

Mantenimiento de las habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas: un estudio de casos

Marlene Flores Mares,¹ Lydia Barragán Torres¹

Artículo original

SUMMARY

In Mexico, alcohol and drug consumption has been a social problem for many years. Epidemiological studies show that moderate-to-high alcohol consumption has persisted in recent years, whereas in the case of illegal drugs consumption has become more widespread in both men and women. In fact, there is a tendency for consumption rates to level out between men and women, especially regarding legal drugs. Although most users are moderate consumers, between 5-10% are chronic consumers. It is necessary for these people to have access to a range of treatments that incorporate a system of examination and systematization. Consequently, in Mexico it is necessary to create new programs with a methodological structure that makes it possible to assess whether they assist in curtailing this social problem.

One program that has proven to be effective is the Daily Satisfaction Program (DSP), which is based on the Community Reinforcement Approach (CRA). CRA is notable as one of the most successful programs in helping chronic users of legal or illegal drugs in the United States to give up substance abuse. In Mexico, it was necessary to modify some of the elements of DSP in order to adapt it to our culture, but it has encouraged a significant reduction in consumption patterns among participating users. This is an intensive program that includes several components, due to the serious nature of the problem to be tackled. However, it is necessary to carry out a systematized assessment of each of these components that foster in the user not only a reduction in consumption but also an increase in the satisfaction found in day-to-day activities. In Mexican culture, there are strong social pressures that affect consumption. Consequently the refuse-to-consume component is one of the most important, as it provides the user with the necessary strategies to be able to decline in a situation with peer pressure and in those moments when impulsive thoughts occur that might trigger the consumption response in the subject.

The refuse-to-consume skills that were assessed in users were: body language, assertive refusal, suggesting alternatives, changing the subject of conversation, offering an explanation, suspending interaction, confronting the offerer, and changing impulsive thoughts by using cognitivist restructuring.

Some investigators have detected a correlation between high consumption levels and a low degree of self-efficacy in refusing consumption. According to this theory, low self-efficacy in refusing

consumption is the most accurate indicator of consumption behavior and makes it possible to discriminate between different types of user. High self-efficacy in refusing consumption is associated with less frequent episodes of consumption. With regard to motivation, these authors suggest that better self-efficacy in refusing consumption when offered the substance or in response to impulsive thoughts has an influence on the decision to consume or not to consume. In order to achieve a higher degree of self-efficacy in refuse-to-consume skills, it is necessary to control certain body responses that denote the desire or wish to consume. Some of these responses are: avoidance of eye contact, trembling, stuttering, blushing, sweating, palpitations, etc.

The physiological responses associated with consumption are still displayed after the user has been through a period of non-consumption. They may be triggered by words associated with consumption or by watching videos of people who are consuming. Responses of this kind may be explained from a classical conditioning viewpoint, whereby a given stimulus provokes a given type of response. To explain what elicits, maintains, and increases the consumption of alcoholic drinks, three models of conditioning have been posited: the conditioned withdrawal model, the compensatory response model, and the conditioned motivational model. These models are based on an analysis of alcohol consumption situations with the aim of identifying the related variables.

The model that most clearly explains alcohol consumption as a conditioned response is conditioned withdrawal. According to this model, in the case of people who have a history of alcohol dependence the stimuli associated with alcohol consumption (visual, olfactory, and auditory) provoke physiological responses such as salivation, trembling hands, or sweating. Alcohol consumption reduces these responses, which the subject is averse to. Users learn that, when they are offered a drink or drugs (the stimulus), they should accept it (the response).

The aim of refuse-to-consume skills is to teach them to change their response to the stimulus, in other words, to teach users the necessary skills so that they learn to say no. When people are in the process of changing their consumption patterns by learning refusal skills and they experience high-risk situations, it is very probable that on the first few occasions they will exhibit a behavior that shows they are feeling insecure or anxious, such as avoiding eye contact with the person offering them the substance, stuttering, mumbling, not speaking with a decisive tone of voice, sweating, or having shaky hands. These

¹ Centro de Prevención y Atención de las Adicciones (CEPREAA).

Correspondencia: Dra. Lydia Barragán Torres. Centro de Prevención y Atención de las Adicciones (CEPREAA). Facultad de Psicología, UNAM. Cerrada Cerro Acasulco 18, Oxtopolco Universidad, Coyoacán, 04310, México DF. E.mail: lydipepe@terra.com.mx

Recibido primera versión: 29 de febrero de 2008. Segunda versión: 11 de junio de 2009. Aceptado: 21 de octubre de 2009.

responses make the offerer doubt whether the individual wishes to give up consuming, so he or she is more likely to insist and encourage a relapse in the user. Consequently, it is necessary to teach users how to react to these offers by relaxing and behaving assertively. This can be achieved by applying refuse-to-consume skills. Relaxation produces emotional effects that are the exact opposite of anxiety and which may be used therapeutically in everyday situations. Thus, it is less likely that the person offering the substance will follow up a refusal by repeating the offer, and the user may then take control of the situation and feel more secure. Peer pressure constitutes a high-risk factor that causes many users to relapse. It consists of direct or indirect pressure from other individuals or social groups who exert an influence on the user. In the case of direct pressure, the contact is personal, the offer involves verbal interaction, and the offerer is insistent that the user should consume the substance. In the case of indirect peer pressure, the user responds by watching other people use the substance in question.

Often peers do not understand that the user has made a decision to quit and are insistent that he or she should continue to consume; the user also frequently feels that justification should be provided when refusing an offer. In reality, such an explanation is not necessary in most cases. It is frequently the case that when the user is with family members or close friends, they may question the refusal. For this reason, it is important for the user to preempt this reaction by asking friends and family members for support as a first step in the recovery process. The user must also interpret events, impulses, and emotions rationally, bearing in mind the negative consequences of consuming and the benefits of being sober or drug-free. Consequently, the user needs to learn to say no to him- or herself whenever temptation arises in the form of thoughts or desires. The user must confront them and change them into positive thoughts that favor his or her wellbeing and are unrelated to consumption.

The objective of this study was to assess the degree of aptitude attained in refuse-to-consume skills by four chronic drug users in the Daily Satisfaction Program (DSP). Each user performed an evaluation of the high-risk situations in which consumption might occur as a result of peer pressure, and carried out a behavioral test in which the skills learnt were put to use. Subsequently, the users identified their impulsive thoughts and carried out an exercise in which the therapist repeated out loud the impulsive thoughts and the user replaced them with positive thoughts oriented toward reversing the decision to consume. These exercises were recorded and evaluated by two DSP therapists. Results indicate a high level of skill in refusing consumption in the face of external and internal pressure. Users also put these skills into practice in real-life situations, thereby reducing their episodes of consumption or maintaining abstinence.

Key words: Maintenance, evaluation, refusal, skills, consumption.

RESUMEN

En México, el consumo de alcohol y drogas ha sido un problema social. Los estudios epidemiológicos indican que el consumo moderado alto de alcohol ha prevalecido en los últimos años, se ha igualado

lado la cantidad de ingesta en ambos sexos y alcanzado el consumo crónico hasta entre un cinco a 10% de la población. En lo referente al consumo de drogas ilegales, éste se ha incrementado tanto en hombres como en mujeres. Es indispensable que esta población tenga acceso a diversos tratamientos y se evalúe su impacto en la reducción de éste problema.

El Community Reinforcement Approach (CRA) ha demostrado ser uno de los mejores programas de intervención para lograr la abstinencia en usuarios con consumo crónico de drogas legales o ilegales en los Estados Unidos. En México, la adaptación del CRA requirió modificar algunos de sus componentes y añadirle el de autocontrol emocional. A partir de estos cambios se estructuró el Programa de Satisfactorios Cotidianos (PSC) que favoreció la reducción significativa en el patrón de consumo en los usuarios participantes y el incremento en la satisfacción con su funcionamiento cotidiano. Este es un Programa intensivo, que integra diversos componentes en función de la gravedad de la problemática por modificar. Sin embargo, requiere la evaluación sistematizada de cada uno ellos.

En un estudio con una población mexicana de consumidores crónicos, la habilidad para rechazar la presión social al consumo y los pensamientos de apetencia o necesidad por consumir funcionaron como precipitadores predictores de la abstinencia. El componente de Rehusarse al Consumo es uno de los más importantes ya que provee al usuario de las estrategias necesarias para negarse ante situaciones de ofrecimiento e insistencia en las invitaciones y en momentos en los que sus pensamientos precipitadores le activan la conducta de consumo.

Las habilidades para rehusarse al consumo evaluadas en estos usuarios fueron: negarse asertivamente, sugerir alternativas, cambiar el tema de la plática, ofrecer justificación, interrumpir la interacción, confrontar al otro y su lenguaje corporal, así como el cambio de pensamientos precipitadores mediante el uso de la reestructuración cognoscitiva.

El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de dominio alcanzado en las habilidades de rehusarse al consumo por cuatro usuarios crónicos de drogas del Programa de Satisfactorios Cotidianos (PSC). Cada usuario realizó un análisis de sus situaciones de riesgo para el consumo ante la presión social y efectuó un ensayo conductual en el que ponía en práctica las habilidades. Posteriormente identificó sus pensamientos precipitadores y llevó a cabo un ejercicio en el que el terapeuta repetía en voz alta los pensamientos precipitadores del usuario y éste los cambiaba por pensamientos positivos orientados a modificar la decisión de consumir. Estos ejercicios fueron grabados y evaluados por dos terapeutas del PSC. Los resultados indican un nivel de dominio alto de las habilidades de rehusarse al consumo ante presión externa e interna; adicionalmente, los usuarios aplicaron las habilidades de rehusarse a consumir en escenarios naturales. Redujeron sus episodios de ingesta, lograron mantener la abstinencia, disminuyeron las situaciones de ofrecimiento en las que tuvieron consumo e incrementaron su seguridad para no consumir al oponerse a ofrecimientos.

Palabras clave: Mantenimiento, evaluación, habilidades, rehusarse, consumo.

En México, el consumo de alcohol y drogas ha sido un problema social. Los estudios epidemiológicos indican que en los últimos años ha prevalecido el consumo moderado y alto de alcohol, igualándose la cantidad de ingesta en am-

bos sexos y alcanzando el consumo crónico hasta entre un cinco a 10% de la población. En lo referente al consumo de drogas ilegales, éste se ha incrementado tanto en hombres como en mujeres.¹ Es indispensable que esta población ten-

ga acceso a diversos tratamientos y se evalúe su impacto en la reducción del problema.

El Community Reinforcement Approach (CRA) es uno de los mejores programas para lograr la abstinencia cuando se aplica a usuarios con consumo crónico de drogas legales o ilegales en los Estados Unidos.²⁻⁴ En México el CRA se adaptó mediante el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) que requirió modificaciones⁵ para reducir significativamente el patrón de consumo^{6,7} e incrementar la satisfacción con el funcionamiento cotidiano.^{7,8} El PSC es un programa intensivo e integra diversos componentes que necesitan evaluarse para valorar su impacto en la modificación de este problema.

En un estudio con población mexicana de consumidores crónicos, la habilidad para rechazar la presión social al consumo y modificar los pensamientos de apetencia o necesidad por consumir funcionaron como predictores de la abstinencia;⁸ por lo que es importante incluir este componente en la intervención psicológica para favorecer el aprendizaje de la negativa a consumir. En el entrenamiento se necesita exponer al usuario a situaciones de presión social directa e indirecta. En la presión directa, el ofrecimiento es personal mediante interacción verbal; en la indirecta, la respuesta se presenta al observar a otros consumiendo.⁹ La aceptación de la sustancia refuerza el ofrecimiento. Es frecuente que al evitar consumir, los amigos y familiares cercanos cuestionen su negativa, por lo que se sugiere «anticiparse» y pedirles su apoyo para evitar invitaciones e insistencias. En el consumidor crónico la necesidad de ingerir la sustancia también se activa al estar solo, mediante pensamientos en los que asocia el consumo con sensaciones de bienestar como relajarse, disipar el enojo, etc., por lo que la tentación y necesidad de consumir no dependen solamente del ofrecimiento en la interacción social, sino también de los pensamientos precipitadores.

El usuario debe enfrentar racionalmente eventos, pensamientos y sentimientos considerando las consecuencias negativas del consumo y los beneficios de estar sobrio;¹⁰ necesita aprender a decirse no, cada vez que se inicie la tentación mediante pensamientos «precipitadores»; debe enfrentarlos y sustituirlos por otros positivos que incluyan la indicación de realizar conductas no relacionadas con el consumo que favorezcan su bienestar; implica modificar el hábito de considerar como única alternativa el consumir y esforzarse cognitivamente en generar otras opciones de cómo alcanzar mejoría sin optar por el consumo.

La baja autoeficacia para rehusarse se asocia a consumos elevados ante situaciones de ofrecimiento, o a ideas y expectativas placenteras del consumo; por el contrario, una autoeficacia elevada se asocia a episodios menos frecuentes de consumo.¹¹ La autoeficacia influye en la motivación para rehusar el consumo al decidir realizarlo o no, por lo que la autoeficacia para rehusarse a consumir es un indicador confiable de la conducta de consumo y per-

mite discriminar entre diferentes tipos de consumidores.¹² Para tener mayor autoeficacia en habilidades de rehusarse es necesario controlar respuestas físicas que indican la necesidad de consumir: evitar mirar a los ojos, temblor, tartamudeo, sudoración, palpitaciones. Estas respuestas fisiológicas vinculadas a la ingesta ocurren al escuchar palabras u observar videos asociados a eventos del consumo¹³ y perduran aun después de un periodo de abstinencia. Los modelos del retiro condicionado, de la respuesta compensatoria y el motivacional condicionado, explican el desencadenamiento, mantenimiento e incremento en el consumo de bebidas alcohólicas,¹⁴ al identificar las variables asociadas mediante un análisis de la situación. En el del retiro condicionado los estímulos visuales, olfativos y auditivos asociados con el consumo elicitán respuestas fisiológicas y el consumo de alcohol disminuye esas respuestas aversivas para los sujetos.¹⁴ El consumidor aprende a aceptar la sustancia (respuesta) ante los ofrecimientos y sus pensamientos precipitadores (estímulo). Las habilidades de rehusarse son las más efectivas para evitar una recaída ante este tipo de situaciones al combinar estrategias conductuales ante la presión social, y cognoscitivas ante los pensamientos de alto riesgo.⁸ La finalidad de estas habilidades es enseñar a cambiar la respuesta frente al estímulo. Inicialmente, al cambiar la conducta de consumo mediante habilidades de rehusarse, es muy probable que ocurran conductas de ansiedad, como no ver a los ojos, tartamudear, tono de voz débil, sudar o temblor de manos. Estas respuestas favorecen que se dude de su intención por dejar de consumir, así que si se reitera el ofrecimiento se favorece la recaída. Por esto es necesario aplicar las habilidades de rehusarse de manera asertiva y relajada. El relajamiento produce efectos emocionales opuestos a la ansiedad, y puede aplicarse en situaciones cotidianas.¹⁵ Es menos probable insistir en el ofrecimiento, si se recibe una respuesta firme de rechazo; así que la firmeza en el rechazo le permite al sujeto tener control en su ambiente y reafirma su seguridad.

En la instrumentación del PSC en México se le agregaron al componente de rehusarse, dos habilidades útiles para mantener la abstinencia: justificación e interrumpir la interacción.⁶ En un estudio previo con participantes del PSC, se evaluó la adquisición durante el tratamiento de las habilidades de rehusarse al consumo;⁸ sin embargo no se evaluó el lenguaje corporal al aplicarlas, ni su mantenimiento en los seguimientos, ni tampoco el consumo ante situaciones de exposición a ofrecimientos en su vida cotidiana.

El objetivo de este estudio fue evaluar si el entrenamiento del PSC favoreció en los usuarios crónicos de alcohol y drogas el dominio y mantenimiento de las habilidades de rehusarse al consumo, el incremento en la autoeficacia para no consumir ante ofrecimientos, y la disminución de eventos precipitadores y del consumo ante situaciones de tentación en su vida diaria.

MÉTODO

Participantes

Cuatro usuarios crónicos, dos de alcohol y dos de marihuana, egresados del PSC y participantes del estudio piloto.⁵ Se seleccionaron sujetos que tenían entre 24 y 48 semanas desde que recibieron el entrenamiento de habilidades de rehusarse al consumo y el día de la evaluación.

Criterios de inclusión

Nivel de dependencia al alcohol: medio, de 22 a 30 puntos, o grave, de 31 a 47 puntos; nivel de abuso a drogas: sustancial de 11 a 15 puntos o grave de 16 a 20 puntos; 14 o más tragos estándar promedio por ocasión de consumo o 20 o más semanales en promedio; uno o más: recaídas o tratamientos previos, pérdidas en al menos tres diferentes áreas de su vida cotidiana: física, familiar, emocional, laboral, social, etc. *Criterios de exclusión:* Presentar un cuadro psicótico; funcionamiento cognoscitivo menor a seis puntos estandarizados del promedio en los subtests de símbolos y dígitos y repetición de dígitos (WAIS); fracasar por tres ocasiones en cumplir con su muestra de abstinencia.

Definición de variables

Rehusar consumo

Es el porcentaje promedio de aplicación de las seis habilidades de rehusarse ante ofrecimientos al consumo y la reestructuración cognitiva ante pensamientos precipitadores. Se consideró la eficacia en la aplicación de las habilidades de rehusarse con puntajes a partir de 80% que indican dominio en las habilidades y en el control del lenguaje corporal.

1. *Negarse asertivamente.* Expresar con firmeza su negativa a consumir ante el ofrecimiento: «No, gracias».
2. *Sugerir alternativas.* Expresar su preferencia por otras opciones de consumo sin contenido alcohólico: «no gracias, pero te acepto un refresco»; si se rechaza su petición, solicitar otras opciones disponibles sin alcohol. Ante el ofrecimiento de drogas ilegales, sugerir la realización de actividades alternas al consumo: «no gracias, voy a ver a unas amigas».
3. *Cambiar el tema de la plática.* Preguntar acerca de otro tópico de interés: «no gracias, ¿crees que el equipo logre pasar a la final?».
4. *Ofrecer justificación.* Exponer un pretexto para rechazar el consumo: «no gracias, estoy tomando medicamento o tengo un compromiso». Persistir en la decisión si pretenden eliminar el pretexto: «no te pasa nada con el medicamento, ya lo he hecho», «prefiero no arriesgarme y seguir la indicación del médico».
5. *Interrumpir la interacción.* Alejarse de la persona o del lugar de consumo: «no gracias, espérame voy a saludar a un amigo».

6. *Confrontar al otro.* Enfrentar a quien ofrece y preguntar cuál es su interés en que uno consuma, hacerle saber que es una decisión personal y no quiere hacerlo, solicitarle respete su decisión de no consumir: «ya te dije en varias ocasiones que no quiero consumir, no me insistas».

Lenguaje corporal

Incluye conductas eficientes de seguridad, relajamiento y rechazo con las que se aplican las habilidades de rehusarse a consumir:

1. *Relajamiento:* Son movimientos y posturas corporales en las que los músculos se observan distendidos: manos sin temblor, evitar repetición de movimientos en piernas/manos, piernas y manos laxas.
2. *Seguridad:* Movimientos corporales de no aceptar el consumo: no tomar el vaso/cigarro, evitar sonreír al negarse a consumir.
3. *Contacto visual:* Dirigir la mirada hacia quien le habla.
4. *Tono de voz:* Entonación firme al rehusar el consumo.

Reestructuración cognitiva

Cambiar el pensamiento que contiene una indicación de consumo por otro que utilice razones para no consumir o sugerencias para realizar otra actividad. La actividad de no consumo favorecerá satisfacer o resolver la molestia o conflicto: Pensamiento negativo: «*me siento muy mal, si me tomo una copa me voy a sentir mejor*»; Pensamiento positivo: «*si consumo terminaré sintiéndome muy deprimido, mejor saldré a caminar al parque*».

Autoeficacia ante presión social

Porcentaje de seguridad para resistirse al consumo de la sustancia ante situaciones de ofrecimiento en la interacción social.^{16,17} Se consideraron porcentajes de eficacia a partir de 80%, ya que ese nivel, en usuarios del PSC,⁸ les ha permitido rehusarse ante ofrecimientos y mantenerse sin consumo.

Precipitadores de presión social

Porcentaje de situaciones de ofrecimiento que ocasionaron el consumo ante ofrecimientos directos e indirectos.^{16,18} Se consideró eficacia un 0% de precipitadores, debido a que en este tipo de usuarios la meta terapéutica es la abstinencia.

Consumo ante ofrecimientos de presión social

Cantidad de consumo ante el número de situaciones de riesgo de su vida diaria en la que se les ofreció consumir la sustancia. Se consideró la abstinencia como eficacia en el control de la cantidad de consumo debido a las características de la conducta problema. Un consumo moderado que no exceda a cuatro tragos estándar indicó autocontrol parcial, al detenerlo una vez iniciado y evitar una recaída con cantidad de ingesta excesiva de consumo igual a la que se tenía antes de la intervención.

Material

1. *Escala de presión social* integrada por cinco reactivos del Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD); adaptado a la población mexicana,¹⁶ con consistencia interna test-retest de .99 y validez mediante la prueba t, con significancia de .000 en todos los reactivos.
2. *Escala de presión social del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)*; adaptado a población mexicana,¹⁷ se divide en ocho categorías con distribución normal, su validez de constructo es adecuada al correlacionar cada categoría con medidas de consumo prediciendo recaídas.
3. *Escala de presión social*. Incluye 10 reactivos del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA); adaptado a población mexicana.¹⁸ Los reactivos se agrupan en ocho categorías; sus puntajes conformaron una distribución normal, mostraron confiabilidad y validez de contenido aceptable.
4. *Escala de presión social*. Contiene 10 reactivos del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD); adaptado a población mexicana,¹⁶ tiene una confiabilidad test-retest de .98, siendo significativos los reactivos al .000.
5. *Escala de dependencia al alcohol*.¹⁹ La confiabilidad test-retest es de .94.²⁰ Tiene alta consistencia interna. Los resultados de validez²¹ demostraron que se correlaciona positivamente con medidas similares: MAST y DSM-III.
6. *Cuestionario de abuso de drogas*,²² sus índices de confiabilidad varían de .86 a .95. En el análisis factorial posee de dos a cinco componentes que explican más de la mitad de la varianza total. Las puntuaciones se correlacionan significativamente con el número de drogas usadas y con la frecuencia del uso de diferentes drogas.
7. *Ficha de identificación y entrevista*.
8. *Carta compromiso*.
9. *Cámara de video*.
10. *Cassette* de 8mm.
11. *Registro observacional* que evalúa las habilidades para rehusar el consumo.
12. *Auto-registro* de ocurrencia de la conducta de rehusarse al consumo en escenarios naturales.
13. *Auto-registro* de consumo diario.
14. *Formato de análisis funcional* de la conducta de consumo.

Escenario

Un cubículo del Centro Acasulco de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Procedimiento

Se contactó a cuatro usuarios egresados del PSC, ninguno había consumido por lo que no necesitaron una sesión de prevención de recaídas. Al citarlos no se especificó el objeti-

vo ni se hizo mención de las videograbaciones. Se les recibió y estableció el *rapport*; se les recordó su autorización para hacer videograbaciones de la carta compromiso, se les explicó la confidencialidad de la videograbación y su finalidad: «Vamos a realizar videograbaciones de situaciones de la vida diaria en la que se enfrente a ofrecimientos para consumir; sólo las verá mi supervisor, otros terapeutas y yo, ¿está de acuerdo en ser videograbado? Si no, se respetará su decisión». Todos los usuarios dieron su consentimiento. Posteriormente, se les pidió recordar el componente de rehusarse al consumo. El terapeuta les recordó sus precipitadores externos e internos con la información del formato de análisis funcional y del ISCA o ISCD según el caso, se seleccionaron las tres situaciones de mayor riesgo de presión social. Se les pidió realizar ensayos conductuales de habilidades de rehusarse ante situaciones de ofrecimiento que se videograbaron. A continuación, se les indicó recordar sus precipitadores internos, con ayuda del formato de análisis funcional en el que identificaron tres pensamientos que antecedían al consumo. Se les pidió realizar un ejercicio de reestructuración cognoscitiva que se videograbó, en el que se les solicitó cambiar pensamientos precipitadores y sustituirlos por otros positivos; el terapeuta actuó como la voz interna del usuario, mencionándole los pensamientos negativos que lo llevaban al consumo; en voz alta, los confrontó y sustituyó con otros positivos que los hicieran sentir bien y alejarse del consumo. El terapeuta aclaró dudas, dio retroalimentación y se despidió del usuario. Para la evaluación, dos terapeutas del PSC calificaron los ensayos con los registros observacionales. Las instrucciones fueron: «Te voy a presentar cuatro videograbaciones de cuatro usuarios en las que ponen en práctica las habilidades de rehusarse al consumo; evalúa a cada usuario en una escala de 0% a 20% que es insatisfactorio y no la domina, de 40% a 60% que está en proceso o necesita mejorar y de 80% a 100% que es satisfactorio o la domina. ¿Tienes alguna duda?» Los terapeutas evaluaron individualmente a cada usuario, se les permitió regresar la grabación las veces necesarias hasta estar seguros. Una de las dos evaluaciones de los observadores se utilizó para calcular la confiabilidad de los resultados, se seleccionó al azar al observador 1. Los indicadores de los registros observacionales fueron⁷: «No lo domina» o «Insatisfactorio»: acepta el consumo, sin oponer resistencia; «En proceso» o «Necesita mejorar»: Tartamudea, inseguridad, ansioso, tono de voz bajo, verbaliza posponer el consumo aunque lo rechaza momentáneamente; «Lo domina» o «Satisfactorio»: Rechaza el consumo con seguridad, convencimiento y tranquilidad.

RESULTADOS

Los porcentajes promedio de los cuatro usuarios en las habilidades de rehusarse al consumo ante la presión social se muestran en la figura 1.

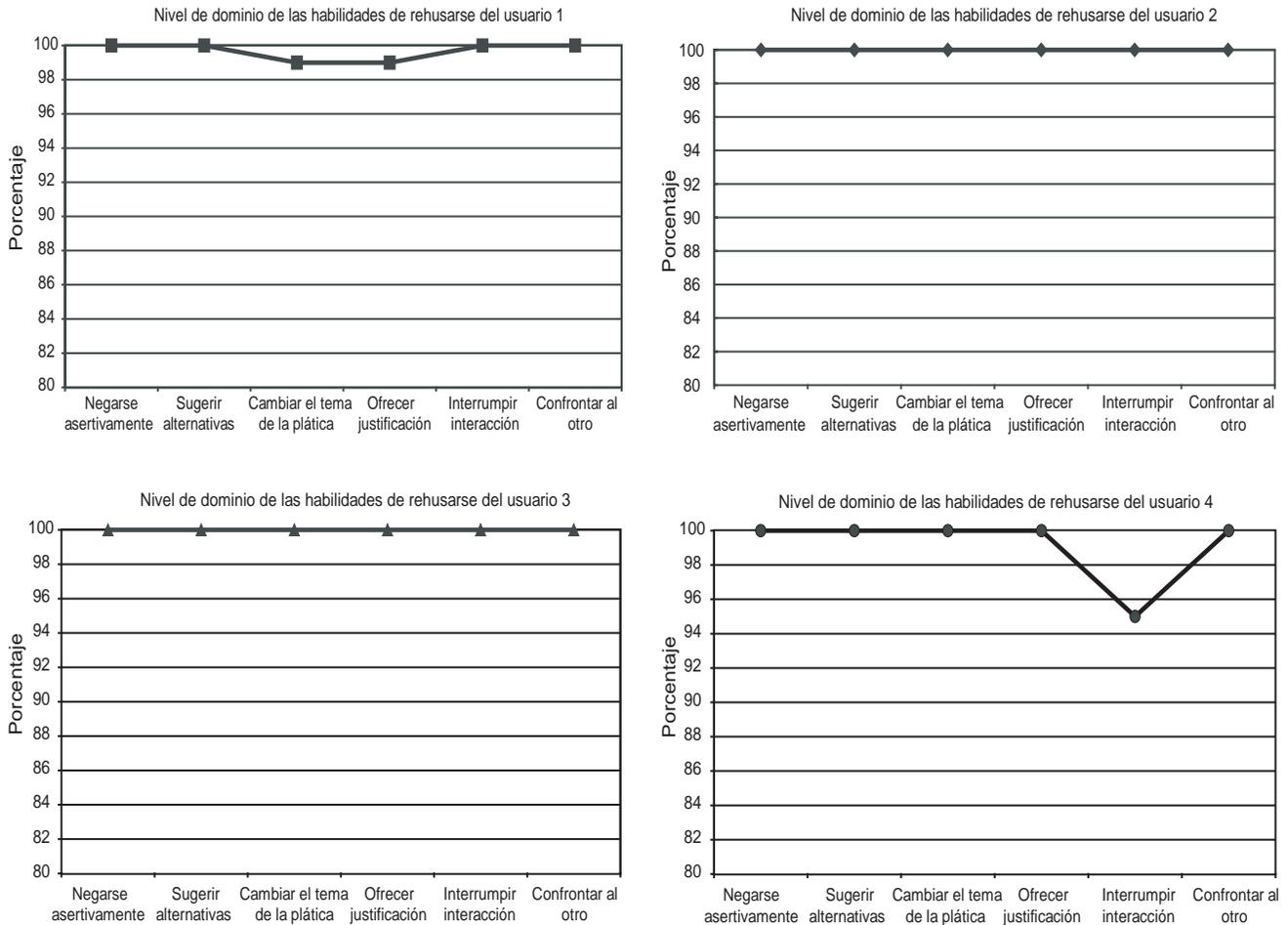


Fig. 1. Habilidades de rehusarse al consumo ante presión social.

El usuario uno presentó al 100% las habilidades: negarse, sugerir alternativas, alejarse, y confrontar al otro; y al 99% desviar la plática, y justificación. Los usuarios dos y tres, 100% en todas las habilidades. El usuario cuatro obtuvo un 100% de dominio en: negarse, sugerir alternativas, distracción, justificación, y confrontar y obtuvo un 95% en alejarse. La confiabilidad obtenida a partir de las evaluaciones de ambos terapeutas fue igual a uno. Los usuarios reportaron haber utilizado todas las habilidades de rehusarse al consumo en diferentes situaciones y ante diferentes personas; confrontar al otro la utilizaron con personas muy insistentes que no aceptaban un no como respuesta.

Cuadro 1. Lenguaje corporal al rehusarse a consumir ante la presión social

Categorías	Usuario			
	1	2	3	4
Conducta relajada	100%	100%	99%	100%
Seguridad	98%	90%	99%	100%
Contacto visual	100%	100%	100%	100%
Tono de voz	90%	100%	99%	100%

Las calificaciones del lenguaje corporal observado en los ensayos conductuales de los usuarios al rechazar el consumo se muestran en el cuadro 1.

Los resultados para el usuario uno fueron: estar tranquilo y mirar directamente a los ojos (100%), seguridad (98%), tono de voz firme (90%). Los resultados del usuario dos fueron: 100% en tranquilo, tono de voz firme y mirar directamente a los ojos, 90% en seguridad. El usuario tres obtuvo: 99% en estar tranquilo, seguridad y tono de voz firme 99%, 100% en mirar directamente a los ojos. El usuario cuatro obtuvo: 100% en estar tranquilo, seguridad, mirar directamente a los ojos, y tono de voz. La confiabilidad obtenida a partir de las evaluaciones de ambos terapeutas fue igual a uno.

Los resultados en la habilidad de Reestructuración Cognoscitiva se muestran en el cuadro 2.

Los resultados del usuario uno fueron: 99% en cambio de pensamientos negativos y 98% en actividades que compiten con el consumo. El usuario dos obtuvo 98% en cambio de pensamientos negativos y en actividades que compiten. El usuario tres puntuó con 100% en cambio de pensamientos negativos, y 95% en actividades que compiten

Cuadro 2. Reestructuración cognoscitiva para rechazar pensamientos precipitadores

Categorías	Usuario			
	1	2	3	4
• Cambio de pensamientos negativos por positivos	99%	98%	100%	95%
• Expresión de actividades positivas que compitan con el uso de sustancias	98%	98%	95%	95%

con el consumo. El usuario cuatro obtuvo: 95% en cambio de pensamientos negativos y en actividades que compiten con el consumo. La confiabilidad obtenida a partir de las evaluaciones de ambos terapeutas fue igual a uno.

Los porcentajes de la seguridad de los usuarios para resistirse al consumo ante situaciones de presión social antes y después del tratamiento se muestran en el cuadro 3.

El usuario uno reportó antes del tratamiento 90% de auto-confianza para resistirse al consumo ante la presión social y después del tratamiento refirió sentirse 100% seguro de no consumir en dichas situaciones. El usuario dos, 62% de seguridad antes y 100% después. El usuario tres, 60% y 100% de seguridad respectivamente; y el último usuario, 50% y después aumentó a 100%. El porcentaje más elevado de auto-confianza para resistirse al consumo en situaciones de presión social antes de tratamiento fue del 90%, y el más bajo fue del 50%; sin embargo, al final del tratamiento los cuatro usuarios reportaron tener una autoeficacia del 100%.

Los porcentajes de las situaciones de presión social que favorecieron el consumo de alcohol o drogas antes y después del tratamiento se incluyen en el cuadro 4.

En el usuario uno, un 23% de situaciones de presión social favorecieron su consumo antes del tratamiento. Después del tratamiento este tipo de situaciones no le ocasionaron consumo (0%). En el usuario dos, el 69% de situaciones de presión social lo favorecieron antes y después. Este tipo de situaciones no le ocasionaron consumo (0%). En el usuario tres, solamente el 6.6% se lo ocasionaron antes y después ya no consumió al enfrentar situaciones de presión social (0%). En el usuario cuatro, el 37% se lo ocasionaron antes y después. En ninguna situación de presión social que enfrentó, ocurrió el consumo (0%). El porcentaje más elevado de consumo ante presión social antes del tratamiento fue de 69% y el mínimo de 6.6%; sin embargo, todos los usuarios

Cuadro 3. Autoeficacia para resistirse al consumo antes y después del tratamiento

Usuario	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
1	90%	100%
2	62%	100%
3	60%	100%
4	50%	100%

reportaron tener 0% de precipitadores al consumo en la escala de presión social al terminar el tratamiento.

Respecto a la aplicación de las habilidades de rehusarse al consumo ante situaciones de ofrecimiento en escenarios naturales de su vida cotidiana, los usuarios dos y tres quienes ya habían terminado el tratamiento desde hacía un año cuatro meses y un año un mes respectivamente, lograron en ese período de seguimiento mantener su abstinencia al aplicar las estrategias de rehusarse al consumo en 10 y 18 ocasiones de presión social; el primer participante egresó del tratamiento hacia un año y tres meses y consumió durante ese periodo de seguimiento en tres situaciones (10%) de las 30 en las que le ofrecieron el consumo, y el usuario cuatro, egresado del tratamiento seis meses antes, consumió durante ese periodo de seguimiento en una ocasión (2%), de las 50 en las que le hicieron invitaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Apegándose a lineamientos de la Norma Oficial Mexicana,²³ el PSC se orienta a crear estilos de vida diferentes a los del consumo que aumenten la satisfacción cotidiana del usuario y lo ayuden a mantener la abstinencia. En este estudio se evaluó el entrenamiento en habilidades de rehusarse al consumo en México, resultando ser un componente indispensable para obtener convencimiento en su decisión de no consumir ante la situación específica, frenar el impacto del ambiente externo para evitar cambiar su decisión, mantener congruencia entre su propósito de no ingerir y su conducta, generar cognitivamente opciones diferentes al consumo que favorezcan su bienestar, y que al realizarlas apoyan la meta de abstinencia del usuario crónico de alcohol y/o drogas.

La evaluación del desempeño cognitivo-conductual de rehusarse al consumo reafirmó el señalamiento de la teoría del aprendizaje social respecto a la ocurrencia de eventos personales y ambientales que influyen en la conducta, la cual, a su vez, impacta al ambiente favoreciendo la interacción recíproca de factores y la determinación conductual;²⁴ ya que el aprendizaje y la aplicación de diversas habilidades para rehusar ofrecimientos en situaciones sociales incrementó en los usuarios la percepción de seguridad para no consumir y les permitió enfrentar, con dominio en su ejecución, el consumo de la sustancia adictiva, favoreciendo la abstinencia.

Cuadro 4. Situaciones de presión social que favorecieron el consumo en el usuario antes y después del tratamiento

Usuario	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
1	23.0%	0%
2	69.0%	0%
3	6.6%	0%
4	37.0%	0%

La sistematización de la evaluación en este programa de intervención, requiere medir en todos los participantes las estrategias de rehusarse debido a que es una variable próxima al consumo con alta probabilidad de ocurrencia en nuestra cultura.⁸ Los sujetos reportaron antes del tratamiento no sentirse totalmente seguros de abstenerse al consumo ante una situación de presión social, por lo que la abstinencia de los cuatro usuarios en postratamiento reafirma el dominio del aprendizaje para rehusar el consumo y su aplicación en escenarios naturales. El incremento en el nivel de autoeficacia ante la presión social después del tratamiento fue consistente con su abstinencia, lo cual corrobora que la autoeficacia para rehusarse es el mejor indicador del consumo,^{11,12} funcionando inclusive como predictor de esta conducta.^{8,25}

Los ensayos conductuales realizados como parte del tratamiento favorecieron el aprendizaje de anticipar y afrontar eficazmente situaciones de alto riesgo para evitar la recaída. El terapeuta necesita prescribir la ejecución del número de ensayos conductuales necesarios hasta alcanzar porcentajes de dominio de las habilidades de rehusarse que garanticen eficiencia en su aplicación en situaciones de su vida diaria.

Cuando el ofrecimiento provenía de otros consumidores se les dificultaba rechazarlos, ya que como lo señala la teoría de la motivación incentiva,²⁶ los amigos adquirieron las propiedades motivacionales de la sustancia al predecir su ocurrencia; pero adicionalmente los usuarios en este estudio rememoraron otras situaciones reforzantes de la interacción social como momentos placenteros de sentirse acompañado, compartir experiencias cotidianas, recibir apoyo, lo que les dificultó considerar rehusarse; por lo que es necesario dominar el impacto del ambiente externo al exponerse a amigos consumidores que los han acompañado en diferentes etapas de su vida. La estrategia de rehusarse que favoreció la extinción de invitaciones al consumo y coadyuvó en el mantenimiento de su abstinencia fue interrumpir la interacción con quienes les ofrecen la sustancia, dejando de interactuar con el grupo de consumidores. Esto coincide con lo señalado respecto a evitar la ocurrencia del primer evento precipitador que al conjuntarse con otros intensifica la decisión de consumir.²⁷ La persistencia en su rechazo de acceder a consumir con sus amigos consumidores, disminuye la exposición al ofrecimiento, ya que se castiga dicha conducta. Es importante habilitar al adicto para anticipar la exposición a reiterados ofrecimientos y a obsequios inesperados de la sustancia. Se sugiere incluir en las sesiones terapéuticas una serie de ensayos para ofrecer el mayor dominio de este tipo de habilidades que al aplicarlas constantemente y combinarlas con otras cognitivo-conductuales (social-recreativas, muestra de abstinencia, solución de problemas, comunicación, búsqueda de empleo, consejo marital, autocontrol emocional, metas de vida, que se incluyen en programas de inter-

vención más intensivos para usuarios crónicos), modifiquen su estilo de vida, eviten el consumo, se motiven a terminar el tratamiento y a persistir en la abstinencia. El componente de comunicación y el social-recreativo son muy útiles para iniciar nuevos contactos sociales con quienes a partir de la convivencia constante puedan sustituir la relación con amigos consumidores. Otra ventaja del entrenamiento proporcionado en este programa es su apego a lineamientos de la teoría del aprendizaje social de combinar e integrar las habilidades con flexibilidad y de acuerdo a la situación de riesgo, por lo que el usuario pudo elegir confrontar, desde el inicio de la interacción, a quien persistentemente le ofreció el consumo evitando así exponerse a un mayor riesgo.

El manejo del lenguaje corporal robusteció el impacto de las habilidades de rehusarse al consumo, ya que al mostrar más seguridad al rechazarlo enfrentaron menos insistencia de ofrecimientos disminuyendo el riesgo de consumir. No es suficiente conocer los diferentes tipos de habilidades de rehusarse al consumo, también hay que dominar el control del lenguaje corporal para que su impacto no pierda efectividad. Otra ventaja de aplicar estas habilidades cognitivo-conductuales fue mantener la consistencia entre pensamientos y conductas, lo que les permitió alcanzar su meta e incrementar su seguridad al identificar el impacto de su autocontrol en sus resultados de abstinencia.

La reestructuración cognoscitiva fue una habilidad de rechazo al consumo que favoreció su abstinencia ante pensamientos que incluyeron expectativas positivas de consumo para mejorar estados de ánimo y satisfacer necesidades o sensaciones físicas desagradables mediante él.²⁸ El esfuerzo cognitivo de analizar la inconveniencia de consumir ante la situación de riesgo posibilitó el detener la ocurrencia inmediata de la conducta habitual de consumo y la consideración de conductas alternativas, ante diferentes formas de exigencia de su medio ambiente. Al aplicarla anticipadamente se convence de no permitirse el consumo y evita la ocurrencia de más pensamientos precipitadores.

Las limitaciones en este estudio fueron: no disponer de una serie de evaluaciones a través del tiempo, para identificar la consistencia en el nivel de dominio de las habilidades; la posibilidad de los evaluadores de repetir las audiograbaciones y modificar su calificación; los usuarios no se eligieron al azar o con base en el porcentaje de precipitadores o autoeficacia en la escala de presión social antes del tratamiento, lo que podría haber permitido observar un cambio más sólido y que el estudio no incluyó evaluaciones de la aplicación de las habilidades de rehusarse al consumo antes del tratamiento para evaluar la intensidad del cambio y el monto del aprendizaje en el desarrollo de habilidades para cada uno de los usuarios.

Se recomienda evaluar en estudios posteriores la intensidad de percepción de riesgo ante el ofrecimiento y la auto-percepción del sujeto del nivel de dominio para rechazar el consumo en escenarios naturales; entrenar a la

población en general en el dominio de todas las características topográficas de las habilidades de rehusarse; evaluar la asociación entre la reestructuración cognitiva de pensamientos precipitadores y la miopía temporal; evaluar el efecto de la reestructuración cognitiva y la necesidad y tentación por consumir.

REFERENCIAS

1. Encuesta Nacional de Adicciones. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen ejecutivo. México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2002.
2. Finney J, Monahan S. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. *J Studies Alcohol* 1996; 57(3):229-243.
3. Holder H, Longabaugh R, Miller W, Rubonis A. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *J Studies Alcohol* 1991;52(6):517-540.
4. Miller W, Meyers R. The community reinforcement approach. *Alcohol Research Health* 1999;23(2):116.
5. Barragán TL, González V, Medina-Mora I, Ayala V. Adaptación de un modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental* 2005;28(1):61-71.
6. Barragán T, Flores M, Medina-Mora I, Reidl M. Adaptación del «Community Reinforcement Approach» para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas, en población mexicana. En: Echeverría S, Carrascoza V, Reidl M (comp.). *Prevención y tratamiento de conductas adictivas*. México: UNAM; 2007.
7. Barragán TL. Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología UNAM; 2005.
8. Barragán T, Flores M, Medina-Mora I, Ayala V. Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud Mental* 2007;30(3):29-38.
9. Marlatt A. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* 1996;91(12):S37-3-13.
10. Brownell K, Marlatt A, Lichtenstein E, Wilson T. Understanding and preventing relapse. *American Psychologist* 1986;41(7):765-782.
11. Baldwin A, Oei T, Young R. To drink or not to drink: the differential role of alcohol expectancies and drink refusal self-efficacy in quantity and frequency of alcohol consumption. *Cognitive Therapy Research* 1993;17(6):511-530.
12. Lee. The interaction of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy in high and low risk. *Addiction Research* 1999;7(91):12.
13. O'Brien Ch, Childress AR, Mc Lellan T. Conditioning factors may help to understand and prevent relapse in patients who are recovering from drug dependence. En: Pickens RW, Leukefeld CG, Shuster CR. (eds). *Improving drug abuse treatment*. Research Monograph 106. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse; 1991; pp. 293-312.
14. Gutiérrez M, Ayala VH, Acuña L. Exposición a señales: Los modelos de condicionamiento clásico para el análisis experimental del consumo de alcohol. *Revista Mexicana Análisis Conducta* 2000;28(1):105-126.
15. Wolpe J. *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Española; 1978.
16. De León P, Pérez F. Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ). Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM; 2001.
17. Echeverría SL, Ayala H. Cuestionario de confianza situacional: traducción y adaptación. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1997.
18. Ayala H, Cárdenas G, Echeverría L, Gutiérrez M. *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa y Facultad de Psicología, UNAM; 1998.
19. Horn JL, Wanberg KW. Symptom patterns related to excessive use of alcohol. *Q J Stud Alcohol* 1969;30:35-58.
20. Skinner HA, Horn JL. *Alcohol Dependence Scale (ADS): User's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1984.
21. Skinner HA, Allen BA. Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *J Abnormal Psychology* 1982;91:199-209.
22. Skinner H. The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors* 1982;7:363-371.
23. Norma Oficial Mexicana para el Tratamiento de las Adicciones. NOM-028-SSA2-1999. Disponible en: <http://www.conadic.gob.mx/doctos/nomad.htm> (agosto, 2004).
24. Bandura A. Theoretical perspective. En: *Social learning theory*. Cap. 1:1 - 13. New York: General Learning Press; 1977.
25. Vielva I, Iraurgi I. Cognitive and behavioral factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction* 2000;96:297-303.
26. Stewart J, Eikelboom R. Role of unconditioned and conditioned drug effects in the self-administration of opiates and stimulants. *Psychological Review* 1984;91:251-268.
27. Meyers R, Smith J. *Clinical guide to alcohol treatment. The community reinforcement approach*. New York: The Guilford Press; 1995.
28. Stein L, Lebeau-Craven R. Motivational interviewing and relapse prevention for DWI (driving while impaired): a pilot study. *J Drug Issues* 2002;32(4):1051-1070.