



Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones
5ta. Generación
2008 – 2009

Reporte de Investigación Final
Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

**EXPERIENCIA DE LOS TERAPEUTAS DE CENTROS DE
INTEGRACIÓN JUVENIL, EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN CONSULTA EXTERNA.**

Alumna:

PSIC. EDITH CHÁVEZ VIZUET

Asesores:

PSIC. EVA MARÍA RODRÍGUEZ RUIZ.
DR. RAMÓN YUDER SOLÍS FERNÁNDEZ.

Ciudad de México, abril de 2010.

INDICE

Introducción	5
Marco Teórico	6
Relevancia del estudio	9
Planteamiento del problema	9
Objetivo principal	11
Objetivos específicos	11
Justificación	11
Método	12
Instrumento	14
Análisis de datos	14
Discusión y conclusiones	23
Referencias bibliográficas	29
Cronograma	31
Anexos	32

**EXPERIENCIA DE LOS
TERAPEUTAS DE CENTROS DE
INTEGRACIÓN JUVENIL, EN LA
APLICACIÓN DEL PROGRAMA
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN
CONSULTA EXTERNA**

ALUMNA:

Psic. EDITH CHÁVEZ VIZUET

ASESORES:

**Psic. EVA MARÍA RODRÍGUEZ
RUIZ**

**DR. RAMÓN YUDER SOLÍS
FERNÁNDEZ**

1 INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en nuestro país se ha convertido en un grave problema de salud pública, su magnitud corresponde a una compleja red donde interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales que favorecen el desarrollo y evolución, por ello es claro que la adicción daña de manera indistinta al usuario, su familia y entorno social.

En el plano individual, la complejidad y las consecuencias de este problema se muestran de forma dramática, ya que no solo se evidencia un deterioro importante de las relaciones interpersonales, sino también por los daños y alteraciones a nivel neurofisiológico.

La gravedad de la adicción, la comorbilidad psiquiátrica asociada (depresión, ansiedad, fobias, trastornos de la personalidad), así como los factores socio-familiares agregados, hacen de éste padecimiento un problema crónico y sujeto a recaídas, a tal grado que los esfuerzos de apoyo terapéutico enfocados a lograr la abstinencia se tornan en algunos casos muy arduos y poco fructíferos.

En este sentido y con el propósito de incidir en los procesos de atención a las adicciones, se vuelve indispensable profundizar en la dinámica de la recaída como parte de una acción integral, entre otras acciones.

En mi experiencia como parte del equipo del Departamento de Consulta Externa, de la Dirección de Tratamiento y Rehabilitación perteneciente a Centros de Integración Juvenil A.C (CIJ), la comprensión del proceso de recaída juega un papel importante en la atención a las personas que consumen y que acuden a la institución a recibir un servicio de atención profesional, de tal forma que desarrollé en el 2007 un manual para trabajar la prevención de la recaída desde el marco teórico cognitivo–conductual.

A raíz de haber elaborado dicho manual, se desarrollaron una serie de actividades de instrumentación y seguimiento durante casi dos años, si bien las experiencias y reflexiones son muchas por recuperar, sin embargo existe un punto que quiero rescatar y que se vincula con el eje central de la presente investigación. Se trata de reconocer la experiencia, las modificaciones y las necesidades de ajuste que los distintos psicólogos terapeutas y otros especialistas en la atención de las adicciones, realizan para dar concreción a lo que de manera formal se les solicita por parte de la institución.

Dicho de otra manera y tomando una formulación parafraseando una idea de Michel Foucault¹ se trata de conocer *los campos de visibilidad y umbrales de enunciación (Foucault, 1996)*². Se trata de hacer visible lo que se hace presente aunque no se puede identificar. Es preguntarnos *¿qué pasa con lo que no veo y sin embargo existe?* Lo cual me llevo a cuestionar la relación entre los aspectos normativos, en este caso *Prevención de recaídas* y los modos en que los especialistas conducen desde su experiencia dicho programa, se trata de hacer visible las cuestiones que implica dicha implementación, recuperando el sentir y decir de los especialistas.

Mi intención, consiste en cuestionarme por la experiencia construida por los terapeutas que aplican el proyecto de *Prevención de Recaídas* en el ejercicio mismo. Se trata de una investigación cualitativa que retoma como herramienta técnica la entrevista. Donde se analizaran las vivencias y enunciaciones de quienes ejecutan dicha implementación. Con esto intento romper con los procesos de “evaluación comparativos”³.

Me interesa conocer el pasaje que cada terapeuta va construyendo en su quehacer a partir de los elementos que se le brindan y de la experiencia que forja en su práctica diaria. La tarea central apunta a hacer visible las condiciones que garantizan un buen resultado en función de la ejecución particular de cada terapeuta y el modo de concebir el modelo que sustenta el programa.

Para finalizar es importante señalar que el trabajo se conforma por un total de 14 secciones enumeradas en forma consecutiva como se presentan en el índice sugerido por el equipo de asesores.

2 MARCO TEORICO

Las líneas teóricas que nutren la presente investigación son:

A) La noción de recaída como parte constitutiva del tratamiento de adicciones **de Gary Roberts, Alan Ogborne y col. 2000**, que en una publicación tuvieron la inquietud de revisar diferentes programas de tratamiento con diferentes esquemas de estrategias terapéuticas que buscan frenar el

¹ Estas líneas de reflexión que orientan la presente investigación, surgieron durante el Módulo de Terapia Grupal de la Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones, impartida por CIJ.

² Michel Foucault, 1969. *La función enunciativa*. En **La arqueología del saber**. Siglo XXI, México, 1996. Págs. 146 – 177.

³ Designo con este término, a los seguimientos cuyo propósito consiste en descalificar el ejercicio de instrumentación específico de cada especialista cuando este se aleja de los parámetros de evidencia científica.

consumo y modificar estilos de vida, al considerar al tratamiento como un proceso paulatino de avances y retrocesos, donde la recaída puede ocurrir sin que ello implique un fracaso o abandono del proceso, teniendo la persona la oportunidad de reponerse, aprender de ella y continuar en su recuperación.

Las primeras explicaciones giraron más en torno a considerarlo una falla o fracaso, y no como algo a lo que se le debía prestar atención, surgiendo así cuatro modelos que daban cuenta del proceso de la recaída, siendo estos:

- **Moral:** La concebía como la confirmación de que el adicto tenía una estructura malvada e inmoral, por ello volvía nuevamente el consumo.
- **Médico:** La visualiza como sinónimo de una mala curación, o que el problema es más grave de lo que se creía, se le interpretaba en forma lineal, donde los extremos solo eran la cura o continuidad de la enfermedad.
- **Transteórico:** Planteado por Prochaska y Di Clemente, como el cambio que una conducta implica dentro de un proceso no lineal sino más bien de avances y retrocesos, una serie de estadios por los que el adicto transita hasta lograr consolidar el mantenimiento de la abstinencia; una recaída puede originarse en cualquier etapa e implica un movimiento hacia los estadios previos.
- **Cognitivo-conductual:** Planteado por Marlatt y Gordon, quienes basados en los principios de la Teoría del Aprendizaje Social consideran que la recaída es el fallo del autocontrol que la persona tiene ante determinadas situaciones que pueden ser consideradas de alto riesgo, al no contar con habilidades cognitivas, conductuales y condiciones emocionales necesarias para superar con éxito las exigencias y/o amenazas de dichas situaciones.

B) Elementos implicados en la recaída, propuestos por **Marlatt y Gordon**, que se relacionan de diferentes formas, en los que se puede intervenir a fin de afrontarlos o superarlos:

1. *Toma de decisiones:* Concepto clave sea para iniciar un programa de cambio o la ruptura de la resolución que conlleva la recaída. El adicto se enfrentará a un sinnúmero de puntos de elección (sea o no consciente de ello) los cuales serán definitivos en el mantenimiento de la abstinencia o para volver al consumo.
2. *Auto eficacia:* Percepción que una persona tiene sobre su propia capacidad para realizar o no una determinada conducta y alcanzar determinados

resultados; se percibe también como la capacidad para afrontar situaciones de riesgo.

3. *Efecto de Violación de Abstinencia (EVA)*: Caracterizada por la presencia de culpa, conflicto, sentimientos de fracaso o crisis en la motivación para continuar con el cambio; se presenta cuando ha existido un compromiso serio previamente para mantener la abstinencia, la intensidad del EVA es proporcional al grado del compromiso y/o esfuerzo que ha tenido el paciente en el mantenimiento de la misma. Contempla dos fases, 1) implica un fallo a una cuestión auto-establecida y 2) guarda relación con una reacción cognitiva-afectiva, en la que se hace una atribución (creencia) con respecto a la causa que provocó el consumo y al mismo tiempo interactúa con una reacción afectiva (respuesta emocional), lo que provoca que la recaída se continúe con el incremento del consumo. Los factores internos se perciben como incontrolables, mientras que los externos se perciben como controlables.
4. *Creencias*: Tanto la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva (TCO) a las adicciones de Aaron Beck, plantean que la modificación en conductas se logra a través de la modificación en los procesos del pensamiento o creencias; ya que no solo se consideran los acontecimientos del entorno que influyen en la persona sino también cómo éstos son percibidos, evaluados o interpretados y a su vez se derivarán en otros pensamientos, emociones y conductas particulares.
5. *Situaciones o estímulos de alto riesgo*: Se han identificado varios factores, asociados al proceso de recaídas; algunos autores los clasifican en dos categorías:
 - a) Intra-personales o internos. Son los estados emocionales y físicos tanto negativos como positivos, un control personal, deseos intensos por consumir y tentaciones a las que se enfrenta el paciente.
 - b) Inter-personales o externos. Conflictos con otras personas, presión social, las celebraciones.

C) Concepto de alto riesgo de Feldman (2000), plantea que estas siempre acompañan a las personas en su vivir cotidiano, y que se tornan más significativas cuando se está en un proceso de recuperación, por ello no son una situación aislada, además de que pueden variar de una persona a otra, de acuerdo a sus características, por lo que una de las estrategias más prácticas para evitar o hacer frente a las recaídas es descifrar o identificar los factores asociados precipitantes.

D) Reforzamiento de autocontrol planteado por **Marlatt**, que tiene como finalidad ayudar a las personas a anticipar y afrontar las situaciones que provocan las recaídas y detienen o alteran el cambio de sus conductas adictivas, para lo cual es importante:

- a) Identificar qué elementos (cognitivos, emocionales, conductuales y ambientales) ponen en riesgo el propósito de mantener la abstinencia.
- b) Ubicar recursos y déficit en habilidades de afrontamiento, para establecer estrategias particulares de entrenamiento.
- c) Llevar a cabo un entrenamiento / desarrollo de habilidades / capacidades de afrontamiento, que permitan afrontar situaciones de riesgo mediante respuestas conductuales, cognitivas y emocionales.

3 RELEVANCIA DEL ESTUDIO

Desde que se implemento el programa Prevención de Recaídas con los lineamientos normativos, apoyados en la evidencia científica, surgió el interés por evaluar la eficacia del mismo a partir de los resultados mediante la aplicación de un cuestionario dirigido a los pacientes; no así lo que ha implicado a cada terapeuta llevar a cabo la aplicación del mismo, al considerar su propia formación y experiencia que la práctica diaria le lleva a realizar ciertos ajustes a fin de llegar a los resultados que se pretenden.

En este sentido, a partir de la revisión del material de Foucault me surgió la interrogante de *¿qué pasa con lo que no veo y sin embargo existe?*, es decir con toda esa experiencia que día a día los terapeutas que laboran en CIJ van construyendo, de forma paralela para transitar los caminos que se trazan desde la normatividad, y que pueden enriquecer no solo el trabajo de prevención de recaídas, por ello me pareció pertinente retomar la experiencia de los terapeutas a fin de enriquecer y/o modificar el servicio de prevención de recaídas.

4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo de cuarenta años que lleva CIJ atendiendo la problemática de las adicciones, en los primeros treinta y cinco se había centrado prioritariamente en generar diferentes alternativas terapéuticas para dar respuesta a dicha situación.

De manera que el proceso a seguir era realizar una valoración que permitiera establecer un diagnóstico y en consecuencia un plan de tratamiento, cuando el paciente concluía su proceso se consideraba que ya no había nada más que ofrecerle, por lo que se le otorgaba el egreso, sin embargo, al replantear la forma de visualizar el problema de las adicciones, se considero esta como una enfermedad terminal, una enfermedad que el paciente debía sobrellevar de forma constante, como lo es la diabetes o hipertensión; posteriormente se determino la importancia que juegan las bases bioquímicas del organismo y a la par de esto las altas recaídas, que hicieron mirar la problemática desde otra postura, como un proceso de cambio que es continuo y cíclico.

De esta forma se vio la necesidad de implementar estrategias específicas que favorecieran mantener los alcances obtenidos en la intervención terapéutica, siendo dicha alternativa la creación de un programa en Prevención de Recaídas, que de acuerdo con las evidencias científicas se sustenta desde un enfoque cognitivo–conductual.

Lo que es visible es que el modelo cognitivo–conductual ha tenido logros prácticos y medibles, lo que es invisible es que esos logros no solo se han conseguido desde los que manejan bien el modelo, sino que también de la posibilidad de hacer cambios y ajustes a partir del bagaje de la experiencia clínica personal.

Lo anterior, debido a que no todos los terapeutas que laboran en CIJ conocen y/o manejan dicho enfoque, lo cual ha llevado a que algunos realicen pequeños ajustes y/o cambios a partir de la experiencia que tienen en la práctica diaria con pacientes usuarios de sustancias psicoactivas.

Situación que se ha detectando a través de tres formas:

- 1) Visitas de supervisión. Donde se entrevista de forma breve al responsable del CIJ que lleva a cabo el programa.
- 2) Reunión con responsables. Son juntas de trabajo que se realizan con personal de los CIJ del Distrito Federal y área metropolitana, que permiten intercambiar experiencias (aciertos y dificultades).
- 3) Seguimiento en línea. Es una forma en la que se busca apoyar a los CIJ foráneos en el desarrollo de programas.

A partir de la información recabada, surge mi interés por *conocer la experiencia de los terapeutas que llevan a cabo el programa de Prevención de Recaídas en Consulta Externa*, a partir de su práctica clínica diaria con pacientes usuarios de sustancias psicoactivas.

Con la finalidad de que a partir de dichas aportaciones o sugerencias, se puedan realizar ajustes pertinentes al mismo en su aplicación, pues si bien es cierto que la

evidencia científica se centra en resaltar los mejores resultados no siempre las estrategias son las más adecuadas, es decir, pueden existir elementos que no se visualizan y sin embargo juegan un papel importante en la implementación de los programas de tratamiento.

5 OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer la experiencia de los terapeutas que laboran en CIJ, en la aplicación del programa Prevención de Recaídas, desde la modalidad de Consulta Externa.

6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conocer las dificultades que los terapeutas han tenido en la implementación del programa Prevención de Recaídas.
- b) Indagar cuales han sido las estrategias y/o recursos que han implementado los terapeutas para solventar las dificultades en la implementación del programa Prevención de Recaídas.
- c) Conocer la forma en que han experimentado la aplicación del programa Prevención de Recaídas en el CIJ, donde laboran.
- d) Conocer las dificultades de quienes implementan ciertos proyectos diferentes al bagaje del terapeuta en su práctica diaria.

7 JUSTIFICACIÓN

El programa de prevención de recaídas, se implementa formalmente en CIJ desde el 2007, antes de ello algunas unidades operativas habían hecho intentos por trabajar la prevención de recaídas, sin contar con un programa explícito para ello.

Desde el momento en que se establecen los lineamientos para la implementación de este programa, se observó que **no todos los terapeutas conocen y/o**

manejan el enfoque cognitivo–conductual⁴ que da sustento al mismo; obligándolos de esa forma a realizar algunos ajustes para poderlo llevar a la práctica, situación por la cual, surge el interés por conocer la experiencia de los terapeutas en la aplicación de este programa, desde la modalidad de Consulta Externa.

La presente investigación contempla tres partes principales; en la primera se hace una presentación breve de lo que es la prevención de recaídas, apoyándonos de algunos autores que sustentan dicho programa, así como el planteamiento de una metodología a seguir.

Dentro de la segunda parte, se explica lo que fue en sí la investigación, desde contactar a los participantes, el procedimiento que se realizó, la presentación de los casos; para que en la tercera y última parte se retome el análisis del discurso emergente que plantea Margarita Baz y que a su vez conlleva a los resultados y conclusiones.

8 MÉTODO:

8.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de carácter exploratorio, ya que se busca conocer la experiencia que tienen los terapeutas que laboran en CIJ, en la aplicación del programa de Prevención de Recaídas, desde la modalidad de Consulta Externa.

8.2 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

- a) Terapeutas adscritos a uno de los CIJ del Distrito Federal.
- b) Sea personal de base.
- c) Realicen actividades en tratamiento.
- d) Siguen la metodología que el área normativa de Consulta Externa, plantea para el mismo, mediante la guía y manual.

⁴ Esta no es la primera vez que en CIJ aborda distintas problemáticas dando prioridad a un marco teórico o enfoque, como en este caso lo es el cognitivo-conductual. Pues ya antes, en otros momentos se ha tomado como homogéneo otros enfoques llevándolos al punto de desgaste, como fue en su momento el enfoque sistémico, psicoanalítico, entre otros.

8.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Terapeutas que lleven mínimo un año en la implementación del programa Prevención de Recaídas, en Consulta Externa.

8.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Terapeutas que estén comisionados en CIJ
- b) Que apenas los hallan asignado para la implementación del programa.
- c) Que tengan menos de un año implementando el programa de Prevención de Recaídas.

8.5 PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO

Considerando que las características de la población que se atiende difieren de una delegación a otra, se solicitó la participación de dos terapeutas para la realización de la presente investigación, que aun cuando no son representativas, permite observar elementos visibles sobre diferencias, no solo por la ubicación geográfica, sino por el contexto en que laboran.

- 1) CIJ Azcapotzalco, la terapeuta lleva aplicándolo tres años, es decir a partir de la elaboración del mismo desde el área normativa. Este CIJ recibió en el transcurso del 2008 a 440 pacientes que representan el 4.5% del total atendido durante el año, cabe mencionar que la Delegación de Azcapotzalco solo cuenta con un CIJ.
- 2) CIJ Iztapalapa Poniente, la terapeuta lo implemento antes de que surgiera desde la normatividad, por lo que lleva poco más de cuatro años implementándolo, de los cuales los últimos tres siguiendo los lineamientos para su aplicación. Este CIJ recibió en el 2008 a 422 pacientes lo que representa el 4.3% del total de casos atendidos, sin embargo la Delegación Iztapalapa cuenta con dos CIJ y una Unidad de Hospitalización, de tal forma que el total atendido en dicha demarcación fue de 1,460 pacientes es decir el 14.9% a nivel nacional.

8.6 ÉTICA Y CONFIDENCIALIDAD

A ambas se les notificó que su participación no altera ni condiciona su situación laboral, además de que la finalidad de la presente investigación es rescatar la

experiencia que han tenido en la implementación del programa Prevención de Recaídas, con la finalidad de realizar ajustes al mismo.

9 INSTRUMENTO

Se realizaron entrevistas semi–estructuradas de una hora aproximadamente, que permitieron indagar sobre la experiencia que ha implicado para cada terapeuta la implementación del programa Prevención de Recaídas desde la modalidad de Consulta Externa en el CIJ donde labora.

Dichas entrevistas, fueron grabadas para su posterior análisis desde el discurso emergente.

10 ANÁLISIS DE DATOS

La presente sección es punto troncal de la investigación, pues consiste en realizar el análisis del discurso que fue producido en el cuadro de las entrevistas, esta misma estará organizada en función de los dos casos mencionados anteriormente.

10.1. ANTECEDENTES BÁSICOS DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

Se desarrolla el programa de Prevención de Recaídas, considerando los lineamientos normativos a seguir en 2007, desde su creación no se había considerado las dificultades a las que se podían enfrentar los terapeutas que lo aplican, ya que entre sus criterios se había planteado que:

- 1) Debía implementar el programa preferentemente personal de psicología con formación en cognitivo-conductual o que hubiese asistido al curso monográfico de prevención de recaídas, previo a la publicación en intranet del manual.
- 2) Debía trabajarse en grupo cerrado, 10 temas. Teniendo la posibilidad de trabajar tres de ellos en más de una sesión, por considerar la importancia de entrenar en nuevas habilidades.

- 3) Los pacientes derivados al mismo debían estar ya en abstinencia, de tal forma que se consideraba como el último servicio a brindar al paciente o a la par de sus últimas sesiones terapéuticas.
- 4) Todo el programa está basado en el marco teórico cognitivo–conductual, que de acuerdo a Marlatt y Gordon, busca que el paciente sea capaz de identificar aquellas situaciones de alto riesgo que le pueden llevar nuevamente al consumo, para lograr anticiparse y afrontar la situación a partir de un entrenamiento en habilidades sociales, mediante un mejor autocontrol.
- 5) El trabajo que se realiza en prevención de recaídas, retoma de manera específica el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), soportando el trabajo mediante el manejo de la Asertividad, la Reestructuración Cognitiva mediante la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), Solución de Problemas (SP), Toma de Decisiones (TD), Modelado, Autorregulación y Relajación.

Que como se menciona anteriormente en una de las secciones, no se considero la formación de los terapeutas que laboran en CIJ, la cual no es homogénea, por lo que no todos están familiarizados con dicho enfoque.

Aunado a esto, implementar un servicio como lo es prevención de recaídas se enfrenta a otras circunstancias por ejemplo las dinámicas de trabajo que cada Equipo Médico Técnico establece para brindar el servicio, características particulares de la población que se atiende en cada unidad operativa dadas por cuestiones de cultura, situación socioeconómica, oportunidades que brinda la comunidad, entre otras.

También como se menciona anteriormente, a lo largo de dos años solo se busco dar seguimiento a la implementación de Prevención de Recaídas desde lo normado, no así el recuperar la experiencia que ha implicado en el terapeuta que lo aplica.

10.2. CONTEXTO Y CONDICIONES DE LAS ENTREVISTAS.

En 2009 se tenía contemplado hacer una evaluación del programa de Prevención de Recaídas en función de su eficacia, a fin de determinar si convenía o no el mantener dicho programa. De tal forma que a las dos terapeutas comenté con anterioridad dicho interés, sin embargo como fue planteado previamente en una de las secciones de este trabajo, surge durante mi formación en la Especialidad la inquietud e interés por hacer visible aquello que cada terapeuta retoma de su bagaje clínico para implementar dicho programa.

Enriqueciendo el mismo en su unidad operativa de trabajo a partir de la experiencia que ha implicado para cada una de ellas llevar a cabo el programa Prevención de Recaídas.

Que como se menciono anteriormente, el material de análisis esta constituido por dos entrevistas, realizadas a las terapeutas que laboran en el CIJ Azcapotzalco e Iztapalapa Poniente, respectivamente.

10.3. ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS

Se realizaron dos entrevistas bajo las siguientes condiciones:

10.3.1 CASO UNO: CIJ AZCAPOTZALCO

Debido a las fuertes cargas de trabajo que se tenían en la Subdirección de Consulta Externa por un lado y por el otro, con la intención de evitar interferir en las actividades de la jornada laboral, me llevaron a contactar a la terapeuta que implementa Prevención de Recaídas en este CIJ, a quien conozco desde hace ocho años aproximadamente, con esto acordamos un espacio y tiempo distinto a las jornadas de trabajo de cada una.

La entrevista tuvo una duración aproximada de 48 minutos.

10.3.1.1 IDENTIFICACIÓN DE EMERGENTES

Terapeuta familiar – sistémico.

Anteriormente trabajo en CIJ Naucalpan, por lo que considera que no le hubiese sido fácil implementar este proyecto en dicha unidad operativa, debido a las características de la misma población, pues considera que los pacientes que asisten a CIJ Azcapotzalco tienen mayores opciones para rehabilitarse y reinsertarse a la comunidad a diferencia de Naucalpan.

Lleva el programa como se ha establecido, sin embargo realiza ajustes cuando maneja algunos temas, ya que siendo terapeuta familiar considera de vital importancia retomar aspectos relacionados con la familia y que los mismos pacientes llegan a comentar durante el trabajo que se realiza en las sesiones, pues *van soltando su historia*.

Plantea que el programa permite no solo apoyar al paciente a que logre identificar situaciones de riesgo o cambiar comportamientos, sino que además le da el soporte que requiere para diferenciar entre resbalón y recaída, evitando de esa

forma la desmoralización del paciente, entre los casos que ha atendido ha observado que con el paso del tiempo los pacientes se mantienen en abstinencia, y recuerdan con agrado lo que trabajaron en el mismo, ya que continúan haciendo algunas de las actividades.

Los grupos se han conformado por adolescentes y adultos jóvenes, a quienes observa motivados para realizar las actividades que se sugieren en el programa de Prevención de Recaídas, realizan la elaboración del auto registro y entienden la importancia del mismo, no así con la grafica que les da flojera realizar, sin embargo ella en ocasiones la realiza de manera grupal.

Para un mejor manejo del grupo lo ha trabajado de manera semi-abierta, recibe pacientes que sus compañeros le refieren por estar ya en abstinencia hasta la tercera sesión, después de esta no recibe más para concluir el proceso e iniciar con un nuevo grupo.

Ella percibe que el programa es también como una forma de mantener los logros que sus compañeros han alcanzado en las modalidades terapéuticas, además de que los pacientes muestran mayor adherencia al programa de Prevención de Recaídas que a la continuidad de sus tratamientos.

Por necesidades al CIJ, retransmitió a una T.S. la forma de aplicar el programa, para que se realizara dentro de las actividades de Centro de Día, comentando que también ha tenido buenos resultados, y debido a su perfil ha observado que se enfoca más en aspectos sociales de su contexto, recientemente revisaron la metodología que se plantea para trabajar la prevención de recaídas en Centro de Día, por lo que harán los ajustes pertinentes a fin de diferenciarlos.

A partir de la experiencia que ha tenido con la implementación del programa Prevención de Recaídas, considera pertinente abordar aspectos de violencia-bullying, familia y género, aspectos que de alguna forma ha buscado abordar brevemente, cuando las condiciones del grupo así lo permiten.

10.3.1.2 ANÁLISIS

Entre los emergentes que surgieron durante la entrevista, se pueden considerar los siguientes:

a) Conozco el modelo cognitivo conductual.

Dentro del discurso de la terapeuta, plantea que conoce y maneja el enfoque, sin embargo no se desprende de lo que podríamos llamar su formación que es sistémica, de tal forma que en el desarrollo del programa ha buscado mantener esa visión, pues considera que es importante retomar las relaciones afectivas que

se han visto afectadas por el consumo, principalmente de la familia y posteriormente las que competen a los compañeros de la escuela y/o trabajo.

A lo largo del discurso, plantea la importancia que juega el que los pacientes logren *identificar* aquellos elementos relacionados al consumo, para que a partir de ello puedan *modificar* o *reestructurar creencias*, aspectos importantes dentro del modelo cognitivo conductual y que permiten una modificación en el comportamiento, llevándolos a poder diferenciar entre un desliz y una recaída como tal.

Por ello, en algunas técnicas ha realizado pequeñas variantes que considera ella, le permite que los pacientes se comprometan más, con lo que es el trabajo, además de lograr mantener en ellos una motivación a lo largo del proceso terapéutico.

b) Soltar sus vivencias.

A partir de la forma en que busca que los pacientes interactúen entre sí, va prestando atención a aquellos elementos que deciden compartir y que guardan relación con lo que ha sido su historia de consumo, desde si son rechazados o apoyados por la familia, para entender su sentir y poderles apoyar, a partir de lo que el grupo como tal va soltando, y ha observado que surge un gran apoyo entre los que ya llevan más tiempo y van reconociendo las situaciones que les pueden llevar al consumo y los que apenas están iniciando la abstinencia.

Ese compartir vivencias dentro del grupo, permite que este se enriquezca más, y que no solo el programa les ayude a prevenir la recaída, sino la vivencia de compartir historias, de apoyarse mutuamente como suele ocurrir dentro de las familias.

De tal forma que por ejemplo, si aborda el tema de la asertividad les ayuda a que identifiquen como es que se presenta la comunicación en la familia; si maneja solución de problemas y el grupo manifiesta tener alguna dificultad sea en la familia o en el grupo de la escuela, les ayuda a que lo expresen y entre todos aportar soluciones, pero también retomando el cómo eso les hace sentir.

De alguna forma, al retomar aspectos de género mantiene la misma línea de trabajo, buscando que cuando en el grupo existen mujeres sean escuchadas por sus compañeros, y reconozcan que no es cosa de género el consumo, ambos tanto hombres como mujeres sufren y algo les lleva al consumo o a mantenerlo, para que a partir de eso que van soltando, de por qué los hombres sí y las mujeres no o a la inversa, puedan reestructurar ciertas creencias y en consecuencia cambiar algunos comportamientos.

c) Se quedan en el grupo.

Independientemente de la edad de los integrantes del grupo, ha observado que estos se sienten mejor en un manejo grupal, porque aun cuando algunos casi no participen entre ellos mismos se van señalando o corrigiendo algunas cuestiones y el grupo lo toma a bien.

De hecho el grupo así lo refiere, cuando plantean que les agrada más el trabajo que realizan dentro de prevención de recaídas que en su terapia individual, por lo que dejan de asistir y posteriormente los terapeutas responsables creen que el paciente ya no va al CIJ, llevando a la entrevistada a hacer énfasis con los pacientes en la importancia de no abandonar sus tratamientos.

Esta adherencia terapéutica que logra, se percibe también cuando plantea que a los chicos (independientemente de la edad) muestran un interés por comenzar la sesión para trabajar en la actividad que tiene preparada, o cuando aun recibe integrantes nuevos y pide que le expliquen lo que han realizado, es ahí donde ella percibe que se sienten a gusto, que les agradan las actividades con las pequeñas variantes que van realizando. O el simple hecho de encontrarse en pasillo con algún paciente que ya termino y al verla le comenta con gusto y/o emoción que se mantiene sin consumir, que continua realizando algunas de las actividades que aprendió en el grupo con ella.

d) Prevención de recaídas, me gusta mucho.

A lo largo de su discurso, se observa que trabaja el programa con gusto, y que de hecho así lo refiere, al decir que *no le gustaría que lo quitaran, tan solo que lo adecuaran, porque es un programa que les ayuda mucho a los pacientes;* considera que si no fuera por el programa de Prevención de Recaídas todo lo que trabajan sus compañeros y logran se perdería, al no enseñarle al paciente estrategias que le permitan mantener dichos cambios y que entonces ante un leve consumo, se generaría en ellos la idea de que volvió a consumir; de tal forma que para ella la terapia le permite ayudar al paciente a reestructurar su vida, mientras que *Prevención de Recaídas* le da soporte a ello y el paciente se siente capaz de seguir sin detenerse.

10.3.2 CASO DOS: CIJ IZTAPALAPA PONIENTE

Como en el caso anterior, dadas las cargas de trabajo, se busco otro espacio para la realización de la entrevista, siendo este las instalaciones del Departamento de

Capacitación Presencial. Actualmente cursa la sexta generación de la Especialidad.

Con el propósito de destacar algunos aspectos del clima de comunicación en que se desarrollo la presente entrevista, es importante señalar que en la relación anterior el vínculo es más cercano, en el presente caso este ha estado centrado en las funciones laborales.

La entrevista tuvo una duración aproximada de 27 minutos.

10.3.2.1 IDENTIFICACIÓN DE EMERGENTES

Terapeuta con tendencia al psicoanálisis.

Comenta que previamente a que surgiera el manual desde la normatividad, ella desarrollo una propuesta, teniendo como base los aspectos trabajados durante un curso monográfico, sin embargo tuvo que revisar material de corte cognitivo–conductual, que de hecho para entenderlo plantea que tuvo que enfrentarse a sí misma, al considerar que existen otras cosas o elementos, que el psicoanálisis deja de lado, ya que se enfoca a aspectos del *por qué ocurre* tal o cual cosa, mientras que desde el cognitivo-conductual permite entender *cómo se puede resolver algo*, en el aquí y ahora, elementos que fue entendiendo mediante la revisión de dicho material.

Desde su propuesta y aun después de presentar los lineamientos normativos para el desarrollo del programa de Prevención de Recaídas, ella lo ha trabajado en grupo abierto, ya que considera que tiene un gran riesgo dejar sin apoyo a pacientes que van logrando su abstinencia, en lo que se conforma otro grupo, lo cual le ha llevado a modificar el orden en que se dan los temas e incluso considerar las características del nuevo integrante, por lo que puede repetir el tema de la sesión anterior; con ayuda del grupo le van explicando al nuevo integrante el por qué de la prevención en las recaídas y qué es, ello le permite por un lado cómo evaluar el proceso del grupo, y saber si algún tema tiene que volverlo a trabajar para dejar en claro los aspectos que están involucrados.

El trabajar en grupo abierto le ha implicado ciertas dificultades, porque lo vive como un *ir y venir, sin poder llegar al final como grupo, sino que cada paciente tiene su propio proceso, por lo que ingresa y sale en el momento que así lo requiere.*

A la par, inician con la atención en Centro de Día⁵, lo cual le llevo a implementar la prevención de recaídas, permitir el ingreso de pacientes que aun no han logrado la

⁵ En ese momento dicha forma de atención pertenecía como una más de Consulta Externa, cabe mencionar que a partir del 2009, Centro de Día crea su propia metodología y se separa de Consulta Externa.

abstinencia, observando que existen diferencias, porque el que ya logro la abstinencia busca realmente mantenerla, maneja las cosas con mayor seriedad; en tanto que quienes no llegan en abstinencia a penas van en ese proceso de convencimiento, de porque es importante la abstinencia, requiere de mayor motivación, la cual en ocasiones retoma de los compañeros que ya lograron la abstinencia.

Entre los pacientes que ha tenido en el grupo, tanto adolescentes como adultos jóvenes, ha observado que no les agradan las actividades–tareas para la casa, no logra que tengan disciplina por ello ya no insiste en que elaboren el auto registro, y cuando llegan a realizarlo lo hacen mal; en el caso de dar la bienvenida a un nuevo integrante y en consecuencia dedicar una segunda o tercera sesión para abordar un tema, el grupo no protesta porque se repita el tema de la sesión anterior, de alguna forma con ayuda de los que llevan más tiempo les pide que expliquen con sus palabras lo que han visto para introducir a los nuevos integrantes.

Por el hecho de trabajar en grupo abierto, no cierra el proceso como tal, y entonces en el momento que considera que un paciente está concluyendo su proceso, ha decidido que la sesión a trabajar para despedirlo se la elaboración de *mapa de redes*, con la finalidad de que se den cuenta que CIJ no son su única opción para mantener la abstinencia.

Considera importante que se trabaje en la resignificación, más en habilidades para que los pacientes puedan rechazar la droga, ayudarles a que identifiquen que el principal riesgo ésta en ellos mismos, en lo que sienten y/o piensan para que se responsabilicen y dejen de culpar a otros por el consumo que puedan presentar, también que es pertinente hacer un manejo de género.

Ella es la única persona que aplica el programa en su unidad operativa, por ello solo tiene un grupo donde combina pacientes que asisten tanto a la modalidad de Consulta Externa como de Centro de Día, a pesar de que Centro de Día actualmente tiene su propia metodología para llevar a cabo prevención de recaídas, ella continua retomando la que fue planteada por Consulta Externa por considerar que los pacientes tienen mayor capacidad que lo que plantea la guía de Centro de Día, así como el que algunas sesiones les falta un poco más de información.

10.3.2.2 ANÁLISIS

Entre los emergentes que surgieron durante la entrevista, se pueden considerar los siguientes:

a) Antes del manual.

En diferentes momentos de su discurso se percibe no solo un interés por participar en todo lo que le atañe como psicóloga dentro del CIJ donde labora, sino que establece por iniciativa propia el adelantarse a aspectos que en breve le serán normados, lo cual se percibe cuando plantea que lleva más de tres años con el programa de Prevención de Recaídas y enfatiza al decir *yo hice mi propia propuesta*; lo cual la hace estar o pretender estar un paso adelante, quizá con la intención de ir estableciendo su propio camino, como lo fue en este caso el empezar a trabajar la prevención de recaídas.

Esta actitud que muestra ella, pudiera ser percibida como el manifestar un compromiso muy grande, quizá con sus pacientes o quizá con la Institución.

b) No tengo formación cognitivo-conductual.

De alguna forma se percibe dentro del discurso, cierta molestia por implementar un programa desde un enfoque que no maneja, ni conocía; situación que le lleva a leer material desde dicho enfoque para ir entendiendo cómo trabaja.

Esta situación le llevo incluso a sentir que se enfrentaba a sí misma, a modificar aspectos en ella y entender que algunos aspectos del psicoanálisis pueden ayudar a entender, más no le da al paciente las herramientas que necesita para manejar una situación en un momento concreto, de tal forma que lo tuvo que asimilar para poder transmitirlo con los pacientes.

c) No se llega al final.

Junto a este gusto, interés y compromiso, surgen ciertas dificultades, entre las que se pueden considerar por un lado que al sentir dificultad para manejar algunas de las técnicas sugeridas para trabajar, prefiere no aplicarlas, argumentando que quizá es desde ella misma.

En segundo lugar, desde que implemento su propia propuesta y pese a lo que se estableció desde la normatividad, ella continuo trabajando prevención de recaídas en grupo abierto, planteando que ello permite dar apoyo a los pacientes en el momento que lo requieren, por lo tanto nunca hace un inicio y cierre como tal, situación que ha llevado a que el mismo grupo detecte cuando se va un integrante del mismo (ya que aplica la sesión de *Mapas sociales*) y en alguna ocasión no le fue posible aplicarla y el mismo paciente se lo reclamo.

Por último, el programa de Prevención de Recaídas no lo vive como el proceso lógico que debería ser, al plantear que los cuatro años que lo lleva implementando le ha implicado *un ir y venir, ir y venir*.

11 DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

A pesar de que inicialmente se considero que las entrevistas se realizarían en los consultorios de las terapeutas, por cuestiones de tiempo, distancias y actividades, estas se realizaron en otros escenarios (una en la casa de la terapeuta y la otra en el Centro de Capacitación Presencial de CIJ), ambas se mostraron cooperativas para compartir lo que les ha implicado a cada una el implementar dicho programa en sus unidades de trabajo.

También es importante considerar que en el momento de presentar la propuesta se había considerado la realización de cinco entrevistas como máximo o hasta alcanzar la saturación de información, sin embargo considero que con estas dos entrevistas me permite tener aspectos en común y diferenciados, pues hacer un análisis del discurso emergente, implica el poder identificar aquellas condiciones centrales de la experiencia o vivencia que tienen las personas ante un hecho específico, como lo es en este caso la implementación de un programa que está planteado desde el enfoque cognitivo-conductual.

Si bien las metodologías son diversas, algunos autores como Pichón Riviere, han establecido o definido como análisis emergente, aquellos aspectos que dentro de una entrevista, el entrevistado va empleando de tal modo que ciertas palabras le pueden resultar significativas debido a su connotación y/o al sentido que le da a dichos elementos organizadores que expresan una latencia de la experiencia vivida en las personas.

Margarita Baz, plantea que el análisis de material discursivo, no está en función estricta de la palabra, sino que a través de este puede surgir una teorización congruente entre la práctica cotidiana y lo que transmitimos, la forma en que escuchamos y lo que escuchamos.

Cabe mencionar, que como en todo trabajo de investigación se ve involucrada la parte del investigador como una condición fabril, donde se observan diversos elementos que se conjugan al ser parte de la misma por su implicación, lo cual de cierta forma propicia lo que podríamos llamar el principio de angustia.

En el primer caso se percibe de cierta forma cómo la terapeuta busca responder lo que quizá el investigador quiere escuchar, y que guarda relación con el plantear

que sí conoce el enfoque cognitivo-conductual, que lo ha manejado sin dificultad, que le resulta importante lo que se trabaja, sin embargo conforme la entrevista fue avanzando, deja ver que su principal recurso lo retoma de su formación sistémica al considerar la importancia que tiene el retomar algunos aspectos de sus historias de vida, así como el enfocar algunos temas a cuestiones familiares, podríamos entonces decir que ese ha sido *su secreto* para lograr los resultados que ha obtenido en la implementación de Prevención de Recaídas y lograr una fuerte adherencia de los pacientes al mismo.

Lo cual me lleva a pensar, que independientemente de en que unidad operativa trabaje, teniendo ese *secreto* a aplicar, podría lograr resultados muy semejantes, y que quizá por las condiciones que ha observado en el contexto donde se ubica el CIJ donde labora, le hacen creer o sentir que es el contexto lo que favorece su trabajo y no tanto su bagaje que ha ido creando y retroalimentando a partir de su propia experiencia.

Ella se ha permitido el abordar otra clase de aspectos como son la violencia y género, dando con ello otros matices que favorecen el que los pacientes se sientan mejor trabajando en el grupo de recaídas que en sus espacios terapéuticos; la forma en que lleva el desarrollo de las sesiones hace que se genera un nivel de confianza, de apoyo, de seguridad, que deja con un *grato sabor de boca* a los pacientes con los que trabaja.

En el segundo caso, se observan o perciben más dificultades, es como escuchar un malestar o molestia muy tenue, por la imposición de un enfoque teórico, sin embargo pese a ello reconoce ventajas del mismo y señala aspectos que pudieran ser un punto de quiebre al decir que lo cognitivo-conductual se centra en el aquí y ahora, en cómo resolver las cosas en un momento determinado, en tanto que el psicoanálisis le permite al paciente entender o explicar lo que pasa, y que ella considera importante no solo resolver una situación concreta, sino el entender también de donde surge.

Quizá en este sentido, la segunda entrevistada no solo busco leer y tratar de entender el enfoque, sino como ella misma lo expresa tuvo que *aplicarlo en ella antes de llevarlo a la práctica*, esto con la finalidad de poder transmitir la importancia de trabajar desde este tipo de enfoque. Pues no debemos olvidar que en la mayoría de los casos uno como terapeuta debe conocer, entender y comprender lo que busca transmitir a los pacientes o se podría caer en inconsistencias o incongruencias, en tratar de explicar algo que no se ha comprendido del todo.

A la par de esto, también se percibe por un lado una gran inquietud por adelantarse a las cosas, por mostrar un gran compromiso en lo que respecta a sus actividades que realiza, como sí de alguna forma buscara la aprobación o

reconocimiento de lo que realiza; y por el otro y que es la contraparte se le dificulta asumir las cosas como se le indican, justificando que es por las necesidades de su unidad operativa, esto se observa en dos momentos de manera clara, uno cuando plantea que siempre ha trabajado en grupo abierto < pese a que lo normado establece que debe ser grupo cerrado>, y el segundo cuando establece que solo ella lleva prevención de recaídas con pacientes de Consulta Externa y Centro de Día < sin diferenciar las metodologías actualmente>, planteando dentro de su discurso la frase *es un ir y venir*, de tal forma en que como lo dice, tal pareciera que vive un cansancio y desgaste.

En ambos casos, podríamos decir que se observa de diferente forma la emergencia de aspectos que pueden dificultar o favorecer la implementación de un marco teórico que sustenta una intervención clínica específica, como lo es prevención de recaídas y que puede discrepar de lo que es la formación principal de cada terapeuta, que le implica una problemática a resolver, hacer visible, ya que su presencia y eficacia permitirán tener un efecto de continuidad o discontinuidad en lo que se está trabajando.

Tampoco podríamos dejar de lado las condiciones específicas de las personas que reciben el servicio de prevención de recaídas, desde estar motivados para mantener una abstinencia o encontrarse en el proceso de lograrla, si bien, como comentamos a lo largo de este trabajo en la recaída se vinculan un sinnúmero de situaciones de alto riesgo, que como plantea Feldman se agrupan en dos grandes opciones, las internas que llevan a que la persona las perciba como incontrolables y las externas que considera le es más fácil manejar, sin embargo, desde el enfoque cognitivo-conductual se busca que el paciente desarrolle las habilidades necesarias para afrontar ambas, lo cual lleva u obliga al terapeuta a entender este proceso para ayudar al paciente en el mismo.

No puedo dejar de lado u omitir, que el compromiso que adquirí como investigadora, me llevo a asumir el principio de incertidumbre, ya que a lo largo de la investigación fui jugando dos roles a la par, por un lado el asignado como parte de la normatividad al ser la creadora del programa Prevención de Recaídas desde la modalidad de Consulta Externa, conocer todos los aspectos que lo sustentan, tener conocimiento de los aspectos en que se diferencia de Centro de Día, me resulto por momentos difícil desprenderme de esa parte y evitar que me ganara esa angustia o incertidumbre de cómo se implementa ese programa que yo construí; por el otro lado el buscar dar respuesta a inquietudes que surgieron como bien lo comente desde la introducción a hacer visible esos aspectos que se encontraban invisibles, y que se relacionan con el bagaje de cada una de las terapeutas, el secreto que cada una le introyecta al programa para obtener los resultados que tiene, esto me implico la posibilidad de partir del hecho de que

existen cosas o aspectos que no sabemos y que es válido también el no exigirnos saberlo a priori.

Pues a medida en que fui avanzando en la realización de la investigación, fui cayendo en cuenta de esta situación, por ejemplo al volver escuchar las entrevistas, al transcribirlas, al realizar el análisis de las mismas, y sobre todo al reconocer que también algo fue cambiando en mí, en abrir mi visión para reconocer y aceptar que es claramente invisible que existen elementos propios de la experiencia de cada terapeuta que van conformando su bagaje, y que les lleva a cristalizar en convicciones y que se manejan de forma independiente de los principios que puedan dar soporte a una intervención como lo es *Prevención de Recaídas*.

No quisiera omitir, que ambas terapeutas han planteado diferencias entre lo clínico que realizan día a día de lo normado, que a primera vista puede pasar desapercibido o dar pequeños indicios de que hay algo más allá de lo que se establece desde la normatividad y que permite que se obtengan buenos resultados, que hace que se perciba un mayor compromiso con lo que realizan; lo cual me lleva a pensar que cada uno de los terapeutas sean psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeras o cualquier otro perfil involucrado, busquen apegarse lo más que puedan a lo que se les norma realizar <práctica formal>, sin por ello omitir aquellos aspectos que desde su propia formación les resulta importante considerar para un mejor trabajo <práctica real> que dicho de otra forma, es inyectarle al programa *su secreto, su toque, su sello*.

En este sentido, con estas dos entrevistas que conforman la presente investigación aunado a la historia que la Institución tiene en cuanto a los diferentes enfoques en los que se ha apoyado para brindar atención a la problemática del consumo, nos permiten reconocer que se puede caer en el mismo error, creer que el modelo cognitivo-conductual podrá dar respuesta a todas las demandas y cambios de dinámica que la Institución va teniendo, sea cual sea esta. Si bien los principios que establece el enfoque cognitivo-conductual al ser considerado un enfoque práctico, que se adapta a un sinfín de contextos, que contempla toda una base empírica y que puede complementar otras posturas, es de vital importancia pasar del plano de lo invisible a lo visible al poder identificar esa diferencia que cada terapeuta resalta a partir de la aplicación que hace de un programa bajo este enfoque y su amplio bagaje, que va marcando una discrepancia entre lo que *debe hacer* <percibido como una imposición> y lo que *realmente es capaz de realizar* <percibido como una implementación a partir de su experiencia> y que busca retransmitir con la finalidad de ser escuchado y apoyado.

Actualmente con los cambios que se han tenido en la Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, se consideró pertinente hacer pequeños ajustes, uno de ellos que

el grupo de prevención de recaídas pueda ser abierto de acuerdo a la demanda de cada CIJ, de tal forma que cada paciente tomara las sesiones que considere pertinente sin por ello sentirse obligado a cubrirlas todas; ya no se considerara más como un servicio de tratamiento sino como de apoyo a este, por lo que de manera continua se podrán estar derivando pacientes a dicho grupo. Lo cual me hace pensar que en la terapeuta del primer caso le resultara difícil y quizá se mantenga trabajando en grupo cerrado, porque así es como le ha funcionado a ella; en tanto que la terapeuta del caso dos su dificultad se seguirá centrando en lograr diferenciar y separar la metodología de Consulta Externa (*Prevención de Recaídas*) de la que corresponde a Centro de Día (*Promoviendo la abstinencia y previniendo las recaídas*).

Finalmente al concluir el presente trabajo, considero que es importante enfatizar ciertos aspectos, interrogantes que dejo sobre la mesa, pues no quisiera marcar una postura de imposición, pero si invitar a la reflexión sobre las mismas.

- 1) No existe un solo enfoque capaz de cubrir todas las necesidades que los/las consumidores/ras de sustancias demandan, y no sólo él/ella, sino también la familia e incluso la sociedad.
- 2) Es importante que los equipos de salud que les reciben y buscan atender, no dejen de lado la propia dinámica que la Institución donde labora va presentando.
- 3) La evidencia científica, se establece en contextos con óptimas condiciones de control, de tal forma que no se debe generalizar un enfoque de atención, como lo es el cognitivo-conductual, para atender a todas las personas por igual, independientemente de la sustancia que este consumiendo, pues no debemos olvidar que su trabajo se centra prioritariamente en el *aquí y ahora*, además de que se apoya de las funciones cognitivas, que en algunos consumidores se podrán ver afectadas, situación que debe ponerse en tela de juicio.
- 4) Se requieren de intervenciones terapéuticas que sean capaz de brindar la atención que la persona requiere para salir de su problemática y no que estén limitadas a un determinado número de sesiones, pues el proceso de cambio es individual.
- 5) Si bien trabajar desde lo cognitivo-conductual, permite entrenar al paciente en determinadas habilidades, esto no es suficiente ya que puede requerir abordar otros aspectos que quizá enfoques como el psicoanálisis, narrativa, grupo operativo, sistémico u otro, cuenta con las estrategias para hacerlo y en consecuencia lograr mejores resultados.

- 6) Ante la atención de personas que tienen problemas con el consumo de sustancias, ningún terapeuta debiera dejar de lado su bagaje que día a día va construyendo y que le permite dar su *sello personal* a la atención que brinda.

De tal forma que después de todo esto, pese a que conozco y manejo el enfoque en que se centra el trabajo de prevención de recaídas, me pregunto ¿qué va a pasar cuándo se desgaste el enfoque cognitivo conductual, y ya no brinde los mismos resultados?... ¿cuál será el siguiente enfoque con el que se buscara homogenizar la atención de las adicciones?... ¿por qué no atrevemos a trabajar desde varios enfoques una misma problemática?, si la finalidad última es ayudar a las personas que consumen a que logren y mantengan la abstinencia, logren hacer cambios en sus estilos de vida no solo de forma superficial y momentánea, sino permanente.

Por lo que invito a quienes brindan atención a personas que consumen, independientemente desde que *trinchera* lo hagan, a que no cierren la visibilidad de atención que se puede brindar.

Concluyo pues este trabajo, volviendo a plantear aquella pregunta que dio lugar a la presente investigación, con la finalidad de generar en cada uno de los lectores un eco constante, sobre todo si como profesionales de la salud, buscamos forjar evidencia que apoye el trabajo en adicciones:

¿Qué pasa con lo que no veo y sin embargo existe?

12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeijón M. J. A. y Urbano A. A. **Las recaídas en toxicomanías.** En página Web <http://www.drogascadiz.es/AdminMancLaJanda/UserImages/a11e567a-dd96-42df-9a27-66e0dde26121.pdf>.
- Acuña, G.G. **Comprendiendo las adicciones: la teoría del aprendizaje y su aplicación en prevención de recaídas.** En página web http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf
- Baz, Margarita. **Enigmas de la subjetividad y análisis del discurso.** En página web http://version.xoc.uam.mx/tabla_contenido.php?id_fasciculo=137
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F. y Liese, B.S. **Terapia Cognitiva de las drogodependencias.** Editorial Paidós. España 1999.
- Becoña I.E., Cortés T.M, colb. **Guía clínica de intervención psicológica en adicciones.** Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica, 2008.
- Caballo, V. **Manual de técnicas de modificación de conducta.** México, Siglo XXI. 1991
- Calvo E.P., Pérez P.A., Sacristán M.P., Paricio G.C. **Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual.** En página web <http://www.adicciones.es/files/15-20%20calvo.pdf>
- Casas, B.M. y Gossop, M. **Recaída y Prevención de recaída. Tratamientos psicológicos en drogodependencias.** Neurociencias. Barcelona, 1993.
- Del Mar, García María. Prevención de recaída. **Estrategias de intervención.** En página web <http://www.attcnetwork.org/regcenters/productDocs/1/Informapdf/PrevenciondeRecaidas.pdf>
- 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/AdminMancLaJanda/UserImages/f2fe7b93-91e5-43f0-9f86-d7733646f8c6.pdf>
- Fernández Ballesteros Rocío. **Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud.** España. Síntesis, 2001.
- Graña G.J.L. **Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento.** Ed. Debate, España, 1994.
- Guiñales R., L. **Prevención de recaídas.** En página Web <http://www.drogascadiz.es/AdminMancLaJanda/UserImages/712e0b98-0651-4407-b753-c319023e767b.pdf>
- Naghi Namakforoosh Mohammad. **Metodología de la investigación.** México. Limusa, 1996.
- 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
- Washton A. M. **La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención.** Paidós. España, 1995
- Weiss Carol. **Investigación evaluativa. Método para determinar la eficiencia de los programas de acción.** México. Trillas, 2001.

13 CRONOGRAMA

Actividad	Tiempo				
	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Elaboración del protocolo	XXXXXXXX				
Invitación para participar		XXXX			
Realización de entrevistas			XXXXXX	XXXX	
Transcripción de entrevistas			XXXXXX	XXXX	
Asesoría para el análisis				XXXX	XXXXX
Análisis de las entrevistas				XXXX	XXXXX
Revisión de resultados				XXXX	XXXXX
Correcciones					XXXXX
Entrega final					XXXXX

14 ANEXOS

ANEXO UNO:

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

- ¿En qué CIJ trabajas?
- ¿Cuáles son las actividades de tratamiento que realizas?
- ¿Cuánto tiempo llevas aplicando el programa de prevención de recaídas?
- ¿Cómo describirías el programa de prevención de recaídas?
- Conoces en que se fundamenta el trabajo que se realiza en la prevención de recaídas.
- ¿Cuáles consideras que han sido las dificultades que has tenido para el desarrollo o implementación del programa?
- ¿Qué ha hecho para resolver estos problemas?
- ¿Cuáles son los resultados que has observado al hacer ajustes para solventar dichas dificultades?
- ¿Qué le parece la estructura, así como los lineamientos que tiene el programa para poderlo llevar a cabo?
- Sí estuviera en sus manos mejorarlo, ¿qué cambios le haría y por qué?

ANEXO DOS:

ENTREVISTA CON LA TERAPEUTA DEL CIJ AZCAPOTZALCO

A continuación, se presenta la transcripción omitiendo nombres, por lo que solo se utilizara la inicial, por cuestiones de anonimato de sus compañeros y pacientes.

E.- A mi me interesa rescatar la experiencia que los compañeros que llevan a cabo el proyecto de prevención de recaídas, han tenido que irle ajustando, tu sabes que nosotros como parte de la norma, como que te establecemos y decimos por aquí va el trabajo, pero no tomamos muchas veces en cuenta la población difiere mucho de una delegación a otra, de un lugar a otro, entonces antes de que pudiéramos entrar a eso, me gustaría que me platicaras un poquito sobre las actividades que tu realizas en tratamiento.

T.- Bueno yo realizo lo que son terapias individuales, terapias familiares, terapia de grupo de padres y actualmente estoy en el proyecto de terapia de grupo de adolescentes experimentadores, son en los proyectos que yo estoy manejando, y de los proyectos en donde también hago actividades es en prevención de recaídas, que es uno de los proyectos que este pues ya tiene... cuanto llevamos, tres años creo, este más o menos no, entonces eso es lo que yo más realizo en tratamiento, en todos esos proyectos, si porque ya no ... ah y actualmente precisamente en este año, ahora en enero se me asigno la clínica de tabaco como responsable, que claro yo antes ya había llevado grupos, pero ya ahora ya soy la responsable de la clínica de tabaco.

E.- Ah ok, y bueno cuanto tiempo llevas aplicando el proyecto de prevención de recaídas.

T.- Pues aplicado ya tres años más o menos, desde el inicio cuando ustedes nos llamaron y nos capacitaron en esa ocasión, desde ahí empezamos a arrancar el proyecto, lo que no hemos hecho a lo mejor es muchos grupos pero que te diré, al año nos llevamos de dos a tres grupos más o menos y con buen éxito eh, no son muy numerosos pero los pacientes que llegan, todos este se mantienen en abstinencia.

E.- Con esto que tú has venido trabajando, cómo describirías tú en qué consiste, o cómo describirías lo que es el proyecto de prevención de recaídas, con tus palabras

T.- Bueno el proyecto de prevención de recaídas, es un programa que ayuda al paciente a identificar sus factores de riesgo principalmente, identificar que es lo que le puede producir una recaída, identificar es algo que yo planteo mucho entre la diferencia entre un resbalón y una recaída es algo que yo siempre les hago diferenciar, y principalmente en el caso del registro bueno del auto registro a ellos les sirve mucho para ir identificando sus momentos de riesgo, en cuanto están, por

ejemplo fui a una fiesta no y estaban tomando mis amigos no, o este salí a la calle y pase por donde estaba, entonces les ayuda mucho a identificar sus factores de riesgo y principalmente evitar un resbalo o una recaída , entonces eso es lo que yo te puedo decir que es el proyecto, con otro tipo de actividades, que se realizan en el proyecto.

E.- Si te queda claro desde donde se fundamento este trabajo

T.- Sí, yo recuerdo en el trabajo que nos dieron esto es un proyecto cognitivo conductual que tiene que ver con las emociones, con todos los cambios de conducta y principalmente esta idea de identificar, yo lo manejo mucho, ideas en donde este como lo pongo yo... muchas ideas irracionales acerca del consumo, como yo concibo consumir una droga que me produce placer pero no logro identificar que es una sustancia que me hace daño, ir identificando para ellos por ejemplo las emociones no?, me produce placer-alegría, pero a la vez después de todo lo que ocurre que es lo que me produce, malestar, problemas con la familia, entonces el programa tiene esa base en donde el paciente identifique ¿no? y razone o racionalice todas sus situaciones de emociones, y principalmente identificar en donde tiene esta parte de no identificar su problema.

E.- Tú manejas ese enfoque, el enfoque cognitivo conductual

T.- Sí, lo manejo más, aunque yo hecho unas variaciones, que deja te comentaba en cuanto yo llevo todo el programa, lo que es el auto registro, la grafica, que luego les da flojerita hacer, yo llevo todo lo que es por ejemplo, iniciamos con la camiseta, es una estrategia que a mí me ha encantado hasta la ocupo para otros proyectos déjame te digo, porque has de cuenta que con la camiseta empiezan a identificar es como un juego, algo lúdico, empiezan a realizarla la hacen ellos y se van dando cuenta y a partir de ahí hacemos un cambio, por ejemplo decimos anota, ya ves que la técnica es anota lo que no te gusta de ti y también lo que oyes, yo le cambio un poco que dicen de ti, porque a veces es “mi mamá dice que soy un flojo”, “mi mamá dice que soy un drogo”, entonces lo ponen en el cuellito y lo recortamos, lo doblamos, y les digo dénmelo o échelo a la basura y desde este momento ustedes dejan de ser esto y lo echamos a la basura, hoy van a ser alguien diferente, se acuerdan de esas camisetas donde 100% guapos y todo esto, ellos dicen sí, entonces ahora van a ser 100% responsables, 100% amables o 100% más tranquilos, eso lo van a poner en su camiseta y ya empiecen ustedes a ver qué cosas de lo que ustedes tiraron allá quieren ser y luego me la traen la siguiente sesión y ya lo traen con dibujitos de futbol o las mujeres con adornitos y todo, y la traen entonces en la segunda sesión me la enseñan, y me dicen hay doctora mire ahora yo quiero ser 100% honesto porque he sido mentirosa/o o algo y así, entonces es un emblema y ahí la dejamos no se la llevan, de hecho ahí esta entonces cada que la pueden ver ahí está, entonces si la ocupo le doy variantes

en cuanto a la experiencia que yo he tenido, pero si ocupo todo lo que son las herramientas, técnicas.

E.- Con esto que tú me comentas, dirías que en estos tres años que llevas aplicando el proyecto, te has enfrentado a alguna dificultad, ya sea por el contenido del programa, o por las características de la población, que te haya llevado a hacer más ajustes.

T.- Fíjate que no eh, yo hay programas que si de repente “hay esto como es”, pero no, prevención de recaídas a mí se me hace un programa muy flexible, muy accesible, y yo he estado haciendo ajustes, pero son ajustes más bien como de... que te diré de metodología por ejemplo esto de la camiseta, ya vez que se lleva el de la Asertividad, yo se las aplico, o sea lo revisamos todos, lo leen y ya ellos como especie de examen lo hacen solitos y lo revisan ellos solos, y ya después haber qué tal cuantos aciertos tuvimos o desaciertos no, y lo revisamos y he optado a veces si me doy un lapso, soy muy dada al fin terapeuta familiar, un poquito de que en ciertas técnicas como la comunicación o algo, yo procuro mucho abrirme un poco sobre su familia, que me cuenten un poco más sobre eso no, entonces doy al final un lapso así de y cómo te llevas con la familia, cómo estas, entonces ya ellos me cuentan *mi comunicación es a veces muy rígida o muy flexible o esto* y ya, pero si le hecho ciertas modificaciones, te digo me voy en línea de las técnicas pero si le doy un toque terapéutico más bien sistémico para poder trabajar con ellos, eso sí lo hago y me ha funcionado porque los muchachos si hablan así como... se abren más

E.- Platícame un poquito más de estas cuestiones para la implementación, o sea me interesa rescatar esa parte, que a lo mejor nosotros al momento que se hizo el proyecto, lo manejamos como muy lineal la Asertividad, la comunicación, pero me llama la atención que me digas lo abro más a la familia, me puedes explicar un poco más esa parte.

T.- Porque mira, en el caso de cada una de las técnicas que se llevan, a mi me parecen temas muy interesantes, porque tocas mucho lo que es la comunicación, la asertividad, la autoestima, o sea varios temas, entonces dentro de eso lo que yo hago, en este trabajo sistémico, es como... has de cuenta una terapia grupal, o sea es la terapia grupal, pero yo le monto, no monto sino doy elementos para que los mismos muchachos en primera se sientan acompañados o sea como muy familiarizados en el caso de que llegan saludar, como les doy muy yonig y a parte el rapport es así de que haces tú, y así con cada uno, no se abren mucho a hablar de su vida, pero sí que haces a que te dedicas, y de ahí yo empiezo a establecer con ellos, como parte de esa historia que ellos vienen haciendo no, en donde se han drogado, donde la familia los ha rechazado, donde muchos llegan y ya ni la familia va con ellos, entonces yo ahí empiezo a trabajar, de cómo ellos pueden ahora que ya no están consumiendo por ejemplo restablecer sus relaciones

familiares, relaciones de trabajo y que no les va a ser fácil, porque pues ya la familia no les tiene confianza, entonces de ahí yo empiezo a implementar como se sienten alrededor de esta cuestión, entonces dicen pues si con culpa y todo, pero ya lo estamos logrando, llevo tanto meses doctora, ya llevo tanto tiempo, ah pues que padre!, que bueno, entonces que le vamos hacer entonces entre ellos luego se hace esta técnica del espejo, yo ya llevaba tanto y me confié, entonces abusado eh porque puede pasar, entonces entre ellos hay mucha comunicación de aguas porque yo también me confié, los que llevan menos por ejemplo, los que ya llevan más tiempo les dicen que esto, preventivo porque va a ver aquello que va a provocar tal y puede haber una recaída, entonces solitos van manejando y yo lo que hago es eso, darles como esa pauta que se comuniquen y vallan ellos soltando lo que quieran soltar de información, familiar, de amigos o de ambiente en donde estén en alto riesgo y si se da una comunicación muy... este como te diré muy acertada en cuanto a similitudes de situaciones que ellos viven.

E.- Esta cuestión de trabajarlo te ha llevado a que algunas de las sesiones las trabajes en dos días, o sea lo amplíes.

T.- Sí la mayoría, fíjate yo hay sesiones que son rápidas por ejemplo la de asertividad, si la hablamos y todo, ellos me sorprenden porque les queda muy claro, esa asertividad pasiva y me lo comentan bien y yo digo que bien, pero hay momentos en que ellos mismos se alargan y si tengo que hacer dos sesiones, temas que a lo mejor a ellos les llaman la atención mucho.

E.- Consideras que en algún tema, no sé te pongan cara, porque se les haga tedioso o pesado, o algo y que te afecte tu trabajo

T.- No fíjate que de los jóvenes, me ha tocado de edades que te diré 26-27 y me ha tocado también adolescentes, y ninguno de los dos de esas edades muestran así de ah que apatía, que flojera, no, no, llegan así de ya doctora ya venimos, he inclusive yo te quiero decir, e igual y es una pregunta después, ellos se enganchan tanto que luego ya no van a sus terapias individuales, porque se supone... bueno así debe de ser, continúan terapia individual y su prevención de recaídas y de repente me refiere la terapeuta "oye este paciente ya no viene, no?", y yo ¿cómo de que no?, si él tiene que asistir, yo le voy a comentar, entonces ellos me dicen no doctora es que en grupo me siento pues bien, los temas que estamos tocando se me hacen interesantes, entonces si yo no siento que ellos se aburran, por ahí tu verías la deserción, no?, donde ya no van.

E.- Bueno a lo mejor ya con estos cambios que se van a dar, se manejarían en terapia de grupo a la par de prevención de recaídas, dentro de los pacientes que has tenido en prevención de recaídas todos han sido con ya la abstinencia o ha habido pacientes que están todavía en ese proceso de lograr la abstinencia cuando entran al proyecto.

T.- No la mayoría son en abstinencia, de hecho a mi me los refieren los terapeutas la mayoría que llegan con temor a una recaída y entonces luego, luego dicen, este es para prevención de recaídas, entonces ya me los refieren y yo ya los recibo así, yo creo que uno o dos me ha llegado así que están como en ese inter y ya se enganchan un poquito más, pero son los que te digo que les dicen “no pues aguas, porque ahorita empiezas y te confías y así me paso a mi” entonces ellos les van ayudando a los que tienen poco tiempo, pero la mayoría me han mandado en abstinencia.

E.- Tu grupo lo trabajas cerrado, lo trabajas abierto

T.- Cerrado, fíjate que no lo he hecho abierto, yo siento que a veces... bueno a lo mejor es la idea al inicio, ahorita yo creo con terapia de adolescentes, ya ves que nos comentábamos eso, para mí que sea cerrado es mejor, porque si inicio con seis, siete u ocho, a lo mejor baja uno o dos, pero ya me quedo con esos y me sigo las 10 sesiones, se me hace mas practico, se me hace que todos y si los recibo como la tercera eh, todavía recibo llegan uno o dos, y entonces a la tercera me llegan otros dos u otros cuatro, entonces ya ahí ya no recibo mas y les digo no muchachos ya no me manden más, porque yo quiero terminar con ellos y luego empiezo otro.

E.- Y por ejemplo esos pacientes que te mandan no sé en la segunda o tercera sesión, como los nivelas con el trabajo que ya llevas con el grupo.

T.- Ah!, yo les pido a los muchachos que ya tienen la segunda o tercera, que les hagan un resumen, les digo haber muchachos qué hemos aprendido, porque me sirve a mí de qué han aprendido que no, les digo haber cuéntenles a los nuevos que es lo que hemos visto, entonces ya le cuentan ah hicimos una camiseta, mira esa que hice yo le puse y la hicimos así, ellos le explican, claro lo que falta yo ya les digo, ah mira también faltó esto y hacemos esto, o sea como mas el encuadre, entonces ya se ponen como quien dice al corriente y entonces ya seguimos igual.

E.- Entonces no has tenido ningún problema

T.- No, lo captan bien porque hablan de los temas así... ellos como muy fluido, ellos lo hablan así y vimos esto y nos conto esto y verdad que es así, y entre ellos y nos faltó esto, faltó lo otro y les sirve como un repaso

E.- Y así al mismo tiempo puedes saber qué puntos hay que volver a trabajar o reafirmar

T.- Exacto, con ellos lo que falta, si porque yo inclusive les digo a los demás no y faltó esto y falta aquello, necesitamos ver esto y entonces ellos dicen ah sí está bien doctora, entonces tanto sirve de reforzador para con los otros...

E.- Y te permite como ir evaluando el trabajo con ellos.

T.- Sí les evalúa, con los primeros.

E.- Así como está planteado el proyecto ahorita, tu sabes que va a tener cambios y todo esto, pero así como esta con su estructura, sus lineamientos, toda su estructura, tu consideras que cualquier otro de tus compañeros puede llevarlo a cabo o que lo sentiría como muy rígido por ser desde un enfoque muy práctico, o sea como lo ves tú.

T.- Fíjate que quiero comentarte que ahorita otra de las personas que está llevándolo y lo está llevando más porque como son grupos con fines y ahí sí, ahora con estos cambios de Centro de Día, prevención de recaídas lo lleva la TS X, y entonces ella lo está llevando desde el año pasado en Centro de Día, yo lo llevo con Consulta Externa, pero ella lo lleva con este... con Centro de Día, cuando hicieron estos cambios de Centro de Día, por ahí hubo una confusión de que si iba o no llevaba prevención de recaídas, pero yo le decía que para mi ese proyecto y todos los demás, que era interesante y que si debería de haberlo, por qué, porque los muchachos has de cuenta el pre fin de semana que también lleva Centro de Día y prevención de recaída ayuda mucho los viernes por ejemplo, porque el viernes en la noche hay fiesta, el sábado hay algo, entonces el pre fin y la prevención de recaídas se ocupaba los viernes justamente para ellos en Centro de Día, yo lo hacía en miércoles, lo he hecho así en días diferentes, pero en Centro de Día se fijo así, entonces X la TS lo lleva muy bien, ya le agarro ya hasta luego le digo qué tal como te va, y me dice bien, a mi me gusta mucho el proyecto, está muy bien, porque me es fácil, me es práctico y yo con los muchachos me voy así y bien interesados en las tareas que les dejo y esto, ah que bueno X entonces no tienes dificultad, no, no estoy perfecta, ah bueno entonces todavía se abrió uno ahora en enero continuamos el grupo y se siguió con prevención de recaídas ella.

E.- Y que ahí por ejemplo su metodología de Centro de Día es diferente a la de Consulta Externa.

T.- Sí se diferencio ahora en esta ocasión, pero ella en los grupos anteriores, llevaba el que nosotros llevamos.

E.- Haber B, si tuvieras la oportunidad, así de hacerle recortes, mejoras, propuestas, qué sugerirías y por qué

T.- Bueno una de las sugerencias de ahora que estuvimos en una de las juntas, fue lo de la grafica, te acuerdas que yo te decía que les cuesta mucho trabajo y yo decía bueno pues aquí rápido que la hagan, y ustedes nos sugirieron que mejor la lleváramos ahí con ellos o por esa dificultad de ir hacer cosas, entonces yo lo pensé mas en eso y dije bueno pues si es cierto hay que hacerlo aquí, pero a lo mejor ya no lo pensé como un cambio, más bien como cambiarle la metodología y me resulto más fácil eso; y en relación a cambios pues mira, a lo mejor como llevamos todas las actividades al final son sesiones que me parecen como que

están completas, pero a lo mejor, ya ves que luego sugieren una actividad u otra, entonces yo las llevo a la práctica y se me hacen muy interesantes, y a los muchachos a ellos cualquier cosa que les pongas, porque a ellos no les digo hay esta o esta, ellos lo hacen, yo en mi trabajo, te vuelvo a nombrar esto de la terapia sistémica me enfoco más en esa cuestión más de la familia, pero a lo mejor, por ejemplo X ella me dice que lo marca más en su contexto en donde hay más riesgo, que son las fiestas, en donde vive, y ella le pone más énfasis en los factores de riesgos del contexto, al fin trabajadora social, cada perfil le damos, entonces, yo para mí las 10 sesiones están bien, desde el encuadre todas las técnicas, pero este a lo mejor yo como llevo también clínica de tabaco, yo les decía que a mí me parecen las dos adecuadas, yo no sé si tendría que quitarles a lo mejor ciertos papeleos, como lo de esta (hace referencia a la grafica), pero las técnicas me parecen muy correctas, bien. Que le faltaría, pues fíjate que yo ahí me puse a revisarlo y como lo he llevado a las 10 sesiones, yo no le vería que le falte nada, o sea nada en cuestión metodológica y como te lleva, a lo mejor adecuar en tiempos, porque ya ves que hay sesiones que te las llevas a dos y entonces tú dices, no es que son 90 con 75 minutos, pero yo digo no, yo si me llevo otro poquito de la otra no hay problema, yo creo que son más bien adecuaciones más en relación a cómo venga el grupo, porque cuando son adolescentes es uno, pero cuando me tocan jóvenes adultos ya es otro porque la dinámica cambia, como que es más tranquila y todo, pero cambiarle así como una técnica u otro tipo de temática no le vería.

E.- O algún tema, que consideres sea necesario trabajarlo.

T.- Mira, cuando son adolescentes principalmente hay mucha violencia, que eso es algo que veo en terapia de adolescentes experimentadores, te manejan mucho la cuestión de violencia ya sea que ellos hacen o les hacen, entonces en el caso de los adolescentes es como un tema muy de ellos, inclusive lo habíamos visto que si se hablaba del bulling, porque ellos son de secundaria y viven mucho eso, porque aparte del bulling, la violencia en cuanto ya nos cuentan que hay este, por ejemplo bandas dentro de las escuelas, que les venden drogas dentro de las escuelas, o sea están complicados eh, entonces a lo mejor sí sería como ahondar el tema de la violencia, como lo que es el riesgo de juntarse con chavos que ya traen pistola, ya me dicen las guardo aquí atrás del baño o con fulano de tal, entonces si es un tema, porque eso también es prevenir que se van con los chavos, que van con las bandas y que antes o después se drogan no, entonces a lo mejor podría ser la violencia, el bulling, el apego escolar pues lo tomamos en otro tema ya sabes, pero yo bien pienso que violencia sería un aspecto un poquito como más en ver como factor de riesgo hacia ellos y el bulling que es algo que se está trabajando. En las jovencitas, fíjate que no he tenido muchas jovencitas creo que he tenido una o dos, pero con ellas el tema que más común es la anorexia y

bulimia, y se nos da mucho en este caso y muchas de ellas pues para tener anorexia o bulimia es no como o tomo pastillas para no tener hambre, entonces este, pero han sido muy pocas eh, yo noto que sería más el tema de la violencia.

E.- Que sería como buscar abrir quizá un espacio para trabajar de qué manera se relaciona la violencia con el control de consumo y de qué forma se puede prevenir

T.- Prevenir, porque te digo si es un riesgo para ellos, muchos de ellos dicen, “ya no quiero consumir doctora, pero estoy ahí con mis amigos y entonces que hago, son mis compañeros de la escuela, del salón principalmente no?, y entonces si es un riesgo porque como se salen del salón.

E.- Y por ejemplo cuando te llegan a plantear o te llegan a manejar esto, cómo sueles abordarlo desde la prevención de las recaídas.

T.- En el caso de que lo llegamos a tocar, es porque ellos me lo dicen, yo les digo sí, haber muchachos pero que hacemos, aquí estamos en grupo y que podemos hacer, entonces uno dice no doctora, es que es bien difícil pero sabe que yo hago, lo saludo y todo porque es mi cuate, pero yo procuro salirme antes de la salida, o en la entrada hay ya me voy porque tengo que entregar un trabajo, o sea los evito, trato de evitarlos, pero es difícil a veces, o luego ya están en el salón, porque luego ya están y ya lo que hago es ah voy a ir a la computación, o sea a su taller de computación o ya llego el maestro o empiezan a juntarse con jóvenes o la novia que los hacen así como vente ya no te drogas no? Pero dicen que si es muy complicado, no o sea ellos lo dicen que es difícil el poder evitar que ellos tengan ese tipo de problemas, entonces ya les digo, sí sé que es complicado y no pueden denunciar, me dicen, no doctora si nosotros los denunciáramos doctora, imagínese en qué lío nos metemos, pero dicen que optan por hacer eso, trabajamos más el cómo podrían hacerle para evitar ese factor de riesgo.

E.- Digamos que lo retomas más desde lo que es solución de problemas.

T.- Solución más bien de problemas, no desde la terapia porque ya tendría yo que hablar de otros aspectos, en cuanto qué harías, cómo te sentirías, y no, más bien solución de problemas, haber resuélvanlo, cómo sería esto, de qué forma creen ustedes.

E.- Entonces si tu tuvieras la oportunidad de decir voy a desarrollar una sesión donde se toque el tema de la violencia enfocado hacia la prevención de recaídas, que estructura le darías, como buscarías abordarlo.

T.- Abordarlo sería desde la parte de identificar ellos, en donde hay la violencia y como dices que solución le podrían dar, identificar que ellos... hay por ejemplo técnicas en donde tú puedes... eh... hay una en donde... cómo se llama esta... hay una... ay se me olvido el nombre, pero la técnica es así no, están jugando, es un juego y entonces empiezan a decir... no sé si esta dentro de la técnica ya, no

me acuerdo si es la de la torrente... cual es en la que pegas... o algo así donde identificar la violencia, porque le pegas y se siente violentado, no me acuerdo si es aquí mismo o en otra, porque he estado en varias técnicas, pero es una técnica donde traen un torrente y le pegan y entonces es *haber tu niño* y entonces le pegas y el otro te dice "ah porque me pegas", así como muy de escuela y entonces él dice no!, yo me sentí, ya después se habla de cómo se sintieron violentados por esa forma y ellos empiezan a decir es que me recuerda cuando en mi infancia me paso esto o vi esto, o me dieron esto o me hicieron esto, y entonces ahí van identificando cuales son los factores que les hacen o no aceptar la violencia o a ser violentos, no? No recuerdo si es aquí en prevención o en otro pero luego te la comento, la voy a revisar, pero me parece, e inclusive creo que la actuamos nosotros y yo así de... ay no oye, esa si está muy violenta, no?, porque era la educación que antes daban las maestras... niño pórtate bien y así, y como que te recuerda como inicia tu violencia desde la parte de los padres o de la escuela, pero después te la comento, y sería a lo mejor desde ahí que ellos vayan identificando como es esto e irle dando solución y como dices desde el darle solución al problema, porque en terapia no sería como canalizarlo de otra manera, sino más bien que tienen que hacer ante un ambiente tan violento, porque te digo que me platican y bueno.

E.- O sea que tu buscarías que primeramente que identifiquen cuando están sintiendo la violencia, que les hace sentir, reaccionar, para entonces detener y que la reacción no sea me acerco a consumir.

T.- Así es, que su resultado no sea aquí es así y en la casa o la escuela y en todo y ay nos vemos, sí sería más el que ellos identificaran más bien como resolverlo y hacer una acción de cambio de situaciones, porque un cambio de gente o lugares no lo creo, porque ahí está inmerso, nos ha llegado hasta pacientes que la familia es consumidora o vende.

E.- Ahí como manejas eso.

T.- En el caso de... fue un adulto fíjate, ahí es difícil porque pues la propia familia vende y me decía, doctora qué hago y entonces igual lo traía así de qué otra cosa puedes hacer para no estar en casa, si tu llegas y la familia se dedica a vender y lo hace como algo normal, entonces él fue identificando que era un riesgo estar con esa familia, era su mamá, era el padrastro, eran sus hermanastros, y entonces dijo, doctora creo que la solución es que yo ya no pueda vivir ahí, era un muchacho de 26 años, un adulto joven, y él decía yo ya no puedo estar ahí y mi solución será salirme de la casa, yo le decía pues tu resuélvelo, tienes a donde irte, pues tengo tíos, tengo amigos que no son tan dañinos o tal vez sí, pero es mi familia doctora y que hago. Entonces fue más bien por esa parte de solucionar el problema, desde decidir que si le convenía el riesgo de estar con la familia.

E.- Quedarse ahí o moverse.

T.- O moverse, o sea decía en cualquier momento los van a agarrar doctora, y me llevan a mi también, pues sí pero que hacemos, entonces si fue un trabajo para que él razonara más y que lo fuera llevando en donde él lo pudiera tener más resolución, más viable para él.

E.- Y yo creo que ese proceso le llevo más tiempo, no?

T.- Sí, definitivamente no fue en las 10 sesiones, sino que él fue asimilando de que si hay factores de riesgo a fuera y todo, y yo lo tengo en casa, y los mismo jóvenes del grupo le decían *ay tu sí que estas más grueso, yo por lo menos me meto a mi casa y ya no hay problema, porque el riesgo está afuera en los amigos, los cuates, pero en tu casa, ya después con el terapeuta me enteré, oye que paso, no pues ya está afuera se fue con unas parientes, pues por lo menos soluciono algo del problema, pero si lo identifican.*

E.- Bueno ahorita se está modificando este proyecto, esperamos en breve poder subir las nuevas guías, pero ahorita por lo menos la que sigue en intranet, marca un seguimiento, si te ha sido factible.

T.- Sí, fíjate que te digo, en este año no lo he promovido, pero el año pasado yo citaba a los pacientes a seguimiento y mejor venían a los seguimiento de prevención de recaídas que de su terapia, porque los terapeutas ya los habían dado de alta también, y entonces me decían oye B es que tú fuiste la ultima que lo viste, pues contigo si vino tu egrésalo, pues es que ya se fue de seguimiento y sí vienen a los seguimientos y están doctora no he consumido, es como llegar y decir doctora le sigo igual, no estoy consumiendo. Ya hice esto, voy a acá, voy allá, me cuentan de sus proyectos que están cumpliendo de estudiar o entraron a trabajar o cosas así.

E.- Te sirve el seguimiento del proyecto

T.- Sí claro cómo no, sí en prevención de recaídas es muy importante el seguimiento, porque has de cuenta que ellos, es como un día decir cómo están o cómo les fue, no?, si hubo un resbalón o algo, es como avisar aquí estamos eh!, estamos bien, o sabe que doctora tuve esto y entonces lo trabajamos, haber que ocurrió, qué paso, o es que fuiste mucho a tal lado, es que se murió alguien o algo así, y entonces ahí lo trabajamos y ya pues síganse, “entonces me sigo” sí síganse, e incluso pueden identificar lo que es un resbalón de una recaída, ah! entonces estoy bien verdad doctora, como que me alivio saber que es un resbalón o que fue una recaída leve y entonces ya le siguen sin consumir, y si me han servido mucho los seguimientos.

E.- No sé si quieras agregar algo más B.

T.- Pues mira, prevención de recaídas a mí me gusta mucho el programa, que es uno de los que yo hago, e inclusive el retransmitírsele a la TS, me dijo me sirvió mucho B, yo le he hecho también algunas adecuaciones pero yo me apego mucho al programa, ahí va y a los muchachos les encanta, por lo que también ella me refiere y yo la veo muy cómoda en el proyecto también, entonces yo si siento que sería como que ese programa se siguiera con sus ciertas adecuaciones, pero como que la base, la línea serían esas y aunado a esto que te comentaba sobre violencia o inclusive también un poco de género, que bueno me han tocado más hombres que mujeres, pero hay más auge de mujeres en consumo y todo, que entonces si podría hacerse eso.

E.- Esta parte que tocas de género, de qué forma, cómo, desde dónde.

T.- Bueno mira, precisamente en el caso de los factores de riesgo, es muy común que esta parte de género es, los hombres tienen más oportunidad de poder salir, consumir y demás, en cambio las mujeres no, como que en las mujeres su consumo es más en casita o reuniones familiares; y no yo he visto que ya las jóvenes de hoy de 18 en adelante o hasta menos, ya no es en mi casita guardadita y demás, ya se gesto más en una cuestión de yo también contigo tomo y a cerveza y a cosas así, entonces ha cambiado como mucho esta cuestión de que cómo es vista la mujer desde cómo toma, le ha aumentado al consumo y entonces de repente los mismos muchachos es que ay ella se alcoholiza, como esa discriminación y no tomarlas como que también es un problema como ellos lo viven, pero como es mujer como que es mal visto, como que una mujer no debe andar drogándose ni alcoholizándose.

E.- Entonces considerarías que el proyecto tendría que estar atravesado por cuestión de género o la cuestión de una sesión donde se puedan ver estas cuestiones de género.

T.- Yo ahora con esto de que se aborda en otros proyectos, creo que sería como un tema transversal, que en cada sesión se manejara, porque como que de repente se centra en cuestiones de los hombres, entonces como que fuera un tema marcado en el género también, y como ya lleve cosas de género entonces a mi me es fácil así... y cómo dicen las mujeres que es esto y los hombres como ven esto, y entonces es sacar cosas interesantes también, porque dicen no doctora es que se ve mal que una mujer se drogue y tu como te ves drogándote así, no pero es que la mujer debe de estar en su casa y no haciendo tal cosa, aja y tu como esto, entonces trabajo mucho cuando de repente sacan ellos esas ideas, a diferencia de como mujer tu como hombre como has visto o como te sientes con esto. Es muy poco, pero si llega a darse cuando hay mujeres, esta cuestión de cómo eso ellas no, nosotros sí, porque está permitido para nosotros hacer tal cosa, pero como que la mujer es como que sí y lo asume.

E.- Y cuando generas esta como polémica por decirlo de alguna forma, cual es la reacción de esas mujeres que han estado en el grupo.

T.- Ah se defienden, porque muchas de ellas son más desafiantes, mas... se atreven ya, para llegar a niveles de consumo de droga y dicen, qué porque somos mujeres no nos permiten estar en los lugares y esto y aquello, y yo hablo pues si en esa parte de equidad puedes estar, pero desde la parte en cómo te estás dañando tu salud, la parte de daños y demás, pero ellas reaccionan cómo por qué no podemos hacerlo, porque se defienden de que tanto derecho tienen los hombres como ellas en el consumo, en ir a tales lugares, en hacer tales cosas, en no llegar a su casa por ejemplo, y entonces es *así mi mamá se enoja porque yo no llego y mi hermano que no llega en días por qué no, o sea de qué se trata*, o sea cuestionan ya sea por parte de los que están ahí o de sus familias, porque la familia se preocupa más que una mujer se ande drogando, y bueno cómo mi hermano que hace, vuelve, ya embarazo e hizo, qué le pasa; porque a él se lo permiten, entonces cuestionan mucho eso ellas; entonces ellos les dicen, *ay chava pues es que es esto*, pues date cuenta que se ve mal, vas a ser mamá y vas a tener hijitos, cómo que los mismos pacientes dan sus justificaciones, así como que tú no te preocupes tu vas hacer esto, no está permitido entre ellos, y ellos mismos se dicen, ya yo trabajo como ir razonando ahora qué pasaría si hicieras esto, qué pasaría si tu lo otro, pero yo manejo que los dos; y en todas mis terapias bueno tú dices que engañas que eres infiel y haces esto, y si tu esposa lo haría, *ah no, no, no!, doctora eso está permitido solo para los hombres, las mujeres no*. Y a las mujeres también las cuestiono, que pasaría si esto... ah no doctora, hasta ellas mismas, bueno es que ya ve como son los hombres pero nosotras, haber y como somos nosotras; en cuestionamiento las voy llevando y así, que ellos se vallan preguntando qué pasa con ciertas situaciones, como se sienten, como viven esto, y ya ellos dicen no pues es que siento esto o ni modo pues somos mujeres, ya cuando se ven muy acosadas por la situación, pues es que somos mujeres doctora.

E.- O sea que los haces pensar un poco más sobre su postura como hombres y mujeres.

T.- Pues sí, y te digo es poco cuando algún temita que ellos llegasen a tocar o algo, pero yo si diría que por ejemplo el tema de violencia y genero se pudieran ir como entretejiendo porque es eso un factor de riesgo, en cuanto a todo, en cuanto al trabajo pues ya a la salida de los trabajos que se van a tomar o tal cosa, y muchas de ellas pues trabajan en fabricas, que tienen hijos, que hay responsabilidad.

E.- Por eso te comentaba al inicio que cuando se hizo este proyecto, no tenemos toda esta situación a la que ustedes se enfrentan, desde la población, las características, va hacer muy diferente lo que es Azcapotzalco de lo que es no sé

Chalco, lo que es Iztapalapa, o la delegación que tú quieras o Naucalpan, y entonces hay compañeros que a veces dicen no pues el programa va de tal forma y así se lo quieren llevar, pero es el jugar con las características que tiene tu población para poderlo implementar, poderlo desarrollar.

T.- Sí, lo que pasa como dices en cada colonia... (se da una interrupción porque va por un vaso con agua) entonces me decías que...

E.- Aja, o sea que cuando nosotros desde el departamento, desde la normatividad pensamos en el proyecto, tratamos como de homogenizar las características, pero a veces esas pequeñeces las pasamos por alto, porque si no es ir ajustando mucho, y ya a ustedes como terapeutas les toca más ese proyecto tomarlo e irlo adaptando o irlo ajustando a esas necesidades que la misma población te va demandando.

T.- Sí, mira yo trabajé en Naucalpan y trabajé Azcapotzalco, yo allá no recuerdo... no todavía no se hacía prevención de recaídas, entonces cuando yo me cambie de centro, definitivamente es otra población eh, Naucalpan es una zona de sumamente riesgo, te llegaban la mayoría de pacientes sociópatas y otros psicópatas, entonces era una población de mucha migración, con problemas... multiproblemática, sino el papá violento con pistola, la mamá alcohólica, no, no, no, casos que tu decías... Llegué a Azcapotzalco y la población efectivamente de Azcapotzalco, problemas leves qué falta de comunicación, una comunicación inadecuada, que este va mal en la escuela, que el papá bueno pues sí borrachito, pero es poquito doctora, es alcohólico pero poquito, pero no eran problemas así graves no, inclusive yo llegué así como haber, haber me la lleve relax porque dije no que diferencia, hasta tu cuando convives con la gente de Azcapotzalco, es otro tipo de gente, comúnmente son más... cómo se les dice como que vivieron... viven más años aquí son familias con muchas tradiciones, arraigadas a sus costumbres, entonces siento que Naucalpan era como mucha población flotante, venían de otros Estados con otras costumbres, semi rural e inclusive y acá no es más ciudadano, de costumbres de ir a la escuela, de trabajar, y Azcapotzalco como estructura tiene una zona industrial y realmente como en todas las delegaciones tiene sus problemas, pero siento que no tan graves como la Cuauhtémoc, como la Iztapalapa, en donde yo conozco Iztapalapa y deberás son unos asentamientos o sea mucha gente, mucha gente, e inclusive en los centros de atención en Azcapotzalco si tú te fijas cuantos no tenemos centros deportivos, tenemos mucho donde practicar cosas y siento que a lo mejor eso hace que la población sea un poco más sana, se podría decir; a mí cuando me dan el de prevención de recaídas a diferencia de terapia individual vienen más conscientes ya de los daños que hicieron, o sea de todos los daños de salud, entonces es una población como mas maleable, para mí se me hace, mas de trabajo, de más consciencia de salud, con más consciencia de realidad, entonces es un buen trabajo, por eso te digo a lo mejor si son ciertos detalles que se pueden adecuar o actualizar algunos temas,

pero realmente el proyecto como tal te va llevando de la mano con ellos y ellos solitos la van agarrando y ellos así lo viven, doctora mire tuve esto, trabaje esto, por ejemplo tuve un paciente que ya no viene a seguimiento de M, dos de ellos, son dos de M, y viene todavía va a seguimiento con ella y ¡hola doctora!, cómo va señor J, muy bien doctora sigo haciendo sus recomendaciones, el año pasado hubo una reunión de ex pacientes y fue uno de ellos lo escogieron para ir y bien, se expreso muy bien del trabajo de ello, que le gusto mucho el programa y todo lo refiere en relación a los terapeutas hacia el programa, y bueno he tratado, más bien lo he hecho de llevar a cabo esto, claro con mi estilo y con la población al utilizar ciertas cosas que ellos te van dando de material, si porque yo creo que si me hubiera tocado prevención de recaídas en Naucalpan ahí sí te diría ¡ay sí!, es una población bastante fuerte con muchos problemas y aparte drogas, violencia, hay mucha necesidad económica, muchas carencias hasta de drenaje, de cosas, en algunas zonas no, entonces como Azcapotzalco tiene sus recursos te digo es una población maleable en cuanto a trabajar el programa de prevención de recaídas. Si no hay más complicación, y también lo refiere la TS X e inclusive ahorita está llevando el de Centro de Día, que apenas le está haciendo las adecuaciones pero ella sigue llevando las 10 sesiones como está el programa.

E.- Bueno pero su programa son 16 sesiones en Centro de Día.

T.- No, ha hecho las 16 sesiones porque empezamos ahora en enero a finales de enero casi, y apenas nos están metiendo en revisión en capacitación, revisar todo lo que es el manual, que es... un libro que sacaron y por eso lo están revisando, entonces ella dijo que previo a que lo empecemos a revisar y ya se lo dijo M, ella está utilizando apenas ese y ya con los cambios los va hacer, pero no lo está haciendo ya como nosotros, te digo que estamos, ya no se hace prevención de recaídas, no si se hace pero con las adecuaciones y entonces X ya hace las adecuaciones y así como que tu hazte para allá y yo para acá y ya estamos haciendo esa separación, y ahora así estamos ahora tú haces esto y yo aquello.

E.- No sé si quiera comentar algo más.

T.- No, fíjate que a mi nada más una cosa, yo quiero decir que prevención de recaídas como no lo tuve en esos entonces si hubiera servido mucho en mis otros pacientes, pero ahorita a mi no me gustaría que lo quitaran, solo que lo adecuaran, porque es un programa que les ayuda mucho a los pacientes, porque has de cuenta que su terapia es su soporte y prevención de recaídas es lo que los sostiene, porque las dos cosas van a la par, porque a ellos les sirve mucho identificar sus factores de riesgo, todo lo que conlleva el programa de prevención de recaídas y la terapia es donde yo voy a ir estructurando mi vida, pero yo en prevención de recaídas, has de cuenta como el soporte y yo ahí me sigo y me sigo, y no me detengo, y tengo que seguir adelante, entonces ojala que no lo

quiten que si lo mejoren con las adecuaciones que se le hagan pero que siga el programa, porque es un proyecto que a mí me gusta mucho. Y más sabes que es como... para los terapeutas es como logre esto y manténmelo, has de cuenta ya hice mi trabajo todo artístico y que este en prevención de recaídas para que se siga manteniendo en abstinencia, eso es lo que nosotros manejamos más en este proyecto, así lo vemos.

E.- Yo te agradezco mucho B por tu tiempo, por compartir tu experiencia que por supuesto vamos a rescatar porque a mí me interesa esta parte, para poder hacer adecuaciones, cambios, ajustes, no puedo hacerlo de la nada, lo ideal sería poder entrevistar a todos los compañeros que llevan el proyecto, lo cual no es posible, pero yo creo que si considerando ciertos elementos entonces eso me puede dar línea también.