



Manual de Prevención de Recaídas

Vigente a 2016

DIRECTORIO

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Presidente Honorario Vitalicio del Patronato Nacional

Dr. Roberto Tapia Conyer

Presidente del Patronato Nacional

Sra. Kena Moreno

Fundadora de CIJ y Vicepresidenta B Vitalicia del Patronato Nacional

Lic. Carmen Fernández Cáceres

Directora General de CIJ

Lic. Iván Rubén Retiz Márquez

Director General Adjunto de Administración

Dr. José Ángel Prado García

Director General Adjunto de Operación y Patronatos

Dr. Ricardo Sánchez Huesca

Director General Adjunto Normativa

Dra. Laura Margarita León León

Directora de Tratamiento y Rehabilitación

Supervisión:

Psic. Ricardo León Fabela

Jefe del Departamento de Consulta Externa

Psic. Juan David González Sánchez

Subdirector de Consulta Externa

Ajustes:

Psic. Edith Chávez Vizuet

Psic. Lydia Gaona Márquez

Mtro. Marco Antonio Hernández Delgado

Departamento de Consulta Externa

ÍNDICE

Marco Teórico	1
1. Elementos Cognitivos Conductuales	1
Toma de decisiones	1
Autoeficacia percibida	2
Efecto de violación de abstinencia (EVA)	3
Las creencias	3
Situaciones o estímulos de alto riesgo	4
Prevención de recaídas (PR)	5
2. Técnicas Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)	6
a. Asertividad	7
b. Reestructuración cognitiva (Terapia Racional Emotiva Conductual TREC)	9
c. Solución de Problemas (SP) y Toma de Decisiones (TD)	11
d. Modelado	12
e. Terapia de Autocontrol (Autorregulación)	14
f. Relajación	15
ESPECÍFICACIONES PARA EL USO DEL MANUAL	16
PROGRAMA POR TEMAS	18
TEMA: PLAN DE VIDA LIBRE DEL CONSUMO DE SPA	19
TEMA: PROCESO DE RECAÍDA	21
TEMA: MOTIVACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA	24
TEMA: AUTOEFICACIA	26
TEMA: MANEJO DE FACTORES INTERNOS (PENSAMIENTOS Y EMOCIONES)	28
TEMA: HABILIDADES PARA MANTENER LA ABSTINENCIA: ASERTIVIDAD	33
TEMA: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	37
TEMA: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES	39
TEMA: REDES DE APOYO	41
TEMA: EVALUACIÓN	44
BIBLIOGRAFÍA	46

ANEXO 1: AUTORREGISTRO DE SITUACIONES DE ALTO RIESGO	47
ANEXO 2: MI PLAN DE VIDA	49
ANEXO 3: GUÍA DE EJEMPLOS	50
ANEXO 4: HISTORIAS	51
ANEXO 5: ¡SE INTELIGENTE!	52
ANEXO 6: TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	53
1. <i>Relajación larga</i>	54
2. <i>Inducción cenestésica (1)</i>	55
3. <i>Relajación</i>	56
4. <i>Relajación mental</i>	56
ANEXO 7: MAPA DE RED SOCIAL	57

Marco Teórico

El problema de las recaídas en usuarios/as de drogas que han logrado su abstinencia se ha convertido recientemente en objeto de atención, no sólo en el tratamiento sino en el plano de la investigación. Dentro de las primeras explicaciones generadas se consideró a la recaída más como un resultado (falla o fracaso), que como un fenómeno que requiriera estudio y atención; en este sentido, el modelo moral la concebía como la confirmación de la estructura malvada e inmoral de los/as adictos; el modelo médico la consideró como un distintivo de mala curación o una gravedad especial del problema (Díaz, 1993).

Por su parte el modelo transteórico de los procesos de cambio, desarrollado por Prochaska y DiClemente, le da un significado diferente y práctico a los eventos de recaídas, plantea que el cambio de una conducta adictiva es un proceso que se da a través de una serie de etapas o estadios a lo largo del tiempo, va desde que la persona no visualiza el problema hasta el momento en que éste ya no existe. Así, el abandono exitoso de la conducta adictiva abarca una progresión de cinco fases: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Sostiene además que los procesos de cambio no progresan en forma lineal; sino más bien en un proceso dinámico de avances y retrocesos, donde las personas siguen un patrón cíclico a través de diferentes estadios hasta que logran consolidar el mantenimiento de la abstinencia, dentro de dicho proceso las recaídas se presentan cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan; así, una recaída puede originarse en cualquier momento del proceso e implica un movimiento hacia los estadios de pre-acción (Graña Gómez. 2000). Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) refieren que aproximadamente un 15% de fumadores retroceden a la etapa de precontemplación, mientras que la gran mayoría regresa a las etapas de contemplación y preparación.

La recaída constituye una crisis y retroceso en los intentos por mantener los cambios de conducta (abstinencia); es importante tomar en cuenta las siguientes consideraciones: 1) Cuando se hace referencia a una recaída, es porque ha habido anteriormente un periodo de mejoría significativa en la modificación de una conducta (remisión del consumo) es posible que dentro de los primeros meses se pueda presentar una recaída, por ello diversos autores han propuesto utilizar otros términos como “resbalón, caída o desliz”, para designar el episodio inicial de retroceso, generalmente el resbalón se considera como algo temporal, mientras que la recaída supone un regreso más prolongado a los patrones de consumo previos al tratamiento. 2) El término recaída no debe concebirse como un evento puntual que se presenta de manera imprevista, sino bajo la noción de *proceso*, es decir, un conjunto interactivo y sucesivo de eventos que llevan a una persona a reiniciar el consumo de sustancias.

El modelo cognitivo–conductual, propuesto por Marlatt y Gordon (1985) basado en los principios de la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) de Albert Bandura, ha hecho aportaciones valiosas al estudio y tratamiento de las recaídas, de hecho plantea que la recaída es un problema de autocontrol ante determinadas situaciones que se consideran de riesgo. Señala que las personas que no presentan fallas de autocontrol es porque han desarrollado una serie de elementos cognitivos y habilidades de afrontamiento necesarias para superar con éxito las diferentes exigencias y amenazas de su vida cotidiana.

Los principales elementos cognitivo conductuales que participan dentro del proceso de las recaídas, así como la manera de intervenir para afrontarlas o superarlas¹, se presentan a continuación.

1. Elementos Cognitivo Conductuales

A. Toma de Decisiones

La Teoría del Aprendizaje Social (TAS) considera la toma de decisiones un componente importante en la cadena de sucesos que preceden y suceden a una caída o desliz.

El proceso decisional es un concepto clave tanto para iniciar un programa de cambio, como en la ruptura de la resolución que conlleva la recaída. Antes de que se de ésta, el adicto se enfrentará a un sinnúmero de puntos de elección (sea o no consciente de ello) los cuales serán definitivos para lograr el mantenimiento de la abstinencia o para volver a consumir: el resultado dependerá de la decisión que se tome.

Janis y Mann (1982), desarrollaron un modelo centrado en “la toma de decisiones en conflictos”, en el que describen cinco patrones de afrontamiento decisional: adherencia sin conflicto, cambio sin conflicto, evitación defensiva, hipervigilancia y vigilancia. Explican que la persona al tomar una decisión importante experimentará estrés, lo cual influirá en la decisión que tome. Dos de los patrones que desarrollan se consideran relevantes en el proceso de recaída:

¹ Grabowski (1986) señala que lo más probable es que no exista un marco conceptual suficiente que pueda incluir toda la amplitud de fenómenos que actualmente se describen bajo el término recaída.

1. *Hipervigilancia*; este patrón puede ser provocado por el estrés, generado en situaciones consideradas de alto riesgo; la persona, en lugar de valorar alternativas y buscar información necesaria, escoge en forma apresurada involucrarse en la conducta adictiva para encontrar rápidamente alivio.
2. *Evitación defensiva*; se fundamenta en delegar la responsabilidad y en atenuar las contradicciones de las alternativas escogidas (racionalizaciones y negociaciones), como un plan encubierto dirigido a la recaída; como si el individuo intentara evitar ser consciente de ello, un mecanismo defensivo ante la ansiedad y la culpa asociadas a la realización de la conducta adictiva. En este sentido, el proceso hacia la reincidencia puede ser guiado por decisiones aparentemente sin importancia, hasta colocarlo al borde de la recaída.

B. Autoeficacia percibida

Es concebida por Bandura en su TAS como un mediador cognitivo de la conducta. La define como el juicio que un individuo emite respecto a su propia capacidad de realizar una determinada conducta necesaria para alcanzar determinados resultados (Bandura, 1982,1986).

Marlatt también considera la autoeficacia como uno de los mediadores cognitivos que juegan un papel fundamental en el proceso de recaída, la define como: la percepción que tiene una persona sobre su capacidad para afrontar situaciones de riesgo (Marlatt y Gordon, 1983).

En este sentido, ante una tarea que constituye desafíos para la persona, la autoeficacia es una creencia interna sobre si se es capaz o no de superarla. El hecho de superar con éxito dicha situación aumenta el sentimiento de autoeficacia ante futuras situaciones similares y por el contrario, el fracaso disminuye la autoeficacia percibida.

Los juicios de autoeficacia se elaboran bajo cuatro fuentes de información:

- ✓ Reconocer los logros de ejecución que ha tenido previamente el sujeto.
- ✓ Las experiencias vicarias al observar las ejecuciones de los otros.
- ✓ La influencia social o persuasión externa de que se poseen ciertas capacidades.
- ✓ Las posibilidades físicas (anatomo-fisiológicas) de cada persona.

Asimismo, Marlatt señala que es importante considerar que no todas las actuaciones exitosas pueden tener un efecto en el aumento de la autoeficacia, porque, según el autor, se deben generar en la persona las siguientes cogniciones:

- ☞ La exposición a la situación de riesgo fue desafiante.
- ☞ Sólo un moderado grado de esfuerzo fue necesario para experimentar el éxito.
- ☞ Poca ayuda externa fue necesaria para el logro.
- ☞ El éxito fue parte de un patrón general de afrontamiento mejorado.
- ☞ Un incremento en el control personal fue demostrado.
- ☞ El afrontamiento exitoso fue relevante para situaciones problemáticas encontradas frecuentemente.

Bajo este entendido, es necesario enfatizar la diferenciación de dos conceptos complementarios en el nivel práctico: *expectativa de autoeficacia* y *expectativa de resultados*.

La *expectativa de autoeficacia*, como se mencionó, es un juicio sobre la capacidad de alcanzar un cierto nivel de acción (por ejemplo, enfrentar la presión de los amigos para no consumir una sustancia adictiva), en tanto que la *expectativa de resultado* es la expectativa de qué pasará como consecuencia de realizar la conducta: el efecto esperado (por ejemplo, sentimiento de orgullo y aceptación por parte de su pareja por no consumir). Es importante comprender la diferencia ya que en ocasiones los juicios sobre determinada capacidad no corresponden con los efectos esperados. Lo que ocasionaría fracaso y desilusión, pérdida del control y hasta de la funcionalidad. Las expectativas de autoeficacia contribuyen a la calidad del funcionamiento psicosocial.

Con relación a la prevención de recaídas, el nivel de autoeficacia de un/a paciente, indica la confianza que tiene la persona sobre su capacidad para afrontar situaciones de riesgo; si el sujeto puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá, ya que el afrontamiento satisfactorio a la situación de riesgo se percibe por el sujeto como una sensación de control que se asocia con la expectativa positiva de ser capaz de superar con éxito el próximo acontecimiento conflictivo que se le presente, por lo que se produce un considerable aumento de la autoeficacia.

A medida que aumente la duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar eficazmente cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de confianza en sus capacidades se incrementa y la probabilidad de recaída disminuye.

C. Efecto de Violación de Abstinencia (EVA)

Marlatt (1985) acuñó este concepto para explicar las reacciones consecuentes a la recaída; el efecto de violación se caracteriza por la aparición de culpa, conflicto, sentimientos de autoatribución del fracaso y una crisis en la motivación del cambio ante una caída o resbalón.

Como requisito previo para el desarrollo del EVA, la persona debió haber estado seriamente comprometida con el mantenimiento de la abstinencia. La intensidad del EVA será proporcional al grado de compromiso y/o esfuerzo puesto en el mantenimiento de la misma, a su duración y el valor subjetivo de la conducta en cuestión.

Este concepto se fundamenta también en la teoría de las atribuciones. Marlatt y otros autores asumen que los procesos cognitivos determinan las reacciones afectivas (Díaz, 1993). Desde esta perspectiva, la recaída se considera como un proceso de dos fases; la primera consiste en un fallo a la regla autoestablecida, “el resbalón”, la segunda es la reacción cognitiva-afectiva ante la vuelta al consumo, hay una atribución cognitiva (creencias del individuo) referente a la causa que generó dicho consumo, la cual interactuará con una reacción afectiva o respuesta emocional a esta atribución, lo que determinará que la caída sea seguida o no de un incremento en el consumo; dicho de otra manera, el hecho de que la primera caída sea seguida de una pérdida de control y un regreso a los patrones anteriores a la abstinencia, dependerá sobre todo de las percepciones que la persona tenga sobre las causas de la caída inicial.

El EVA se incrementa cuando las causas de la recaída son atribuidas a factores internos que se perciben como incontrolables; por el contrario la intensidad del EVA disminuirá cuando la persona atribuye la causa a factores externos inestables, pero percibidos como controlables. El EVA es, por lo tanto, un constructo dimensional en el que la gravedad de la recaída se considera dependiendo del grado de la respuesta emocional de volver al consumo de sustancias tras la abstinencia. Por consiguiente, a mayor efecto, mayor es la probabilidad de recaída, y cuanto menor sea el efecto de violación (con todas sus implicaciones cognitivas-conductuales), menor será la probabilidad de recaer.

D. Las Creencias

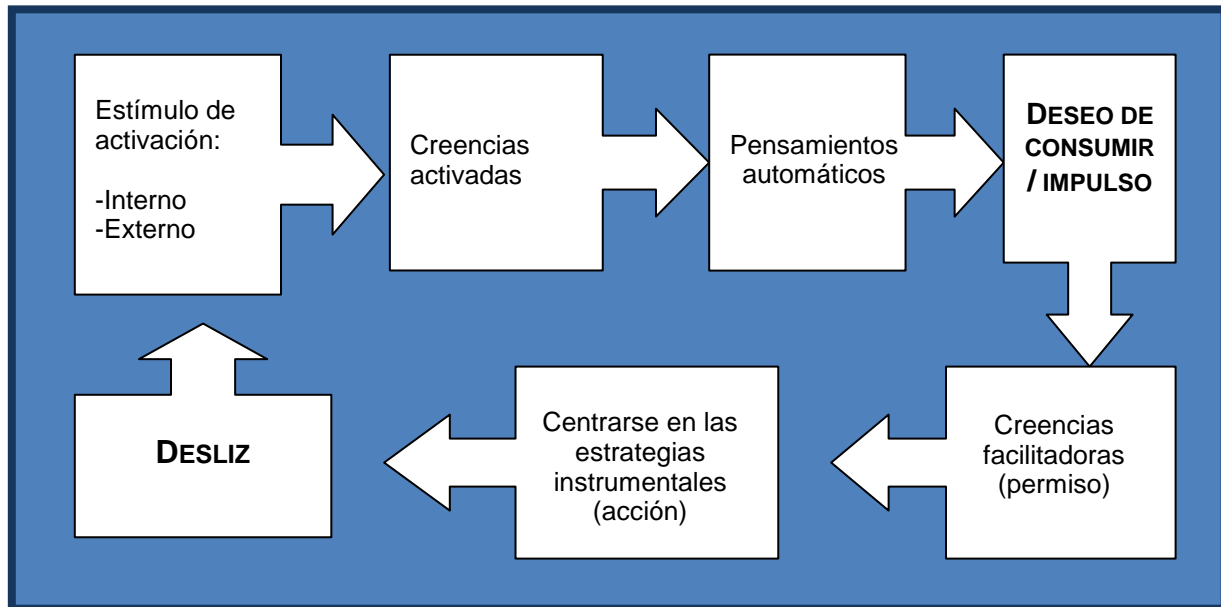
La Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva (TCO) de las adicciones de Aaron Beck, plantean que la modificación de las conductas manifiestas se logra mediante la modificación de los procesos del pensamiento o creencias. Estas corrientes toman en cuenta no sólo los acontecimientos del entorno que influyen en el individuo, sino cómo éste los evalúa e interpreta generando así pensamientos, emociones y conductas particulares.

Bajo este entendido, cuando la persona se encuentra en proceso de recuperación, enfrenta determinados estímulos o factores considerados de alto riesgo, con los que experimentará un intenso deseo de volver a consumir, lo que en muchos de los casos les ha llevado a reaccionar de forma impulsiva cediendo a la presión y tentación; todo ello es debido a que las creencias básicas que se fueron gestando desde que se inició en el consumo (ventajas inmediatas como la sensación de placer, alivio, fuga, concentración, etc.), aún no sufren cambios significativos; independientemente de que la persona haya adquirido durante su tratamiento, diversas habilidades que le permitirían afrontar una recaída.

En este sentido, cuando se activan las creencias básicas, la persona experimenta un aumento del deseo de consumir, donde sus intentos de autocontrol son minimizados por pensamientos que se relacionan con la permisividad (“una no es ninguna”, “no pasa nada”, “merezco una como premio”), propiciando un conflicto continuo entre las actitudes relacionadas con el control del impulso y las que predisponen a ceder ante la tentación, por lo que, los controles se van debilitando, a la vez que se acrecientan los impulsos, y por lo tanto la posibilidad de un desliz. Lo antes expuesto puede observarse en el siguiente esquema propuesto por Beck y cols. (1999), e ilustra la importancia que tiene la interacción de las creencias y estímulos de alto riesgo en el proceso de recaída para el consumo de sustancias.

Los pensamientos automáticos están ligados al deseo de consumir y a los impulsos, que al igual que otras emociones se convierten en fuertes estímulos internos de alto riesgo, que asociados a las creencias facilitadoras incrementan la posibilidad de que la persona adicta busque eventualmente las sustancias mediante la instrumentación de las estrategias y acción necesarias para adquirir y consumirlas, aunque sea de manera eventual.

Una vez que las creencias básicas han sido activadas, y el deseo de consumir es intensificado, se da lugar a la generación de nuevas creencias facilitadoras, que son un subtipo de creencias básicas vinculadas con el permiso de utilizar las drogas, lo cual otorga al impulso mayor libertad para consumir la acción (caída).



Se entiende por craving al deseo irrefrenable por consumir y el impulso se conceptualizaría entonces como la consecuencia instrumental del deseo de consumir, dicho de otra forma, la intención (consumatoria) conductual es el objetivo último del impulso, que es reducir el estado que lo ha motivado (craving); en este sentido, el deseo de consumir es un fenómeno dinámico que varía en cada persona e incluso es diferente para ella misma, dependiendo de la situación y tiempo de evolución del consumo a la/s sustancia/s, por ello el deseo de consumir es considerado como un estado motivacional intenso, con un importante trasfondo neurobiológico que puede ser disparado por diferentes estímulos (internos y/o externos) y es uno de los principales causantes de las recaídas, ya que éste puede resurgir después del tratamiento o de largos periodos de abstinencia.

Aunque existen diferencias en la conceptualización del craving, hay una serie de elementos comunes a ellas que es necesario tener en cuenta:

- a. El deseo o craving a sustancias forma parte de la adicción.
- b. El deseo se intensifica si el individuo recibe el impacto de señales asociadas al consumo de sustancias.
- c. Es fundamental enseñar a los individuos a analizar, afrontar y manejar sus deseos, observar cómo desaparecen sin necesidad de consumir.

Bajo este esquema, se hace evidente la necesidad de que las personas aprenden a reconocer la cadena de pensamientos, deseos y acontecimientos que hacen que las estrategias de control y mantenimiento de la abstinencia fallen. En este sentido, la Reestructuración Cognitiva es un procedimiento obligado en la prevención de recaídas, ya que permite a las personas contar con elementos prácticos para identificar y modificar las creencias y deseos que tienen respecto al consumo de sustancias.

E. Situaciones o Estímulos de Alto Riesgo

Las situaciones o estímulos de alto riesgo, tienen una función central dentro del modelo "Prevención de recaídas" desarrollado por Marlatt (citado en Casas y Gossop, 1993), quien de acuerdo con los resultados obtenidos en un estudio sobre condicionamiento aversivo hacia la bebida en 1978, identificó la presencia de ocho factores al momento de producirse un episodio de recaída; mismos que han sido identificados en otros estudios realizados con consumidores de heroína, jugadores compulsivos, fumadores y bulímicos (Marlatt y Gordon, 1980), los cuales para un mejor manejo se han clasificado en dos categorías:

1. Intrapersonales o internos. Son estados emocionales negativos y/o positivos, estados físicos negativos, control personal, deseos intensos y tentaciones.

2. Interpersonales o externos. Son los conflictos interpersonales, presión social hacia el consumo y celebración.

Estos estímulos o factores de alto riesgo siempre acompañan a las personas en su vida cotidiana, pero retoman mayor significancia cuando la persona se encuentra en proceso de recuperación, sobre todo cuando la persona está altamente comprometida con su propósito de mantener la abstinencia.

Una situación de alto riesgo es entendida, en términos generales, como cualquier situación (incluidas las reacciones emocionales derivadas de tal situación) que representa una amenaza para la sensación de control que tiene una persona y que aumenta el riesgo, en este caso de una recaída.

Feldman (2000), plantea que las causas que pueden llevar a la recaída son situaciones multifactoriales y no la consecuencia a un factor aislado. Los diferentes factores que contribuyen a la generación de una probable recaída, son:

- ★ Estados de ánimo (enojo, ansiedad, depresión, aburrimiento, soledad, culpa, vacío, etc.).
- ★ Conductuales (falta de habilidades para resolver problemas, pocas habilidades sociales, manejo del tiempo libre, etc.).
- ★ Cognitivas (actitudes, creencias, expectativas relacionadas al uso de drogas y la recuperación, baja autoeficacia, etc.).
- ★ Ambientales y relaciones interpersonales (disponibilidad a la droga, presión social sea directa o indirecta, no contar con un soporte positivo, realizar cambios importantes en la vida, conflictos interpersonales, etc.).
- ★ Fisiológicas (severidad de la adicción, enfermedades físicas, dolor físico, intenso urgente por consumir, etc.).
- ★ Psicológicas y psiquiátricas (trastornos mentales o de personalidad, problemas psicológicos no resueltos, otras conductas compulsivas, etc.).
- ★ Espirituales (culpa y vergüenza excesiva, falta de significado y propósito en la vida, sentimientos de vacío, dificultad para disfrutar la vida, lejanía con personas significativas, etc.).

De tal forma que los estímulos de alto riesgo pueden ser diversos y varían de una persona a otra según se presente la situación y las características personales con las que enfrenta dicha situación.

Cuando varios estímulos internos y externos le traen a la persona recuerdos asociados a la adicción, activan en él/ella deseos de consumo; sin embargo, si la situación no significa una amenaza seria a su sensación de autocontrol, entonces no habrá riesgo para el mantenimiento de la abstinencia; por el contrario si dichos estímulos son lo suficientemente intensos y la persona se expone a ellos por un tiempo prolongado, además, se dan en un entorno o ambiente propicio, es decir que los potencie, entonces, la conjunción de dichos elementos incrementarán los deseos (conformados por recuerdos, imágenes, pensamientos, sensaciones, emociones), hasta generar altos niveles de apetencia e impulsos, constituyéndose en una seria amenaza para la sensación de autocontrol, transformándose en alto riesgo para una recaída.

Luego ocurre el procesamiento de información o proceso cognitivo, donde se evalúa la situación, examinando las ganancias y pérdidas (a corto y largo plazo), lo que implica una situación de afrontamiento decisional: *consumir o mantener la abstinencia*; en este momento es cuando algunos mediadores cognitivos entran en juego: la autoeficacia y la toma de decisiones, ¿la persona se siente y es capaz de enfrentar las situaciones de alto riesgo? ¿Qué patrón de afrontamiento decisional asumirá frente a dicha situación? En este sentido, los estímulos influyen en las decisiones que toma una persona; pudiendo no desencadenar la conducta adictiva automáticamente.

Sin embargo, el aspecto más importante en este dilema, es que no hay que esperar a que las situaciones de alto riesgo tomen un curso no deseado; si se tiene en claro que la recaída es un proceso y cuáles son los principales elementos que intervienen, entonces la persona en recuperación puede actuar con anticipación ante las situaciones de alto riesgo (internas y/o externas) que en un momento dado las colocan al borde de la recaída. Ello implica, un proceso donde el individuo se capacite en la identificación y anticipación de los eventos que lo ponen en riesgo de consumir nuevamente y aprenda a controlarlos.

Prevención de Recaídas (PR)

Para Marlatt (1993), la prevención de recaídas (PR) es un programa de autocontrol diseñado para ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaídas en el cambio de conductas adictivas; en este

sentido el trabajo está relacionado con el aumento en la capacidad individual para afrontar con éxito las situaciones de alto riesgo, por ello, la PR combina los procedimientos conductuales de entrenamiento de habilidades, la terapia cognitiva y el re-equilibrio del estilo de vida.

La integración de estas estrategias terapéuticas debe, por tanto, capacitar a los individuos a identificar primeramente el cuándo y dónde de las situaciones de riesgo, las señales de alerta, reconstruyendo detalladamente los pensamientos, imágenes, emociones y cómo esto interactúa en el proceso de toma de decisiones (evaluación ideográfica). Este primer paso en la prevención de recaídas, marca una oportunidad de cambio, es decir, permite identificar claramente cuáles son los elementos cognitivos, emocionales, conductuales y ambientales que ponen en peligro su propósito de mantener la abstinencia, asimismo, permite ubicar recursos y déficit en habilidades de afrontamiento, con los cuales será posible establecer las estrategias particulares de entrenamiento.

El segundo paso es el entrenamiento o desarrollo de habilidades o capacidades de afrontamiento, que abarcan tanto las respuestas conductuales como las cognitivas para afrontar las situaciones de alto riesgo. Sin embargo, es necesario enfatizar y agregar procedimientos específicos tendientes a la reestructuración cognitiva destinados a proporcionar al individuo cogniciones alternativas relacionadas con los cambios de hábitos (un proceso de aprendizaje).

Asimismo, la PR como estrategia de mantenimiento no se enfoca sólo a dar solución a un problema específico, sino que va más allá; debe estar diseñada para fortalecer la capacidad global de afrontamiento de la persona y para reducir la frecuencia e intensidad de los deseos que a menudo son el producto de un estilo de vida desequilibrado. Mediante el desarrollo de habilidades de autocontrol mejorará su estilo general de vida, complementado con actividades que promuevan el bienestar físico, mental y social del/la paciente; por ejemplo, actividades gratificantes, de ocio, de relajación, físicas, deportivas, etc., y que de preferencia se realicen en forma grupal, de tal modo que refuerce las relaciones y apoyos sociales. Algunas investigaciones han mostrado que un programa de ejercicios aeróbicos se asocia con una reducción significativa de la conducta alcohólica (Murphy y col., 1986).

En este sentido, el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) es la piedra angular del programa de prevención de recaídas, de hecho también existen estudios, en donde se observa que la diferencia entre los que evitan la recaída y los que recaen, es porque los primeros aprenden a desarrollar y utilizar diferentes habilidades de afrontamiento.

Por ello, el contenido del programa de PR debe ser variable dependiendo básicamente de las necesidades de cada persona. Las posibles áreas de contenido pueden incluir asertividad, toma de decisiones, solución de problemas, control del estrés, entrenamiento en relajación, habilidades de comunicación y de habilidades sociales en general, entre otras. La versatilidad del contenido del programa tiene la finalidad de proporcionar al individuo un conjunto de habilidades bastante flexibles, para que pueda generalizarse a diversas situaciones y áreas problemáticas.

A continuación se describen las técnicas cognitiva-conductuales que se aplicarán en el programa de Prevención de Recaídas. No se tiene la intención de agotar el tema, sólo se desea proporcionar mayores elementos de apoyo en la implementación del presente servicio.

2. Técnicas, Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) reequilibrio del estilo de vida

Dentro de las técnicas que más se utilizan, se tiene un programa que por sí mismo permite favorecer el desarrollo e incremento de la autoeficacia, mejorar el control de impulsos y la toma de decisiones, entre otros aspectos, este es el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), que se apoya en otras estrategias como el Entrenamiento Asertivo, Reestructuración Cognitiva (Terapia Racional Emotiva Conductual), Solución de Problemas que incluye la Toma de Decisiones, Modelado, Autocontrol (Autorregulación) y Entrenamiento en Relajación (apoyado de la imaginería).

Las relaciones sociales se aprenden mediante la interacción con los demás; muchos de los problemas que se generan dentro de la convivencia diaria, tienen su origen en la falta de habilidades sociales, las cuales obviamente implican destrezas en la forma de relacionarse con los demás. Llevar a cabo una interacción que resulte placentera en cualquier ámbito (trabajo, escuela, familia e incluso en los ratos de ocio) permite la posibilidad de un desarrollo con mejor eficacia.

Es importante considerar a la habilidad social dentro de un marco cultural determinado, ya que los patrones de comunicación varían entre culturas y dentro de las mismas, por diferentes factores, por ello, no se establece un

criterio absoluto de habilidad social, ni se considera como la única “correcta”, ya que existen diferentes planteamientos que varían de persona a persona.

Cuando se establece un EHS, no debemos olvidar que éste contempla a su vez diferentes ámbitos, como:

- a. Entrenamiento en habilidades. La Teoría del Aprendizaje Social contempla: instrucciones, modelado, retroalimentación, reforzamiento entre otras cosas.
- b. Reducción de la ansiedad. Esto se logra de manera directa con técnicas de relajación o indirecta cuando se practica, incorpora y consolida la nueva conducta que resulta incompatible con aquella que genera ansiedad.
- c. Reestructuración cognitiva. Al modificar los pensamientos, se da un cambio en las actitudes ya sea de forma directa o indirecta.
- d. Entrenamiento en solución de problemas. La persona adquiere la habilidad para percibir los valores reales de las situaciones, procesarlos a fin de obtener respuestas potenciales, seleccionar una de ellas y aplicarlas.

Un factor indispensable dentro del EHS es el modelado, que por sus características, permite aprender nuevas conductas mediante la observación (del estilo, conductas verbales, no verbales y la enseñanza mediante instrucciones); y que al practicar las conductas en diferentes situaciones, la persona logra desarrollar sus capacidades cognitivas, las cuales cambian conforme a la edad.

Para iniciar el EHS, deben identificarse las áreas en las que se tienen dificultades, para delimitar la conducta problema, analizar el comportamiento que se tiene (conductual) y por qué se cree que no puede cambiarse (cognitivo); esto facilitará determinar el procedimiento a utilizar, explicar al/la paciente lo que se pretende alcanzar, fomentar la motivación para que sea capaz de reconocer lo que se dice a sí mismo/a (creencias), y la manera en que influyen en sus sentimientos y conducta.

Posteriormente, debe reconocerse si se carece de la conducta o si se encuentra inhibida, también es importante para determinar el programa a seguir, haciendo uso de instrucciones claras y precisas; exponer modelos, realizar ensayos conductuales mediante el role-playing (juego de roles), realizar prácticas semiestructuradas o no estructuradas, apoyarse en la autoobservación, para generalizar la mejora de la habilidad en un ambiente controlado (terapia) a un ambiente natural.

Las técnicas que más se utilizan en el EHS son: el ensayo conductual (juego de roles), reforzamientos, moldeamientos (real o simbólico), retroalimentaciones (verbal o en video), relajación, desensibilización sistémica, reestructuración cognitiva que contempla la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), solución de problemas, detención del pensamiento, modelamiento encubierto, manejo de instrucciones y la realización de tareas en casa.

Es así que las técnicas a utilizar para llevar a cabo el EHS dentro de la Prevención de Recaídas son: Asertividad, Reestructuración Cognitiva, Solución de Problemas y Toma de Decisiones, Modelado, Terapia de Autocontrol y Relajación.

a. Asertividad

Considerada como la habilidad que permite expresar deseos y sentimientos de manera amable, franca, abierta, directa y sobre todo adecuada, sin atentar contra la integridad de los demás, ni la personal.

La respuesta asertiva se diferencia de otros estilos de respuesta como son: pasivo y hostil. Teóricamente, se logra un estilo más asertivo cuando monitoreamos y nos mantenemos alejados de respuestas pasivas y hostiles. De lo contrario en vez de resolver, generamos problemas. Se dice que una persona responde de forma:

1. Pasiva: cuando demuestra escasa ambición, pocos deseos y opiniones; tendencia a pensar: “demasiado poco”, “demasiado tarde” o “nunca lograré”. En su conducta no verbal tiende a mirar hacia abajo, usa un tono de voz vacilante que apenas es perceptible o de queja, presenta risas nerviosas, vacilaciones en la toma de decisiones, gestos desvalidos, niega importancia a la situación o la evita, la postura es hundida y mueve mucho las manos. En su conducta verbal usa expresiones como “quizás”, “supongo”, “me pregunto sí podríamos”, “te importaría mucho”, “solamente”, “no crees que”, “eh”, “bueno”, “realmente no es importante”, “no te molestes”. Los efectos que provocan pueden ser: tener conflictos interpersonales, depresión, sentimiento de desamparo, una imagen pobre de sí mismo, hacerse daño, perder oportunidades, andar con tensión, sentirse sin control, con soledad y la mayor parte del tiempo la persona se siente desvalido o enfadado.

2. Hostil: suele mover la cabeza en actitud negativa o levantar la voz, con lo que comunica “a mi manera o nada”, la forma en que suele pensar es “demasiado pronto”, “demasiado tarde”. Entre las conductas no verbales se observan la mirada fija, un tono de voz demasiado alto, un habla fluida y rápida, realizando enfrentamientos, gesticulación amenazante, postura que resulta intimidatoria, se le percibe como deshonesto, emite los mensajes de modo impersonal. En su conducta verbal se escuchan frases como “harías mejor en...”, “haz...”, “ten cuidado”, “debes estar bromeando”, “si no lo haces...”, “no sabes..”, “deberías...”, “mal...”. Los efectos que provocan pueden ser: generar conflictos interpersonales, sentimientos de culpa o frustración, la imagen que tiene de sí mismo es pobre, suele dañar a los demás, pierde oportunidades, presenta tensión, suele sentirse sin control, con soledad y la mayor parte del tiempo está enfadado con todos y por todo. Entonces, decimos: “descuida el *impacto emocional* en los demás.”
3. Asertiva: cuando coopera con los demás para alcanzar objetivos personales; suele pensar suficiente y aplicar las conductas apropiadas en el momento correcto, conlleva el mensaje de “¡estoy contigo!”. En su conducta no verbal, se observa un contacto ocular directo, nivel de voz conversacional, con habla fluida, gestos firmes, postura erecta, los mensajes son en primera persona, ello hace que se perciba honesto, las verbalizaciones son positivas con respuestas directas a la situación, manos sueltas. Su conducta verbal, permite frases como “pienso...”, “siento...”, “quiero...”, “hagamos...”, “¿cómo podemos resolver esto?”, “¿qué piensas?”, “¿qué te parece?”. Un estilo de respuesta asertiva, tiene como efecto: resolver problemas, sentirse a gusto consigo mismo y con los demás y por ende satisfecho, con una actitud relajada, sentir que tiene el control de la situación, por lo que es capaz de crear y/o fabricar la mayoría de las oportunidades.

Para realizar un entrenamiento asertivo, se pueden utilizar estrategias como “banco de niebla” o “asentir en principio” o “disco rayado”, las cuales facilitan su ejercicio concreto y cotidiano, lo importante es aprender a negociar, para conseguir lo que se quiere y otorgar beneficios al otro.

La negociación requiere de una preparación, para conseguir cualquier cosa, se debe saber cómo hacerlo, desde propiciar un encuentro cara a cara para negociar con el otro; esto implica dos fases:

1. Preparación personal. Debe evitarse caer en los extremos (pasividad o agresividad), tener claro el objetivo que se pretende conseguir (qué nos motiva a negociar), las emociones no deben confundirse con el objetivo, porque podría explayarse y descargarse emocionalmente lo que permitiría conseguir una recompensa a corto plazo; pero, es bueno preguntarse ¿he conseguido mi objetivo?

Huir de juicios de intenciones, no debe juzgarse las intenciones del otro, se corre el riesgo de contestar y reaccionar ante esas intenciones y perder de vista el objetivo; de esa forma si el otro hace algo que duela y se piensa que fue con buena intención, se le dejará pasar (ser pasivos); también se puede juzgar que fue hecho con mala intención y entonces buscar atacar esa maldad (ser agresivos). Querer que el otro reconozca que se equivocó y acepte someterse al deseo de uno, puede llevar al sujeto a un objetivo emocional, que compensará la humillación que ha sentido, pero ¿ese es el objetivo?, lo que se intenta es entender qué motivó al otro para actuar en la forma que lo hizo y hacerle saber qué generó en uno.

Crear la oportunidad para la negociación, buscar tiempo y espacio que propicie la negociación; a veces en el momento no se sabe qué hacer o decir, hasta que se va la otra persona y sólo entonces se nos ocurre lo que pudimos o debimos haber dicho; sin embargo, se puede tener una segunda oportunidad, aunque se tenga que crear utilizando frases introductorias, como “de lo que hablábamos ayer, me gustaría comentarte algo...”

2. Preparación del diálogo. Se debe considerar lo que se le planteará al otro, debiendo cubrir los requisitos de ser asertivo, es decir, describir los hechos concretos para tener una base sobre la cual negociar, discutir y hacer los planteamientos precisos; así, en lugar de decir “eres un vago”, se podría plantear “he observado desde hace algunos días, que no comes con nosotros”.

Manifestar sentimientos y pensamientos: se debe comunicar en forma contundente y clara lo que hace sentir aquello que ocurre, aunque le parezca al otro injusto o desproporcionado, pero es lo que se siente y por ende se tiene derecho a decirlo así, sin aceptar descalificación; de igual manera cuando se tiene que escuchar los sentimientos o pensamientos del otro.

Pedir de forma concreta y operativa lo que queremos que haga, no se debe hablar en forma general: “quiero que me respetes”, sino indicar las conductas concretas, de modo que el otro las entienda y pueda realizar: “quiero que cuando hable me mires a los ojos y contestes a lo que te pregunto”.

Especificar las consecuencias que tendrá por hacer o no lo solicitado, evitando que se plantee como castigo. Para ello, es importante realizar ensayos. Se puede imaginar la situación para disminuir la ansiedad, de modo que cuando llegue el momento de hablar con el otro, se pueda hacer sin ponerse nervioso e iniciar la negociación en una mejor posición anímica.

En la ejecución, existen estrategias básicas, no se deben olvidar los objetivos que contempla el diálogo preparado, pues ellos serán la meta a alcanzar, no se busca dar respuesta a digresiones, ser rápido y agudo para responder de manera inmediata a lo que se diga, sino poder emplear el banco de niebla o asentir en principio, utilizando una frase como “puede que tengas razón, pero lo que yo quiero decir es que...” y continuar el diálogo donde fue interrumpido o repetir desde el principio (disco rayado), “lo que dices es importante, más lo que yo te estoy diciendo es que...”; pueden surgir otros temas pero debe terminarse con lo que ha motivado la negociación y después abordar otro tema (de los que surgieron).

En Prevención de Recaídas trabajar en el aprendizaje de la asertividad, permite que el/la paciente maneje situaciones de presión social de forma tranquila, relajada, serena; saber decir “no” sin titubear; disminuir la probabilidad de conflictos al encontrar la mejor manera de expresar lo que quiere o no hacer, sin ser agresivo o pasivo.

b. Reestructuración cognitiva (Terapia Racional Emotiva Conductual –TREC–)

Con esta técnica las personas aprenden a cambiar pensamientos distorsionados (automáticos), que pueden conducir a un malestar emocional y frustración.

En la TCC detectar y modificar pensamientos automáticos es una tarea central; son un aspecto visible de la manera en que se interpreta “al mundo”. Es importante modificarlos y evitar que se conviertan en un obstáculo para el bienestar de la persona.

La reestructuración cognitiva, se trabaja desde la TREC, que se deriva de la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis. En la TRE se detectó que algunas personas presentan un carácter de absolutista (debo..., tengo que...), dejando de lado la probabilidad del evento y/o situación (me gustaría..., podría ser...); esta terapia se apoya en los siguientes puntos:

- A: Son las *situaciones activadoras*, eventos, situaciones reales, que generan a B.
- B: Son las *interpretaciones* de las situaciones (A), como pensamientos, opiniones, creencias irracionales, conclusiones, autoverbalizaciones, quejas, etc., que mantienen y agravan el problema, además anteceden a C.
- C: Son las *consecuencias emociones y conductas perturbadoras*, como puede ser tristeza, ansiedad, enojo, etc., mismas que surgen a partir de B.
- D: Implica la *discusión de la validez de B (de las creencias irracionales)*, donde el terapeuta inicialmente cuestiona la validez y la racionalidad de los pensamientos del/la paciente, mientras le enseña cómo hacerlo.
- E: Será el establecimiento de *cambios favorables* a partir de la discusión realizada a las creencias irracionales y creación de nuevas creencias racionales y más adaptativas.

Inicialmente debe llevarse a cabo un registro de los pensamientos e interpretaciones (B), emociones consideradas negativas (C), ambos aspectos estarán relacionados con situaciones específicas (A), de modo que el terapeuta pueda cuestionar los pensamientos e ir enseñando al/la paciente a que lo realice por sí mismo (D), con la finalidad de continuar modificando pensamientos y emociones, o evitar que se reactiven los que van siendo modificados en el tratamiento, favoreciendo a que sean cada vez más racionales, permitiendo propiciar y mantener un cambio en el comportamiento (E).

Di Giuseppe (1986) señala que para cambiar el núcleo de las creencias irracionales en los/las pacientes, se requiere conseguir tres metas:

1. Crear una considerable disonancia cognitiva, para lo cual se puede aportar una gran cantidad de evidencias (filosóficas, lógicas y empíricas) que logren poner en entredicho las creencias irracionales.
2. Demostrar que la creencia irracional no sólo no soluciona los problemas del/la paciente, sino que además es disfuncional.
3. Desarrollar creencias más racionales, demostrando que ésta resulta de mayor ayuda al contar con más datos a su favor que la irracional.

Para alcanzar las metas anteriores, el/la terapeuta puede apoyarse de estrategias de discusión, entre las que se pueden considerar:

- a. Discutir la creencia irracional para mostrar sus fallos lógicos.
- b. Asumir que la creencia irracional es verdadera, en seguida, explorar las deducciones que podrían hacerse sobre el mundo si ésta fuera cierta, así comprueba empíricamente las deducciones.
- c. Ayudar al/la paciente a experimentar la capacidad de la creencia irracional, que le permita explicar los acontecimientos importantes de su vida, es decir, ¿incluye la creencia irracional a atribuciones precisas sobre acontecimientos?
- d. Ayudar al/la paciente a revisar el cómo mantiene dicha creencia irracional, de qué manera le ha ayudado o lastimado.
- e. Repetir los pasos anteriores, con la finalidad de que el/la paciente se de cuenta que la creencia irracional es falsa o autoderrotante.
- f. Ayudar al/la paciente a crear una nueva creencia racional que sea capaz de reemplazar a la irracional.
- g. Explorar las nuevas creencias racionales, para descubrir si existen posibles fallos de orden lógico.
- h. Realizar deducciones a partir de las creencias racionales, y buscar comprobarlas, para corroborar si la creencia racional permite llegar a cuestiones más precisas que la irracional.
- i. Ayudar al/la paciente a predecir cómo el cambio de las creencias irracionales por racionales afectarían su comportamiento y en consecuencia se dará un cambio que resultará más ventajoso.

La aplicación consiste en la modificación del sistema de creencias personal y busca ir más allá del adiestramiento del/la paciente en la evitación o afrontamiento de situaciones de alto riesgo; su meta es identificar y eliminar las creencias adictivas que tenga el/la paciente reemplazándolas por creencias más adaptativas de control.

Por su parte, Beck y colaboradores (1993), propusieron un método útil y flexible para intervenir en las creencias problemáticas, que se conforma de la siguiente forma:

1. Evaluar la creencia. Puede ser a través de la interacción terapeuta-paciente dentro de las sesiones o mediante cuestionarios estandarizados. Se puede apoyar de preguntas abiertas como: *¿qué piensas sobre...?, ¿qué vino a tu cabeza cuando pasó...?, ¿cómo explicas...?, ¿cómo interpretas...?, ¿qué significa para ti...?*; a lo que responda el/la paciente, el terapeuta lo reflejará con especial énfasis en las creencias expresadas a través de sus propios pensamientos.
2. Orientación del/la paciente hacia el modelo. Implica modificar las creencias que tiene sobre su consumo, desde una orientación externa *“no me puedo controlar”*, a una interna *“soy responsable de mi consumo y de mi recuperación”*; considera también la definición de conceptos fundamentales como las creencias adictivas, creencias de control, situaciones de riesgo, deseos, etc., y cómo se interrelacionan entre sí.
3. Examinar y poner a prueba las creencias adictivas. Puede existir una resistencia por sobreaprendizaje ante las creencias adictivas, por lo que el proceso de modificación se asemeja a un desafío; examinar las creencias implica realizar preguntas probatorias para valorar la validez de las mismas, a esto se le conoce como *método socrático o descubrimiento guiado*, pueden utilizarse preguntas como: *¿cuál es la evidencia de esta creencia?, ¿cómo sabes que la creencia es verdadera?, ¿dónde está escrito?, ¿dónde lo has aprendido?, ¿qué confianza tienes en la creencia?*. O bien examinar y probar las creencias mediante un registro diario de pensamientos.
4. Desarrollo de creencias de control. Mediante el método socrático se busca que el/la paciente, reemplace sus creencias adictivas por creencias de control, para lo cual se puede ayudar de preguntas como: *¿qué harías si la droga no estuviera disponible?, ¿cuáles son las desventajas de consumir?, ¿de qué otra forma se puede ver esta situación?, ¿qué más podrías hacer para alcanzar el mismo objetivo?, ¿qué más?* O bien apoyarse en el análisis de ventajas y desventajas.
5. Práctica de la activación de creencias de control. Puede ser que el/la paciente no acceda a las creencias de control al momento de enfrentar una tentación, debido al sobreaprendizaje que tiene de la creencia adictiva; por tal motivo, es preciso poner especial atención en la activación de las creencias de control como parte importante de la terapia, pudiéndose apoyar de tarjetas de recuerdo, en donde escribe creencias adecuadas, como podrían ser las principales ventajas y desventajas. O la práctica programada, donde se utiliza la imaginación de situaciones de riesgo con la provocación de deseos y la activación de creencias de control para manejarlos.

6. Asignación de tareas dirigidas hacia las creencias. El asignar tareas implica aplicar en el ambiente natural del/la paciente las habilidades que va aprendiendo en las sesiones; éstas son estructuradas y en la medida que se avance pueden ser menos formales, dependiendo si el/la paciente desarrolla nuevas y más adaptativas pautas de pensamiento, de modo que el/la paciente pueda poner a prueba otras creencias adictivas y logre activar creencias de control ante situaciones de alto riesgo.

En Prevención de Recaídas, la REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA permite que los/las pacientes modifiquen las creencias que tienen respecto al consumo, para favorecer la abstinencia al darle elementos que le permitan reconocer que él puede cambiar en la medida que aprenda a cuestionar y modificar los pensamientos irracionales.

c. Solución de Problemas (SP) y Toma de Decisiones (TD)

Existen modelos clásicos de cómo deben tomarse decisiones y un esquema básico para solucionar problemas. D'Zurilla, Goldfried (1971), plantearon cómo realizarlo de manera efectiva; sin embargo, los méritos en solución de problemas se otorgan a Nezu.

El modelo de toma de decisiones considera dos dimensiones:

1. Orientación al Problema, incluye las creencias sobre el control que ejerce la persona en la resolución de sus problemas, retomando la autoeficacia; puede ser positiva cuando se ven los problemas como retos que mantienen una actitud optimista al considerar que tienen solución y que se es capaz de enfrentarlos, aunque ello implique invertir tiempo y esfuerzo para encontrar la solución; o ser negativa, cuando los problemas se ven como amenazas, generando la creencia de que son insolubles, dudar en que tiene habilidad para solucionarlos, frustrarse y/o estresarse al estar frente a éste.
2. Pasos que configuran un proceso ideal para solucionar problemas y por ende la toma de decisiones. Se conjugan la situación con la valoración; las barreras comunes para alcanzar los objetivos: ambigüedad, incertidumbre, demandas en conflicto, falta de recursos o novedades, por ello es importante definir los objetivos que se pretenden alcanzar.

Resolver un problema, implica hacer un análisis para identificar los aspectos relevantes que influyen en su aparición y mantenimiento, o qué hace amenazante la situación, para generar conductas alternativas, donde la crítica y autocrítica son importantes; en un primer intento deben evitarse para considerar las soluciones sin censura, de modo que cualquier propuesta se pueda aprovechar, y generar al mismo tiempo otras alternativas que serán evaluadas posteriormente.

Extrapolar los resultados asociados a cada alternativa generada, permite prever posibles resultados o cambios que se pueden presentar en la situación al poner en práctica alguna de las conductas sugeridas; el resultado no depende únicamente de lo que se haga, también de las reacciones que provoca en los demás involucrados. De ahí que predecir resultados es difícil, la incertidumbre juega un papel fundamental; la trampa de la preocupación previene de otros sucesos, mediante el "¿y sí...?"

Extraer las consecuencias de cada resultado, permite valorar la situación generada de acuerdo a los objetivos que se pretenden alcanzar, esta evaluación se hace de forma consciente y pensada, colocando en una balanza cada aspecto del resultado, y no sólo considerando el sentimiento o sensación que provoca en la situación prevista.

Elegir la acción que se llevará a cabo, de acuerdo a los resultados evaluados (actuación y consecuencias), se considera la más adecuada para ponerla en práctica, "eso es lo que tendría que hacer; pero..."

Controlar el proceso cuando se lleva a cabo la acción, permite monitorear si el resultado va en camino a lo que se espera o no; si no para generar nuevos caminos o hacer cambios a los planes, reiniciando el proceso de monitorear y controlar cualquier acción que se dirija hacia el objetivo.

Evaluar los resultados obtenidos, propicia un aprendizaje para el futuro, la evaluación debe basarse en resultados reales, medibles y obtenidos; sin considerar las reacciones implícitas o sentimientos de los demás para evitar caer en una preocupación inútil y destructiva; revisar la propia actuación permite tomar en consideración otras acciones (no contempladas previamente) "¿si hubiera dicho esto en lugar de lo que dije...?"; saber cómo ha reaccionado el otro, permite ajustar la actuación para llegar al resultado buscado.

Al seguir estos pasos, no sólo se aprende a tomar decisiones, sino que también a solucionar problemas que podrían poner en riesgo la abstinencia y propiciar el desencadenamiento de una recaída.

En Prevención de Recaídas, la SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES es fundamental, permite al/la paciente delimitar sus problemas e irlos resolviendo, considerando que para cada problema existe más de una alternativa de solución, por lo que si se elige la que es considerada como más efectiva y no resulta serlo, se puede evaluar nuevamente para elegir otra opción que le acerque al objetivo: mantener la abstinencia.










d. Modelado

Estrategia fundamental de intervención, sola o junto con otras técnicas, sustentada en la Teoría del Aprendizaje Social. Bandura plantea que una persona al observar a otra que lidia con problemas similares de modo más productivo, puede aprender y modificar su propia conducta por imitación. Desde esta teoría se considera que la mayor parte de la conducta humana se adquiere mediante el modelado.

Entre las funciones que tiene, se pueden considerar:

1. Facilitar la respuesta, donde los impulsos sociales han creado alicientes para que los observadores sean capaces de reproducir las acciones (seguir a la masa).
2. Inhibición y desinhibición, las conductas modeladas crean en los observadores expectativas de que ocurrirán las mismas consecuencias (positivas o negativas), siempre que imiten las acciones.
3. Adquirir nuevas conductas, al imitar una conducta en específico, permite ir ampliando los patrones de respuesta en el repertorio conductual.

Para aplicar esta técnica, nos apoyaremos en la secuencia básica propuesta por Cruzado (1995), Olivares y Méndez (1998) a partir de sus estudios y que consiste en:

-  Establecimiento de los objetivos terapéuticos a corto, medio y largo plazo.
-  Jerarquizar las conductas a modelar para programar de acuerdo a la dificultad.
-  El terapeuta debe proporcionar instrucciones específicas sobre los aspectos clave a los que se prestará mayor atención durante el proceso de modelado (estímulos situacionales presentes, dimensiones relevantes de la conducta del modelo y consecuencias que se derivan tras la realización de la conducta).
-  El modelo realiza las conductas previamente establecidas y va describiendo verbalmente qué está haciendo y las consecuencias anticipadas de su comportamiento.
-  El terapeuta solicita al/la paciente que describa la conducta realizada por el modelo, sus antecedentes y sus consecuentes.
-  Instruir al/la paciente para que lleve a la práctica lo observado en la sesión, en el ambiente natural, es decir, en su contexto cotidiano.
-  Brindar apoyo al/la paciente durante la realización (señales verbales o guías físicas) y proporcionar *retroalimentación* positiva.
-  Realizar ensayos de conducta (los necesarios hasta la consolidación de la misma).
-  No olvidar la planificación de tareas terapéuticas entre las sesiones (tareas para casa), para favorecer la adquisición de la nueva conducta.

Autores como Labrador y cols. (1993), Olivares y Méndez (1998), plantean una serie de dimensiones básicas, surgidas de las variaciones en las técnicas, las cuales son:

- ✎ Conducta del observador: se considera pasiva, si sólo observa la conducta del modelo sin reproducirla en la sesión. O activa cuando observa la ejecución y la reproduce dentro de la misma sesión de tratamiento.
- ✎ Presentación del modelo: puede ser simbólico (grabación en video o en otro soporte audiovisual); en vivo (en presencia del observador) o encubierto (imagina realizar la conducta del modelo).
- ✎ Adecuación de la conducta del modelo: existen tres formas, la positiva cuando la conducta es apropiada o considerada como conducta meta; negativa si son conductas no deseadas; o mixta cuando se utiliza un modelado negativo seguido de uno positivo.

- ✎ Grado de dificultad en la conducta: se contemplan las intermedias, son aquellas que poco a poco acercan a la conducta terminal de manera progresiva; y las conductas-objetivo, que no son complejas para ser modeladas en forma directa.
- ✎ Número de modelos: simple (único) o múltiple (diversos y diferentes).
- ✎ Identidad del modelo: automodelado, el propio observador es el modelo (se apoya en audiovisuales) o modelado intervienen al menos dos personas.
- ✎ Competencia mostrada por el modelo: se considera de dominio o autoridad en la que el modelo dispone de las habilidades y recursos necesarios para manejar efectivamente una situación desde el inicio; o de afrontamiento, al inicio las habilidades son semejantes a las del observador y demuestra en forma progresiva las habilidades que requiere para resolver de forma satisfactoria la situación.

La simple observación de la conducta de un tercero no garantiza la obtención de resultados psicoterapéuticos significativos; Kanfer y Goldstein (1987), plantean que es debido a que existen factores y variables considerados clave que el terapeuta debe tener presente en el procedimiento del modelado, siendo éstos:

- Factores que ayudan en la adquisición (atención y retención). Son las características del modelo, semejanza con el observador (sexo, edad, raza y actitudes); competencia, cordialidad y prestigio y características del observador como capacidad de procesamiento y retención, incertidumbre que pueda presentar, nivel de ansiedad y los factores de personalidad. Finalmente la manera en que se presente el modelo, es importante.
- Factores que favorecen la ejecución (reproducción y motivación). Se contemplan los que suponen un incentivo, como el reforzamiento vicario, extinción vicaria, reforzamiento directo e imitación; los que afectan la calidad en la práctica de la conducta como el ensayo de conducta y/o modelado participativo; y los que afectan al transferir y generalizar resultados como la semejanza entre entrenamiento y ambiente natural, practicar las respuestas, retomar los principios de aprendizaje y las variaciones que se dan en situación de entrenamiento.

Diversos autores como Cormier y Cormier (1994), Gavino (1997), Kanfer y Goldstein (1987), Muñoz y Bermejo (2001), Olivares y Méndez (1998), hacen sus aportaciones para la aplicación efectiva del modelado dentro del contexto psicoterapéutico, considerando varios principios necesarios para un modelado efectivo, siendo éstos:

- ♣ Principios del Modelado. Se debe optimizar el modelo a utilizar en el proceso, teniendo variedad de modelos (mastery, negativo, simple, etc.); hacer una jerarquización y graduación del proceso a seguir; usar estrategias de aprendizaje para favorecer la asimilación (resúmenes explicativos, instrucciones específicas, eliminación de distractores); finalmente la programación de reforzadores ante la ejecución de la conducta deseada.
- ♣ Principios del Ensayo de Conducta. La existencia de semejanza entre la práctica y el medio donde se desenvuelve el/la paciente; repetición y variedad en las situaciones en que se da el entrenamiento; dejar tareas para la casa; utilizar medios de inducción ante conductas de dificultad como pueden ser guías físicas o verbales, apoyo y consejo, práctica repetida por fragmentos de conducta, aumento progresivo del tiempo, dificultad, riesgo de la práctica o la utilización de técnicas complementarias como el encadenamiento y moldeamiento. Finalmente la programación de reforzadores efectivos en el medio natural.
- ♣ Principios de la Retroalimentación. Se considera el tipo de retroalimentación, puede ser específica evitando las generalidades, ambigüedades y la extensión excesiva, siendo clara, corta, concisa y concreta (como el Feedback); conductual se centra en aspectos conductuales del ensayo de conducta, por encima de las valoraciones personales; comprensible se adapta al lenguaje del/la paciente, limitando la jerga técnica y la complejidad innecesaria y superflua; positiva limita la crítica innecesaria para alentar progresos y esfuerzos del cambio por pequeños que sean; y el flexible donde se utilizan otras formas de feedback, para no depender de la retroalimentación verbal, como puede ser la grabación en vídeo.

En Prevención de Recaídas, el grupo por sí mismo juega el papel de modelo (con todas sus características), favorece la regulación de algunas conductas y el incremento en otras; el terapeuta también funge como modelo mastery, por disponer de habilidades y recursos para manejar eficazmente una situación de alto riesgo (de él/ella, también aprenderá el/la paciente).

e. Terapia de Autocontrol (Técnica de Autorregulación)

Son estrategias que se aplican de modo auxiliar (en diversas psicoterapias); el objetivo es que el/la paciente pueda identificar, controlar y/o modificar su conducta en diferentes ámbitos, con la finalidad de alcanzar metas a largo plazo.

Para lograrlo, la persona por un lado continúa realizando la conducta que se ha considerado un problema cómo lo ha venido haciendo, a lo que se le conoce, actuar en modo *respondiente*, sin embargo, el hecho de que empiece a registrar cada cuándo, cómo y en qué circunstancias se presenta dicha conducta, favorece por un lado que la reconozca como una conducta problemática y por el otro, aun cuando no sea su intención la empieza a controlar, a esto se le conoce actuar de modo *controlador*, en este sentido el terapeuta fortalecerá y apoyará a la parte controladora para que pueda seguir evaluando y/o modificando la conducta que le ha ocasionado problemas, lo cual favorece una participación más activa del/la paciente. La técnica del autocontrol permite convertir los procesos encubiertos e informales (que están fuera de conciencia) en procedimientos manifiestos, formales o conscientes.

La principal estrategia consiste en la realización de tareas para casa, de esa forma se propicia el cambio en situaciones naturales, Bandura planteó el modelo triárquico, sustentado en la Teoría Socio-Cognitiva, que permite realizar un análisis en el funcionamiento autorregulativo, donde interactúan tres subprocesos básicos, los cuales son:

- 🔔 Auto-observación. Conocida como un monitoreo personal o autorregistro, es un análisis detallado del comportamiento por parte del propio paciente.
- 🔔 Auto-evaluación. Es la comparación realizada entre los logros actuales y las metas preestablecidas.
- 🔔 Auto-refuerzo. ¡Mejor celebrar las victorias, que lidiar con los fallos!

Existen diferentes formas de llevar a cabo el autocontrol:

- 🔔 Autorregistro. Evalúa la conducta en dimensión, frecuencia, duración, intensidad o calidad; registra antecedentes situacionales y consecuencias, así como fortalecer la autoeficacia.
- 🔔 Tablas de conducta. Se anota el número de veces que se realiza la conducta, lo importante es la frecuencia de la conducta y no los factores que intervienen en ella.
- 🔔 Diarios de conducta. Registran cuatro aspectos: a)¿Cuándo sucedió?; b)¿Dónde se encontraba?; c)¿Cuántas veces sucedió? y d)¿Cómo se sintió?.
- 🔔 Registro en retrospectiva. Implica un registro de cómo se ha manifestado la conducta, a partir de ese momento hacia atrás hasta completar el lapso que determine el/la terapeuta.
- 🔔 Auto-contratos. Permite establecer un compromiso de adherencia al plan diseñado, también las medidas oportunas a seguir en caso de incumplimiento.

Una vez recabada la información suficiente, se realiza un plan de modificación ambiental, que le permita al/la paciente evitar situaciones que le conducen a la conducta que quiere cambiar, en este caso podría ser apartarse de lugares o grupos asociados al consumo, acciones sencillas como retirar ceniceros, beber té en lugar de café, entre otras.

- 🔔 Modificar situaciones y círculos sociales. Apoyar al/la paciente en la búsqueda de nuevas amistades que le permitan adquirir hábitos más saludables, crear una red de apoyo que le permita reestablecer conexión con diferentes instituciones (educativas, de salud, recreativas, culturales), o relacionarse mejor con familiares.
- 🔔 Modificar el estado de ánimo y las actitudes, que están asociadas al inicio y mantenimiento del consumo; se hace necesario ampliar el repertorio conductual (Habilidades para el Mantenimiento de la Abstinencia y Estrategias de Afrontamiento) del/la paciente para que haga un mejor manejo de los mismos.

En Prevención de Recaídas, la utilización del AUTOCONTROL permite inicialmente que el/la paciente reconozca su problema, para que lo controle y modifique, los cambios son perceptibles, se favorece la motivación para continuar en abstinencia y anticiparse a la probabilidad de una recaída o en su caso salir rápido de la misma; ¡él tiene el control de la conducta y no al revés!

f. Relajación

Es un procedimiento de intervención útil y puede ser parte de o complementarse con otras técnicas. La relajación hace referencia al componente fisiológico (patrón reducido de activación somática y autónoma), al subjetivo (informes verbales de tranquilidad y sosiego) y al conductual (estado de quiescencia motora).

El estrés es una respuesta biológica ante situaciones que se perciben y evalúan como amenazantes, en las que el organismo no posee recursos suficientes para afrontarlas y pone de manifiesto dos variables: valoración cognitiva (de la situación) y la capacidad del paciente para hacerle frente; la respuesta ante el estrés incluye sistemas como el neurofisiológico, neuroendocrino e inmunológico.

Las técnicas de relajación se basan principalmente en la respiración, al ser el principal mecanismo en las interacciones cardiorrespiratorias del control vagal; además una vez emitida la respuesta de relajación, ésta se puede condicionar a estímulos neutrales ubicados en el ambiente o contra condicionada a aquellos que evocaron la sensación de tensión o ansiedad.

Previo al entrenamiento en relajación, se requiere una evaluación del problema, apoyándose en entrevistas, autorregistros, cuestionarios, observación, etc., que permitan a la persona observar que diariamente está expuesta a una tensión excesiva que el organismo por sí mismo no puede afrontar, de lo contrario podría resultar en un esfuerzo inútil.

En la aplicación de esta técnica debe tomarse en cuenta:

- 🔔 Relación paciente-terapeuta. A ambos debe quedarles claro el por qué se usará la relajación, evitando generar dependencia; por el contrario, se favorecerá la independencia con frases como *“puedes aprender algo que te ayude a sentir mejor, tu serás quien elimine la tensión”*, el éxito radica en ser buen motivador para que el/la paciente aprenda a reconocer y relajar la tensión, practicar diario en casa, aplicarla en la vida cotidiana, en especial ante situaciones estresantes, hasta convertirla en un hábito.
- 🔔 Ambiente físico. Es el espacio en que se brinda la relajación e incluso la vestimenta del/la paciente.
- 🔔 Voz del/la terapeuta, el tono e intensidad variará dependiendo el tipo de relajación ha utilizar:
 - ♣ Progresiva, tiene como objetivo tensar y relajar sucesivamente grupos específicos de músculos; lo que permite avanzar de forma paulatina, se requiere tiempo suficiente para aplicarla y aprenderla.
 - ♣ Pasiva, busca sólo relajar los grupos musculares, útil en personas que se les dificulta relajarse después de tensar o no pueden tensar algún músculo por problemas orgánicos o tensionales, y para quienes se les dificulta relajarse en casa. La voz es lenta y pausada sin llegar a un tono hipnótico; la entonación puede producir estados de relajación profundos en una primera sesión y generar dependencia a la voz del/la terapeuta, por ello se recomienda otorgar una cinta para que practique en casa, el/la paciente debe interiorizar las instrucciones.
 - ♣ Autógena, son frases que se elaboran con el fin de inducir estados de relajación mediante autosugestiones, como sensación de pesadez y calor en extremidades; regular el pulso; sensaciones de tranquilidad y confianza; así como la concentración pasiva de la respiración (es la más utilizada), requiere menos tiempo, aun así se debe practicar hasta que se consiga la relajación en forma automática. Semejante a la respuesta de relajación, que adopta técnicas de meditación donde se utiliza un mantra; los cambios fisiológicos se observan en el decremento del consumo de oxígeno, eliminación del dióxido de carbono y la tasa respiratoria. En éstas se puede hacer uso de la imaginación para mejores resultados.

La importancia de la RELAJACIÓN en Prevención de Recaídas, radica en que el/la paciente pueda mantener la calma ante situaciones que le causen tensión y poner en práctica lo que va aprendiendo en el EHS (considerando modelado, asertividad, solución de problemas con toma de decisiones, etc.), de esa forma, se busca que logre mantener la abstinencia por más tiempo.

Especificaciones para el uso del manual.

- El trabajo se realiza de manera grupal.
- Se trabaja en grupos abiertos, ello permite que en cualquier momento del proceso terapéutico se incorporen nuevos/as pacientes y/o al mismo tiempo salgan aquellos/as que concluyen su proceso.
- Los temas propuestos no contemplan una secuencia, por lo que, en la práctica, el/la terapeuta tiene la libertad de realizar los ajustes a la intervención que considere pertinentes en función de las necesidades de los/as pacientes y en pro del cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
- Al inicio del trabajo grupal, el/la terapeuta establece el encuadre de trabajo. Dentro del cual, se indican los días, hora, temas a trabajar y duración de las sesiones (consultar Guía Técnica de Tratamiento y Rehabilitación, Tomo I), establece las reglas a seguir para el desarrollo, manejo de tolerancia, respeto a las opiniones de los/as demás y el compromiso con la confidencialidad, enfatizando que el trabajo de cada sesión es complementario, por lo que es importante la asistencia a todas las sesiones.
- El/la terapeuta señala que su función es apoyarlos/as en su propósito de mantener la abstinencia y para lograrlo se requiere de la participación activa de todo el grupo.
- El/la terapeuta podrá realizar cualquier técnica de presentación que conozca, a fin de favorecer el trabajo grupal.
- Cuando se incorpore un/a nuevo/a paciente, tanto el/la terapeuta como el grupo le dan la bienvenida y se presenta el encuadre de trabajo, continuando con el tema que se va abordar en esa sesión.
- Cuando la tematica a trabajar sea *Evaluación y cierre*, y coincida con la integración de un/a nuevo/a paciente, la evaluación que este/a podrá realizar será respecto a los logros que ha obtenido con la abstinencia, por qué desea mantenerla y/o bien en caso de que haya consumido, la evaluación se enfocara en identificar las situaciones que provocaron la recaída.
- A cada paciente que se incorpore se le entrega al final de su primera sesión el formato de Autorregistro de Situaciones de Alto Riesgo explicándole su llenado, cuya finalidad es contar con elementos que permitan un análisis, reconocimiento y registro de los elementos involucrados como son pensamientos, emociones y conductas, que pudieran establecer nuevamente el consumo. Reconocer estos elementos le permite definir los aspectos en los que debe poner mayor atención para mantener la abstinencia, y se revisa al inicio de las sesiones (por lo que es importante que los realice). En caso de que logre evitar el deseo incontrolable de consumir, le servirán para reconocer las estrategias que esta implementando. El llenado se explica apoyándose en la siguiente información:

El/la terapeuta les proporciona el Formato de Autorregistro de situaciones de alto riesgo (ver anexo 1) y proporciona las instrucciones de cómo elaborarlo.

Para que todos/as tengan claridad en cómo llenarlo, el/la terapeuta, puede apoyarse en el rotafolio, dibuja el formato en grande para elaborar uno junto con los/as pacientes.

Invita a un/a participante a recordar una situación en la que haya recaído o estado a punto de recaer; le preguntará si recuerda cuándo fue (anotará la fecha), en seguida le preguntará si recuerda a qué hora sucedió (registra la hora) lo cual permite identificar en qué momentos es más probable que se suscite el deseo de consumir o la recaída tenga lugar; después le preguntará si recuerda qué estaba haciendo, dónde se encontraba (lugar), con quién estaba (personas), qué sintió (estados de ánimo), qué pensó (pensamientos); todo esto puede representar un riesgo de recaída y se conocen como activadores; conforme el/la paciente responda, el/la terapeuta registra la información en las columnas dos y tres; luego le pregunta si se presentó o no el consumo y la cantidad consumida, anotándolo en la cuarta columna, por último, lo que sucedió posteriormente, es decir las consecuencias; deberá considerar qué pensó, sintió e hizo ante dicha situación (anotándolo en la última columna).

Explicará que al reverso del formato se encuentra el rubro de Observaciones en donde podrán ampliar algún elemento que consideren relevante para entender la/s situación/es que han enfrentado, o aspectos que se vayan solicitando conforme avance el programa de prevención de recaídas.

Fecha y hora	Lugar y personas con quienes me encontraba	¿Qué pensaba y sentía?	Qué sucedió; ¿se dio o no el consumo? (cantidad)	Consecuencias
3 de marzo de 2009; 18:00 hrs	Pasé cerca de la calle donde solía consumir	Sentí un fuerte deseo por hacerlo una vez más, pensé que nada pasaría	Volví a consumir, casi un cigarro de marihuana	Sentí que mi corazón se aceleró, una sensación de sequedad en la boca y que el tiempo iba muy lento. Me sentí mal por haber consumido otra vez
7 de marzo de 2009; 21:00 hrs	La casa, con mis padres	Me sentía muy molesto e irritable, no había razón para ello, entonces pensé "un trago me calmará", pero recordé que al beber solía consumir cocaína.	Decidí hablar con un amigo que no consume, y me ayudó a sentirme mejor.	Disminuyó la molestia que sentía. Pude evitar el consumo.

Es importante que al paciente le quede claro cómo realizar el autorregistro, así como su relevancia en el Programa Prevención de Recaídas, para observar los cambios que se alcanzan con un estilo de vida más saludable.

- El/la terapeuta informa que se realizarán tareas en casa (autorregistro y practicar lo trabajado en la sesión) y la importancia que éstas tienen para favorecer la práctica de nuevas habilidades.
- Los temas podrán ser trabajados en más de una sesión, cuando así se requiera, además de considerar las diferencias entre hombres y mujeres, debido a que las razones por las que busca mantener la abstinencia pueden en apariencia ser consideradas iguales, sin embargo, los aspectos biológicos, psicológicos y sociales hacen que estas difieran.
- Cuando un/a paciente concluye su proceso terapéutico en el grupo, el/la terapeuta deberá informar al grupo una sesión antes o al inicio de su última sesión, para reservar 10 minutos al final y hacer la despedida.
- En caso de que algún/a paciente después de concluir su participación en el grupo, considere que se encuentra frente a una situación que pone en riesgo su abstinencia, podrá solicitar una cita para trabajar sobre esa situación o incorporarse al grupo (si coincide en que se tenga sesión de trabajo) para recibir contención por parte de este y así mantener o restablecer la abstinencia.
- Si el/la paciente considera pertinente reincorporarse a algunas sesiones, lo podrá hacer, dado que el/los día/s será/n fijo/s así como el horario.

A continuación se describe el contenido de las temáticas.

Programa Prevención de Recaídas

TEMA	OBJETIVOS
PLAN DE VIDA LIBRE DEL CONSUMO DE SPA	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Que los/las pacientes desarrollen y/o consoliden su plan de vida libre del consumo de SPA.
PROCESO DE RECAÍDA	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Entender la recaída como un proceso. ☞ Modificar las actitudes en torno a las recaídas. ☞ Reconocer los estímulos o situaciones de alto riesgo y su clasificación.
MOTIVACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Analizar la importancia que tiene la motivación del/la paciente en el mantenimiento de la abstinencia.
AUTOEFICACIA	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Analizar la importancia de autoeficacia percibida y su papel en el proceso de Prevención de Recaídas. ☞ Reforzar la percepción de autoeficacia de los/as pacientes del grupo.
MANEJO DE FACTORES INTERNOS (PENSAMIENTOS Y EMOCIONES)	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Habilitar al/la paciente en la identificación de estímulos internos que pueden favorecer el consumo de sustancias psicoactivas.
HABILIDADES PARA MANTENER LA ABSTINENCIA: ASERTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Aprender a diferenciar las respuestas conductuales (pasivas, hostiles y asertivas) y practicar la asertividad ante situaciones de riesgo para el mantenimiento de la abstinencia.
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Ejercitar estrategias de control y evitación ante situaciones de alto riesgo que involucran pensamientos, deseos, sentimientos y conductas.
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Habilitar al/la paciente en la resolución de problemas y toma de decisiones, que favorezcan el afrontamiento de las situaciones de alto riesgo. ☞ Aprender a controlar respuestas cognitivas y conductuales que alteren la solución de problemas y tomar decisiones asertivas.
REDES DE APOYO	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Identificar la importancia de las redes de apoyo, reconocerlas y activarlas para que les permitan alcanzar un estilo de vida más saludable y de esta manera prevenir la recaída
EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Evaluar los logros de cada integrante del grupo. ☞ Realizar una reflexión sobre posibles dificultades que puedan presentarse a futuro.

Tema: Plan de vida libre del consumo de SPA

Objetivo:

☞ Que los/las pacientes desarrollen y/o consoliden su plan de vida libre del consumo de SPA.

Materiales:

Rotafolios, hojas de rotafolio y marcadores.

Así como cualquier otro/s recurso/s del que se quiera apoyar el/la terapeuta.

El/la terapeuta da la bienvenida de manera cordial para crear un ambiente que propicie el trabajo grupal. Posteriormente se retoman los elementos más importantes del tema trabajado en la sesión anterior.

¿Qué es un plan de vida?

El/la terapeuta sondea entre el grupo si alguno de ellos/as tiene trazado un plan de vida, si es así, les solicita que compartan los motivos por los cuales lo realizarón, qué utilidad tiene y si tiene relación con la abstinencia en el consumo de SPA. Si nadie tiene trazado un plan de vida, se reflexiona brevemente en grupo sobre la utilidad de contar con uno.

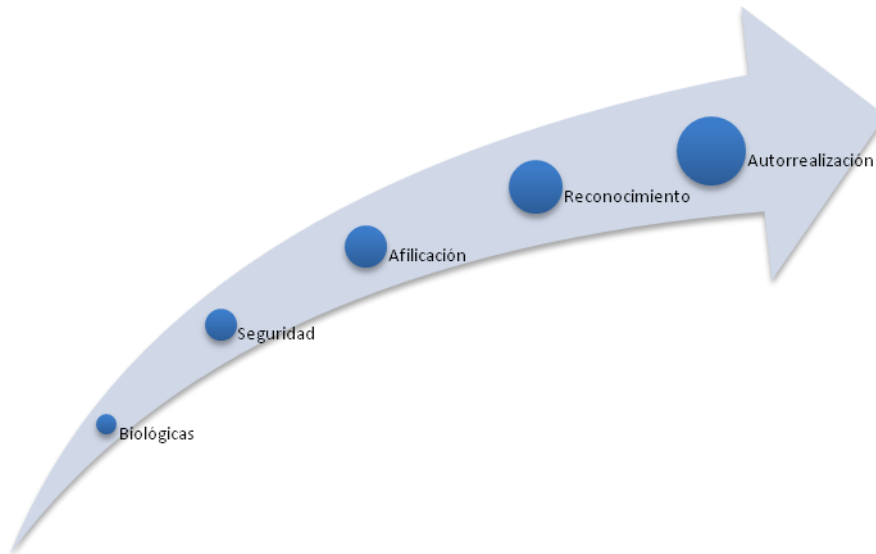
Al término de la reflexión se explica lo que es un plan de vida, su utilidad y los elementos que lo integran.

Un plan de vida es un modelo de lo que una persona quiere ser y hacer en el futuro y del lugar y modo en el que quiere vivir, dándole sentido a su vida.

Elementos que integran un plan de vida:

1) Necesidades.

Abraham Maslow, psicólogo humanista explicó los niveles y tipos de las necesidades humanas. Éstas forman un sistema bien organizado como se muestra a continuación:



A cada persona le toca manejar sus procesos de desarrollo para ascender por la escala y una vez que ya han pasado satisfactoriamente por los escalones inferiores, deberá desarrollar y fortalecer los superiores.

2) Valores (personales y familiares)

Nuestros valores son las cosas en las que nosotros creemos. Una comprensión clara de nuestros valores nos capacita para tomar decisiones que concuerden con lo que creemos. Por lo tanto, nuestros valores:

- Dan significado y dirección a nuestras vidas.
- Afectan nuestras decisiones, metas y conductas.
- Se adquieren en la familia, cultura, sociedad, religión entre otras fuentes.

- Una manera de definir si algo es un valor es hacerse a sí mismo/a las siguientes preguntas:
 - ¿Es algo en lo que yo creo?
 - ¿Hago una elección libremente: nadie me obliga o presiona?
 - ¿Actúo de acuerdo con mis valores, es decir “practico lo que predico”?
 - ¿Estoy lo suficientemente orgulloso/a de lo que valoro como para compartirlo con mis amigos/as?

3) Decisiones

Es un proceso mediante el cual se realiza una elección entre alternativas para resolver situaciones de la vida.

4) Metas

Una meta se define como algo que una persona quiere lograr, para lo cual hace todo lo que este a su alcance para lograr llegar a la meta. Para que realmente sea una meta se requiere que la energía esté dirigida hacia ella. Así, si quiero titularme pero no hago nada para lograrlo, entonces no es una meta sino un bonito sueño.

Una meta debe ser:

- Posible
- Creíble
- Alcanzable
- Medible
- Deseable
- Facilitadora del crecimiento

Una vez expuesto el tema, el/la terapeuta pide al grupo que tomando en cuenta lo que acaban de escuchar elaboren un plan de vida que sea incompatible con el uso de sustancias psicoactivas, para ello se apoyarán en el cuadro *Mi plan de vida* (ver anexo 2) que puede dibujar en una hoja de rotafolio o pintarrón.

Una vez concluido el tiempo destinado para esta actividad, el/la terapeuta invita a que en plenaria cada paciente compartan con los demás su plan de vida. En esta instancia el/la terapeuta deberá vigilar que los planes de vida sean realistas y contemplen metas positivas.

Para cerrar esta sesión, el/la terapeuta plantea la siguiente pregunta al grupo: ¿Cómo puede interferir el consumo de SPA en el cumplimiento de mi plan de vida?, para que lo reflexionen.

Se concluye la sesión recalcando que la importancia de tener un plan de vida libre del consumo de drogas, radica en que nos sirve de guía al plantearnos metas a las que aspiramos, los caminos por los cuales alcanzaremos esas metas y cómo esas metas pueden verse afectadas por nuestro estilo de vida.

MI PLAN DE VIDA				
ÁMBITO	META ¿QUÉ DESEO?	TIEMPO ¿EN CUÁNTO TIEMPO LO LOGRARÉ?	ESTRATEGIAS ¿CÓMO LE VOY A HACER?	APOYOS EXTERNOS ¿EN QUIÉN ME PUEDO APOYAR PARA LOGRARLO?
PERSONAL				
FAMILIAR				
LABORAL				
ESCOLAR				
CAPACITACIÓN				
SALUD				

El/la terapeuta agradece el compromiso y les motiva para asistir a la siguiente sesión.

Tema. Proceso de Recaída

Objetivos:

- ☞ Entender la recaída como un proceso.
- ☞ Modificar las actitudes en torno a las recaídas.
- ☞ Reconocer los estímulos o situaciones de alto riesgo y su clasificación.

Materiales:

Rotafolios, hojas de rotafolio y marcadores.

Así como cualquier otro/s recurso/s del que se quiera apoyar el/la terapeuta.

El/la terapeuta da la bienvenida de manera cordial para crear un ambiente que propicie el trabajo grupal. Posteriormente se retoman los elementos más importantes del tema trabajado en la sesión anterior.

Proceso de recaída.

El/la terapeuta comenta que en torno a la recaída existen muchos mitos, por lo que pregunta al grupo ¿qué es para ellos/as una recaída?, anotaré en el rotafolio lo que el grupo refiera, separando las respuestas que más se acerquen a un mito y las que contengan elementos más reales de acuerdo con la evidencia científica. Se completa la información proporcionada por el grupo con la siguiente:

Mitos acerca de las recaídas y sus implicaciones:

1. “Señal de pobre voluntad”: La recaída no es un evento que sólo involucre la voluntad de la persona, existen muchos otros elementos que la pueden propiciar. Sin embargo, para efectuar cambios, se requiere de una aceptación de los desatinos cometidos y disposición para aprender de ellos.
2. “Señal de fracaso del tratamiento”: La recaída no necesariamente implica un fracaso, sino por el contrario, la experiencia aporta aprendizaje que ayuda a la persona para que el próximo intento de recuperar la abstinencia sea mas efectivo. Por ello, ante una recaída es necesario revisar las situaciones en que se presenta y establecer la forma en que se puede afrontar.
3. “Impredecible e inevitable”: No es un evento fortuito o repentino, es el punto final de una cadena de actitudes y conductas por parte de la persona; así que es posible realizar una valoración de los factores que intervinieron en la recaída, para identificar de manera precisa las señales que dan aviso de una probable recaída y el/la paciente pueda llevar a cabo alguna estrategia de afrontamiento.
4. “Destruye o anula los cambios positivos logrados en la recuperación”: No todo está perdido, simplemente el/la paciente debe empezar de nuevo, regresar lo más pronto que pueda a un estado libre de drogas mediante el aprendizaje y superación de los factores que la provocaron.
5. “La ausencia de recaídas garantiza un éxito en la recuperación”: Para hablar de recuperación, debe haber un pleno desarrollo de recursos personales y sociales que les permitan afrontar eficazmente los problemas cotidianos, por ello se requiere dedicar tiempo para lograr cambios positivos–significativos en el estilo de vida; la abstinencia es el primer paso en la recuperación.

Una vez que el/la terapeuta, ha trabajado sobre los diferentes mitos, procede a dar la explicación del proceso de recaída, apoyándose en la siguiente información:

Cuando se decide resolver el problema de consumo, puede compararse con el intento de escalar una montaña, donde la cima o meta por alcanzar es mantener la abstinencia; de manera que se van obteniendo logros y progresos, pero a veces se puede caer en baches “caídas repentinas en el proceso de recuperación”, la forma de reaccionar ante las mismas es vital para la pronta mejoría. De manera que las caídas se consideran como un tropiezo y nada más, debemos recordar que lo importante es aprender de esos tropiezos y seguir adelante. Posteriormente el/la terapeuta precisa el concepto de recaída y sus principales características.

Hay varios autores que han estudiado el fenómeno de las recaídas y proponen varias definiciones, entre las más aceptadas está la de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), quienes establecen que el cambio de una conducta (adictiva) se realiza bajo un proceso de avances y retrocesos, constituido por varias fases o etapas, la última de ellas es cuando la persona, después de varios esfuerzos, logra dejar de consumir sustancias y se centra en el mantenimiento de la abstinencia; en este sentido, la recaída se hace presente cuando las

estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan, por lo que la persona retrocede a las etapas anteriores en el proceso de cambio.

El concepto de recaída expuesto por Marlatt y Gordon (1985) plantea que la recaída es un fallo de autocontrol de la persona ante determinadas situaciones que se consideran de riesgo, estos autores afirman que las personas, pueden hacer una valoración adecuada tanto de la situación ambiental de alto riesgo que los orilló hacia la recaída, como los factores internos que precipitaron la falla, para que, con base en dicha valoración, se determine el entrenamiento necesario y desarrollar las habilidades precisas para su afrontamiento exitoso.

A partir de las definiciones antes mencionadas se destacan algunas consideraciones importantes sobre las recaídas:

1. La recaída constituye una crisis y retroceso en los intentos de mantener los cambios de conducta; así, cuando se hace referencia a la recaída, se asume que anteriormente existía un periodo de mejoría significativa en la modificación de la conducta (la remisión del consumo de sustancias). A partir de esto, diversos autores han propuesto la utilización de otros términos: “resbalón, caída o desliz”, para designar el episodio inicial de retroceso que se presenta después de un periodo de abstinencia. Generalmente el resbalón se considera como algo temporal, mientras que la recaída supone un regreso más prolongado a los patrones de consumo previos al tratamiento.
2. El término recaída no debe concebirse como un evento puntual que se presenta de manera imprevista, sino bajo la noción de proceso, es decir, un conjunto interactivo y sucesivo de señales y eventos que van llevando a una persona a reiniciar el consumo de sustancias, entre ellos podemos mencionar los siguientes:
 - a) Acumulación del estrés por cambios negativos o positivos, y acontecimientos vitales.
 - b) Activación de pensamientos encubiertos positivos y/o negativos, así como de algunos sentimientos como pueden ser: confusión, aturdimiento, irritabilidad, depresión, etc.
 - c) Reacción intensa o fracaso total en la actuación ante una situación de estrés.
 - d) Negar que existen problemas, o fracaso en la utilización de sistemas de soporte y medios de recuperación.
 - e) Problemas complicados en forma de “bola de nieve”, se refiere a un problema que surge y al ser ignorado, se complica o van surgiendo otros a la par, hasta que los mismos rebasan las habilidades que la persona tiene para afrontarlos de manera más adecuada.
 - f) Sensación de incapacidad de hacer algo ante una situación que se percibe como un punto del cual no es posible escapar.
 - g) Colocación en situaciones de alto riesgo o dedicándose a actos sutiles de autosabotaje.
 - h) Pérdida de control y aumento de los sentimientos de frustración, desesperación, desesperanza, autocompasión, que desencadenan pensamientos obsesivos sobre el consumo.
 - i) Deseos irresistibles y urgentes que llevan a obtener la droga, los cuales tienen un componente neurobiológico, principalmente cuando las personas consumidoras han desarrollado dependencia.

Con base a los puntos anteriores, se explica que el primer paso para superar un resbalón, es identificar las razones o precipitadores que propiciaron el mismo. Para tal efecto, se aclara que son los precipitadores:

Los precipitadores son estímulos que actúan como señales o detonadores que activan el deseo por consumir. Las situaciones precipitantes varían. A veces un solo factor puede actuar como precipitador, en otras, se requieren de varios a la vez.

Algunos precipitadores o factores que “provocan” el deseo de consumir pueden ser:

- Situaciones inesperadas. Por ejemplo, encontrar a un familiar que hacía mucho no lo veía y le invita a festejar el encuentro en un ambiente que existe el alcohol y la droga.
- Situaciones que uno mismo busca. Por ejemplo, entrar a un bar o ir a una fiesta donde se conoce que la gente consume drogas para probar que uno puede permanecer en ese sitio sin consumir.
- Situaciones emocionales. Por ejemplo, sentirse triste, nervioso/a, abrumado/a, cansado/a, aburrido/a, enojado/a, feliz, contento/a, etc.

- Problemas personales. Por ejemplo, tener deudas, asistir a una entrevista de empleo o la falta del mismo, no saber qué hacer con su vida.

Todos estos factores que pueden provocar una recaída, van estableciendo una secuencia o cadena de acontecimientos, de tal forma que cuando se presenta cualquiera de ellos desencadena el proceso (podrá apoyarse de algún autorregistro para ejemplificar), posteriormente el/la terapeuta preguntara al grupo porque es que se daba el consumo en ellos/as, para que entre todos logren identificar esa secuencia. Posteriormente les pedirá que realicen entre todos una secuencia opuesta, es decir, situaciones que se vinculen con la abstinencia, de ser posible con una sola palabra que englobe una creencia, idea, emoción, situación, contexto, etc., y se iran anotando en el rotafolio.

Al realizar este tipo de asociaciones, puede utilizarse como una estrategia para enfrentar las situaciones de alto riesgo de consumo y así prevenir las recaídas, puesto que al ser consciente de las asociaciones, uno puede modificarlas intencionalmente, alterando así la cadena de asociaciones (pensamientos, emociones y conductas) que pueden llevar al consumo.

El/la terapeuta indaga en el grupo como se sintieron al respecto y enfatiza la importancia que tiene el que cada uno/a pueda reconocer las asociaciones mentales que ha establecido con relación a un evento o estímulo y a partir de ello cuente con mayores elementos que le ayuden por un lado, a cuestionar la validez de las creencias, los sentimientos y las conductas encaminadas al consumo y, por el otro, a modificar dicha secuencia.

Posterior a esto, el/la terapeuta podrá apoyarse de la técnica *Discusión de gabinete* (o cualquier otra que conozca), para ello pedirá que se sienten formando un círculo o si es posible alrededor de una mesa, se plantea que van a discutir respecto a la manera más efectiva para hacer frente a las situaciones que podrían llevarlos a experimentar una recaída.

Para ello se elige un/a moderador/a que favorecerá la discusión al dar la palabra a cada uno/a de los integrantes, buscando que se escuchen y respeten las opiniones de cada quien, además de centrar la discusión en torno al tema propuesto en caso de ser necesario; otro/a integrante del equipo fungirá como secretario/a quien deberá tomar nota de los aspectos más relevantes que surjan de la discusión, así como los acuerdos a los que se logre llegar. En ésta discusión los/as pacientes tienen la posibilidad de retomar la propia experiencia, basándose en los autorregistros que han elaborado; así, la visión de cada uno/a jugará un papel importante para el establecimiento de acuerdos en común. El/la terapeuta apoya durante todo el proceso hasta lograr la concreción de acuerdos (puede ser uno sólo).

Posteriormente se dará lectura a los acuerdos a los que el grupo llego, por si alguien del mismo quiere puntualizar o aclarar algo; el/la terapeuta les pedirá que tengan muy presentes los acuerdos establecidos para que puedan enfrentar situaciones de riesgo, también les pide que compartan sus emociones y opiniones respecto a la actividad realizada.

Al término de la sesión, se hace un resumen de lo trabajado durante la misma, resaltando la importancia que tiene el identificar los estímulos que disparan el deseo por consumir, la identificación de situaciones bajo las cuales las probabilidades de recaer son elevadas, así como el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adecuadas a dichas situaciones.

Tarea.

Deberán poner en práctica los acuerdos establecidos en grupo, y en caso de que se vean en la necesidad de modificar alguno, puedan hacerlo, debiendo compartir con el grupo el motivo por el que lo realizaron.

El/la terapeuta agradece el compromiso y les motiva para asistir a la siguiente sesión.

Tema. Motivación para el Mantenimiento de la Abstinencia

Objetivo:

☞ Analizar la importancia que tiene la motivación en el mantenimiento de la abstinencia.

Materiales:

Rotafolios, hojas de rotafolios y marcadores.

Así como cualquier otro/s recurso/s del que se quiera apoyar el/la terapeuta.

El/la terapeuta da la bienvenida de manera cordial para crear un ambiente que propicie el trabajo grupal. Posteriormente se retoman los elementos más importantes del tema trabajado en la sesión anterior.

Motivación para el mantenimiento de la abstinencia.

El/la terapeuta favorece la participación del grupo preguntando ¿qué es para ustedes la motivación?, y ¿cómo creen que se puede fortalecer?; anota en el rotafolios las respuestas de los/as pacientes y complementa la información.

Posteriormente, el/la terapeuta comenta que la motivación puede definirse como aquello que hace que una persona actúe y se comporte de una determinada manera, ya que se da una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que orientan, en una situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía. El concepto de motivación implica, que una persona motivada es aquella que realiza las actividades necesarias y específicas a partir del interés que tiene por alcanzar una meta determinada y por la influencia de su contexto. Entre más motivada este la persona, pondrá más esfuerzo y persistencia para alcanzar sus metas.

El interés que pueda surgir hacia una actividad, puede ser generado por una necesidad misma que será el mecanismo que incite a la persona a la acción y que se manifestara de manera fisiológica o psicológica, de ahí que la motivación surge entonces del deseo por satisfacer esa necesidad. Por otra parte, las metas elegidas son dirigidas por los incentivos inherentes a ellas; un incentivo es la fuerza externa que genera “la energía” para realizar las actividades relacionadas con la meta propuesta. Finalmente, la persistencia al realizar una cierta actividad se basa en la esperanza de tener éxito, donde la esperanza es la probabilidad de que se logre o no una meta, misma que varía de acuerdo con las posibilidades de alcanzarla.

La motivación para el cambio se determina por la confianza y seguridad que uno tiene de alcanzar la meta. Entre mayor es la seguridad que pueda experimentar la persona, mayor es la motivación que la persona tiene para esforzarse. Interés, necesidad, incentivo, persistencia y esperanza son los elementos que sostienen una motivación para cambiar y aprender nuevas conductas.

Por tal motivo, la motivación se entiende como el hecho de que una persona haga o deje de hacer cosas, porque desde su criterio tiene buenas razones para hacerlo. Por lo que se considera que la clave para mantener la abstinencia, es contar con una motivación constante, hasta lograr establecer un estilo de vida más saludable.

Posteriormente el/la terapeuta se podrá apoyar de la técnica *La fuerza de la motivación* (o cualquier otra que conozca), la cual tiene como finalidad que los/as pacientes puedan reconocer los aspectos que favorecen la motivación; para lo cual se sugiere trabajar en un lugar amplio.

El/la terapeuta comenta que cuando una persona tiene una baja motivación, se siente incapaz de resolver cualquier problema o situación que implique un cambio, para demostrar esto pedirá el apoyo a un/a integrante del grupo, quien pasara al centro del salón, le pedirá que coloque su brazo en forma recta hacia el frente y haga fuerza para evitar que otra persona se lo baje, deberá cerrar los ojos y prestar atención a lo que el/la terapeuta le diga; los comentarios irán encaminados a desmotivarlo haciendo comentarios de minusvalía y podrá apoyarse del resto del grupo (mencionando sus limitaciones) mientras intenta bajarle el brazo, (lo cual se espera ocurra rápido); cuando lo logre le pregunta ¿qué sintió?, ¿realmente hizo un esfuerzo para evitar que le bajarán el brazo? (se abordan y trabajan los sentimientos). Después le pedirá que nuevamente cierre sus ojos y ponga el brazo en forma recta hacia el frente, entonces el/la terapeuta junto con el resto de los/las pacientes, lo motivan ¡si se puede!, destacando las cualidades que tiene. Al mismo tiempo, que intenta bajarle nuevamente el brazo (se espera, que le resulte más difícil o que no logre hacerlo), le preguntara ¿qué sintió?, ¿hizo la misma fuerza que en la primera parte de la técnica?

Posteriormente, pregunta al resto del grupo qué observaron en cada uno de los momentos. Explica que cuando la persona no se siente valorada, ni motivada le resulta más difícil superar las situaciones que inducen la reincidencia del consumo. Por el contrario, cuando una persona y los demás reconocen sus cualidades, se siente con mayor ánimo y capacidad para manejar las situaciones.

Finalmente el/la terapeuta solicita a cada paciente mencione algunas cualidades que ha podido observar entre sus compañeros y en ellos mismos.

Al finalizar la técnica de grupo, se hace un resumen de lo trabajado en la sesión, destacando la importancia que juega la motivación para mantener la abstinencia y evitar la recaída.

Tarea.

Deberán detectar y anotar la motivación que le lleva a mantener la abstinencia y los recursos en los que se está apoyando para lograrlo (habilidades personales y apoyos sociales), así como determinar si realmente le están ayudando.

El/la terapeuta agradece el compromiso y les motiva para asistir a la siguiente sesión.

Tema. Autoeficacia

Objetivos:

- ☞ Analizar la importancia de autoeficacia percibida y su papel en el proceso de Prevención de Recaídas.
- ☞ Reforzar la percepción de autoeficacia de los/as pacientes del grupo.

Materiales:

Rotafolios, hojas de rotafolios y marcadores.

Así como cualquier otro/s recurso/s del que se quiera apoyar el/la terapeuta.

El/la terapeuta da la bienvenida de manera cordial para crear un ambiente que propicie el trabajo grupal. Posteriormente se retoman los elementos más importantes del tema trabajado en la sesión anterior.

Autoeficacia

Para mantener la abstinencia es importante indagar que entiende el grupo por autoeficacia, para algunas personas es la percepción que tienen de sí mismas y que les permite hacer un juicio respecto a sus capacidades y habilidades con las que cuenta para enfrentar las vicisitudes de la vida cotidiana, para otros es la presencia o no de una creencia que le lleva a sentirse capaz o no de lograr algo, mientras que otras personas lo consideran como parte fundamental de una motivación.

Por ello el superar con éxito una situación difícil, aumenta el sentimiento de autoeficacia ante futuras situaciones similares, por el contrario, el fracaso disminuye la autoeficacia percibida.

Los juicios de autoeficacia se elaboran sustentados en cuatro fuentes de información, que son:

- ☞ Reconocer los logros de ejecución que ha tenido previamente el/la paciente.
- ☞ Las experiencias vicarias al observar las ejecuciones de los otros.
- ☞ La influencia social o persuasión externa de que se poseen ciertas capacidades.
- ☞ Las características físicas (anatomo-fisiológicas) de cada persona.

Con relación a la prevención de recaídas, el nivel de autoeficacia de un/a paciente, indica la confianza que tiene en su capacidad para afrontar situaciones de riesgo; si la persona logra emitir una respuesta de afrontamiento adecuada entonces la probabilidad de recaída disminuye, ya que el afrontamiento satisfactorio a la situación de riesgo es percibida como una sensación de control que se asocia con la expectativa positiva de ser capaz de superar con éxito el próximo acontecimiento conflictivo que se presente y se produce un aumento en la autoeficacia.

A medida que aumenta la duración de la abstinencia y el/la paciente puede afrontar eficazmente, cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de confianza se incrementa y la probabilidad de recaída disminuye.

En este sentido el trabajo de prevención de recaídas está relacionado con el aumento de la capacidad personal para afrontar con éxito las situaciones de alto riesgo.

Bandura hace algunas recomendaciones para apoyar a las personas que sufren de una autoeficacia baja, las cuales surgen directamente de tres pasos que integran el autocontrol (autorregulación):

- ❖ La autoobservación, basado en la idea de ¡conócete a tí mismo/a! y podrás asegurar que tienes una imagen precisa de tu comportamiento.
- ❖ Los estándares, hace referencia al cuidado de no establecer metas o desafíos que sean muy altos o muy difíciles de lograr.
- ❖ La autorrespuesta, siendo importante saber utilizar las recompensas personales, evitando en la medida de lo posible los autocastigos, mejor celebrar las victorias, que lidiar con los fallos.

En este sentido, incrementar el nivel de la autoeficacia debe ser entendido como un proceso controlado y planificado para que las personas alcancen gradualmente sus metas y reduzcan las posibilidades de fracasos, de modo tal que su creencia o percepción de ser capaz de enfrentar con éxito las situaciones de riesgo futuras sea mayor.

Bajo este entendido, es necesario enfatizar la diferenciación de dos conceptos complementarios en el nivel práctico: expectativa de autoeficacia y expectativa de resultados.

La expectativa de autoeficacia es un juicio sobre la capacidad de alcanzar un cierto nivel de acción (por ejemplo: enfrentar la presión de los/as amigos/as para no consumir una sustancia); en tanto que la expectativa de resultado es el efecto esperado como consecuencia de una determinada conducta (por ejemplo: sentimiento de orgullo y aceptación por parte de su pareja por no consumir sustancias). Es importante comprender la diferencia, ya que en ocasiones los juicios sobre determinada capacidad no corresponden a los efectos esperados. Lo que ocasionaría fracaso y desilusión.

Un primer paso es que la persona sea capaz de reconocer las cualidades que tiene, ya que ello influye en el cómo se siente y cómo enfrenta las dificultades de la vida cotidiana; dicho de otra forma, si una persona se siente capaz de hacer y superar cosas que considera difíciles o complicadas, si se siente hábil para relacionarse con cierto tipo de personas (por ejemplo no consumidores), si tiene confianza en sí misma, entonces se sentirá a gusto consigo mismo/a y, sobre todo, podrá afrontar con éxito las vicisitudes de la vida.

El/la terapeuta podrá implementar la técnica *Reconocer cualidades* (o cualquier otra que conozca), es importante que cada paciente exprese cuales son las capacidades que considera tener en todos los ámbitos y en consecuencia como se percibe a sí mismo/a para manejar problemáticas cotidianas, así como tratar de identificar al menos cinco logros (se podrán apoyar de la *Guía de ejemplos*, ver anexo 3), a partir de ello establecerá un lema que lo/la identifique dentro del grupo.

Guía de ejemplos:

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| • Determinación | • Capacidad de hacer amigos | • Entusiasta |
| • Comunicativo/a | • Sentido del humor | • Comprensivo/a |
| • Cordial | • Franqueza | • Adaptable |
| • Mantener un secreto | • Hablar en publico | • Buena ortografía |
| • Capacidad para intimar con otros | • Escribir poesía | ... y todo lo que se te ocurra |

Al término de la sesión, se hace un resumen de lo trabajado durante la misma, resaltando la importancia que tiene identificar la autoeficacia que cada uno/a tiene de sí mismo/a para incrementar la confianza de manejar adecuadamente las situaciones que le podrían llevar a una recaída.

Tarea

Deberán continuar con la identificación de cualidades que considere tenía, tiene o le gustaría tener.

El/la terapeuta agradece el compromiso y les motiva para asistir a la siguiente sesión.

Tema. Manejo Factores Internos (Pensamientos y Emociones)

Objetivo:

- ☞ Habilitar al/la paciente en la identificación de estímulos internos que pueden favorecer el consumo de sustancias psicoactivas.

Materiales:

Hojas de rotafolios, hojas blancas, bolígrafos, marcadores y rompecabezas.

Así como cualquier otro/s recurso/s del que se quiera apoyar el/la terapeuta.

El/la terapeuta da la bienvenida de manera cordial para crear un ambiente que propicie el trabajo grupal. Posteriormente se retoman los elementos más importantes del tema trabajado en la sesión anterior.

Manejo de factores internos (pensamientos, emociones, conductas, etc.)

El/la terapeuta comenta que con ayuda de los autorregistros se han descrito diferentes factores que pueden llevar a una posible recaída, éstos pueden ser clasificados en 1) externos (que contempla el manejo que se hace del tiempo libre, disponibilidad de la droga, presión directa o indirecta para consumir, cambios trascendentales en la vida, conflictos interpersonales, no contar con una red de apoyo, etc), 2) internos (aspectos físicos y psicológicos –pensamientos, emociones y conductas-) que llevan a reaccionar de determinada manera.

En esta sesión solo se abordan los factores internos que pueden contribuir a una recaída con la finalidad de que aprendan a identificarlos y generar planes de acción para afrontar estos estímulos permitiéndoles mantener su meta. A continuación se describen cada uno de estos factores.

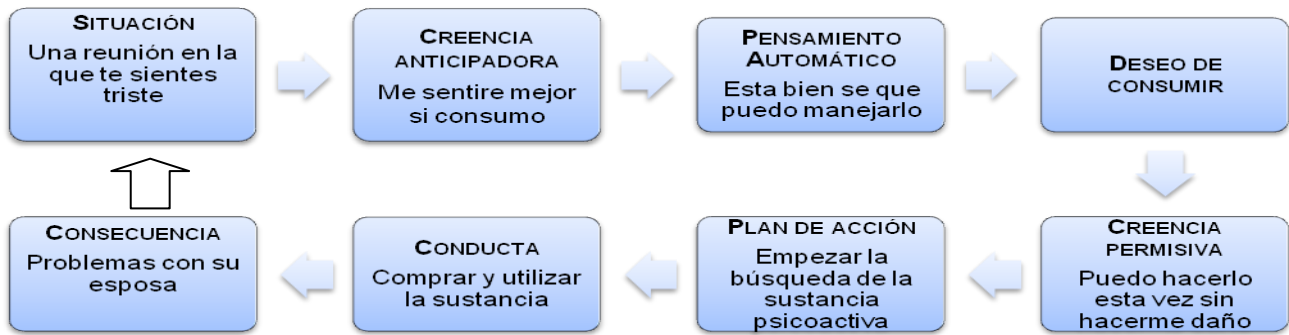
- ✓ **Pensamientos:** son todas aquellas ideas, que pasan por la mente ante una determinada situación o evento, relacionada o no con el consumo. Por ejemplo, “necesito una cerveza”, “es viernes y me merezco una chela”
- ✓ **Emociones:** son tendencias de respuesta con gran valor adaptativo con evidentes manifestaciones fisiológicas, que son intensas pero breves en el tiempo y que surgen ante la evaluación de un acontecimiento. Por ejemplo, enojo, tristeza, ansiedad, aburrimiento, soledad, culpa, felicidad, etc.
- ✓ **La conducta** son todas aquellas acciones que realiza una persona para alcanzar un objetivo.

Se abordan las emociones y pensamientos por la relevancia que tienen en el proceso de recaída. Ante la presencia de un evento o situación se presenta una emoción que suele ir acompañada de una serie de pensamientos irracionales que son considerados automáticos, y provocan comportamientos disfuncionales. En la mayoría de las ocasiones es más fácil detectar lo que se siente, antes de darse cuenta lo que se está pensando, también es importante considerar que se presentan respuestas a nivel fisiológico como la sudoración, palpitaciones, movimiento de diferentes partes del cuerpo, resequedad en la boca, entre otros.

Muestre o dibuje en hojas de rotafolios los siguientes esquemas y explique la secuencia de los pensamientos ante una posible recaída.

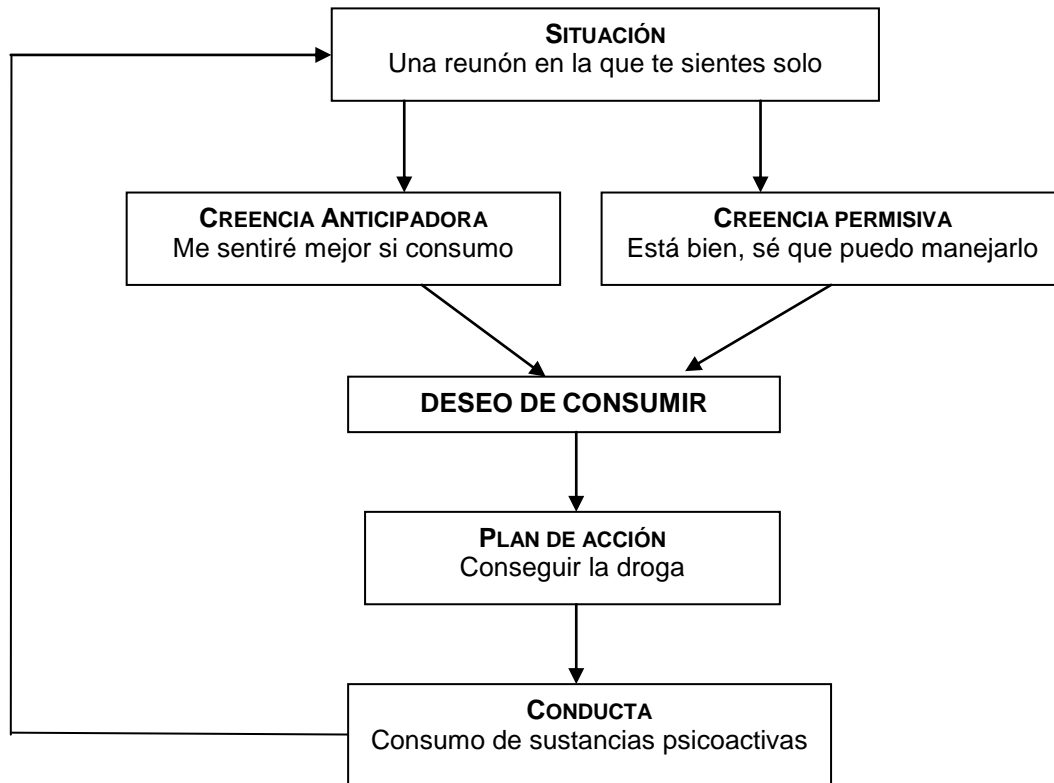
1. De una situación de riesgo surge un pensamiento o creencia anticipadora que propicia el ansia de consumir, a partir de este surge una creencia permisiva que lleva a realizar un plan de acción para buscar la droga, una vez que se ha hecho el plan se realiza la conducta de consumo, y esto puede provocar que cuando se vuelva a presentar la misma situación o una similar se proceda de la misma manera (esquema 1).

Esquema 1.



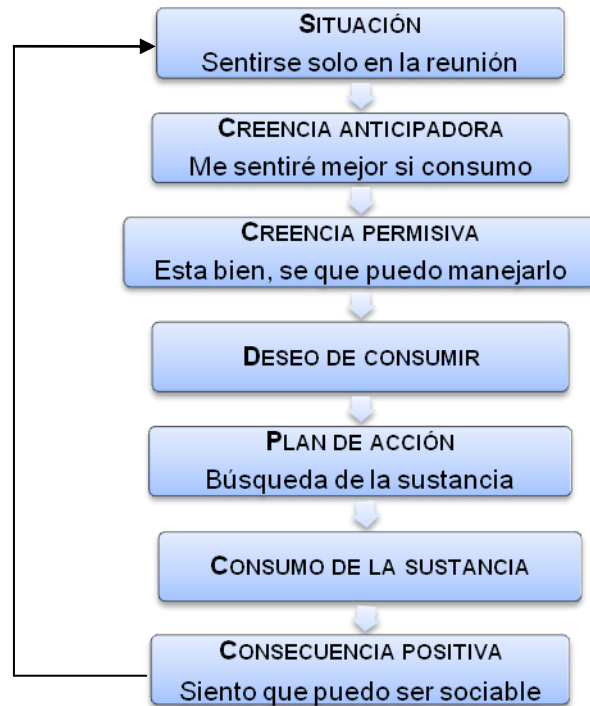
2. Ante una situación de alto riesgo se pueden dar al mismo tiempo las creencias anticipadoras y permisivas que generan el deseo de consumir, realizando un plan de acción para conseguir la droga y consumiendo esta sustancia, así cuando se presente otra vez la misma situación, se recorrerá el mismo camino (esquema 2).

Esquema 2



3. Frente una situación determinada, se da una creencia anticipadora, que propicia una creencia permisiva y lleva al deseo de consumir, realizando un plan de acción, realizar la conducta y obtener una consecuencia positiva que incrementa la probabilidad de cuando se vuelve a estar ante una situación semejante, el ciclo se repite (esquema 3).

Esquema 3.



El/la terapeuta realizará la siguiente técnica *Aceptado-rechazado* (o cualquier otra que conozca) con el objetivo de identificar los pensamientos y emociones que surgen ante una situación estresante y reconocer como influye en la manera de reaccionar.

Solicite la participación de dos integrantes del grupo y pídale que salgan un momento, mientras que al resto del grupo divídalos en dos subgrupos y entrégueles el rompecabezas o cualquier otro juego e indique que cuando ingresen sus dos compañeros/as invitaran a uno/a de ellos/as a integrarse a la actividad que estén realizando, mientras que al otro/a compañero/a no lo incluirán en la actividad y deberán rechazarlo/a si intenta integrarse.

Al concluir la actividad en sesión plenaria pregunte a los/las dos pacientes cómo se sintieron y qué pensaron, anote los pensamientos y sentimientos en una hoja de rotafolio, al resto del grupo pregunte si tuvieron alguna dificultad para realizar la actividad y que reacción observaron en sus compañeros/as y solicite finalmente un aplauso para los/las dos participantes.

Una vez que ha escuchado todos los comentarios, el/la terapeuta destaca la importancia de reconocer los pensamientos, emociones y reacciones que se dan ante una situación estresante, y plantee sugerencias de control emocional. Por ejemplo, la relajación, la distracción del pensamiento, ejercicio físico, actividades artístico-culturales.

Solicite que en base a la actividad previa, traten de reconocer las señales fisiológicas, pensamientos y emociones que han experimentado ante situaciones estresantes y entrégueles hojas blancas y bolígrafos para que anoten esta información.

Comente que las emociones y los pensamientos juegan un papel importante en una recaída. Por lo tanto, para evitar posibles recaídas, un primer paso es aprender a identificar, sentir y reconocer las emociones al igual que los pensamientos que surgen ante una situación determinada. Una manera de llevarla a cabo es observar y registrar las reacciones físicas que surgen en el momento o después de la situación estresante, pues el cuerpo suele ser muy elocuente, ya que muestra un conjunto de señales de acuerdo al tipo de pensamiento o sentimiento que se experimente, sea éste agradable o desagradable.

Por ejemplo, la boca puede tener una sensación de sequedad o contraerse o tener sabor desagradable; sentir picazón en la piel o que las manos sudan, la cara se pone roja, algún músculo se contrae, puede presentarse malestar estomacal, náuseas o sentir que el corazón se "oprime" o "acelera".

A medida que registren las reacciones o cambios corporales, notarán que la intensidad de la emoción baja, posterior a la identificación es conveniente realizar un ejercicio de relajación que les permita liberar la energía tensional y las sensaciones de angustia o ansiedad. Los ejercicios de relajación pueden ir desde hacer un alto a los sentimientos, pensamientos y sensaciones desagradables a través de respiraciones profundas y lentas, acompañado de movimientos lentos y suaves, principalmente donde se localiza la tensión muscular (movimientos de cabeza, tórax, brazos, piernas, dedos). Una vez que se relajen pueden pensar con mayor claridad, analizar la situación y plantear las alternativas de solución.

Posterior al registro de emociones, pensamientos y respuestas fisiológicas solicite que individualmente respondan las siguientes preguntas.

- ¿Eres capaz de reconocer tus emociones?
- ¿Estás conciente de los signos externos de tus emociones/sentimientos?
- ¿Puedes identificar qué origina tus sentimientos?
- ¿Cómo buscas enfrentar tus sentimientos?
- ¿Qué otras estrategias buscarías para enfrentar las emociones?

Pida a uno/a o dos pacientes que compartan sus respuestas con el resto del grupo, y realice una recopilación de lo reportado por los/las pacientes y anótelos en la hoja de rotafolio y enfatice la importancia que tienen el reconocimiento y manejo de los pensamientos y emociones que perturban el proceso de prevención de recaídas.

Realice un ejercicio de relajación con la finalidad de que el grupo aprenda a relajarse y utilice esta estrategia ante la situación de alto riesgo de recaída (ver anexo 6).

Para trabajar con la identificación de pensamientos retome la actividad previa, con el objetivo de reconocer la importancia de la forma de pensar ante la manifestación de una conducta.

Las creencias pueden moldear las reacciones (conductas); ante sensaciones fisiológicas que manifiestan un estado de ánimo como la ansiedad (p. ej. sudoración, palpitación, etc.) junto con el deseo de consumir, se pueden activar pensamientos más específicos y asociados al consumo.

Existen diferentes tipos de creencias, entre las que podemos mencionar las nucleares, que se centran en la supervivencia personal, el logro o motivación por conseguir algo (una cosa, libertad, autonomía), entra en juego la vulnerabilidad del/la paciente, que puede llegar a realizar expresiones tales como “Me siento desprotegido/a, derrotado/a, soy inferior, inepto/a, soy un fracasado/a porque no sirvo”.

Las disfuncionales, se vinculan con otros (personas o grupos), se relacionan principalmente con el sentirse queridos/as o aceptados/as, por ejemplo “soy indeseable y repulsivo/a, suelen rechazarme por mis defectos”, lo que les predispone a una vulnerabilidad tal, que si se dan las circunstancias la creencia se dispara y provoca algún tipo de emoción, como podría ser ansiedad o angustia, que puede llevar al consumo.

La creencia adictiva, guarda relación con el hecho de pensar que no hay otra forma de manejar la situación, el consumo se vuelve la única alternativa, por ejemplo “sólo conseguiré estar tranquilo/a si bebo un poco”, conformando así un ciclo, debido a que cada que se da la creencia nuclear, se activa la emoción que lleva a la creencia adictiva, para terminar en la conducta.

Dibuje el siguiente esquema (esquema 4) en una hoja de rotafolio, y explique a los/las pacientes la secuencia del pensamiento que se tiene, puede sustituir el ejemplo solicitando la participación del grupo.

Esquema 4



El/la terapeuta puede apoyarse con los autorregistros realizados, mismos que se analizarán desde el esquema A-B-C-D-E de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), comente que: A) son situaciones que activan, es decir, el contexto en que se suscitan las creencias; B) la interpretación que se realiza, es decir, los pensamientos o creencias; C) serán las emociones, sentimientos que se propician; D) permite un análisis sobre la creencia, es decir, es la discusión a la que se someta B y E) son los cambios que se puedan obtener después de realizar D, trabaje con una creencia de los/las pacientes, con el objetivo de que identifiquen la secuencia ante una posible recaída.

Comente que en el momento en que detecten que se dio un consumo, por pequeño que este sea, se den un tiempo para realizar un análisis de la situación y prepararse para enfrentar un acontecimiento similar.

Pregunte a los/las integrantes del grupo ¿quién o quienes han realizado algún consumo por pequeño que este sea, a pesar de estar en tratamiento?, ¿identifican las consecuencias que ello generó?, y pregunte ¿recuerdas, qué fue lo que sucedió?, anote la respuesta en el rotafolio tratando de identificar el tipo de creencias y/o emociones generadas, cómo se vincularon para dar paso al deseo de consumir, la forma en que se vinculan, sin profundizar en el contexto social en que se han dado. Promueva la participación del grupo

En caso de que nadie haya tenido un consumo. Solicite al grupo que elaboren un listado de posibles creencias que pudieran generar el deseo de consumir y trabajen con ellas, apoyándose en el esquema de la TREC.

Al finalizar la actividad realice un resumen de lo abordado durante la sesión, destacando la importancia que juegan los factores internos (pensamientos y emociones), en la percepción de indicios que pueden afectar el mantenimiento de la abstinencia y por consiguiente llevar a la recaída.

Tarea.

Deberán prestar atención más precisa a las emociones y pensamientos que experimentan, así como a las señales corporales que les acompañan ante situaciones de alto riesgo, para que ello les permita afrontar de mejor manera estas.

El/la terapeuta agradece el compromiso y les motiva para asistir a la siguiente sesión.

Tema. Habilidades para Mantener la Abstinencia: Asertividad

Objetivo

- ☞ Aprender a diferenciar las respuestas conductuales (pasivas, hostiles y asertivas) y practicar la asertividad ante situaciones de alto riesgo para el mantenimiento de la abstinencia.

Materiales:

Rotafolio, hojas de rotafolios y marcadores. Cuadro 1: Tipos de respuestas en la comunicación, Anexo 4. Historias.

Así como cualquier otro/s recurso/s del que se quiera apoyar el/la terapeuta.

El/la terapeuta da la bienvenida de manera cordial para crear un ambiente que propicie el trabajo grupal. Posteriormente se retoman los elementos más importantes del tema trabajado en la sesión anterior.

Habilidades para mantener la abstinencia, asertividad.

Inicie comentando que cuando se busca capacitar a alguien en habilidades para desaprender hábitos y costumbres asociados al consumo de sustancias, implica un aprender o reaprender habilidades específicas, como la asertividad, para lograr una autorregulación que permita un control sobre el consumo y simultáneamente adquirir nuevos hábitos de vida que sean más saludables.

Explique que la asertividad es la facultad de poder expresar los sentimientos y diferentes opiniones de una manera entendible para los demás, sin llegar a ofender o atacar a las personas con distintos puntos de vista, expresar la manera que nos hace sentir la forma de actuar de los demás, de la manera más adecuada. Dentro y fuera de la terapia, el/la paciente debe practicar comunicarse de un modo eficaz, para manifestar sus opiniones y escuchar a los demás.

Varios autores llegan a manejar los términos de conducta asertiva y conducta socialmente habilidosa como sinónimos, al igual que entrenamiento asertivo y entrenamiento en habilidades sociales, en el caso de Prevención de Recaídas, se deben considerar las seis técnicas que estableció Salter (1949, citado en Caballo 1991):

1. Aumentar la expresividad de las emociones en forma verbal y facial.
2. Hacer un empleo deliberado de la primera persona al hablar (yo).
3. Manifestar acuerdos al recibir cumplidos o alabanzas.
4. Saber expresar desacuerdos.
5. Poder improvisar.
6. Actuar en forma espontánea.

El objetivo primordial de la comunicación asertiva es ayudar a el/la paciente a afrontar cualquier situación, al expresar verbal y no verbalmente mensajes, donde manifiesten desacuerdos y acuerdos; cuando una persona aprende adecuadamente las conductas en terapia y las practica, podrá sentirse tranquilo/a y capacitado/a en el momento en que tenga que afrontar situaciones donde tenga que expresar una opinión. Adquirir conductas asertivas, requiere trabajar de manera constante los distintos componentes que conforman cada conducta; existen una serie de elementos que son importantes de considerar en la conducta asertiva:

- Mirada. Mirar directamente a los ojos de la otra persona, casi todas las interacciones dependen de miradas recíprocas. Algunos significados y funciones que tiene la mirada son: a) actitudes, quién mira más, tiene una vista agradable; si la mirada se considera extrema (fija) se percibe hostil y/o dominante. Dentro de una interacción cuando se deja de mirar se considera señal de sumisión, en tanto la dilatación de pupila se entiende como sentir interés por el otro; mirar permite intensificar la expresión de emociones, como la ira, vergüenza u otra, dependiendo de la intensidad que se quiera transmitir. Acompañar al habla, es decir, sincronizar o comentar lo dicho, de manera que si el oyente mira más entonces produce una respuesta del hablante; siempre y cuando el hablante sea percibido como persuasivo o seguro de sí mismo.
- Expresión facial. El rostro es el principal sistema de señales para mostrar emociones, se consideran seis expresiones principales: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco/desprecio; y tres áreas del rostro son

responsables de su manifestación: frente/cejas, ojos/párpados y parte inferior de la cara. La asertividad requiere de una expresión facial que esté de acorde con el mensaje.

- Gestos. Son acciones que envían un mensaje visual a otra persona, es decir, un acto que es visto por otros y que transmite cierta información; de hecho los gestos son básicamente culturales, debido a que las manos y cabeza junto con los pies (en menor grado) pueden generar una amplia variedad de gestos que se emplean con propósitos diferentes. Los gestos que sean apropiados a las palabras que se dicen, servirán para acentuar el mensaje añadiendo énfasis, franqueza y calor, movimientos desinhibidos pueden sugerir franqueza, confianza en uno/a mismo/a, salvo que el gesto sea errático y nervioso, y espontaneidad por parte del que habla.
- Postura. Considera el cuerpo y extremidades, cómo se sienta una persona, la postura que adopta estando de pie y cómo se pasea, reflejan sus actitudes y sentimientos sobre sí misma y su relación con los otros. Algunas posturas pueden comunicar las siguientes actitudes: una postura que reduce la distancia, aumenta la apertura hacia el otro esa postura es cálida, amigable, íntima, etc. Las posiciones cálidas incluyen inclinarse hacia delante con brazos y piernas abiertos, manos extendidas hacia el otro. Otras posiciones como apoyarse hacia atrás con las manos entrelazadas sosteniendo la parte posterior de la cabeza indican dominancia o sorpresa; brazos colgando, cabeza hundida y hacia un lado, indican timidez; piernas separadas, brazos en jarras e inclinación lateral, indican determinación. También puede comunicar emociones específicas (como estar tenso o relajado), tener hombros encogidos, brazos erguidos, manos extendidas indican indiferencia; inclinación hacia delante, brazos extendidos, puños apretados indican ira.
- Orientación. Implica el grado de intimidad/formalidad de la relación, cuando es cara a cara es considerada más íntima y viceversa. La orientación corporal más adecuada, la frontal angulada, donde los que se comunican se encuentran ligeramente angulados respecto a una confrontación directa. Esta posición sugiere un alto grado de implicación, libra ocasionalmente el contacto ocular total y es la más utilizada.
- Distancia/contacto físico. Culturalmente se ha establecido el campo de distancia permitida entre dos personas; de manera que el grado de proximidad expresa claramente cualquier interacción y varía con el contexto social. Estar muy cerca de una persona o llegar a tocarla sugiere una intimidad en la relación, a menos que se encuentren en sitios abarrotados (como el metro o algún medio de transporte); dentro del contacto físico existen diferentes grados de presión y distintos puntos de contacto que pueden señalar emociones, actitudes interpersonales o deseo de intimidad.
- Volumen de la voz. Su función básica consiste en hacer que el mensaje llegue al oyente potencial; si es alto puede indicar seguridad y dominio. Sin embargo, hablar demasiado alto sugiere agresividad, ira o tosquedad y puede tener consecuencias negativas, la gente podría marcharse o evitar futuros encuentros. Hacer modulaciones en la voz permite enfatizar puntos dentro de una conversación y una voz plana no es muy interesante.
- Entonación. Permite comunicar sentimientos y emociones; una misma palabra puede expresar esperanza, afecto, sarcasmo, ira, excitación o desinterés; dependiendo de la variación que se haga en la entonación; alguien que se perciba dinámico/a y extrovertido/a cambiará a menudo la entonación de su voz, durante una conversación. Una entonación alta es evaluada positivamente (alegre), en tanto que una baja se evalúa negativamente (deprimida). Por ello, la entonación de las palabras es más importante que el mensaje verbal por sí mismo.
- Fluidez. Las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son normales en las conversaciones diarias. Sin embargo, las perturbaciones excesivas del habla pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés y ansiedad; demasiados silencios podrían interpretarse en forma negativa (ansiedad, enfado o incluso señal de desprecio); el exceso de palabras consideradas de relleno como "ya sabes", "bueno", o sonidos como "ah", "eh", "este" provocan percepciones de ansiedad o aburrimiento.
- Tiempo. Se refiere a la duración que tiene la persona que habla, el cual puede ser deficitario tanto si apenas habla, como si habla demasiado. Lo más adecuado es un intercambio recíproco de información.
- Contenido. El habla se emplea para comunicar ideas, describir sentimientos, razonar o argumentar; las palabras empleadas dependerán de la situación en que se encuentre la persona, su papel dentro de esa situación y lo que está intentando lograr. El tema o contenido del habla puede variar, ser íntimo, impersonal, sencillo, abstracto o técnico. Algunos elementos verbales como expresiones de atención personal, comentarios positivos, hacer preguntas, refuerzos verbales, empleo del humor, variedad en los temas, expresiones en primera persona, etc.

Señale que es importante considerar estos elementos, ejercitarlos para el aprendizaje de comportamientos y respuestas más asertivas y efectivas en el manejo de situaciones cotidianas de los/las pacientes.

Comente que existen tres estilos de respuesta, y la finalidad es que identifique cual es el estilo de respuesta que generalmente utilizan, señale que cada estilo tiene sus propias características y explique cada uno de los estilos, escenificándolos para que los/las pacientes puedan identificar las diferencias entre ellos. Evite que queden dudas. Proporcioneles o dibuje en una hoja de rotafolio el Cuadro 1.

Tipos de respuestas en la comunicación

La forma en que una persona responde a sus interacciones, puede ser de cualquiera de las tres respuestas que a continuación se describen:

Pasivo	Asertivo	Hóstil
Demasiado poco, demasiado tarde o nunca	Con conductas apropiadas en el momento correcto.	Demasiado pronto o demasiado tarde































Conducta no verbal

Miran hacia abajo, voz baja, vacilaciones, gestos desvalidos, niega importancia a la situación, postura hundida, evitar totalmente la situación, tono vacilante o de queja, risitas falsas.	Mira directamente, nivel de voz conversacional, habla fluida, gestos firmes, postura erecta, mensaje en primera persona, verbalizaciones positivas, respuestas directas a la situación.	Mirada fija, voz alta, habla fluida/rápidamente, enfrentamiento, gestos de amenaza, postura intimidatoria, deshonesto/a, mensaje impersonal.
---	---	--

Conducta verbal

“Quizás”, “supongo”, “solamente”, “no crees que”, “eh”, “bueno”, “realmente no es importante”, “no te molestes”	“Pienso”, “siento”, “quiero”, “hagamos”, “¿cómo podemos resolver esto?”, “¿qué piensas?”, “¿qué te parece?”	“Harías mejor en...”, “haz”, “ten cuidado”, “debes estar bromeando”, “si no lo haces”, “no sabes”, “deberías”, “mal”
---	---	--

Efectos

<ul style="list-style-type: none">  Conflictos interpersonales  Depresión  Desamparo  Imagen pobre de uno/a mismo/a  Se hace daño a sí mismo/a  Pierde oportunidades  Tnsión  Se siente sin control  Soledad  No se gusta ni a sí mismo/a, ni a los demás  Se siente enfadado/a 	<ul style="list-style-type: none">  Resuelve los problemas  Se siente a gusto con los demás  Se siente satisfecho/a  Se siente agusto consigo mismo/a  Relajado/a  Se siente con control  Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades  Se gusta a sí mismo/a y a los demás 	<ul style="list-style-type: none">  Conflictos interpersonales  Culpa  Frustración  Imagen pobre de sí mismo/a  Hace daño a los demás  Pierde oportunidades  Tensión  Se siente sin control  Soledad  No le gustan los demás  Se siente enfadado/a
---	---	--

A partir de la explicación y si no hay dudas, solicite al grupo que realicen la siguiente técnica *¿Qué tan asertivo soy?* (o cualquier otra que conozca), que tiene como finalidad reconocer los comportamientos asertivos, hostiles o pasivos, y de qué manera afectan sus relaciones interpersonales, para llevarla a cabo copie o entregue las historias del anexo 4.

Considerando la importancia que tiene el manifestar opiniones y desacuerdos sin llegar a agredir a las personas que nos rodean solicite que al final de cada historia anoten si consideran que el personaje fue agresivo, pasivo o asertivo y por qué; después de manera grupal pida que compartan sus respuestas y discutan el porque de las mismas, motive al grupo a participar en la discusión.

A continuación se proporcionan las respuestas correctas a las historias con la finalidad de que corrobore que identificaron las diferencias en los estilos.

✎ Respuestas pasivas, historias 1 y 4.

✎ Respuestas hostiles, historias 2 y 5.

✎ Respuestas asertivas, historias 3 y 6.

Al término de la actividad realice un juego de roles, para favorecer la adquisición de las nuevas conductas asertivas.

Pregunte a cada uno/a de los/las pacientes ¿qué situación le resulta aún difícil de manejar asertivamente?, pida que describan cómo se da, qué hacen ellos/as, qué hacen las otras personas; al término, junto con todo el grupo, traten de identificar cómo fueron las actitudes que tuvo (pasivas u hostiles), si es posible cambiarlas o no (qué y por qué), después solicite que otro/a paciente, se comporte como aquella persona con la que su compañero tiene dificultad, buscando imitarla de acuerdo a lo expresado previamente en su manera de expresarse, postura, movimientos, etc., en tanto que el/la terapeuta se comportará como podría hacerlo el/la paciente desde una postura más asertiva.

La finalidad es que la persona que tiene la dificultad juegue el papel de observador, con la finalidad de que tenga una mayor posibilidad de aprender el comportamiento asertivo que modela el/la terapeuta. Al finaliza, en plenaria plantean sus observaciones y opiniones.

Solicite que formen preferentemente triadas, para realizar el ejercicio, donde uno juega el papel de aquella persona con la que se tiene la dificultad para comunicarse, otra el/la paciente haciendo uso de la asertividad y la tercera como observador para determinar si logró ser asertivo o continuó en una posición hostil o pasiva (debiendo rotar los papeles). Proporcione retroalimentación a cada caso en particular

Realice un resumen de la sesión destacando la importancia de emplear la asertividad en las relaciones interpersonales, para favorecer el mantenimiento de la abstinencia y evitar posibles recaídas, ya sea afrontando las situaciones de alto riesgo eficazmente.

Tarea.

Solicite que realicen una evaluación de su comportamiento en diferentes ámbitos (grupo de pares, familiar, escolar o laboral) para determinar si sus actitudes y reacciones son pasivas u hostiles, y cómo pueden volverlas asertivas; en caso de considerar que fueron asertivos, anotar ¿por qué?

El/la terapeuta agradece el compromiso y les motiva para asistir a la siguiente sesión.

Tema. Estrategias de Afrontamiento

Objetivo:

- ☞ Ejercitar estrategias de control y evitación ante situaciones de alto riesgo que involucran pensamientos, deseos, sentimientos y conductas.

Materiales:

Rotafolios, hojas de rotafolios y marcadores.

Así como cualquier otro/s recurso/s del que se quiera apoyar el/la terapeuta.

El/la terapeuta da la bienvenida de manera cordial para crear un ambiente que propicie el trabajo grupal. Posteriormente se retoman los elementos más importantes del tema trabajado en la sesión anterior.

Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento alude al proceso por el cual una persona maneja las demandas que se establecen dentro de la relación individuo–ambiente y las emociones que ello genera, las cuales pueden ser evaluadas como estresantes, por lo tanto se refiere al conjunto de esfuerzos que la persona hace para manejar las diversas demandas de su experiencia cotidiana que no sólo han de conceptuarse como estresantes, aunque si demanden de él/ella un esfuerzo tanto cognitivo como comportamental y/o emocional.

En este sentido la referencia al afrontamiento entraña siempre la adquisición de un cierto control de la situación que puede oscilar desde el dominio, hasta un somero control sólo de las emociones suscitadas por el evento estresante. Sin embargo, el mejor afrontamiento es aquel que incide en la relación individuo–ambiente, ya que se puede mejorar y es considerada como un equivalente en la actuación efectiva para la solución de problemas.

Durante una situación estresante, la persona debe descubrir la realidad de lo que está ocurriendo para planear lo que necesita hacer al respecto, esto es dirigir el afrontamiento. Por ejemplo, sabemos que uno/a no tiene control sobre la mayoría de los aspectos importantes de la situación, lo cual requiere centrar la acción para la regulación de las emociones y las acciones directas sobre el entorno. El afrontamiento se puede dirigir hacia el problema o hacia la emoción que lo causa.

Cuando se dirige hacia la emoción consiste en procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluye estrategias como: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

En tanto si va dirigido al problema es un conjunto de estrategias encargadas en la definición, la búsqueda de soluciones alternativas, la elección y aplicación de estrategias tanto para el ambiente como para la persona.

La forma en que una persona afronta una situación, depende también de los recursos que disponga y las limitaciones que dificulten el uso de esos recursos en un contexto y situación determinada. Decir que una persona posee recursos significa que además de que cuenta con una buena cantidad de ellos, también tiene la habilidad para aplicarlos ante distintas demandas del entorno.

Entre los diferentes recursos que una persona puede tener para afrontar algunas situaciones, se contemplan: la salud, creencias positivas, técnicas para la resolución de problemas, habilidades sociales, apoyos sociales y recursos materiales.

Desde el enfoque cognitivo-conductual el término afrontamiento alude, al entrenamiento de conductas que se contraponen a la conducta considerada problema, dentro de Prevención de Recaídas se relaciona con el aumento en la capacidad que tiene la persona para afrontar con éxito las situaciones de alto riesgo que la ponen al borde de la recaída. Por ello, es importante capacitar en estrategias de afrontamiento, para reducir la probabilidad de una recaída y facilitar la recuperación del/la paciente.

El/la terapeuta podrá implementar la técnica *¡Sé inteligente!* (o cualquier otra que conozca), lo que se busca es que el/la paciente tenga la posibilidad de analizar la forma en que maneja las situaciones de riesgo y la forma en que éstas favorecen la reincidencia del consumo. En este sentido, el/la terapeuta planteara que para afrontar una posible recaída no es cuestión de tener voluntad para mantener la abstinencia, sino que se debe ser capaz de identificar las señales de alarma, considerar las posibles consecuencias negativas y saber reaccionar en forma adecuada, es decir, ser inteligente, reconocer que ha ocurrido la recaída, analizar lo sucedido y lo que es posible hacer a futuro.

Entregara a cada paciente un cuestionario ¡Se inteligente!, (ver anexo 5) para que lo respondan y después puedan trabajar en sesión plenaria las respuestas que han otorgado, cuando la respuesta sea “mal”, se deberá identificar por qué lo percibe así el/la paciente, qué le provoca (pensamiento y sentimiento) y confrontar la creencia para modificarla a fin de que el/la paciente se perciba de distinta forma.

Lograr modificar creencias es importante, ya que ello facilita la adquisición de nuevas habilidades, por el contrario si estas quedan intactas, se dificulta el tener un mejor manejo de afrontamiento a futuro, ya que se continuara reaccionando de la misma forma y de manera automática.

La sesión concluye puntualizando los aspectos más importantes trabajados.

Tarea.

Deberán seguir practicando lo trabajado en la sesión.

El/la terapeuta agradece el compromiso y les motiva para asistir a la siguiente sesión.

Tema. Solución de Problemas y Toma de Decisiones

Objetivos:

- ☞ Habilitar al/la paciente en la resolución de problemas y toma de decisiones, que favorezcan el afrontamiento de las situaciones de alto riesgo.
- ☞ Aprender a controlar respuestas cognitivas y conductuales que alteren la solución de problemas y tomar decisiones asertivas.

Materiales:

Rotafolios, hojas de rotafolios y marcadores.

Así como cualquier otro/s recurso/s del que se quiera apoyar el/la terapeuta.

El/la terapeuta da la bienvenida de manera cordial para crear un ambiente que propicie el trabajo grupal. Posteriormente se retoman los elementos más importantes del tema trabajado en la sesión anterior.

Solución de problemas

Comente que los problemas son inherentes a la interacción humana, en y entre áreas y ámbitos en los que se desarrolla la vida cotidiana (individuos, grupos, instituciones, comunidades), por lo que gran parte de los esfuerzos y actividades humanas se destinan a la búsqueda de soluciones para dichos problemas.

Cuando no se le encuentra solución a algún problema, las personas suelen presentar algún tipo de malestar, de tal forma que si las estrategias de afrontamiento fallan, aparece un sentimiento creciente de desamparo que dificulta la búsqueda de otras soluciones. Ante esta situación autores como D'Zurilla y Godfried (1971) idearon una estrategia para solución de problemas cuyo objetivo es ayudar a las personas a identificar y resolver problemas que se consideran cotidianos y que están causando respuestas no apropiadas, de manera que el primer paso es aprender a definir los problemas en términos concretos.

Antes de explicar las fases a seguir para la solución de problemas, el/la terapeuta pregunta al grupo ¿cómo suelen resolver un problema?, ¿qué suelen hacer? y anotará en el rotafolios los aspectos más relevantes de los comentarios que realice el grupo y complementa la explicación de cómo puede analizarse una situación y encontrar posibles alternativas de solución.

Se propone que para solucionar un problema, se deben realizar cuatro fases:

1. Perfil del problema, implica conocer cuál es la idea que la persona tiene del problema principal, las consecuencias que experimenta, la evaluación que hace del mismo, así como el tiempo y esfuerzo que invierte para intentar resolverlo.
2. Definir y formular el problema, es importante clarificar y plantear bien el problema, es decir, identificar los diferentes elementos involucrados y la forma en que interactúan; a fin de formular en forma clara y precisa las metas realistas para resolverlo.
3. Generar alternativas, al tener en claro cuál es el problema, será más fácil proponer la mayor cantidad de ideas para su posible solución.
4. Toma de decisiones, para elegir la solución más viable, se evalúa cada alternativa considerando pros y contras; de manera tal que se jerarquizan y se determinan cuáles son las más factibles para llevarse a cabo y se implementa.

El/la terapeuta podrá implementar la técnica *Atendiendo responsabilidades* (o cualquier otra que conozca), lo que se pretende es que cada paciente pueda recuperar las responsabilidades que asumía previas al consumo y en caso necesario asumir nuevas.

Es muy común observar que en cuando se inicia la recuperación y se abandona el consumo, la persona poco a poco empieza a retomar aquellas responsabilidades que omitió o negó; situación que le puede resultar abrumante si desea ponerse al día en todas las responsabilidades en un lapso muy corto, ya que le podría llevar a un sentimiento de frustración. A fin de evitar esa sensación, es sugerible organizar una recuperación progresiva de responsabilidades, ya sea por nivel de importancia o por área específica, lo cual le permite retomar el control de su vida de mejor manera.

El/la terapeuta, pide que cada paciente defina qué es para él/ella “ser responsable”, puede usar una hoja de rotafolio para que se anoten las respuestas y llegar a una conclusión grupal.

Después entrega una hoja blanca a cada paciente para que responda las siguientes preguntas y posteriormente puedan ser comentadas en sesión plenaria:

1. ¿Puedes determinar cómo se encuentran tus responsabilidades en estos momentos?

El/la terapeuta debe inferir si las responsabilidades constituyen o no un problema para ellos/as. De ser así, se le recomienda seguir o aplicar la solución de problemas.

2. ¿Cuáles son las áreas en que requieres recuperar responsabilidades?

3. ¿Puedes jerarquizar dichas áreas, y explicar por qué en ese orden?

Permitirá hacer los planes de recuperación de las mismas

4. ¿Cómo has pensado recuperar tus responsabilidades? (Planes de acción)

5. ¿Cómo buscas mantener la calma en caso de que no resulte al primer intento?

Es importante que los/as pacientes logren llegar a una toma de decisiones, que involucre un plan de vida, es importante no olvidar que habrá situaciones que puedan provocar ansiedad, estrés o tensión y ello conllevar a que la persona reaccione de manera impulsiva, sin detenerse a analizar la manera en que actúa, ni la posibilidad de hacerlo de otra forma menos conflictiva; el/la terapeuta podrá realizar un pequeño ejercicio de relajación, indicando que al mantener la calma o tranquilidad, esto permite pensar en nuevas opciones para solucionar un problema y evitar que la situación nos acerque a una recaída.

El/la terapeuta da las siguientes instrucciones: respiren profundamente, mientras cuentan mental y lentamente del 1 al 5; expandan el abdomen, retengan el aire, nuevamente cuenten lentamente del 1 al 5 y díganse mentalmente “calma”; exhalen de golpe, mientras contraigan el abdomen. Se realiza tres veces; los/as pacientes irán sintiéndose cada vez más tranquilos con cada ciclo de respiración.

Este ejercicio es fácil de realizar en aquellos momentos que sientan ansiedad, angustia, tensión, estrés o premura por realizar algo.

El/la terapeuta puede apoyarse en algún otro ejercicio de los que se proponen en el anexo 6 y puede darle copia al/la paciente del mismo para que los realicen en su casa.

Por último se realiza un breve resumen de los aspectos trabajado, puntualizando la importancia que tiene el saber delimitar un problema para buscar alternativas de solución y aplicarlas.

Tarea.

Deberán definir un problema que consideren pueden resolver, estableciendo las posibles alternativas y analizarlas, si el/la paciente desea intentar solucionar el problema deberá tomar nota del cómo se sintió al respecto; será suficiente con que anote posibles formas de solucionarlo considerando pros y contras.

El/la terapeuta agradece el compromiso y les motiva para asistir a la siguiente sesión.

Tema. Redes de Apoyo

Objetivo

- ☞ Identificar la importancia de las redes de apoyo, reconocerlas y activarlas para que les permitan alcanzar un estilo de vida más saludable y de esta manera prevenir la recaída

Materiales:

Rotafolios, hojas de rotafolios y marcadores, pañoleta, mapa de red, hojas blancas y bolígrafos.

Así como cualquier otro/s recurso/s del que se quiera apoyar el/la terapeuta.

El/la terapeuta da la bienvenida de manera cordial para crear un ambiente que propicie el trabajo grupal. Posteriormente se retoman los elementos más importantes del tema trabajado en la sesión anterior.

Redes de apoyo

Hablar de Redes de Apoyo, es referirse a los ecosistemas que rodean a la persona, en este sentido, Elkaim (1989) define a la red social como: “el grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda y apoyo real y duradero a una persona o familia”.

En este sentido, la red social es el elemento fundamental en la experiencia de la identidad, bienestar y competencia individual, incluyendo hábitos de salud y adaptación ante las diferentes crisis que se afrontan. Por lo tanto una red, puede describirse como aquella interacción que se establece entre grupos de personas, lo que llamamos comúnmente conocer gente, hacer conocidos o amigos. Se puede decir que una persona establece su red de apoyo en la medida en que interactúa con los diferentes sectores como familia, amigos, relaciones que se establecen en lo laboral o escolar, dentro de la comunidad; conformando tres niveles de interacción:

1. Relaciones íntimas: Comprende familia directa, pareja, amigos allegados.
2. Relaciones personales con menor grado de intimidad y compromiso: Considera familiares intermedios y las relaciones sociales.
3. Relaciones ocasionales: Comprende familiares lejanos, compañeros del trabajo o la escuela, maestros, etc.

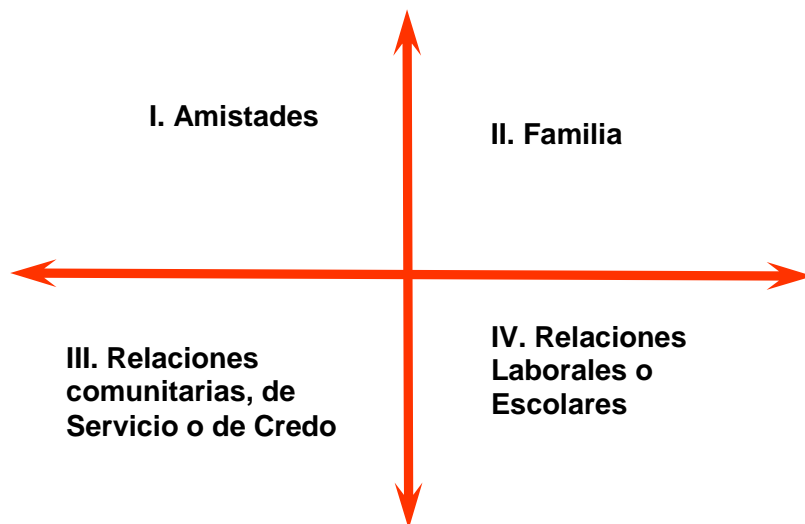
Son amplias y variadas las redes sociales que podemos encontrar en el entorno comunitario; los vínculos y contactos que establece cada persona se encuentran en constante evolución de acuerdo al tiempo y circunstancias del momento; se considera un proceso colectivo e individual, ya que en una red siempre habrá miembros que se agreguen, eliminen o desplacen, dependiendo de las funciones que realicen, no debe olvidarse que una red tiene una representación espacio-temporal, por lo que difícilmente encontrará limitantes de crecimiento.

Por lo general, las personas que consumen van conformando una red con personas que también consumen y/o propician el consumo, esto hace necesario enseñar al/la paciente que puede renovar o modificar dicha red, al generar nuevos vínculos podrán contar con otros recursos que le alienten y apoyen en su propósito de mantenerse en abstinencia y faciliten su reinserción social.

Conformar redes de apoyo adecuadas, que les ofrezca contención en las situaciones de crisis y solución de problemas, así como en el establecimiento de un estilo de vida saludable y fuera del consumo de sustancias, es un elemento clave para la Prevención de Recaídas.

Las redes sociales pueden dividirse en dos niveles:

1. **Primaria:** constituida por personas que rodean al/la paciente como son los parientes; personas cercanas como amigos (grupo de pares), novio/a, esposo/a, vecinos, conocidos que de alguna manera son significativos para él/ella. Se pueden incluir a los/las integrantes del grupo de Prevención de Recaídas, donde el/la terapeuta puede propiciar el establecimiento de una red de apoyo mutuo.
2. **Secundaria:** puede ser una institución que integran personas que sin tener relación o vínculo con los usuarios, participan proporcionando algún tipo de apoyo directo, como es la escuela (directivos, profesores y padres de familia), Centros de Salud, Casas de cultura, Centros deportivos, Centros de capacitación laboral, asociaciones, grupos recreativos y de autoayuda, religiosos, entre otros tantos que existen en la comunidad (sacerdote, entrenador, etc.).



Realice la siguiente actividad *Mapa de Redes Sociales* (o cualquier otra que conozca) tiene como finalidad favorecer la conformación de una red social de apoyo

Entregue a cada paciente una copia del anexo 7, para que cada uno/a conforme su propio mapa de red social mientras explica que la red social se considera una estrategia de afrontamiento, vinculatoria, de articulación e intercambio entre personas que deciden, voluntaria y concertadamente asociar sus esfuerzos, experiencias y conocimientos, para dar apoyo y contención a pacientes en recuperación, es concreta y duradera

en la prevención de recaídas.

Para que las persona pueda recurrir en un momento dado a su red social de apoyo es importante hacer una evaluación de cómo está constituida y de cuáles son los atributos que posee dicha red para que sea más efectivo el beneficio que necesitamos obtener de ella.

Con apoyo de un esquema grande del Mapa de Red, explique cómo se elabora. Dividan el mapa en cuatro cuadrantes, posteriormente se dibujaran tres círculos concéntricos, quedando en el centro la persona que elabora el mapa. Y los siguientes círculos como se indica a continuación:

- **Círculo Interior:** Se localizan los familiares directos con quienes se tiene contacto cotidiano, por ejemplo la pareja y los amigos cercanos.
- **Círculo Intermedio:** Son las relaciones personales con menor grado de compromiso, tales como las relaciones sociales o profesionales con quienes se tiene contacto personal sin intimidad, “amistades sociales”, y familiares intermedios.
- **Círculo Externo:** Ubica a los conocidos y relaciones ocasionales como conocidos del trabajo o escuela, buenos vecinos, familiares lejanos, también se puede considerar al servicio de *CIJ Contigo-Atención en línea*. El mapa debe constituir un registro estático del momento en el que se encuentra cada participante.

La frontera de la red puede ser establecida a través de las siguientes preguntas que permitan definir a sus integrantes:

- ✓ ¿Quiénes son las personas importantes en tu vida?
- ✓ ¿Con quién has hablado o te has visto, esta última semana?
- ✓ Cuando tienes ganas de hacer un poco de vida social, ¿a quién llamas?
- ✓ ¿Quién es o quién podría ser tu paño de lágrimas?
- ✓ ¿Con quién te ves regularmente?
- ✓ ¿Quién consideras que son las personas que están más alejadas de ti?

A partir de las respuestas que proporcionen los/las pacientes, les ayudará a establecer sus respectivos mapas de red social, al finalizar la actividad deberán compartir la información con el grupo dando oportunidad a cada miembro de expresar sus comentarios e indagando qué tan fácil o difícil les resulto la elaboración de su mapa, al término de la actividad proporcione retroalimentación.

Aunado a la conformación de una red de apoyo social, es importante que las personas puedan confiar no sólo en sí mismas, sino también en las demás, para escenificar esto, realice con el grupo la siguiente actividad *Confianza* (o cualquier otra que conozca), saber qué hacer en un momento dado, a dónde o a quién recurrir es muy importante. Pida a los/las pacientes que se pongan de pie y formen un círculo (lo más cerrado que se pueda), solicite a uno/a de los/las asistentes pase al centro del mismo y cierre los ojos o permita se los venden, colocando los brazos en cruz a la altura del pecho. El/la terapeuta pregunta “¿confías en los que estamos

aquí?"; si la respuesta es afirmativa, pídale que se deje caer en la dirección que quiera ya que ninguno de los presentes (compañeros/as y terapeuta) permitirá que él/ella caiga; si la respuesta es negativa, le pide abrir los ojos y que realice la actividad, quienes conforman el círculo (incluido el/la terapeuta) deberán estar atentos fungiendo como una red de protección. Invite a todos a pasar al centro y realizar el ejercicio; posteriormente en plenaria comparten cómo se sintieron y que pensaron.

Sí bien no es suficiente con establecer una red de apoyo social y lograr confiar en los demás, otro aspecto que se debe cuidar es el saberse mantener ocupado o saber invertir el tiempo libre, es decir saber a dónde se ira, con quién y a qué, de tal forma que apoye el mantenimiento de la abstinencia, de esta forma se planearan actividades diferentes y opuestas al consumo, situación que les permitirá redescubrir que la vida se vuelva interesante, en la medida en que se logra establecer un estilo de vida más saludable y funcional.

Posteriormente pida que cada paciente haga una propuesta de actividad, señalando el nombre de la institución donde se desarrolla y la persona con quien asistiría.

Al término de la actividad haga un resumen destacando la importancia de contar con redes de apoyo para evitar la recaída.

Tarea.

Solicite que programen diversas actividades, considerando que pueden ser de tipo recreativas (jugar, hacer ejercicio), creativas (tomar un curso de interés personal, aprender un oficio) o de descanso (planear un paseo); o en su caso visitar instituciones ubicadas en su comunidad o cercana a está para solicitar mayor información sobre los servicios que les pueden proporcionar. En caso de ser necesario, podrán realizar los ajustes que consideren pertinentes a su red de apoyo.

El/la terapeuta agradece el compromiso y les motiva para asistir a la siguiente sesión.

Tema. Evaluación y Cierre

Objetivos:

- ☞ Evaluar los logros de cada integrante del grupo.
- ☞ Realizar una reflexión sobre posibles dificultades que puedan presentarse a futuro.

Materiales:

Rotafolios, hojas de rotafolios y marcadores.

Así como cualquier otro/s recurso/s del que se quiera apoyar el/la terapeuta.

El/la terapeuta da la bienvenida al grupo para crear un ambiente que propicie el trabajo grupal.

Menciona que los cambios que han realizado para mantener la abstinencia y prevenir las recaídas, ha sido gracias a la aplicación de las habilidades que han estado adquiriendo, durante su tratamiento y rehabilitación, así como a la constante evaluación (autorregistros) que han estado realizando en su vivir cotidiano.

Es importante que les quede claro que debido al compromiso que cada uno/a realizo para consigo mismo/a es que han aprendido a modificar los aspectos que requerían para lograr la abstinencia, a identificar aquellas situaciones que les podrían hacer titubear y dar respuesta al deseo intenso de consumir.

El/la terapeuta podrá implementar la técnica *Ventajas vs desventajas* (o cualquier otra que conozca), se busca que cada paciente logre identificar las posibles desventajas que le conllevaría el volver a consumir a fin de implementar un plan de emergencia.

Para ello, a partir de lo que han vivido deberán realizar primero una lista en la que anotaran aquellos aspectos o situaciones que se vieron afectadas por el consumo, de ser posible agrupado por áreas desde la propia salud, relaciones personales, aspectos escolares o laborales, etc., se podrá apoyar de las siguientes preguntas clave *¿qué perdí a consecuencia del consumo?, ¿de qué forma me afecto con mi familia, trabajo, amigos, estudio, en mi persona?*, después se comparten las listas en grupo, buscando profundizar (hasta donde sea posible) para comprender porque dichos aspectos son los que más le han afectado.

A medida que se trabajan las listas, el/la terapeuta anota en una hoja de rotafolio los datos que aporten los/las pacientes, considerando las diferentes áreas, por ejemplo:

Familiar: <ul style="list-style-type: none">• Separación de la pareja• Desconfianza de los padres• XXX	Laboral: <ul style="list-style-type: none">• Discusiones agresivas con el/la jefa• Inseguridad económica• XXX
Escolar: <ul style="list-style-type: none">• Reprobación de curso• Expulsión de la escuela• XXX	Relaciones personales: <ul style="list-style-type: none">• Distanciamiento con amigos/as• Discusiones agresivas con vecinos• XXX
Salud: <ul style="list-style-type: none">• Pérdida de peso• Dificultad para respirar• XXX	En mi persona: <ul style="list-style-type: none">• Andar desalineado/a• Vender objetos personales• XXX

Cada paciente puede agregar aspectos a sus respectivas listas, en caso de que lo considere pertinente, si posteriormente recuerda otros aspectos también los podrá incluir, lo que se busca es que no olvide aquellos aspectos negativos relacionados con el consumo a fin de evitar que se vuelva a establecer.

Posteriormente se trabaja la contraparte, es decir, una lista con las *ventajas* que han obtenido por lograr la abstinencia y que obviamente no desean perder nuevamente, deberá considerarse también por áreas, por ejemplo:

<p>Familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejor relación con la pareja • Apoyo por parte de los padres • XXX 	<p>Laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusiones asertivas con el/la jefa • Contar con un trabajo • XXX
<p>Escolar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprobar materias • Reinscripción a la escuela • XXX 	<p>Relaciones personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejor relación con amigos/as • Discusiones asertivas con vecinos • XXX
<p>Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuperación de peso • Respirar mejor • XXX 	<p>En mi persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andar arreglado/a • Recuperar objetos personales • XXX

Al reverso de esta segunda lista es importante que cada paciente, anote con sus propias palabras cómo lo logro, qué tuvo que hacer para conseguir esos cambios, por ejemplo, seguir practicando la asertividad, detener pensamientos que no tienen una validez sólida, realizar otro tipo de actividad, recurrir a tal persona o tal lugar, asistir puntualmente a su tratamiento, realizar todas las tarea que le asignaron, etc.

Esto le permitirá hacer un comparativo, entre cómo se encontraba al inicio del tratamiento (y que existían aun consumos) y en cómo se encuentra actualmente (presentando abstinencia), pudiendo identificar aquellos aspectos en los que considera debe seguir trabajando o reforzando.

Por último se podrán compartir los comparativos que cada paciente realizó, el/la terapeuta también comentará los avances y/o logros que ha observado en aquellos pacientes que llevan más tiempo en el grupo, a fin de fortalecer la autoeficacia en ellos/as.

La sesión concluye puntualizando los aspectos más importantes trabajados.

Tarea.

Deberán escribir una carta en la que anotaran cómo esperan encontrarse a futuro, en todas sus áreas: personal, familiar, trabajo, escuela, amigos, etc.; describiendo con que elementos cuentan para lograrlo y cuales requieren adquirir o modificar.

El/la terapeuta agradece el compromiso y les motiva para asistir a la siguiente sesión.

BIBLIOGRAFÍA:

- Abeijón M., J. A. y Urbano A., A. Las recaídas en toxicomanías. En página Web <http://www.drogascadiz.es/AdminManclLaJanda/UserImages/a11e567a-dd96-42df-9a27-66e0dde26121.pdf> [Consulta 21 noviembre de 2006].
- Autocontrol Emocional. En página Web <http://www.isabelsalama.com/autocontrol%20emocional%20I.htm> [Consulta 24 noviembre de 2006].
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese, B.S. Terapia Cognitiva de las drogodependencias. Editorial Paidós. España 1999.
- Caballo, V. Manual de técnicas de modificación de conducta. México, Siglo XXI. 1991
- Casas, B.M. y Gossop, M. Recaída y Prevención de recaída. Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Neurociencias. Barcelona, 1993.
- Del Prette, Z.A.P.; Del Prette A. Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación. Manual Moderno. México, 2002.
- Díaz S., J. Prevención de recaídas. En página Web <http://www.drogascadiz.es/AdminManclLaJanda/UserImages/f2fe7b93-91e5-43f0-9f86-d7733646f8c6.pdf> [Consulta 21 noviembre de 2006].
- Feldman, F. Instituto Mexicano de Terapia Cognitivo Conductual. Manteniendo los cambios conductuales: Estrategias de Prevención de Recaídas. Trabajo presentado en el Primer Congreso Mundial de Modelos de Educación para la Salud en Adicciones y Trastornos de la Alimentación. GENS México. Celebrado en la Ciudad de México los días 7, 8, y 9 de Septiembre del 2000.
- García H. J. A. Asertividad. En página Web <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/asertividad.htm> [Consulta 23 noviembre de 2006].
- García H. J. A. El proceso de toma de decisiones y resolución de problemas. En página Web <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/tomadeciones.htm> [Consulta 23 noviembre de 2006].
- Graña G.J.L. Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Ed. Debate, España, 1994.
- Guía de desarrollo personal y social para intervención con jóvenes. En página Web <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/hhss/HHSS5.htm> [Consulta 23 noviembre de 2006].
- Guiñales R., L. Prevención de recaídas. En página Web <http://www.drogascadiz.es/AdminManclLaJanda/UserImages/712e0b98-0651-4407-b753-c319023e767b.pdf> [Consulta 21 noviembre de 2006].
- Reynoso E. L. Psicología Clínica de la salud. Ed. Manual moderno. México D.F. 2005.
- Salazar G. I. D. Estrategias cognitivo – conductuales para el manejo del craving. En pagina Web http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b001 [Consulta 24 noviembre de 2006].
- Taller de apresto laboral, para personas drogodependientes. Abriendo puertas. En página Web: www.conacedrogas.cl/inicio/rehabilitacion.php?tipo=5 [Consulta 21 noviembre de 2006].
- Técnicas terapéuticas, desde la Teoría Cognitivo – Conductual. En página Web <http://www.cognitivoconductual.org/tecnicas/model.htm> [Consulta 23 noviembre de 2006].
- Washton A. M. La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención. Paidós. España, 1995.

Anexo 1.



Centros de Integración Juvenil, A. C.
 Dirección de Tratamiento y Rehabilitación

No. de Expediente:

No. de Grupo:

CIJ: _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

AUTORREGISTRO DE SITUACIONES DE ALTO RIESGO

FECHA Y HORA	LUGAR Y PERSONAS CON QUIEN ME ENCONTRABA	¿QUÉ PENSABA Y SENTÍA?	¿QUÉ SUCEDIÓ; ¿SE DIO O NO EL CONSUMO? (CANTIDAD)	CONSECUENCIAS

Anexo 2

MI PLAN DE VIDA				
ÁMBITO	META ¿QUÉ DESEO?	TIEMPO ¿EN CUÁNTO TIEMPO LO LOGRARÉ?	ESTRATEGIAS ¿CÓMO LE VOY A HACER?	APOYOS EXTERNOS ¿EN QUIÉN ME PUEDO APOYAR PARA LOGRARLO?
PERSONAL				
FAMILIAR				
LABORAL				
ESCOLAR				
CAPACITACIÓN				
SALUD				

Anexo 3

Guía de ejemplos:

- Determinación
- Perseverancia
- Dinamismo
- Capacidad de observación
- Previsor/a
- Comunicativo/a
- Fiable
- Capacidad de escucha
- Organizado/a
- Iniciativa
- Cordial
- Auténtico/a
- Afectuoso/a
- Independiente
- Solidario/a
- Mantener un secreto
- Leer bien
- Habilidades manuales
- Bailar
- Ojos grandes
- Capacidad para intimar con otros
- Capacidad de hacer amigos
- Simpatía
- Confianza en sí mismo/a
- Fuerza de voluntad
- Sensibilidad
- Sentido del humor
- Alegre
- Expresivo/a
- Buena voz
- Ecuánime
- Franqueza
- Honesto/a
- Trabajador/a
- Creativo/a
- Goleador/a
- Hablar en publico
- Resolver un problema
- Controlar mis impulsos
- Anotar canastas
- Mantener la fe
- Escribir poesía
- Entusiasta
- Valentía
- Cortesía
- Paciencia
- Me gusta disfrutar las cosas
- Comprensivo/a
- Responsable
- Animoso/a
- Capacidad de concentración
- Generosidad
- Adaptable
- Abierto/a
- Persistente
- Original
- Ligo fácil
- Buena ortografía
- Aprenderme una lección
- Cantar
- Ayudar a otros
- Pensamiento veloz
- ... y todo lo que se te ocurra

Anexo 4

Historias:

Anote al final de cada historia, cómo consideras que fue el comportamiento del personaje: agresivo, pasivo o asertivo y por qué.

1. La semana pasada me invitaron a una fiesta donde comenzaron a beber, uno/a de los/as invitados/as me ofreció una cerveza y sentí que no podía rechazarla, él/ella no sabe que debo evitar el consumo y yo no fui capaz de decírselo

2. Un/a amigo/a bromeaba conmigo en la oficina. Yo tenía dolor de cabeza, así que le grité que era una persona desconsiderada, inmadura, me fui dejándola con la palabra en la boca.

3. El otro día iba con un/a amigo/a en el coche y éste/a prendió un cigarro, le dije que yo ya deje de fumar y que hacerlo en un espacio reducido y encerrado implica que los otros tengan que respirar el humo, así que le pedí de favor, que no fumara mientras estuviéramos dentro del coche. Él/ella apago el cigarro.

4. un/a compañero/a del trabajo, me da órdenes frecuentemente y eso me incomoda mucho, sin embargo, no sé como decírselo, ya que dicho malestar me lleva a buscar el consumo.

5. Invitas a un/a amigo/a a cenar en casa, por razones que no conoces llega una hora más tarde, no te llamó para avisar del retraso, al verlo le reclamas diciéndole "me has tenido preocupado/a y nervioso/a por tu tardanza, pero esta será la última vez que te invito"

6. En tu trabajo, hay un/a compañero/a que por diferentes razones te pasa su trabajo para que lo realices, has decidido dar fin a esa situación, por lo que cuando te pide que le ayudes nuevamente le dices "con frecuencia me pides que te ayude con tu trabajo, porque no te da tiempo o no sabes cómo realizarlo, esto me está cansando, porque además de hacer el mío debo realizar el tuyo, intenta hacerlo y así te costará menos trabajo la próxima vez"

Anexo 5

¡Se Inteligente!					
Instrucciones: Marca con una “X” la respuesta con la que identifiques la forma en que te percibes (autoeficacia) en estos momentos, para manejar las situaciones que a continuación se indican.					
Situación		Mal	Regular	Bien	Excelente
1	¿Cómo consideras que es tu práctica en pensamientos de evitación?	1	2	3	4
2	¿Cómo te consideras para establecer horarios y llevarlos a cabo?	1	2	3	4
3	¿Cómo consideras la importancia de tu asistencia a las sesiones de tratamiento?	1	2	3	4
4	¿Cómo consideras tu capacidad para evitar situaciones de alto riesgo?	1	2	3	4
5	¿Cómo consideras que podrías evitar el consumo de alcohol, tabaco o cualquier otra droga?	1	2	3	4
6	¿Cómo consideras que podrías evitar a otros consumidores?	1	2	3	4
7	¿Cómo consideras que podrías evitar lugares donde se consume o solías consumir?	1	2	3	4
8	¿Cómo consideras tu capacidad para hacer actividades que apoyen y favorezcan la abstinencia? (realizar tareas para casa)	1	2	3	4
Puntuación final					

Anexo 6. Técnicas de Relajación

El estado natural del ser humano cuando no siente dolor y sus necesidades básicas están cubiertas, es el de la relajación, prueba de ello es observar durante un rato a un recién nacido sano, alimentado, limpio y con una temperatura ambiental adecuada: se encuentra en un estado apacible. Ese estado no suele ser el habitual y cambia a medida que el ser humano crece.

Una manera muy común de la gente para evitar ponerse en contacto con las emociones es tensar, inconscientemente los músculos. Se forman zonas corporales que hacen las veces de coraza.

Dedicar unos minutos a la relajación diaria es de suma importancia para mantener la salud física, mental y emocional. Entre los beneficios que aporta al organismo:

Disminución de la ansiedad.	Sensación de eliminación de tensiones.
Aumento de la capacidad para enfrentar situaciones estresantes.	Aumento de la eficiencia en la capacidad de aprendizaje.
Incremento de la capacidad creativa.	Mejora en la calidad del sueño.
Aumento de la capacidad de reflexión.	Aumento de la confianza en sí mismo.
Aumento de la facilidad para pensar positivamente	Tendencia creciente al mejoramiento de la autoimagen positiva.
Incremento de la habilidad para relajarse cada vez que lo necesite, esté donde esté.	

A continuación se proponen algunas técnicas de relajación²; puede elegir cualquiera de ellas, se le sugiere leerlas primero; para ponerlas en práctica es importante cuidar aspectos del ambiente y condiciones para realizar el ejercicio, tales como:

1. Una habitación con poca iluminación, bien ventilado, sin ruido, temperatura adecuada y grata.
2. Se pueden realizar sentados con la espalda recargada en el respaldo, los pies cruzados a la altura de los tobillos y las manos sobre los muslos con las palmas hacia arriba o hacia abajo. También acostados en colchonetas con los brazos y piernas ligeramente separados del cuerpo.
3. Ropa adecuada, a fin de evitar generar tensión extra, mientras se realiza el ejercicio quitarse lentes y accesorios que puedan dificultar el ejercicio. Opcional el que se quiten el calzado.
4. Uso de música (de manera opcional).

El terapeuta deberá leer primero el ejercicio que ha decidido realizar, para que sepa lo que va a hacer ante el grupo, a fin de que a los/las pacientes les quede claro y lo puedan realizar en sus casas o cada que lo requieran.

² Consultados en las páginas Web: http://cryssta.iespana.es/ejercicios_de_relajacion.htm;
<http://www.ejerciciosderelajacion.com/>; http://www.formarse.com.ar/ejercicios/ejercicios_relajacion.htm-relajacion_mental

1. Relajación Larga.

Ponte en una posición cómoda para empezar a relajarte, este es un momento muy importante para tí. Vas a tomarte unos segundos para ponerte en contacto con todos los ruidos tanto del exterior como los que provienen de la grabadora, vas a conectarte con tu cuerpo y te vas a reacomodar hasta que tu posición se haga más comfortable.

Toma conciencia del ambiente que te rodea, obsérvalo, y pregúntate si consideras que te encuentras en disposición interna para empezar a relajarte, si no hay algún asunto pendiente que quieras hacer: ir al baño, una llamada telefónica, beber agua etcétera, cierra los ojos e inhala profundamente retén el aire unos cinco segundos dos... tres... cuatro... cinco... abre los ojos y suelta el aire lentamente mientras te dices para tus adentros "estoy con disposición para relajarme..."; inhala otra vez profundamente... retén el aire... suéltalo lentamente mientras te dices "relajado..."

Haz una tercera inhalación profunda..., retén el aire... y suéltalo lentamente mientras vas sintiendo que tu brazo derecho se está poniendo pesado... pesado... pesado. Ahora vas a respirar normalmente mientras te concentras en tu brazo derecho que se está poniendo cada vez más pesado... pesado... pesado. Quizás tengas una sensación de pesadez o de liviandad, de calor, de frío o de cosquilleo.

Cualquier sensación que tengas es una señal muy tuya que te está indicando que ya estás entrando en tu nivel de relajación.

Ahora te vas a ir concentrando en tu brazo izquierdo el cual vas a ir sintiendo pesado... pesado... pesado... cada vez más pesado... pesado... concéntrate en este único pensamiento, que tu brazo izquierdo está cada vez más pesado... pesado... ya haz comenzado a entrar en un estado de calma... te vas a ir dando cuenta de que ambos brazos están pesados.

Ahora te concentrarás en tu pierna izquierda la cual vas a ir sintiendo cada vez más pesada... pesada. Toda la pierna, desde la articulación de la cadera hasta la punta del dedo gordo, está cada vez más pesada... y a medida que se va poniendo pesada vas sintiendo una mayor sensación de calma, una creciente sensación de bienestar... ahora te concentrarás en tu pierna derecha la cual vas a ir sintiendo pesada... cada vez más pesada... toda la pierna derecha, desde la articulación de la cadera hasta la punta del dedo gordo, está cada vez más pesada, pesada... a medida que aumenta la sensación de pesadez de todo tu cuerpo, aumenta la sensación de calma y bienestar... te lo mereces.

A medida que tus brazos y piernas se hacen más pesados y más flojos se van a ir liberando todas las tensiones físicas y mentales... todas las preocupaciones están siendo dejadas de lado por lo menos durante este ratito de paz... observa que estas preocupaciones tienden a aparecer y a querer atraparte ya sea en forma de pensamientos torturantes o como imágenes catastróficas. Date cuenta de ésto y no hagas nada para eliminarlas, sólo obsérvalas y déjalas pasar sin hacer ningún esfuerzo mental... toma conciencia de que, cada vez, se te hace más fácil lograr la respuesta de relajación.

Ahora te vas a concentrar en los músculos del abdomen. A medida que los vayas liberando los irás sintiendo cada vez más flojos, más relajados, repítete mentalmente que tu abdomen está relajado... flojo... sin tensiones... concéntrate en los músculos de tu pecho, liberándolos, abandonándolos... imagínate los músculos que rodean tus pulmones y aflójalos... repite mentalmente "a medida que voy relajando... los músculos del pecho... y de los pulmones... me voy liberando de tensiones... y me voy sintiendo en paz... y más integrado conmigo..."

Ahora vas a ir tomando conciencia de los músculos del cuello... y vas a ir permitiendo que comiencen a relajarse... concéntrate en ellos y permíteles que se liberen de cualquier tensión que tengan... todos los músculos de tu cuello, los que rodean las vértebras cervicales, se están relajando completamente... siente cómo se están relajando los músculos de tu rostro. Quizás sientas una sensación de calor, de cosquilleo o una vibración... permite que tus mandíbulas se aflojen, separa levemente los dientes y deja que tu lengua flote libremente dentro de tu boca como una ramita flota en una laguna... al sentir todo esto estás penetrando más y más en niveles más saludables... más profundos.

Irás notando, en este punto, que desde la piel que recubre tu cráneo hasta los dedos de los pies, te vas sintiendo cada vez más y más relajado. Todas las partes de tu cuerpo están relajadas y te estás sintiendo muy a gusto, los sonidos del medio ambiente van perdiendo significado y tus imágenes catastróficas, si las tenías, han ido perdiendo fuerza. Lo único que puede sacarte de este estado de tanta calma es una llamada de emergencia o alguna manifestación de peligro del medio ambiente. Si esto llegara a ocurrir te incorporarás de inmediato sintiéndote alerta y eficaz para resolver la situación.

Ahora vas a profundizar este estado de relajación para hacerlo aún más saludable. Vas a ir contando hacia atrás del 10 al 1. A medida que vayas descendiendo te vas a ir sintiendo cada vez más y más relajado... 10... 9... 8... Vas penetrando en un estado de mayor relajación... 7... 6... 5... Más y más relajado... 4... 3... 2... 1.

En este punto te pido que trates de abrir muy pero muy lentamente los ojos... y los vuelvas a cerrar. Ya te habrás dado cuenta que el abrir y cerrar los ojos te demanda un esfuerzo que es el mínimo esfuerzo que puedes imaginar. Sin embargo, en el estado de relajación en el que te encuentras, este mínimo esfuerzo te deberá parecer excesivo... ahora, ya con los ojos cerrados, tomarás conciencia de este fenómeno: tienes los párpados tan pero tan relajados que tus músculos no quieren trabajar. Haz la prueba de querer abrir los ojos, nuevamente, para verificar este hecho... si puedes abrir los párpados es que la relajación no fue completa y que no alcanzaste el punto en donde los párpados no quieren trabajar. Es muy importante que pruebes tus músculos para comprobar que no quieren trabajar. Atención a este punto: no es que no te sea posible abrir los ojos si decidiste hacerlo, pero no te será posible abrirlos sin abandonar previamente el estado de relajación. Esta es una decisión que deberás tomar en este momento. Puedes abandonar, en este instante, el estado de relajación en que te encuentras probando abrir los ojos. Si decides no abrirlos es porque has decidido, además, permanecer en estado de relajación. Esta decisión con los párpados puedes extenderla a otros grupos musculares como, por ejemplo, un brazo. Puedes levantarlo, si quieres, pero para eso tienes que abandonar, voluntariamente, el estado de relajación.

Consciente de este fenómeno y de que la relajación es producto de una decisión, vas a profundizar aún más en este estado... para eso te vas a ir, por espacio de un minuto, a tu lugar ideal de Placer. Vas a elegir el lugar para hoy sabiendo que puedes cambiarlo según tu disposición de ánimo.

Voy a contar de 5 a 1 y al llegar a 1 te encontrarás en tu lugar de placer... 5... 4... 3... 2... 1... ya te encuentras en tu Lugar Ideal de Descanso. Voy a hacer una pausa de un minuto. Cuando vuelvas a oír mi voz no te vas a sorprender. Disfrútalo bien.

(Pausa de un minuto. en este caso, conviene que el cd corra sin sonidos para favorecer el ejercicio de imaginación).

Manteniéndote en ese lugar de descanso, vas a escuchar algunas frases positivas para alcanzar, en el futuro, la respuesta de relajación más rápidamente y aumentar tu sensación de bienestar. Todas las verbalizaciones que puedas darte en este estado de relajación... tendrán un efecto benéfico y liberador... y funcionarán como ayudantes internos... para que puedas incrementar el nivel de autoconciencia... autocrítica... y deseo de cambio... para que puedas crecer más allá de tu Argumento de Vida... cuanto más practiques estos ejercicios de relajación... más rápidamente te relajarás en el futuro... y en cualquier situación en que te encuentres... para disminuir el nivel de diálogo interno autotorturante, hacer desaparecer tus imágenes visuales catastróficas,... reducir el nivel de actividad compulsiva y... bajar la ansiedad bloqueadora... facilitando el pensamiento reflexivo,... la creatividad... y la autoprotección... la relajación se está convirtiendo en un hábito saludable... en todo momento... y estés con quién estés.

Progresivamente... te vas sintiendo más integrado... más en contacto con tus deseos auténticos... discriminando fácilmente tus sensaciones y emociones... conectándote con tu Adulto Reflexivo... diferenciando la realidad de lo imaginario.

Ahora vas a ir saliendo de este estado de relajación. Lo deberás hacer lentamente, en primer lugar vas a despedirte de tu lugar de descanso sabiendo que puedes regresar a él tantas veces como lo necesites.

Voy a comenzar a contar de 1 a 5. Al llegar a 3 vas a despertarte como si salieras de un sueño profundo y al llegar a cinco y sólo entonces, vas a abrir los ojos, te pondrás en contacto con tu medio ambiente, permanecerás un minuto en esa posición y te levantarás sin brusquedades.

Comienzo a contar: 1... 2... 3... Empieza a despertar, estira bien los brazos, bosteza con la boca bien abierta y emitiendo un sonido... 4... 5... empieza a abrir los ojos lentamente, como si estuvieras abriendo una pesada cortina de enrollar... ponte en contacto con tu entorno y luego de un minuto levántate y vive tu vida.

2. Inducción Cenestésica

Para que este nivel de relajación sea más y más profundo, te propongo que tomes conciencia de los puntos de contacto de tu cuerpo con la cama comenzando por la cabeza, toma conciencia de tus cabellos... como si tú pudieras estar presente en todos y cada uno de ellos... concentra tu atención en tu cabeza.

Toma conciencia de tu frente, ancha y lisa... toma conciencia de los músculos que rodean tus ojos... de modo que tú puedes dejar que los ojos reposen en sus órbitas, como si fueran dos pequeños guijarros blancos.

Ahora toma conciencia de los músculos de tu mandíbula... afloja toda la tensión. Toma conciencia de tu lengua. Descansa, afloja los músculos de la mandíbula y deja todo el espacio libre necesario para tu lengua en el interior de la boca... deja que una sonrisa natural se forme en tus labios.

Toma conciencia de la nuca y del cuello que están flexibles, agradablemente flexibles. Toma conciencia de los hombros, y deja que se prolonguen a lo largo de los brazos hasta la punta de los dedos... toma conciencia de la columna vertebral desde la base del cráneo hasta la punta inferior del cóccix... deja que se afloje vértebra a vértebra.

Toma conciencia ahora de toda la superficie de tu espalda. Siente cómo se ensancha y se extiende... como si tu espalda quisiera dejar su huella en la cama. Toma conciencia de tu vientre... de la masa muscular de tus muslos... de tus rodillas... de tus pantorrillas... de los talones de tus pies...

Percibe todas estas sensaciones agradables en tu cuerpo, imagina el peso de tu cuerpo sobre la cama.

3. Relajación.

Un sencillo ejercicio para ayudarte a relajarte después del trabajo, algún acontecimiento estresante, etc. Esto es lo que debes hacer:

Ponte ropa muy cómoda y descálzate... Quitáte todas la joyas y si llevas el pelo recogido suéltalo. Después y muy suavemente haz unos cuantos movimientos giratorios lentos con los pies, con las manos y con la cabeza. Ten especial cuidado con la cabeza y si tienes problemas cervicales no lo hagas. Y a la vez que los haces ve respirando profundamente.

Después tumbate en la cama, el sofá,... y apaga la luz.

Si quieres puedes tener una luz blanca encendida y música relajante puesta.

Ten todo el cuerpo estirado boca arriba y lo más cómodo posible... Respira despacio, pero a gusto... Entonces empieza a imaginar un cielo azul maravilloso, sin una nube... Durante un ratito recuerda el olor y sensación del aire cuando el cielo está despejado. Recuerda lo a gusto que te sientes ante un día así.

Después a ese cielo dibújale en la mente un inmenso y profundo océano azul... Observa detenidamente que está en calma y que puedes oír las suaves olas... Siente la profundidad y serenidad de ese mar durante otro ratito... Después a ese cielo maravilloso y a ese sereno y profundo mar añádele un bello sol amaneciendo... Inúndate de la sensación de frescura y renovación que nos transmite el amanecer todos y cada uno de los días de nuestra vida... Y durante un ratito disfruta de él...

Por último introdúctete a tí en la imagen encima de una verde hierba. Siente el frescor y relajación que te transmite y disfruta de ella otro ratito... Para finalizar hazte con una visualización del conjunto y durante varios minutos disfruta de la serenidad que te aporta hasta que te sientas completamente relajado.

4. Relajación Mental.

Son numerosas las situaciones en que nuestra mente se ve tan atareada que cuando nos correspondería descansar somos incapaces de hacerlo porque no paramos de pensar. Esto es un verdadero problema, especialmente cuando nuestra actividad mental ni siquiera nos deja dormir bien.

Por ello aquí te ofrecemos un sencillo ejercicio infalible para relajar tu mente y descansar plenamente:

Lo primero es buscarse un lugar tranquilo y cómodo donde podamos acostarnos. El ejercicio se realizará con la habitación a oscuras y los ojos cerrados. Una música agradable y un poco de incienso pueden ser utilizados para favorecer tu relajación.

Respira profundamente tres veces... Elimina toda la tensión de tu cuerpo y ve relajándolo desde los pies a la cabeza... Tómate el tiempo que necesites... Ahora visualiza tu cerebro, e imagina que tiene dos puertas... Visualiza que las dos puertas están abiertas y cómo los pensamientos que entran por la puerta de la izquierda se van por la puerta de la derecha... Es ahora el momento de cerrar la puerta de la izquierda impidiendo que ningún pensamiento pueda entrar en nuestro cerebro... Centra tu atención en los que todavía están en tu mente y ve despidiéndolos y observando cómo van saliendo de tí por la puerta de la derecha... Cuando haya salido el último pensamiento, cierra la puerta de la derecha. Así, ahora tu cerebro es una habitación vacía que está a oscuras... No hay pensamientos, no hay nada. Mantén el estado de vacío mental todo lo que te sea posible, y si lo haces para poder dormir bien, déjate dormir con esa sensación...

Anexo 7 Mapa de Red Social

Mapa de Red:

