



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 17 No. 4

Diciembre de 2014

PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS: UN ESTUDIO DE CASO PARA TRATAR LA ADICCIÓN EN PRISIÓN

Gloria Estela Castellanos López¹

Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte, México
Subsecretaría de Sistema Penitenciario del Distrito Federal

RESUMEN

Las adicciones son un problema social por vincularse al delito y de salud pública debido al reducir de la calidad de vida del individuo. Considerando las condiciones de las cárceles en el Distrito Federal, los tratamientos para combatir las adicciones son indispensables para disminuir el impacto de todos estos factores sobre la vida del individuo y a su vez en la dinámica de las instituciones. El objetivo de este trabajo fue aplicar el programa de satisfactores cotidianos (PSC) en un usuario que se encontraba en reclusión en un centro penitenciario del Distrito Federal, como propuesta alternativa a los tratamientos que se brindan dentro del centro penitenciario (Alcohólicos Anónimos y Clínica Residencial bajo el Modelo Minnesota) debido a que el usuario ya había recurrido a ambos tratamientos sin poder lograr la abstinencia. Si bien, no se cumple con la meta de abstinencia como tal, durante los doce meses posteriores al tratamiento, si hubo una disminución en el patrón de consumo, al reducir la cantidad y frecuencia del mismo, si se cumplieron los objetivos terapéuticos en los que se intervino para favorecer que el usuario a partir de la cuarta sesión alcanzara y mantuviera su abstinencia durante 8 meses.

¹Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte, México
Subsecretaría de Sistema Penitenciario del Distrito Federal gecastellanos01@hotmail.com

Palabras clave: tratamiento, consumo dependiente, satisfacción cotidiana, abstinencia, prisiones.

DAILY SATISFACTION PROGRAM: A CASE STUDY FOR TREATING ADDICTION IN PRISON

ABSTRACT

Addiction is a social problem to be linked to crime and a public health problem because cause reduction quality life on the individual. If we think in conditions in Federal District's jails, treatments for addiction are necessary for reduce the impact of these factors over individual's life and in the dynamics of institutions too. The objective of this study was to apply the Daily Satisfaction Program (DSP) in one inmate in a Federal District jail like an alternative option to treatments that are provided within that prison (Alcoholics Anonymous and Residential clinic by Minnesota model) because the user has proved both treatments without reach abstinence. While not meet the goal of abstinence as such during the 12 months after treatment, there is a decrease in the consumption pattern, because he reduced the amount and the frequency of it. The therapeutic objectives were reaching to stimulate that the user has achieved his abstinence starting from fourth session and during 8 months.

Key words: Treatment, everyday satisfaction, abstinence, dependent consumers, prisons.

Las adicciones son un problema de salud pública debido a que la Encuesta Nacional sobre Adicciones, realizada en 2011 muestra que en México alrededor 550,000 personas entre los 18 a los 65 años tienen un problema de dependencia a alguna droga, (Secretaría de Salud, 2012). Es también un problema social ya que muchas de esas personas han incurrido en algún delito y ahora se encuentran cumpliendo su sentencia dentro de un centro penitenciario (Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera, 2013).

La proporción de la población con problemas de consumo de estupeficientes, según datos del Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social (2009), es de alrededor del 95%, la estimación de delitos cometidos bajo el influjo del alcohol y/o algún estupeficiente es de 60% en población penal adulta (Santamaría, 2012). Las sustancias que consumen al

interior de estos lugares son: crack (cocaína en piedra), marihuana, pastillas psicotrópicas, cocaína en polvo e inhalantes (Castellanos, 2009, 2013).

Lo anterior torna complejo el proceso de reinserción social si tenemos en cuenta las condiciones en que viven dichas personas en los centros penitenciarios, en la Ciudad de México, por ejemplo, existen 10 centros penitenciarios con una capacidad de 22 mil 524 reos pero en realidad habitan ahí más de 41 mil, lo que genera condiciones como: hacinamiento, sobrepoblación, déficit para atención de la salud, corrupción, falta de oportunidades educativas y laborales, violencia, etc.

Como una medida para contrarrestar éstos efectos adversos, actualmente se encuentran funcionando, 4 clínicas residenciales organizadas bajo el modelo Minnesota, funcionando en 3 centros varoniles: Penitenciaría del Distrito Federal, el Centro Varonil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla, el Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte y una para mujeres en el Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla. Además, cuatro comunidades terapéuticas, que funcionan en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, Reclusorio Preventivo Varonil Sur, Reclusorio Preventivo Varonil Norte y Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan. También hay dos clínicas ambulatorias en el Centro Varonil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla y en el Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente, enfocadas al manejo de internos en uso y abuso de sustancias psicoactivas.

El uso de drogas se traduce en una reducción de la calidad de vida del individuo en un sentido amplio, en donde se pierden gradualmente un lugar y un espacio dentro del entorno social, que sólo son reemplazados, por las redes de consumo que se construyen al transitar por la adicción. A ello hay que agregar la carencia o pérdida de habilidades sociales que tiene lugar cuando el inicio del consumo ocurre en edades tempranas, contribuyendo así a agudizar el aislamiento. Para el National Institute on Drugs Abuse (NIDA, 2008) la adicción es una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias negativas. Es una enfermedad debido a las modificaciones que las drogas producen en el cerebro,

pudiendo cambiar su estructura anatómica y química alterando también su funcionamiento. Desde la perspectiva teórica del condicionamiento clásico, la adicción es el resultado de una historia de aprendizaje, de una intención con ambiente motivacionalmente empobrecido y con pensamientos probablemente derrotistas sobre su capacidad para abandonar el consumo.

En México, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), define un tratamiento en adicciones como el conjunto de estrategias, programas y acciones encaminadas a conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, así como reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de las sustancias, como de su familia, impidiendo la evolución de la adicción, e identificando y tratando los padecimientos asociados (Secretaría de salud, 2009). En el tratamiento cognitivo conductual, se le ayuda al individuo a desarrollar habilidades para llegar a ser más autorreflexivo, monitorear su conducta e identificar riesgos ambientales (una fiesta) o personales (mal humor), como antecedentes del consumo. En el contexto de estos tratamientos se adquieren habilidades autorregulatorias y de demora de gratificación, que le permiten a la persona una mejor toma de decisiones con respecto al uso de la sustancia, incluyendo la abstinencia. El objetivo del presente trabajo fue aplicar el programa de satisfactores cotidianos en un usuario que se encontraba en reclusión en un centro penitenciario del Distrito Federal.

MÉTODO

Participante

Es un usuario de 31 años, masculino, separado, con 2 hijos, secundaria completa, desempleado, proveniente de un estrato sociocultural y económico bajo, vivía en la Delegación Cuauhtémoc. Al inicio del tratamiento se encontraba recluso en el Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte cumpliendo una sentencia de 3 años y 2 meses. El usuario llegó a consulta porque deseaba dejar de consumir drogas, su droga de preferencia eran las

benzodicepinas, pero también consumía marihuana y cocaína, habiendo comenzado a experimentar nuevamente consecuencias negativas por su manera de consumir, tales como: problemas de salud, sentirse enojado, insatisfecho, desesperado, tener deudas económicas, robar, vender droga, no poder ver a sus hijos. El usuario inició el consumo de alcohol a los 10 años y su consumo de drogas a la edad de 12 años. Estando recluido se interno en la clínica modalidad residencial donde concluyó sus 3 meses de tratamiento dejando de consumir la marihuana y la cocaína, pero continuo consumiendo el clonazepam bajo el argumento de que lo “necesitaba” al tenerlo prescrito con el psiquiatra. Refiere haber estado unas semanas sin consumir las otras drogas, cuando volvió a consumirlas se incorporó al grupo de AA existente en esa institución, dejando de consumir la marihuana y la cocaína pero continuó consumiendo el clonazepam.

La conducta problema sobre la que deseaba intervenir era el consumo de drogas, siendo la meta del tratamiento la abstinencia. Los objetivos terapéuticos en los que se intervino para favorecer que el usuario alcanzará su meta fueron: mejorar su satisfacción con su funcionamiento cotidiano, desarrollar habilidades de estabilidad emocional y para enfrentar emociones desagradables, malestar físico y presión social.

Instrumentos

- Entrevista Conductual: obtener la información necesaria para conocer si el usuario cumple con los criterios de inclusión.
- Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD): conocer el nivel de dependencia del usuario, sus índices de confiabilidad varían de .86 a .95 (Flores y Barragán, 2010).
- Inventarios de Depresión de Beck: evaluar su nivel de depresión y detectar la necesidad de canalizarlo a intervención psiquiátrica simultánea por problemática dual, cuenta con una consistencia interna mediante el alpha de Cronbach de .87, $p < .000$, tiene elevada validez concurrente con la Escala de Zung al correlacionar con una $r = .70$, $p < .000$ (Barragán, Flores, Medina-Mora y Ayala, 2007).

- Inventario de Ansiedad de Beck: evaluar su nivel de depresión y detectar la necesidad de canalizarlo a intervención psiquiátrica simultánea por problemática dual, posee una consistencia interna de .83 mediante el alfa de Cronbach y alta confiabilidad test-retest con $r=.75$ (Barragán, et al., 2007).
- Línea Base Retrospectiva (LIBARE): conocer el patrón de consumo un año antes de la intervención y compararlo posteriormente hasta el seguimiento a un año, después de terminada la intervención, su confiabilidad test-retest es de .91 y validez concurrente con el reporte del colateral de .82 (Barragán, et al., 2007).
- Inventario de Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas (ISCD): saber cuáles son las principales situaciones de riesgo en las que el usuario acostumbra consumir, tiene una confiabilidad test - retest de .98 y en la validez de reactivos mediante prueba "t" todos mostraron significancia de .000 (Barragán, et al., 2007).
- Cuestionario de Confianza Situacional (CCS): identificar el nivel de confianza que el usuario percibe tener respecto a qué tan seguro se siente para no consumir, al momento de enfrentar ocho situaciones de riesgo de consumo, su consistencia interna de 0.97, medida a partir del alfa de Cronbach (Salazar, Váldez, Martínez y Pedroza, 2010).
- Escala de Satisfacción General: evaluar el nivel de satisfacción del usuario de su funcionamiento cotidiano en diez diferentes áreas, cuenta con una consistencia interna de .76 y adecuada validez de criterio (Barragán, et al., 2007).

Procedimiento

Al usuario se le invitó de manera personal a participar en el programa debido a que se presentó en la clínica para el tratamiento de adicciones del centro penitenciario solicitando nuevamente tratamiento debido a que había vuelto a consumir. Se le describió de manera general en qué consistía el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) y se le explicó los potenciales beneficios que

podría obtener si aceptaba participar, una vez que aceptó, se le programó su cita. Durante la sesión de admisión firmó el formato de consentimiento informado.

Se utilizó el PSC como propuesta alternativa a los tratamientos que se brindan dentro del centro penitenciario (grupo de A.A y Clínica Residencial bajo el Modelo Minnesota) debido a que el usuario ya había recurrido a ambos tratamientos sin poder lograr la abstinencia. Se eligió el PSC por ser un programa de intervención que ha sido diseñado para aquellos usuarios con dependencia severa a sustancias adictivas que desean dejar el consumo y mantenerse en abstinencia, además de que ha sido un programa que ha demostrado eficacia para favorecer la abstinencia en la población mexicana, al impactar las variables mediadoras e incrementar la satisfacción de los usuarios con su vida cotidiana (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005; Barragán, et al., 2007; Barragán, et al., 2009). El programa estuvo compuesto por 20 sesiones con duración de 90 minutos en cada una de las cuales se trabajó con un objetivo terapéutico específico:

1. Admisión: identificar si el usuario cumple con los criterios para ingresar al programa
2. Evaluación: obtener información detallada acerca de la conducta de consumo para identificar la frecuencia, intensidad, duración, eventos precipitadores, la seguridad que el usuario percibe tener para resistirse al consumo y la satisfacción que tiene en general con su funcionamiento cotidiano.
3. Análisis funcional de la conducta de consumo: identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de consumo, detectando las situaciones de alto riesgo, las consecuencias que pueden reforzar la conducta de consumo y pueden ser elegidas como metas a alcanzar mediante conductas alternativas de cambio.
4. Análisis funcional de la conducta de no consumo: identificar una conducta que no tenga que ver con el consumo y que el usuario disfrute; analizar esta conducta le permite al usuario identificar aquellas conductas placenteras y pro – sociales que ya utiliza y que puede incrementar.

5. Muestra de abstinencia: identificar las ventajas, los motivadores y beneficios de no consumir y establecer su muestra de abstinencia por un período de 90 días.
6. Metas de vida: adquirir habilidades para establecer metas en las diferentes áreas de su vida cotidiana, así como planes de acción y períodos para alcanzarlas para favorecer su abstinencia.
7. Rehusarse al consumo: desarrollar habilidades que le permitan rechazar el consumo de manera efectiva ante situaciones de presión social.
8. Entrenamiento en habilidades de comunicación: mejorar la comunicación entre él y las personas con las que convive.
9. Entrenamiento en solución de problemas: aprender conductas efectivas de enfrentamiento ante situaciones difíciles de su ambiente y vida cotidiana.
10. Habilidades sociales y recreativas: identificar de cinco actividades que le gustaría realizar y cinco personas no consumidoras con las que podría realizarlas, decidir qué actividades realizar de acuerdo a las que ofrece la institución y cuáles tienen mayor probabilidad de ocurrir, así como anticipar los obstáculos que se puedan presentar. Elegir tres actividades semanales que le gustaría realizar, dos permanentes y una esporádica.
11. Control de las emociones (enojo): aprender las estrategias necesarias para controlar la intensidad y duración de su enojo en situaciones donde lo experimenta para favorecer el mantenimiento de su abstinencia.
12. Control de las emociones (tristeza): aprender estrategias para el control de la tristeza que experimenta para que continúe en abstinencia.
13. Control de las emociones (ansiedad): aprender alternativas de enfrentamiento de situaciones de ansiedad, a fin de favorecer el mantenimiento de su abstinencia.
14. Búsqueda y mantenimiento de empleo: identificar la importancia de contar con un empleo y mantenerlo, como un elemento satisfactorio en su vida que le permitirá mantenerse sin consumo cuando salga de prisión, así como orientarlo para que defina su meta laboral, además de darle a conocer cuál

es la documentación que se requiere y cómo se lleva a cabo una entrevista laboral.

15. Prevención de recaídas: entrenar al usuario a reconocer los signos que indiquen posibles recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento.
16. Post-tratamiento: obtener información detallada acerca de la conducta de consumo para identificar cómo se modificó durante el tratamiento en cuanto a la frecuencia, intensidad, duración, eventos precipitadores, la seguridad que el usuario percibe tener para resistirse al consumo y la satisfacción que tiene en general con su funcionamiento cotidiano. También se evaluó la satisfacción del usuario respecto a las habilidades aprendidas y la utilidad de las estrategias aplicadas para alcanzar y mantener su abstinencia, así como el desempeño del profesional de la salud como terapeuta.
17. 4 sesiones de seguimiento: citas subsecuentes al mes, 3 meses, 6 meses y un año posteriores al tratamiento para reevaluar el estado del usuario e identificar la presencia de algún riesgo de consumo, permitiendo el monitoreo continuo del avance en la recuperación del usuario.

RESULTADOS

Pre-tratamiento

El usuario presenta un nivel de dependencia “sustancial” a las benzodiazepinas, a la marihuana y a la cocaína (15 puntos), experimentando síntomas como: consumo de más de una droga al mismo tiempo, no poder dejar de consumir la droga cuando lo quiere, sentir culpa por el consumo, problemas y quejas de familiares por su consumo, descuidar a la familia, perder el trabajo, involucrarse en actividades ilegales para obtener la droga, tener síntomas físicos de retiro, solicitar ayuda por su problema con las drogas y estar en tratamiento por su consumo (Véase Figura 1). El análisis del patrón de consumo de drogas durante el año previo al tratamiento indica que el número total de dosis consumidas fue de 835.5, siendo 294 ocasiones de consumo en 49 semanas (Véase Figura 2).

Los precipitadores al consumo de drogas ocurren cuando se encuentra en situaciones en las que experimenta emociones desagradables (76.67%) como el enojo, malestar físico (63.23%) principalmente problemas para dormir, dificultades para concentrarse, sentirse con poca energía, y al exponerse a la presión social (60%) estando con otros consumidores, al estar frente a invitaciones de otros al consumo o escuchar las experiencias de otros ante el consumo (Véase Figura 3). En cuanto a la autoeficacia para resistirse al consumo de la droga, por tener emociones desagradables (10%), tener conflicto con otros (50%), estar expuesto a presión social (20%), sentir algún malestar físico (10%), tener alguna emoción agradable (60%), estar pasando momentos agradables con otros (60%), tener necesidad y tentación por consumir (60%) y querer probar su autocontrol personal (60%) sobre la sustancia (Véase Figura 4). Posee un nivel de satisfacción disminuido en la mayor parte de las áreas de su vida cotidiana: con respecto a su forma de consumo (3 puntos), cómo se encuentran sus relaciones familiares (3 puntos), su situación legal (3 puntos), manejo y control de sus emociones (3 puntos), trabajo (5 puntos), vida social y recreativa (5 puntos), hábitos personales (6 puntos), comunicación (6 puntos) y finalmente en el manejo del dinero (7 puntos). Su nivel de satisfacción general (5 puntos) con su vida también se encuentra disminuido (Véase Figura 5). Presentando un nivel de depresión (Véase Figura 6) y ansiedad leve (Véase Figura 7).

Post-tratamiento

El usuario presenta un nivel de dependencia “bajo” a las benzodiazepinas (4 puntos), reportando síntomas como: abusar de drogas de prescripción médica, experimentar síntomas físicos de retiro, solicitar ayuda por su problema con las drogas y estar en tratamiento por su consumo (Véase Figura 1). El análisis del patrón de consumo de drogas indica que el número total de dosis consumidas fue de 51, siendo 18 ocasiones de consumo durante 3 semanas (Véase Figura 2). Presentó consumo de benzodiazepinas al exponerse a situaciones en las que experimentó malestar físico (10%) al presentar dificultades para dormir (Véase Figura 3).

Se incrementa su autoeficacia al mostrar mayor seguridad para resistirse al consumo de la droga, pasando de 41.25% antes a 80% después del tratamiento. En cada área: tener emociones agradables (80%), desear probar su autocontrol (80%) sobre la sustancia, querer pasar momentos agradables con otros (80%), experimentar conflicto con otros (80%), encontrarse en situaciones de presión social (80%), tener emociones desagradables (80%), experimentar malestar físico (80%), y al encontrarse en situaciones que le generen necesidad física (80%) (Véase Figura 4). Ha incrementado su nivel de satisfacción en la mayor parte de las áreas de su vida cotidiana, siendo las áreas de mayor satisfacción las de consumo (9 puntos) y manejo del dinero (9 puntos), seguidas por hábitos personales (8 puntos), relaciones familiares (8 puntos), situación legal (8 puntos), manejo y control de sus emociones (8 puntos), trabajo (8 puntos), vida social y recreativa (8 puntos), y comunicación (8 puntos), finalmente en su nivel de satisfacción general (8 puntos) con su vida también se ha incrementado (Véase Figura 5). Presentando un nivel de depresión (Véase Figura 6) y ansiedad mínima (Véase Figura 7).

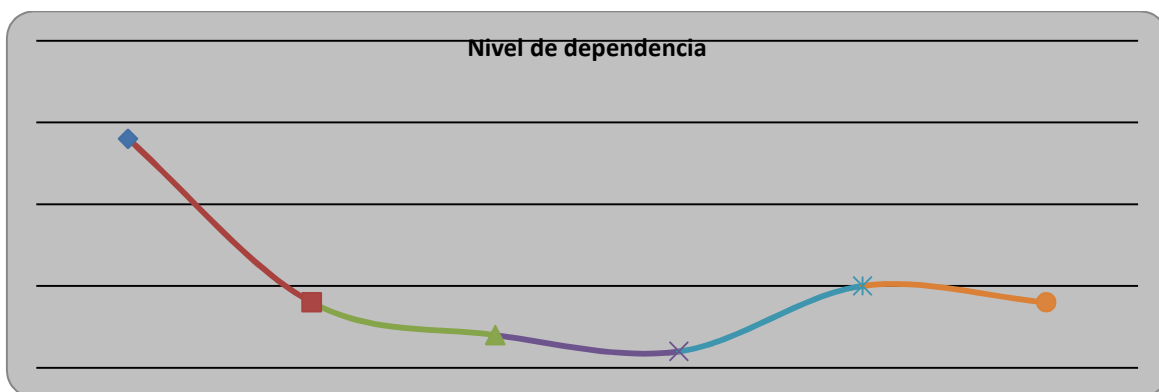


Figura 1. Nivel de dependencia del usuario

Primer seguimiento

El usuario presenta un nivel de dependencia “bajo” a las benzodiazepinas (2 puntos), en el que se presenta la ocurrencia de los siguientes síntomas: presentar síntomas físicos de retiro y estar en tratamiento por su consumo (Véase Figura 1). El análisis del patrón de consumo indica que el número total de dosis consumidas

fue de 0 (Véase Figura 2), por lo que no experimentó precipitadores (Véase Figura 3).

Incrementa su autoeficacia al mostrar mayor seguridad para resistirse al consumo de la droga, pasando de 41.25% antes del tratamiento a 85.625% después del primer seguimiento. En cada área: tener emociones agradables (90%), desear probar su autocontrol (85%) sobre la sustancia, querer pasar momentos agradables con otros (90%), experimentar conflicto con otros (85%), encontrarse en situaciones de presión social (90%), tener emociones desagradables (90%), experimentar malestar físico (80%), y encontrarse en situaciones que le generen necesidad física (80%) (Véase Figura 4). También ha incrementado su nivel de satisfacción en la mayor parte de las áreas de su vida cotidiana, siendo las áreas de mayor satisfacción las de consumo (9 puntos), manejo del dinero (9 puntos) y hábitos personales (9 puntos), seguidas por relaciones familiares (8 puntos), situación legal (8 puntos), manejo y control de sus emociones (8 puntos), trabajo (8 puntos), vida social y recreativa (8 puntos) y comunicación (8 puntos), finalmente en su nivel de satisfacción general (8 puntos) con su vida también se ha incrementado (Véase Figura 5). Presentando un nivel de depresión (Véase Figura 6) y ansiedad mínima (Véase Figura 7).

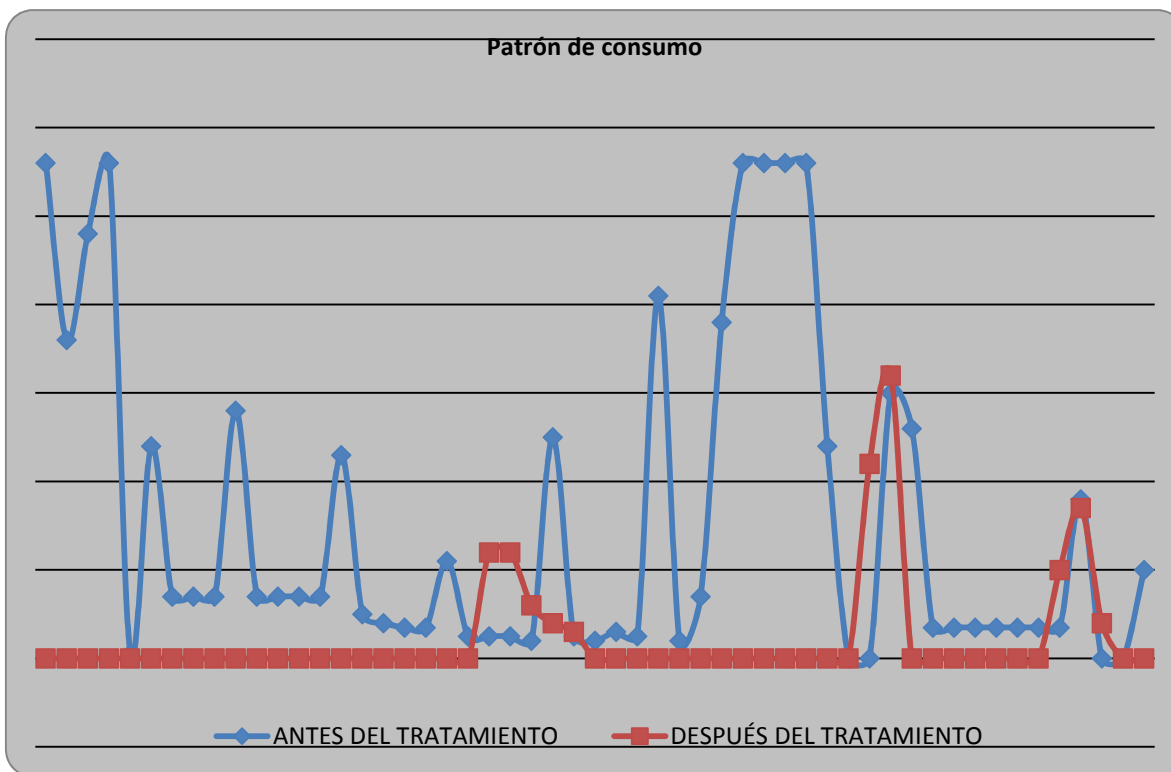


Figura 2. Comparativo de la LIBARE antes y después del tratamiento

Segundo seguimiento

El usuario presenta un nivel de dependencia “bajo” a las benzodiacepinas (1 punto), experimentando los siguientes síntomas: presentar síntomas físicos de retiro (Véase Figura 1). El análisis del patrón de consumo de drogas indica que el número total de dosis consumidas fue de 0 (Véase Figura 2), por lo que no experimentó precipitadores (Véase Figura 3).

Incrementa su autoeficacia al mostrar mayor seguridad para resistirse al consumo de la droga, pasando de 41.25% antes del tratamiento a 95% después del segundo seguimiento. En cada área: tener emociones agradables (100%), desear probar su autocontrol (100%) sobre la sustancia, querer pasar momentos agradables con otros (100%), experimentar conflicto con otros (100%), encontrarse en situaciones de presión social (100%), tener emociones desagradables (90%), experimentar malestar físico (80%) y encontrarse en situaciones que le generen necesidad física (90%) (Véase Figura 4). Ha incrementado su nivel de satisfacción en la mayor parte de las áreas de su vida

cotidiana, siendo el área de mayor satisfacción la de consumo (10 puntos), seguida por manejo del dinero (9 puntos), hábitos personales (9 puntos), relaciones familiares (9 puntos), situación legal (9 puntos), manejo y control de sus emociones (9 puntos), trabajo (8 puntos), vida social y recreativa (9 puntos), comunicación (9 puntos) y en su nivel de satisfacción general (9 puntos) con su vida también se ha incrementado (Véase Figura 5). Presentando un nivel de depresión mínima (Véase Figura 6) y ansiedad leve (Véase Figura 7).

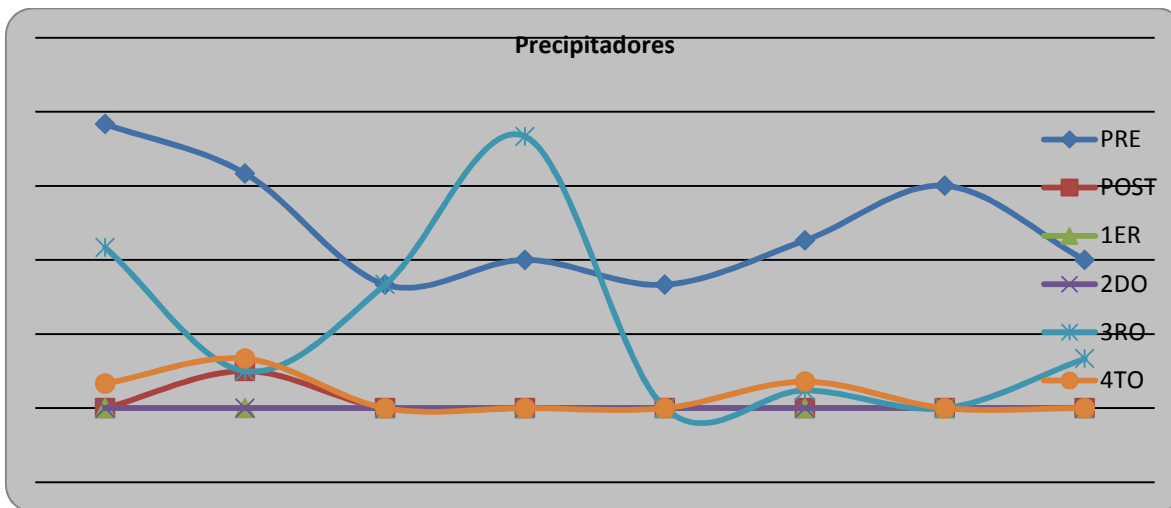


Figura 3. Precipitadores de consumo experimentados por el usuario.

Tercer seguimiento

El usuario presenta un nivel de dependencia “bajo” a las benzodiazepinas (5 puntos), reportando los siguientes síntomas: usar drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas, abusar de las drogas de prescripción médica, abusar de más de una droga al mismo tiempo, pedir a alguien a que le ayude a resolver con su problema de drogas y estar en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas (Véase Figura 1). El análisis del patrón de consumo indica que el número total de dosis consumidas fue de 37, siendo 20 ocasiones de consumo en 5 semanas (Véase Figura 2).

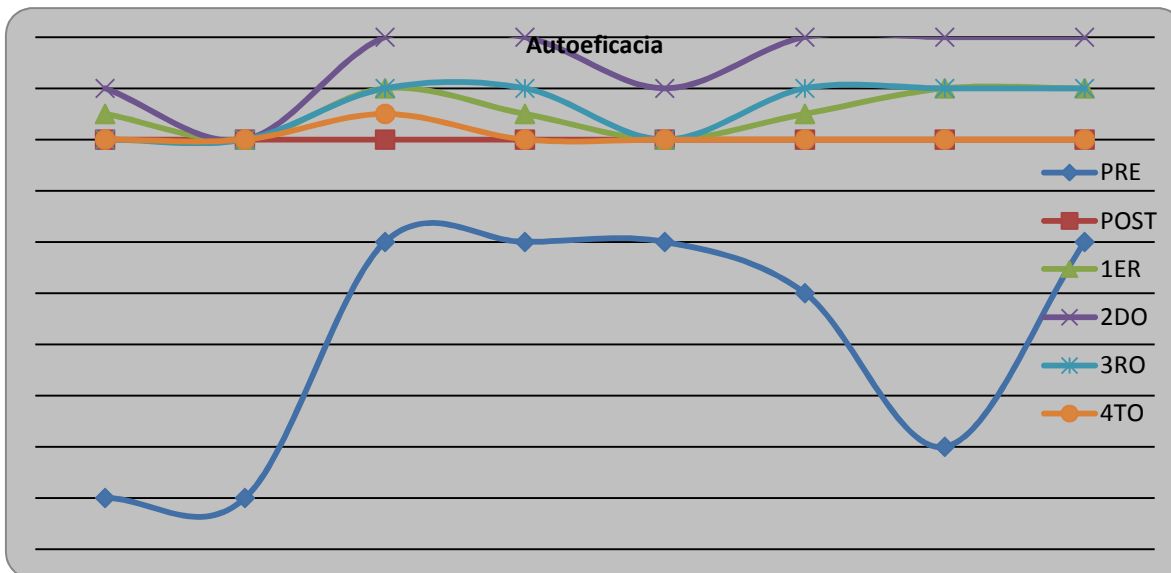


Figura 4. Nivel de seguridad del usuario para resistirse al consumo de drogas

El usuario presentó consumo de benzodiazepinas, marihuana y cocaína en piedra al exponerse a situaciones en las que deseó probar su autocontrol (73.33%), probarse si podía usar la droga con moderación, que ya no era un problema para él, o que podía consumirla ocasionalmente o que podía estar con amigos que consumen sin hacerlo; también consumió al experimentar emociones desagradables (43.33%) sentirse deprimido, culpable y abrumado, emociones agradables (33.33%) sentirse contento y relajado. Otras situaciones en las que consumió al encontrarse pasando momentos agradables con otros (13.33%) mientras convivía con sus amigos y celebraban, al experimentar malestar físico (10%) principalmente problemas para dormir, y al tener conflicto con otros (4.76%) se peleó con la novia (Véase Figura 3).

Reduce su autoeficacia al mostrar menor seguridad para resistirse o rechazar el consumo de la droga, pasando de 95% en el segundo seguimiento a 86.25% durante el tercer seguimiento. Las áreas donde se observa la disminución son: emociones desagradables (80%), emociones agradables (90%), desear probar su autocontrol (90%) sobre la sustancia, encontrarse en situaciones que le generen necesidad física (80%), experimentar conflicto con otros (90%), encontrarse en situaciones de presión social (90%) y querer pasar momentos agradables con

otros (90%). El área que se mantiene es malestar físico (80%) (Véase Figura 4). Disminuyó su nivel de satisfacción en la mayor parte de las áreas de su vida cotidiana, observándose en las áreas de: consumo (7 puntos), manejo del dinero (7 puntos) el dinero que tenía ahorrado se lo gasto en droga durante los días que consumió, situación legal (8 puntos) estuvo castigado 15 días por esconder los tenis de un compañero estando intoxicado, manejo y control de sus emociones (8 puntos) se ha sentido muy ansioso y enojado consigo mismo, vida social y recreativa (8 puntos), comunicación (8 puntos), finalmente su nivel de satisfacción general (8 puntos) con su vida también ha disminuido. Las áreas que se mantuvieron son: hábitos personales (9 puntos), el estado en el que se encuentran sus relaciones familiares (9 puntos), así como progreso en el trabajo/escuela (8 puntos) (Véase Figura 5). Presenta un nivel de depresión (Véase Figura 6) y ansiedad mínima (Véase Figura 7).

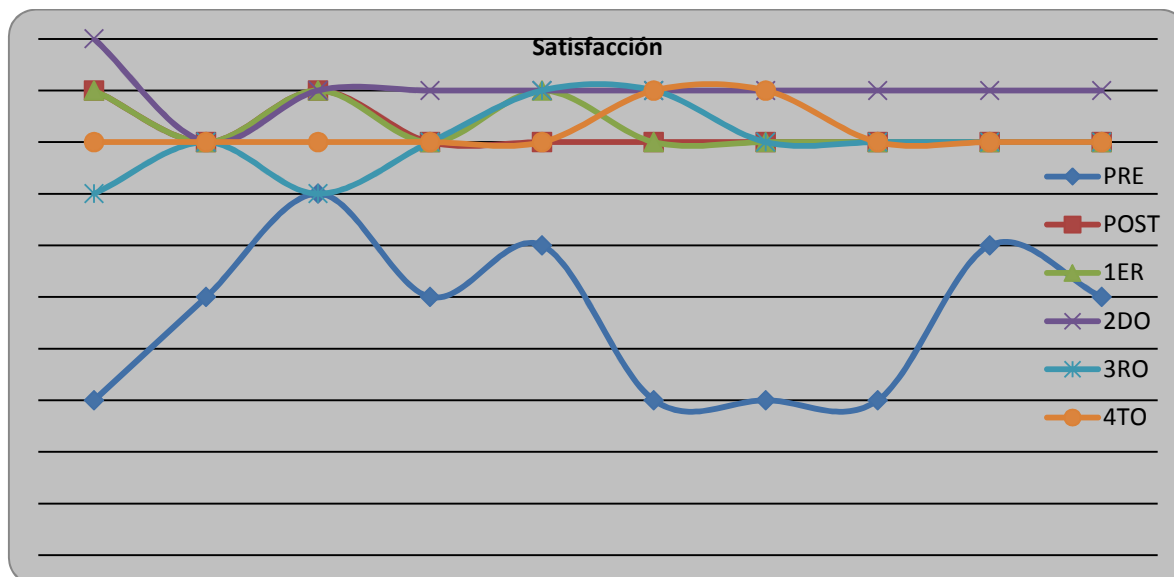


Figura 5. Nivel de satisfacción con su vida cotidiana experimentado por el usuario

Cuarto seguimiento

El usuario presenta un nivel de dependencia “bajo” a las benzodiazepinas (4 puntos), presentando síntomas como: uso de drogas diferentes a las que se utilizan por razones médicas, abusar de drogas de prescripción médica, abusar de más de una droga al mismo tiempo y experimentar síntomas físicos de retiro

(Véase Figura 1). El análisis del patrón de consumo de drogas indica que el número total de dosis consumidas fue de 85, siendo 22 ocasiones de consumo en 5 semanas (Véase Figura 2). Presentó consumo de benzodiazepinas, marihuana y cocaína en piedra al exponerse a situaciones en las que experimentó malestar físico (13.33%) al presentar dificultades para dormir y dolor de cabeza, conflicto con otros, al tener discusiones con la mamá de sus hijos o su novia (7.14%), y emociones desagradables (13.33%) al sentirse enojado y tenso (Véase Figura 3).

Disminuyó su autoeficacia al mostrar menor seguridad para resistirse o rechazar el consumo de la droga, pasando de 86.25% en el tercer seguimiento a 80.62% durante el cuarto seguimiento. En cada área: tener emociones agradables (85%), desear probar su autocontrol (80%) sobre la sustancia, querer pasar momentos agradables con otros (80%), experimentar conflicto con otros (80%), encontrarse en situaciones de presión social (80%), tener emociones desagradables (80%), experimentar malestar físico (80%) y al encontrarse en situaciones que le generen necesidad física (80%) (Véase Figura 4).

Ha incrementado su nivel de satisfacción en tres áreas de su vida cotidiana, con respecto al seguimiento anterior: consumo (8 puntos), manejo del dinero (8 puntos) y situación legal (9 puntos); disminuyó la satisfacción en sus hábitos personales (8 puntos); y el resto permanece en el mismo nivel de satisfacción: relaciones familiares (9 puntos), manejo y control de sus emociones (8 puntos), trabajo (8 puntos), vida social y recreativa (8 puntos) y comunicación (8 puntos), finalmente su nivel de satisfacción general (8 puntos) con su vida también se ha mantenido (Véase Figura 5). Presentando un nivel de depresión (Véase Figura 6) y ansiedad mínima (Véase Figura 7).

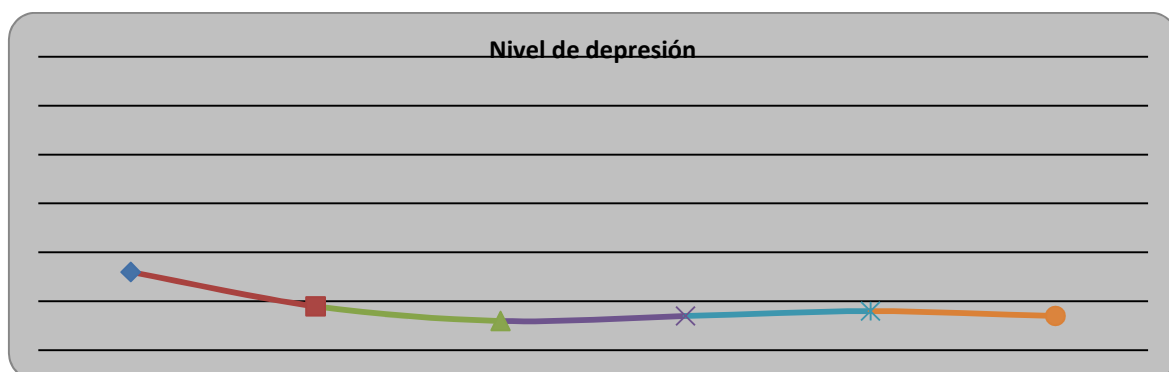


Figura 6. Nivel de depresión experimentado por el usuario

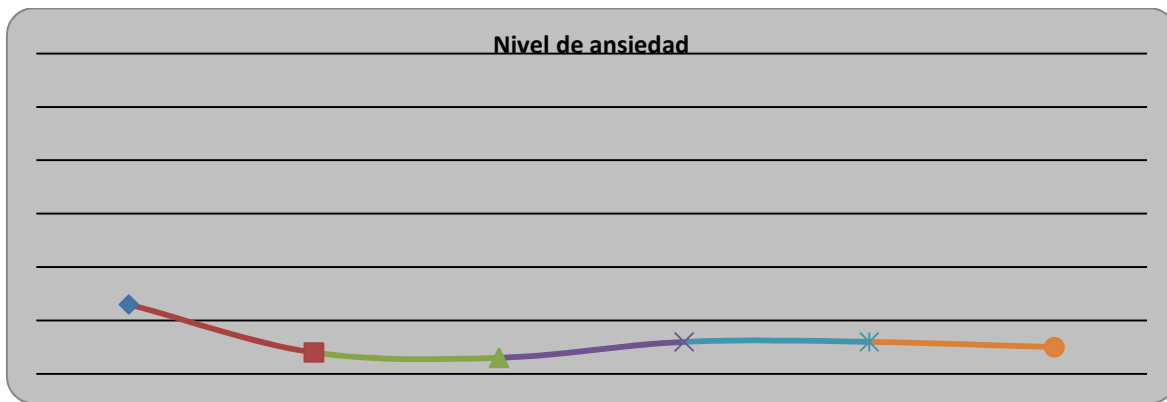


Figura 7. Nivel de ansiedad experimentado por el usuario

Discusión

La conducta problema sobre la que deseaba intervenir era el consumo de drogas, siendo la meta del tratamiento la abstinencia. Si bien, no se cumple con la meta de abstinencia como tal, durante los 12 meses posteriores al tratamiento, si hay una disminución significativa en el patrón de consumo, al reducir la cantidad y frecuencia del mismo, por lo que, se puede considerar que el tratamiento ha tenido éxito, como lo señala Dorantes (2012), un buen sistema de rehabilitación es aquel que tiene la capacidad de modificar el patrón de consumo de usuario. Es decir, que el número de recaídas cada vez sea menor y que cuando se llegue a presentar, éste no sea tan severo como el que había venido presentando al momento del ingreso al programa.

Por otro lado, se cumplieron parcialmente los objetivos terapéuticos en los que se intervino para favorecer que el usuario a partir de la cuarta sesión alcanzara y mantuviera su abstinencia durante 8 meses los cuales fueron: mejorar su satisfacción con su funcionamiento cotidiano, desarrollar habilidades de estabilidad emocional y para enfrentar emociones desagradables, malestar físico y presión social.

El usuario presenta un incremento en la satisfacción general con respecto al inicio del tratamiento, ya que al término de los 12 meses de seguimiento, ha realizado cambios en su estilo de vida: hace 6 meses que obtuvo su libertad, tiene un trabajo estable, apoya económicamente a sus hijos con sus gastos, convive con ellos, ha mejorado su relación con su mamá y su hermano, también con la

mamá de sus hijos, se encuentra sin pareja porque así lo desea por el momento, dentro de sus planes se encuentra inscribirse en la prepa abierta para terminarla, refiere sentirse contento, han disminuido sus episodios de ansiedad y sus malestares físicos, ha empezado a hacer ejercicio, está yendo a correr 5 días a la semana por la mañana que fue durante el tiempo que estuvo en abstinencia uno de los recursos más funcionales para poder dormir.

En el patrón de consumo se pueden observar algunas “caídas” definidas por Shiffman (1989), como un lapso o única infracción de la norma de la abstinencia. Desde el enfoque cognitivo–conductual se concibe la caída como parte del esfuerzo en la recuperación, al ser una experiencia de aprendizaje más que un error de la persona. Algunos autores afirman que la mayoría de los usuarios de drogas recaen, independientemente del tipo de tratamiento, sugiriendo como variables que afectan la recaída: el nivel de consumo, tiempo de consumo, tipo de droga, el apoyo social y el poliuso de drogas (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993; Polivy y Herman, 2002; Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008; Heinz, Wu, Witkiewitz, Eipstein y Preston, 2009 y López, Hasin, Pérez de Los Cobos, Pine, Wang y Grant, 2011).

El usuario presentó al inicio del tratamiento un nivel de dependencia sustancial a las benzodiacepinas, la marihuana y la piedra, comenzó a consumir a la edad de 12 años, por lo que lleva consumiendo durante 19 años, cuenta con poco apoyo social ya que mientras estuvo en prisión solo lo visitaban primero su abuelita y luego su mamá cada 15 días, solo tiene un hermano con el que convive poco y sus amigos son gente que delinque y consume. Otras características con las que cumple el usuario también pueden ser: no estar casado y tener un bajo nivel educativo. De acuerdo con Marlatt y Gordon (1985) y Marlatt (1996), la caída es un consumo puntual que no supone retroceso a la línea base de consumo que existía antes de tomar la decisión de cambio, mientras que la recaída implica además del consumo de drogas, la vuelta a un estilo de vida anterior; los mismos ambientes, el delinquir, etcétera. Si bien, la ruptura de la norma autoimpuesta de estar abstinentes puede significar un retroceso, no implica necesariamente una recaída total.

Según Casas (1995), el consumo puntual es la prueba que realiza el usuario para saber si puede mantenerse en la abstinencia. Se toma el contacto con la droga pero sin sistematizar el consumo. Se puede observar que en el tercer seguimiento se incrementan los disparadores relacionados con probar el autocontrol debido a que se encontraba próximo (30 días) a obtener su libertad, aparece la inquietud de saber si puede estar con consumidores o si puede consumir de manera “controlada” debido a las condiciones del medio sociocultural al que regresara a vivir.

El modelo de la elección conductista (Tucker, Vuchinich y Harris, 1985; Tucker, Vuchinich y Gladsjo, 1991 citados por Llorente y Sánchez, 2012) argumenta que el consumo puntual puede estar asociado a la disponibilidad de la sustancia ya que esta tiene un papel importante en las respuestas de ansiedad y aumentan también las posibilidades de una recaída (McKay, Foltz, Stephens, Leahy, Crowley y Kissin, 2005; Tate, Brown, Glasner, Unrod y McQuaid, 2006). Es frecuente que en la cárcel en la mayoría de las estancias consumen marihuana y/o crack principalmente en la noche cuando cierran las estancias y los internos no pueden salir de ellas. Como lo señalan Hser, Evans, Huang, Bretch y Li (2008), el contexto social en el que se desenvuelve la persona se considera crítico, cuando el ambiente favorece el consumo multiplica las probabilidades de recaída, por otro lado, cuando el usuario sale tiene fácil acceso a la droga por la colonia en la que vive.

Los principales precipitadores ante los cuales el usuario consumió fueron: probando autocontrol, emociones desagradables, malestar físico y conflicto con otros, lo que concuerda con evidencia documentada de la existencia de un fuerte vínculo entre estos precipitadores y las recaídas de consumo durante el primer año finalizado el tratamiento (Fernández, Jos, López, Landa y Lorea, 2007; Stultz, Gallop, Lutz, Wrenn y Crist-Cristoph, 2010). En cuanto a la autoeficacia para enfrentar los disparadores aquellos relacionados con el malestar físico permanece en el mismo nivel desde el post-tratamiento hasta el último seguimiento sin sufrir modificaciones, principalmente la dificultad para dormir, el cual fue reportado como el síntoma más frecuente relacionado con el consumo.

En el transcurso del cuarto seguimiento disminuye su nivel de autoeficacia regresando a niveles similares del post-tratamiento debido a los episodios de consumo o “caídas” ocurriendo lo que Marlatt (1996), llama el efecto de violación de la abstinencia, en el cual el sujeto – utilizando un patrón dicotómico de pensamiento- atribuye su conducta indulgente a factores puramente internos, enteramente globales y absolutamente estables en el tiempo. Así disminuye notablemente su autoeficacia (se siente como “un fracasado”) lo que con frecuencia favorece la recaída.

El mayor nivel de autoeficacia lo alcanza durante el segundo seguimiento, debido al número de semanas que tenía en abstinencia, refiere que durante este tratamiento también dejó de consumir las benzodiacepinas, señalando “nunca antes lo había hecho”, ya que en otras intervenciones dejaba la marihuana y la cocaína en piedra pero se mantenía consumiendo el clonazepam bajo el argumento de que lo tenía prescrito por el psiquiatra, presenta también un ligero incremento de la ansiedad lo atribuye a que existe la posibilidad de que pueda ver a sus hijos otra vez, ya que tiene dos años sin verlos. Su nivel de satisfacción con su consumo es de 10 se siente contento por el período de abstinencia que lleva, y el de trabajo es 8, al sentirse inconforme por la falta de oportunidades para ejercer dicha actividad dentro del centro penitenciario.

En cuanto a los niveles de ansiedad y depresión permanecen muy similares durante los 4 seguimientos a partir de la evaluación del post-tratamiento.

Un tratamiento no se agota en el logro de la abstinencia, sino que también se busca la mejora de la salud física y mental y a un mejor funcionamiento en los ámbitos laboral, familiar y educacional de la persona.

CONCLUSIÓN

El consumo de drogas es una problemática multifactorial cuya atención se convierte en un reto cuando lo ubicamos en un contexto complejo como lo son los centros penitenciarios, donde se requiere con gran urgencia y demanda la puesta en práctica de tratamientos que impacten de manera positiva el estilo de vida de

los internos y que les permitan abstenerse de consumir o por lo menos disminuir su consumo.

Una sugerencia es realizar réplicas de este estudio de caso con esta población, otra sugerencia es buscar la adaptación del programa de satisfactores cotidianos para ser utilizado de manera grupal lo cual permitirá impactar un mayor número de población penitenciaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M. E. y Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, *28* (1), 61-71.
- Barragán, L., Flores, M., Medina-Mora, M. E. y Ayala, H. (2007). Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, *30* (3), 29-47.
- Barragán, L., Flores, M., Ramírez, C., Ramírez, N., Medina-Mora, M. E. y Reidl, L. (2009). Programa de Satisfactores Cotidianos para dependientes de alcohol y otras drogas. *Anuario de Investigación en Adicciones*, *10* (1), 50-69.
- Beck, A.; Wright, F.; Newman, C. y Liese, C. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford press.
- Casas, M. (1995). *Avances en drogodependencias*. Barcelona: Neurociencias.
- Castellanos, G. (2009). "Vivir con VIH/SIDA en prisión, el caso de la Ciudad de México", *Psicología y Salud*, *19* (1), 93-101.
- Castellanos, G. (2013). "Del vicio a la enfermedad: representaciones sociales de la adicción en la cárcel", *Alternativas en Psicología*, *29*. Recuperado de: <http://alternativas.me/index.php/num29/42-2-del-vicio-a-la-enfermedad-representaciones-sociales-de-la-adiccion-en-la-carcel>.
- Dorantes, L.E. (2012). Derivación y tratamiento en el sistema penitenciario mexicano. En García, L. y Barriguete, B. (eds.) *Actualidades en Adicciones 2012: Adicciones y grupos específicos: grupos vulnerables y personas en conflicto con la ley*. México: CONADIC – SSA.
- Fernández, J.; Jos, J.; López, J.; Illescas, G.; Landa, N y Lorea, I. (2009). Relapse precipitants in addictions: results in a therapeutic community. *Journal of addictive disease*, *26*, 55-61.
- Flores, B. y Barragán, L. (2010). Mantenimiento de las habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas. *Salud mental*, *33* (1), 47-55.
- Garmendia, M., Alvarado, M., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Social support as a protective factor of recurrence alter drug addiction treatment. *Revista Médica de Chile*, *136*, 169-178.

- Heinz, A. J., Wu, J., Witkiewitz, K., Epstein, D. y Preston, K. (2009). Marriage and relationship closeness as predictors of cocaine and heroin use. ***Addictive Behaviors***, *34*, 258-263.
- Hser, Y., Evans, E., Huang, D., Brecht, M. y Li, L. (2008). Comparing the dynamic course of heroin, cocaine, and methamphetamine use over 10 years. ***Addictive Behaviors***, *33*, 1581-1589.
- López-Quintero, C., Hasin, D., Pérez de Los Cobos, J., Pine, A., Wang, S. y Grant, B. (2011). Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. ***Addiction***, *106*, 657-669.
- Llorente, J.M. y Sánchez, E. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína. ***Adicciones***, *24* (3), 269-280. Recuperado de: http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/269-280_SANCHEZ-HERVAS_copia.pdf
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). ***Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors***. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1996). Models of relapse and relapse prevention: a commentary, ***Experimental and Clinical Psychopharmacology***, *4* (1), 55-60.
- McKay, J., Foltz, C., Stephens, R., Leahy, P., Crowley, E. y Kissin, W. (2005). Predictors of alcohol and crack cocaine use outcomes over a 3-year follow-up in treatment seekers. ***Journal of Substance Abuse Treatment***, *28*, 73-82.
- Medina-Mora, M.E.; Real, T.; Villatoro, J. y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? ***Salud Pública de México***, *55* (1), 67-73.
- National Institute on Drug Abuse. (2008). ***Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción***. Recuperado de: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion>.
- Secretaría de salud. (2009). ***Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones***. México: Secretaría de salud.
- Polivy, J. y Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. ***Annual Review of Psychology***, *53*:187-213. Recuperado en: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>

- Santamaría, B. (2012). Consideraciones y alcances de la relación entre la comisión de conductas delictivas y el consumo de drogas en México. En Secretaría de Salud (Ed.), **Adicciones y grupos específicos: grupos vulnerables y personas en conflicto con la ley**. México: Secretaría de salud-Conadic, 141-162.
- Salazar, M.; Váldez, J.; Martínez, K. y Pedroza, F. (2010). Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso. **Universitas Psychologica**, *10* (3), 803-815.
- Secretaría de Salud. (2012). **Encuesta nacional de adicciones 2011: reporte de drogas**. México: Secretaría de salud-CENADIC-CONADIC.
- Shiffman, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse, en Gossop, M. (ed.). **Relapse and Addictive Behavior**, London: Routledge, 149-179.
- Stulz, N., Gallop, R., Lutz, W., Wrenn, G. y Crits-Christoph, P. (2010). Examining differential effects of psychosocial treatments for cocaine dependence: An application of latent trajectory analyses. **Drug and Alcohol Dependence**, *106* (2), 164–172. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.08.009>
- Tate, S., Brown, S., Glasner, S., Unrod, M. y McQuaid, J. (2006). Chronic life stress, acute stress events, and substance availability in relapse. **Addiction Research and Theory**, *1* (3), 303-322, Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1080/16066350500262817>.