletas(Secretaría de Salud, 2013).

El primer paso para expresar nuestras emociones es identificarlas; esta actividad te ayudará para esto.

INSTRUCCIONES:

A continuación responde las siguientes frases incompletas:

• Cuando estoy callado con mis amigos, me siento _____

Cuando me enojo con alguien, me siento _____

Cuando me regañan me siento _____

Cuando tengo un problema, me siento _____

Cuando estoy contento, lo demuestro _____

Cuando tengo miedo, busco _____

Posteriormente, se pide que alguien nos comparta sus respuestas y se realice una discusión. Se debe destacar la importancia de identificar sus sentimientos.

Ejercicio 5. Reconoce lo que te estresa(Secretaría de Salud, 2013).

INSTRUCCIONES:

Pide a los participantes que hagan una lista de las situaciones que les preocupen o les causen estrés.

Una vez que tiene definidas las situaciones, se deben clasificar por grado de estrés que les provocan, del 1 al 3, donde 3 es demasiado estresante, 2 es muy estresante y 1 es estresante.

Tienen que identificar las causas que provocan estas situaciones.

Se debe identificar la situación que les provoca mayor estrés y que describan lo que pueden hacer para disminuirlo. Pueden utilizar una o varias de las recomendaciones para enfrentar el estrés que están marcadas en la descripción de actividades de la sesión.

Para finalizar, si algunos pacientes quiere compartir su ejercicio con el resto del grupo, mencionando las recomendaciones que usará para disminuir el estrés.

Ejercicio 6. Resolviendo problemas(Secretaría de Salud, 2013).

INSTRUCCIONES:

- Se pide que piensen en un problema que tengan o hayan tenido recientemente y lo escriban en una hoja.
- Siguiendo los pasos descritos, intentar resolverlo.
- Usar las preguntas de la siguiente tabla.

PREGUNTA	RESPUESTA
¿Cuál es el problema?	

¿Por qué sucedió?	
¿Cómo puedo solucionarlo?	
¿Cuál es la solución que más me conviene o convino?	
¿Cómo puedo o pude llevarla a la práctica?	
¿Qué resultado tuve o tendré?	

ANEXO 12

TÍTULO VI. INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO.

Ejercicio 1. Amenazas que no se cumplen (Martínez, Molina, Ruíz, & Torres, 2000).

Hagamos un listado de advertencias que se han cumplido y de las cuales no, posteriormente veamos las consecuencias que hemos tenido.

Amenazas que no se han cumplido	Consecuencias
Amenazas que se han cumplido	Consecuencias

Ejercicio 2. Cubriendo a nuestro paciente (Martínez, Molina, Ruíz, & Torres, 2000).

Ahora reflexionemos los siguientes cuestionamientos y después expongámoslos con el grupo.

- A. ¿Cuál es la razón por la que ha ocultado información a nuestros familiares?
Describir el motivo que nos llevó a ello.

3. ¿Qué consecuencias puede tener el encubrir al paciente?

Para la familia en conjunto.

*Para el propio paciente.

*Para nosotros como persona que intenta ayudar.

Ejercicio 3. Creando normas de convivencia.

¿Qué es lo que nos causa más conflicto con el paciente y en dónde podríamos poner algún tipo de regla? (económico, responsabilidades en casa, trabajo, escuela, horarios)

¿Cuáles son las reglas que se pondrán para dar solución?

.NEXO 13

ÓPICO VII. ¿QUÉ OCURRE SI VUELVO A CONSUMIR?

Ejercicio 1. ¿Qué harías?

Imaginemos que tenemos una recaída durante nuestra abstinencia:

- ¿Qué harías?
- ¿dejarías de beber o continuarías haciéndolo hasta acabar en una recaída completa?

Con estas preguntas debemos incitar al grupo a hacer reflexión y un debate. Esto nos ayudará a tener más opciones si es que se nos presenta esta situación.

Ejercicio 2. Estrategias para detener un episodio de caída.

Se pide al paciente que escriban una lista de qué hacer en caso de que haya una caída durante el tratamiento.

Esta lista se debe con la finalidad de tener ideas o tips de que hacer si se presenta una situación de riesgo.

Ejemplo de la lista:

- Dejar la droga.
- Abandonar el lugar donde hay droga.
- Revisar la lista de las consecuencias negativas de usar drogas y positivas de la abstinencia.
- Poner en práctica alternativas como telefonar a la institución de ayuda o a una persona que pueda servir de apoyo.

.NEXO 14. SESIÓN DE EVALUACIÓN FINAL

evaluación del tratamiento.

Reactivos	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo
1. Creo que este programa es una herramienta útil para resolver mi problema de consumo de alcohol o droga.				
2. El tiempo que duró la terapia fue el adecuado para cumplir las metas de consumo que me propuse.				
3. Me gustaron las lecturas y ejercicios que se usaron en la terapia.				
4. Participar en este Programa me ayudó a cambiar mi consumo de alcohol o drogas.				
5. Yo recomendaría este Programa a mis amigos que tuvieran problemas con su consumo de alcohol y drogas.				
6. Las metas que me propuse desde un principio en la terapia fueron útiles para mejorar mi vida.				

<p>9. el ejercicio de Balance Decisional me pareció útil para ver las ventajas y desventajas de disminuir mi consumo de alcohol y drogas.</p>				
<p>10. Los cambios que hice en mi manera de consumir alcohol o drogas fueron por asistir a esta terapia.</p>				
<p>11. La forma en que mi terapeuta me explicó cada sesión de la terapia me ayudó a cumplir mis metas.</p>				
<p>12. Los ejercicios que realicé en cada sesión me ayudaron a disminuir mi consumo de alcohol o drogas.</p>				
<p>13. Mi terapeuta me motivó en cada sesión a cumplir mi meta de consumo.</p>				
<p>14. Mi terapeuta fue puntual en cada sesión.</p>				
<p>15. Mi terapeuta me permitió expresarme libremente.</p>				

¿Qué fue lo que más te gustó del programa?

¿Qué fue lo que no te gustó del programa?

¿Qué recomendarías para mejorar el programa?
