



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DE
LAS ADICCIONES

REPORTE DE UN CASO ATENDIDO CON EL PROGRAMA DE
SATISFACTORES COTIDIANOS.

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
JOSÉ LUIS BARRERA GUTIERREZ**

TUTOR: DR. CESAR AUGUSTO CARRASCOZA VENEGAS

COMITÉ TUTORIAL:

DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
DRA. NOEMI DIAZ MARROQUIN
DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA
DRA. ANA MORENO COUTIÑO

CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO D.F.

FEBRERO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A los miembros de mi comité académico por sus valiosos comentarios para este trabajo.

Dr. Cesar Augusto Carrascoza Venegas
Dra. Lydia Barragán Torres
Dra. Noemí Díaz Marroquín
Dra. Mariana Gutiérrez Lara
Dra. Ana Moreno Coutiño

A mis maestros de la Residencia en Psicología de las adicciones por guiarme y apoyarme en mi formación académica, en especial a:

Dra. Silvia Morales Chaine
Mtro. Miguel Ángel Medina Gutiérrez
Mtra. Guadalupe Vital Cedillo
Mtro. Eiji Fukushima Taniguahi

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por apoyar las actividades que se describen en este reporte de experiencia profesional.

Este trabajo pudo ser elaborado gracias al apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de prevención para adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” y el Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS) a través del Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) Torres de Potrero.

Dedicada a:

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy. Por el apoyo en cada momento de mi vida, por sus consejos, por sus valores, por la motivación constante que me impulsa a jamás rendirme lo que me ha permitido ser una persona de bien, pero mas que nada gracias por su amor.

A mis abuelas por estar siempre ahí con sus buenos consejos, por hacerme sentir su calidez y cariño. Abuela Antonia simplemente eres mi segunda mama.

A mis hermanos Juan, Héctor y Christian. Coincidir en esta vida es lo mejor que pudo pasarme, todas las palabras quedaran cortas para describir lo que siento por ustedes, gracias por estar ahí cuando lo más los he necesitado. Los llevo en la sangre homies.

A mis amigos Anahi, Nara y Hernán por alentarme en todo momento a concluir este ciclo académico, por esas tan agradables charlas nocturnas y por motivarme a seguir nuevos retos.

A mis amigos de la master Lucia, Lizzet, Mario y Domingo por todos esos grandes momentos de diversión y aprendizaje.

A Violeta por hacer las clases más divertidas y por todas las cosas que pasamos juntos, me hiciste conocerme, aprender y crecer como persona.

A Diana por su apoyo incondicional, por sus comentarios atinados para mejorar este trabajo pero sobre todo por esos días llenos de magia, por ser mi inspiración y motivarme a ser una persona exitosa, te amo.

A Ernesto González Mota, Orientador de la Secundaria 27, por el apoyo que me dio en la realización de mis actividades.

Al Tae Kwon do por darme los principios del arte marcial y el espíritu indomable que me dieron la tenacidad y la disciplina para concluir mis estudios. Gracias a mis entrenadores Enrique Méndez Estrella y Jorge Rosas Vázquez.

A la UNAM, mi alma Mater, por formarme académicamente y darme los mejores valores del ser humano: Libertad de pensamiento y tolerancia a las distintas posturas ideológicas, costumbres y creencias. Pero sobre todo gracias por poner sobre todas las cosas la primacía del conocimiento para la cual no importan raza, credo ni posición social "México, Pumas, Universidad"

"Una piedra del camino me enseñó que mi destino era rodar y rodar. Después me dijo un arriero que no hay que llegar primero pero hay que saber llegar" (José Alfredo Jiménez).

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	6
Introducción	7
Primera parte.	8
1. Reflexiones sobre el consumo de drogas	9
1.1 Definiciones	9
1.2 Clasificación de Drogas	12
1.2.1 clasificación informal	12
1.2.2 clasificación jurídica	12
1.2.3 clasificación con fines de control sanitario	12
1.2.4 clasificación farmacológica	13
1.3 Factores de riesgo y de protección	15
1.4 Epidemiología	23
1.4.1 epidemiología alcohol	25
1.4.2 panorama internacional	25
1.4.3 Panorama epidemiológico de México	26
1.5 Problemas relacionados con el consumo de sustancias	28
1.6 Evaluación	30
1.6.1 Uso	31
1.6.2 Abuso	31
1.6.3 Dependencia	32
1.6.4 Patrón de consumo de alcohol	33
1.7 Tratamiento	35
Segunda parte	37
2. Formulación de programas	39
2.1 programa de satisfactores cotidianos	40
2.1.1 objetivo y estructura del PSC	41
2.1.2 Estructura de las sesiones del PSC	41
2.1.3 Casos	42
2.1.4 Criterios de inclusión	43
2.1.5 Escenario	43
2.1.6 Instrumentos	43
2.1.7 Procedimiento	47
2.1.8 Resultados	49
2.1.9 Discusión	63
2.2 programa de detección temprana e intervención breve para bebedores problema.	65
2.2.1 Casos	65
2.2.2 Criterios de inclusión	66
2.2.3 Escenario	66
2.2.4 Instrumentos	66
2.2.5 Procedimiento	68
2.2.6 Resultados	69
2.2.7 Discusión	75

2.3 programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras sustancias.	76
2.3.1 Objetivos y estructura	77
2.3.2 Casos	78
2.3.3 Criterios de inclusión	79
2.3.4 Escenario	79
2.3.5 Instrumentos	79
2.3.6 Procedimiento	81
2.3.7 Resultados	82
2.3.8 Discusión	89
Tercera parte	90
3. Reporte de caso único	91
3.1 descripción del caso	92
3.2 Información obtenida en la entrevista	94
3.2.1 Motivación al cambio y consecuencias asociadas.	94
3.2.2 Cronología de consumo	94
3.2.3 Historia de consumo	95
3.3 Resultados de la evaluación	97
3.4 Impresión Diagnostica	101
3.5 Recursos disponibles y déficits	102
3.6 Sesiones de tratamiento	103
4. Resultados	121
5. Discusión	131
6. Limitaciones	134
Referencias	136
Anexos	140

Resumen

La organización mundial de la salud (OMS) estima que hay cerca de 2 billones de personas a nivel mundial, quienes consumen alcohol de manera problemática y 76.3 millones con diagnóstico de trastornos por uso de alcohol (WHO, 2004). Desde la perspectiva de salud pública, se considera al consumo de alcohol un problema de salud, en términos de morbilidad y mortalidad, en la mayor parte del mundo. Hoy en día existen una multiplicidad de enfoques de tratamiento para abordar el consumo de sustancias estos abarcan desde aproximaciones meramente farmacológicas, hasta los enfoques psicológicos con orientaciones psicodinámicas, humanistas, terapias individuales y de grupo, grupos de ayuda y tratamientos cognitivo-conductuales. De entre todos los tratamientos mencionados durante los últimos años los tratamientos cognitivo conductuales se han convertido en la modalidad más efectiva de los tratamientos psicosociales para hacer frente al consumo de sustancias.

El objetivo primordial de este trabajo es describir las acciones de tratamiento e investigación realizadas durante la Residencia de la Maestría en Psicología de las Adicciones de la UNAM. El presente reporte está organizado en tres capítulos. La primera parte muestra una breve revisión sobre diferentes definiciones de drogas, epidemiología; factores de riesgo y protección asociados al consumo de sustancias ; consecuencias asociados al consumo y la validez de las intervenciones cognitivo-conductuales como una modalidad de intervención efectiva ante esta problemática. En el segundo capítulo se describen la serie de casos atendidos bajo programas con evidencia científica y de corte cognitivo-conductual que son instrumentados en la presente residencia. Finalmente en la tercera parte se presenta el desarrollo de un caso de un usuario de alcohol bajo un tratamiento de índole cognitivo Conductual, por medio del Programa de Satisfactores Cotidianos.

Se utilizó un diseño de investigación N=1, AB con seguimientos. Las sesiones de tratamiento fueron 25 estas se proporcionaron una vez por semana, cada sesión con una duración de 120 minutos con seguimientos al mes, tres y seis meses. A continuación se describe la aplicación del programa en cuatro fases: I) Evaluación, II) Tratamiento, III) Post evaluación y IV) Seguimientos. El impacto de la intervención se comprobó mediante las mediciones pre-post. Adicionalmente a las mediciones de los inventarios se usaron medidas fisiológicas como pruebas antidoping lo que incrementa la objetividad de los resultados. Los resultados de la investigación muestran que al finalizar la intervención del usuario disminuyo su consumo de alcohol, aumento su autoeficacia para controlar el consumo en situaciones de riesgo, disminuyo su sintomatología ansiosa y depresiva, redujo su riesgo de recaída y aumento su satisfacción general.

Palabras clave: Cognitivo-Conductual, Satisfactores Cotidianos, Consumo de Alcohol

INTRODUCCION

El objetivo de la Residencia en la Maestría en Psicología de las Adicciones es la formación de profesionales de la salud en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos para la prevención, intervención e investigación de conductas adictivas y el fin de este documento es mostrar dichas competencias adquiridas en las distintas sedes donde se llevo a cabo la práctica clínica.

El escrito está dividido en tres partes la primera parte muestra una breve revisión sobre las diferentes definiciones y clasificaciones de drogas, la epidemiología nacional e internacional; los factores de riesgo más comunes asociados al consumo de sustancias y los factores de protección; los problemas asociados al consumo y la validez de las intervenciones cognitivo-conductuales como una modalidad de intervención efectiva ante esta problemática.

La segunda parte describe aquellos programas de intervención en los cuales se adquirió mayor experiencia clínica como: a) El Programa de Satisfactores Cotidianos [PSC], b) el Modelo de Detección temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, c) Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Se incluye una discusión de la experiencia de los casos, instrumentos aplicados, procedimiento y resultados de cada uno de ellos.

Finalmente en la tercera parte se presenta el desarrollo del reporte de un caso bajo el Modelo del PSC, la descripción de cada una de las sesiones, resultados, además de seguimiento a uno, tres y seis meses, discusión y limitaciones.

PRIMERA PARTE

Marco Teórico

1. REFLEXIONES SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS.

1.1 Definiciones.

Droga.

En el campo de las adicciones existen diversos conceptos que son necesarios conocer para poder comprender este fenómeno. Iniciaremos definiendo lo que es una droga ya que es un término que puede tener diversos significados según el contexto y campo en el que se estudie, además de que se han utilizado indistintamente términos como sinónimos de droga tales como sustancias psicoactivas, psicotrópicos o estupefacientes, los cuales no se pueden utilizar de la misma manera.

El diccionario de la Lengua Española (2001, p.373) define el término de droga como “cualquier sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes y que posee efectos estimulantes, depresores, narcóticos o alucinógenos”. Sin embargo, no todas las drogas se apegan a esta definición porque algunas no son empleadas con los fines antes mencionados.

Un concepto que nos permite describir mejor lo que es una droga es el de “sustancia psicoactiva” (Brailowsky, 2009), ya que en él podemos agrupar a todas sustancias que actúan y provocan cambios en las percepciones, emociones o el estado de ánimo, es decir, actúan directamente en el Sistema Nervioso Central y son especialmente estas sustancias las que son motivo de abuso y pueden producir una adicción. Así este concepto nos proporciona una idea más clara y específica de lo que es una droga y para el estudio de las adicciones es recomendable que se utilice en este sentido.

Cabe señalar que dentro de las sustancias psicoactivas podemos encontrar a los psicotrópicos y a los estupefacientes. Estas clasificaciones se han determinado con base en aspectos legales y tratados que analizaron los efectos de las sustancias. Así el término de estupefacientes se emplea para describir aquellas sustancias psicoactivas que tienen un efecto “euforizante directo”, mientras que el de sustancias psicotrópicas se refiere a las sustancias psicoactivas que producen efectos “agradables”, que pueden ser auto-administradas sin prescripción médica, y en casos extremos, pueden producir dependencia, por ejemplo, los psicotrópicos como las benzodiazepinas aunque tienen sin duda un cierto potencial de producir dependencia, no producen un efecto estupefaciente (como el del alcohol o los barbitúricos), sino un efecto sedante y, ansiolítico, es decir, que reduce la tensión y la ansiedad (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009).

En México de acuerdo a la Ley General de Salud (2010) se considera como estupefacientes a la Marihuana, Cocaína, Heroína, Metadona, Morfina, Opio, entre varios más; y se clasifica a los psicotrópicos, de acuerdo a cinco grupos:

- 1) Los que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que son susceptibles de uso indebido o generan problemas especialmente graves para la salud pública, por ejemplo el LSD (dietilamida del ácido lisérgico-d) y los hongos alucinantes.
- 2) Los que tienen algún valor terapéutico pero constituyen un problema grave para la salud pública, como lo son las anfetaminas, metanfetaminas, entre otras.
- 3) Los que tienen valor terapéutico pero constituyen un problema para la salud pública, por ejemplo, las benzodiazepinas, la pseudoefedrina, el ácido barbitúrico, clonazepam, diazepam, ketamina.
- 4) Los que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública.
- 5) Los que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria, mismas que se determinarán en las disposiciones reglamentarias.

Finalmente pueden existir varias definiciones de droga, sin embargo, para fines prácticos es importante utilizar los conceptos que se han aprobado internacionalmente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como droga a toda “sustancia (natural o química) que, introducida en un organismo vivo, por cualquier vía de administración, es capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso Central alterando o modificando una o varias de sus funciones y además es susceptible de crear dependencia física-psicológica o ambas”, esta conceptualización es la que más se utiliza en el campo de las adicciones tanto para las investigaciones como para la elaboración de programas de intervención (Tapia, Medina-Mora y Cravioto, 2001).

Adicción.

También conocida como drogodependencia, fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- Tolerancia
- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Más tarde, en 1982, la OMS definió a la dependencia como un síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes.

En la definición de adicción se establece que la tolerancia es otro de los componentes que puede ser parte de un proceso adictivo. Esta de acuerdo a la Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) (OMS 1992). Se define por cualquiera de las siguientes situaciones: necesita consumirse cada vez más sustancia para conseguir el efecto deseado, o bien, el efecto de las mismas cantidades de droga disminuye claramente con el consumo repetido.

Otro concepto importante es el de dependencia física, que se manifiesta por una serie de signos y síntomas desagradables (síndrome de abstinencia) que aparecen al suspender el consumo de la droga.

1.2 Clasificación de drogas.

En la actualidad existen muchas maneras de clasificar las drogas (sustancias psicoactivas) que pueden causar abuso o adicción. Los criterios para realizar la clasificación irán siempre en función de las necesidades, el enfoque o los objetivos particulares del estudio, reporte o investigación. Una de las clasificaciones más completas y sencillas de explicar la hace Cruz (2007), siendo la farmacológica la más utilizada en el campo de las adicciones.

1.2.1 Clasificación Informal

Drogas Blandas.

Se definen como estupefacientes que tienen poderes menores sobre el organismo, lo que indica que tiene un grado bajo de potencial adictivo. Dentro de esta clasificación se ponen como ejemplos las drogas derivadas de elementos naturales como la marihuana, el hachís y los hongos alucinógenos (Lorenzo, et. al., 2009).

Drogas Duras.

Se definen como estupefacientes que provocan efectos graves sobre el organismo, considerada como una droga con un alto potencial adictivo. Como ejemplos, se tiene la heroína, la cocaína y las drogas de diseño (Lorenzo, et al. 2009).

1.2.2 Clasificación jurídica

Para esta clasificación las drogas únicamente se pueden considerar de dos tipos, legales e ilegales. Para este caso en particular, las únicas drogas legales con potencial adictivo son el alcohol y el cigarro. Cabe señalar que declarar ilegal el consumo de una sustancia tiene como propósito evitar el acceso al público a compuestos que se consideran peligrosos. Tomando como base una clasificación desde este enfoque podemos observar cuatro subgrupos (UNAM, 2011).

- 1) Drogas institucionalizadas: son aquellas cuya producción y tráfico (compra-venta) es legal, por ejemplo el tabaco y el alcohol.
- 2) Drogas que son fármacos: sustancias que disponen de indicaciones médicas.
- 3) Drogas de utilización industrial: por lo cual su comercialización es legal, pero su finalidad es no ingerirlas; lo son todos los inhalantes.
- 4) Drogas clandestinas: su producción y tráfico (compra-venta) es ilegal.

1.2.3 Clasificación con fines de control sanitario.

Ley General de salud de México (2010).

Para esta ley, en el artículo 245 se clasifican a las sustancias que pueden ser motivo de abuso en cinco fracciones en función de dos criterios: su utilidad clínica y su capacidad de producir adicción.

- I. Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles a uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública (Metilen-dioxi-metanfetamina o MDMA, el LSD y la mescalina).
- II. Las que tienen un valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública (anfetaminas y barbitúricos).
- III. Las que tiene valor terapéutico, pero que constituyen un problemas de salud pública (ergotamina –utilizada para la migraña- y benzodíacepinas).
- IV. Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública (antidepresivos).
- V. Las que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria, mismas que se determinan en las disposiciones reglamentarias correspondientes.

Incluso dado que existe una enorme diversidad en lo que respecta a las drogas se tiene el siguiente artículo.

Artículo 246.- La Secretaría de Salud determinará cualquier otra sustancia no incluida en el Artículo anterior y que deba ser considerada como psicotrópica para los efectos de esta Ley, así como los productos, derivados o preparados que la contengan. Las listas correspondientes se publicarán en el Diario Oficial de la Federación, precisando el grupo a que corresponde cada una de las sustancias.

Con lo anterior quedan contempladas otras sustancias que presenten daños a la salud y que aun que no sean conocidas, por lo que entraría en algún rubro con base a la clasificación anterior.

1.2.4 Clasificación farmacológica.

En esta clasificación Cruz (2007) considera los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos de las sustancias y establece tres grupos:

- 1) Drogas Depresoras (psicolépticas): retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales; sus representantes más notorios son el alcohol, la heroína, las benzodíacepinas, los disolventes volátiles, algunos analgésicos, el éxtasis líquido o GHB.

Sus efectos son: estimulación inicial seguida de una depresión de mayor duración, falta de coordinación motora, lenguaje desarticulado, deterioro del equilibrio, sueño, desinhibición social y adicción.

2) Drogas estimulantes (psicoanalépticos): excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales, sus representantes fundamentales son la cocaína, metanfetaminas, las anfetaminas, las drogas de síntesis y el tabaco.

Sus efectos son: aumento en el estado de alerta, mejoría del estado de ánimo, falta de sueño, aumento de energía, disminución del apetito y adicción.

3) Drogas alucinógenas (psicodislépticos): las cuales producen un estado de conciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos (intensidad, tono y forma), y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial (alucinaciones); sus representantes más característicos son el ácido lisérgico (LSD), el cannabis y las drogas de síntesis.

Sus efectos son: distorsión de la percepción del tiempo y del espacio, cambios bruscos en el estado de ánimo, efectos variables en función del entorno en el que se consume la droga, mezcla de sensaciones sensoriales (oir colores, por ejemplo), presentación esporádica de episodios en los que se reviven los efectos que se tuvieron con la droga sin que ésta se encuentre presente en el organismo.

1.3 Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas.

Las investigaciones realizadas durante las dos últimas décadas han tratado de determinar cómo comienza y avanza el uso y abuso de las drogas, encontrando que las conductas asociadas a su utilización obedecen a múltiples factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de consumo.

Consideremos como factor de riesgo a un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o un cambio en el nivel de implicación con las mismas. Por otra parte consideraremos como factor de protección a un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que inhibe o reduce la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas (Díaz y García, 2008).

Por tanto los factores de riesgo son circunstancias que hacen más probable que una persona se inicie en el consumo de drogas; los de protección inhiben, atenúan o reducen esta posibilidad.

Jessor (1991) en su modelo considera cinco grupos de factores de riesgo y protección que sirven de marco conceptual general para la conducta de riesgo, estas categorías son: biológico- genéticos, medio social, medio percibido, personalidad y conducta, como a continuación se describen en la tabla uno.

Tabla 1: Factores de Riesgo y Protección del consumo de sustancias Jessor (1991).

	Factores de riesgo	Factores de protección
Biológico Genéticos	Historia familiar de uso de drogas	
Medio social	Pobreza y desigualdad racial	Acudir a la escuela, buena relación familiar, ambiente estable de la comunidad.
Medio percibido	Conflictos ente padres y amigos	Establecimiento de limites
Personalidad	Baja autoestima, problemas psiquiátricos	Valoración de los logros de la salud
Conductas	Bajo rendimiento escolar y uso de drogas.	Actividades recreativas

Dichos factores pueden afectar a las personas durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa se enfrentan riesgos que es posible cambiar a través de una intervención preventiva; si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, como el fracaso académico y problemas sociales, los cuales aumentan las posibilidades de que se abuse de las drogas en el futuro.

Por su parte Díaz y García (2008) clasifican diferentes tipos de factores de riesgo, entre los cuales se encuentran los siguientes: legales y normativos (tolerancia social y falta de observancia de normas y leyes), de disponibilidad de sustancias, de carencias sociales y comunitarias (pobreza, alta densidad y movilidad demográficas, criminalidad, violencia social, alienación y deterioro de vínculos comunitarios), familiares y de ajuste escolar (bajo desempeño y fracaso escolar, y baja motivación por el estudio).

A continuación se muestra en la tabla dos los factores de riesgo que han sido relacionados por Díaz y García (2008) con una mayor probabilidad de consumo de drogas.

TABLA 2: Factores de Riesgo relacionados con el consumo de sustancias (Díaz y García, 2008).

A nivel individual:
<p>Edad</p> <p>En determinadas etapas del desarrollo como por ejemplo, la adolescencia, aumentan los riesgos de iniciación en el uso de sustancias ya que es en esa edad cuando los jóvenes buscan autoafirmar su identidad, así como satisfacer ciertas curiosidades. Se sabe que el cerebro de los adolescentes está menos desarrollado, precisamente en las áreas que se asocian con la toma de decisiones, y es por ello que tienen más propensión a tomar riesgos. Los datos de la encuesta nacional de adicciones [ENA, 2008] (SSA, 2008) indican que los adolescentes de entre 12 y 17 años tienen más probabilidad de usar drogas cuando están expuestos a la oportunidad de hacerlo que quienes ya han alcanzado la mayoría de edad.</p>
<p>Sexo</p> <p>Las investigaciones indican que, si bien más hombres (9.1%) que mujeres (2.6%) han usado drogas, se debe principalmente a que han tenido más oportunidades de hacerlo. Sin embargo cuando se puede controlar la exposición a las drogas, las diferencias en el consumo entre hombres y mujeres, desaparecen (SSA ,2008).</p>
<p>Baja autoestima</p> <p>La autoestima, es decir, la autoevaluación que hace la persona sobre si misma ha mostrado tener gran influencia en el consumo de drogas. De hecho, es uno de los aspectos de la personalidad que más se deteriora a medida que avanza el proceso de adicción</p>
<p>Autoeficacia</p> <p>Es más probable que caiga en el consumo de drogas una persona que no se siente competente de enfrentarse a la oferta de drogas o de resolver los problemas.</p>

Baja asertividad

Nos referimos a asertividad como la capacidad de expresar sentimientos y opiniones de manera clara haciendo respetar nuestros derechos. Cuando un individuo no es asertivo es muy probable que tenga problemas en elaborar estrategias que lo lleven a rechazar una oferta de drogas.

Búsqueda de sensaciones

Las personas buscan continuamente experimentar sensaciones nuevas e intensas, a menudo sin reparar en los riesgos que ello implica, por lo cual es muy frecuente que se involucren en el consumo de sustancias por el simple hecho de experimentar las sensaciones que estas provocan.

Falta de conformidad con las normas sociales

Los individuos que tienden a romper las normas que regulan el comportamiento de las sociedades pueden verse impulsadas a consumir drogas por el hecho de no seguir los patrones de conducta impuestos por la sociedad.

Poca tolerancia a la frustración

Ciertos individuos no son capaces de tolerar la frustración de una manera adecuada por ello requieren la satisfacción inmediata de sus necesidades, de esta manera las drogas pueden parecerles inicialmente un medio rápido para lograr el placer inmediato, sin tomar en cuenta sus implicaciones a largo plazo

Elevada necesidad de aprobación social y falta de autonomía respecto al grupo

Es de suma importancia para los individuos obtener aprobación de sus actos por parte de sus iguales para algunas personas esta situación les puede llevar a una dependencia respecto al grupo ya que ajustarán su conducta a las exigencias de los demás sin tener en cuenta si se trata de un comportamiento adecuado. En un ambiente donde el consumo de sustancias sea aceptado las personas que no sean capaces de mantener una postura independiente del grupo tienen mayores probabilidades de incurrir al uso de drogas.

Dificultad para el manejo del estrés

Cuando el individuo carece de habilidades que lo lleven a enfrentar situaciones estresantes de una forma adaptativa es probable que se recurra al consumo de drogas para hacer frente a las situaciones que le provocan el estrés como una forma de disminuir la ansiedad generada.

Insatisfacción con el empleo del tiempo libre

La carencia de centros recreativos y de alternativas de tiempo libre dificulta poder disfrutar el tiempo libre por lo cual es frecuente que el individuo se limite a ciertos ambientes propicios al consumo de drogas.

Bajo aprovechamiento escolar

Estudios muestran que un escaso aprovechamiento escolar es un factor que se relaciona habitualmente con el consumo de drogas.

Falta de habilidades sociales

Para que los individuos establezcan una relación adecuada y satisfactoria con su ambiente social es necesario que dispongan de una serie de habilidades que les permitan hacerlo, de otra manera los individuos tenderán hacia diversas conductas antisociales y al aislamiento que a su vez se correlacionan con el consumo de sustancias.

La falta de conocimiento acerca de las drogas

Parece que una carencia de información constituye un factor de riesgo, ya que dificulta la toma de una decisión responsable respecto al consumo de sustancias.

Las expectativas positivas respecto a las consecuencias del consumo de drogas

Las altas expectativas positivas, es decir, esperar consecuencias agradables del consumo (por ejemplo, que gracias a la sustancia mejorará su comportamiento social) se relaciona con un mayor consumo de drogas.

Actitudes favorables hacia las drogas

Tener una actitud positiva hacia el consumo de drogas constituye un factor de riesgo evidente, puesto que predispone favorablemente al individuo hacia su consumo.

A nivel Familiar.

Clima afectivo inadecuado.

Un clima familiar conflictivo o con falta de afecto puede favorecer la posibilidad de implicarse en un consumo de drogas.

Estilo educativo familiar.

Cuando los hijos crecen sin un control adecuado, ya sea por la ausencia de disciplina o porque deben acatar unas normas rígidas y arbitrarias, impuestas por la fuerza y que no pueden hacer suyas (padres autoritarios), tendrán dificultades para internalizar tales normas y le será difícil controlar su conducta. En estos casos aumenta la probabilidad de que se inicien en el consumo de drogas.

Consumo de drogas en el ambiente familiar.

La observación de otras personas sobre todo si se trata de adultos importantes para los sujetos es una de las formas más importantes de aprendizaje de nuevas conductas. De esta forma, si los hijos ven que los padres o hermanos mayores consumen sustancias, es muy probable que imiten esas conductas

Factores de riesgo relacionados con el contexto

A través del contacto con los demás, las personas aprenden a realizar numerosas conductas, no sólo mediante la observación de otros, que actúan como modelos, sino también a través del refuerzo que se obtiene de los demás cuando aprueban el comportamiento realizado. El consumo de drogas no es diferente a otras conductas y, en consecuencia, está influido por multitud de procesos sociales que se producen en los distintos ámbitos en que nos relacionamos con los demás. Los factores vinculados al contexto son factores que se refieren a las características culturales o sociales que sirven de contexto general al consumo de drogas, a continuación se mencionaran algunos de los factores de riesgo vinculados al contexto.

Planificación urbanística

El hacinamiento, puede generar un ambiente hostil que dificulta la convivencia y que facilita la propagación de conductas desadaptativas, que van desde los comportamientos violentos hasta el consumo de drogas.

Disponibilidad de la droga

La disponibilidad de una droga tiene gran influencia sobre su consumo, de forma que cuanto mayor es la cantidad de sustancia disponible en el mercado, mayor es el número de consumidores y mayores las cantidades consumidas. Directamente relacionados con la disponibilidad, factores como el precio de la sustancia y su regulación legal tienen también considerable influencia sobre su consumo.

Actitudes sociales tolerantes hacia el consumo de determinadas sustancias

Las sociedades occidentales mantienen una postura confusa respecto al consumo de drogas legales. Actualmente, el consumo de estas sustancias está claramente incorporado a nuestra forma de vida, de manera que una gran parte de la población las consume en mayor o menor medida así la sociedad tiende a mostrarse tolerante con algunas prácticas claramente nocivas con la salud individual y social.

Como se puede observar los factores de riesgo pueden influenciar el abuso de drogas de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que se está expuesto, mayor es la probabilidad de que una persona abuse de las drogas. También se ve que en ciertas etapas del desarrollo, algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros, como por ejemplo: la presión de los compañeros durante la adolescencia.

Por otra parte y después de revisar los distintos factores de riesgo asociados al consumo de sustancias haremos referencia a su contraparte los factores de protección que como se mencionó anteriormente disminuye la posibilidad de que una persona abuse de alguna droga. Los factores protectores, aplicados a programas preventivos del abuso de drogas, apoyan o favorecen el plano desarrollo del individuo; están orientados hacia el logro de estilos de vida saludables (promoción de salud), que determinan normas, valores y patrones de comportamiento contrarios al consumo de drogas a su vez sirven de amortiguadores o moderadores de factores de riesgo (Díaz y García, 2008).

A continuación, y tomando en cuenta lo propuesto por Díaz y García (2008), en la tabla tres se muestran algunos de los factores de protección que se presentan en los diversos ambientes.

Tabla 3: Factores de Protección relacionados con el consumo de sustancias (Díaz y García, 2008).

A nivel individual:
<ol style="list-style-type: none"> 2) Adecuado desarrollo o madurez. 3) Tendencia al acercamiento. 4) Actitud positiva. 5) Autocontrol. 6) Ideales y proyecto de vida/sentido de la existencia 7) Habilidades cognitivas: coeficiente intelectual verbal y matemático promedio, por lo menos. 8) Aptitudes sociales. 9) Habilidades de resolución de conflictos y toma de decisiones. 10) Empatía. 11) Conciencia/reconocimiento del valor personal. 12) Capacidad de frustración y de postergar la satisfacción. 13) Adecuada autoestima. 14) Planificación del tiempo libre. 15) Motivación al logro. 16) Sentimiento de autosuficiencia. 17) Tendencia a sentimientos de esperanza. 18) Autonomía e independencia. 19) Habilidades de afrontamiento caracterizadas por orientación hacia las tareas, actividad dirigida a la resolución de problemas y mayor tendencia a afrontar situaciones difíciles con sentido del humor.

A nivel familiar.
<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de madres y/o padres sustitutos que apoyen o estimulen. • Comunicación abierta y asertiva. • Estructura familiar con capacidad para superar las dificultades. • Buena relación con padres y hermanos. • Cohesión o unión familiar. • Aprecio y reconocimiento del padre hacia el hijo. • Límites claros y una disciplina aplicada consistentemente. • Apoyo y seguimiento de la educación de los hijos (educación democrática). • Manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia. • Tiempo de calidad en familia. • Relación fundamentada en el cariño/amor que permite disentir y criticar conductas, corregirlas sin afectar el reconocimiento al valor de la persona. • Expectativas claras. • Responsabilidades establecidas. • Lazos seguros con los padres. • Altas expectativas de parte de los padres, que tengan un proyecto educativo para orientar su vida y la de sus hijos. • Compartir intereses y tiempo libre. • Promoción de hábitos sanos.
A nivel Social
En la escuela.
<ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento académico normal. • Perseverancia en los estudios. • Apoyo social. • Buena comunicación profesor-estudiante. • La actuación del profesor como un modelo de vida válido. • Establecimiento de lazos cordiales entre profesores y estudiantes. • Buenas relaciones con los compañeros. • Conexión entre la casa y la escuela. • Cuidado y apoyo, sentido de “comunidad” en el aula y en la escuela (solidaridad, integración y logros personales). • Grandes expectativas del personal de la escuela. • Fomento de actividades extracurriculares y deportivas. • Promoción de actividades de servicio social y comunitario. • Compromiso y responsabilidad en las tareas y decisiones de la escuela. • Fomento de una vida saludable dentro y fuera de la escuela. • Utilización máxima de las instalaciones. <ul style="list-style-type: none"> • Fomento de trabajo en equipo y de la creatividad.
Con los compañeros.
<ul style="list-style-type: none"> • Lazos seguros con los compañeros y otros adultos que modelan conductas positivas de salud y sociales. • Apoyo social de los compañeros. • Relación con diversos grupos. <ul style="list-style-type: none"> • Buscar la independencia personal en relación con el grupo
En la comunidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Buena relación con la comunidad. • Participación activa dentro de la comunidad. • Leyes y normas desfavorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes • Apoyo social. • Instrumentación de acciones a favor de la prevención de adicciones. • Promoción de actividades de ocio y tiempo libre. <ul style="list-style-type: none"> • Áreas que favorezcan la convivencia

Finalmente después de revisar los conceptos sobre los factores tanto de riesgo como de protección es importante tener presente al abordar la problemática del consumo de sustancias que los programas de prevención e intervención deben fomentar el desarrollo cognitivo, afectivo, social y conductual de las personas, con el fin de generar comportamientos más adaptativos y que los usuarios sean capaces de afrontar situaciones adversas o críticas, siempre potenciando los factores de protección, con el fin de anular la posible influencia que puedan estar ejerciendo los factores de riesgo al consumo.

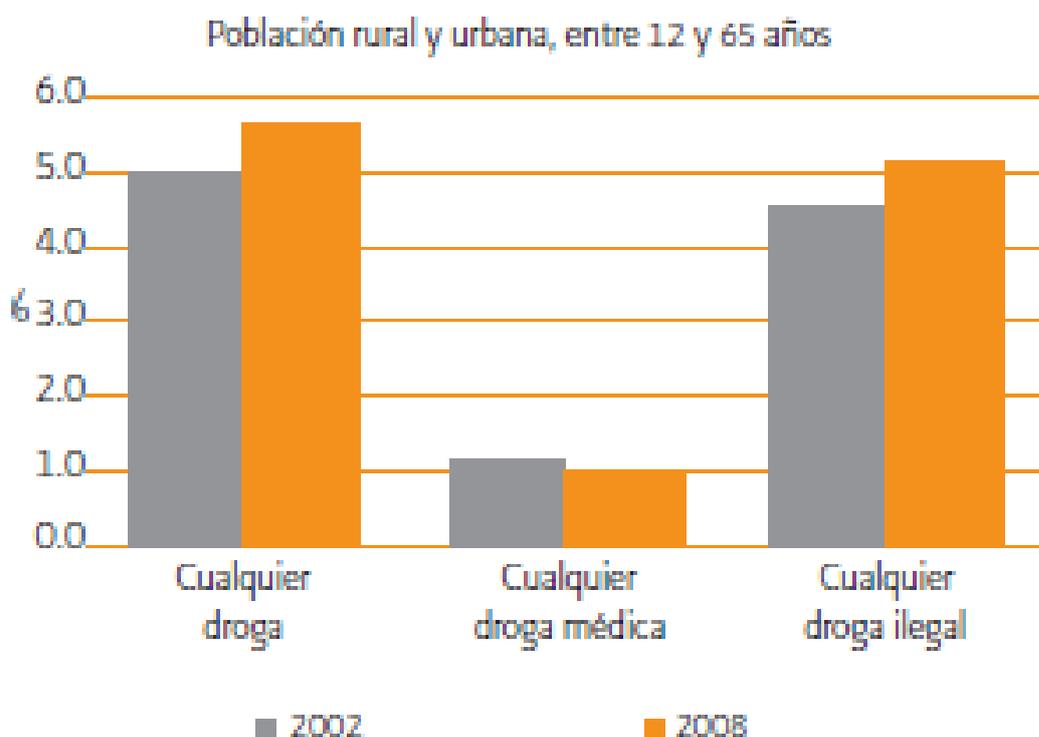
De esta manera una meta importante es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección, de manera que haya más factores de protección que situaciones de riesgo. Cabe aclarar que el consumo de drogas no dependerá exclusivamente de que existan factores de riesgo, sino también del individuo y de su entorno. De igual forma, ninguno de los factores, tanto de riesgo como de protección, está por encima de los otros ni son la única causa del consumo; se puede hablar de probabilidad pero no de determinación.

1.4 Epidemiología

Según registros de La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en el 2007 aproximadamente entre 172 millones y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior (UNODC, 2009). Cabe mencionar que estas cifras incluyen a muchos consumidores ocasionales que tal vez han probado drogas solo una vez en todo el año. Por otra parte la UNODC para el mismo 2007 contabilizo entre 18 y 38 millones de consumidores problemáticos de drogas de 15 a 64 años.

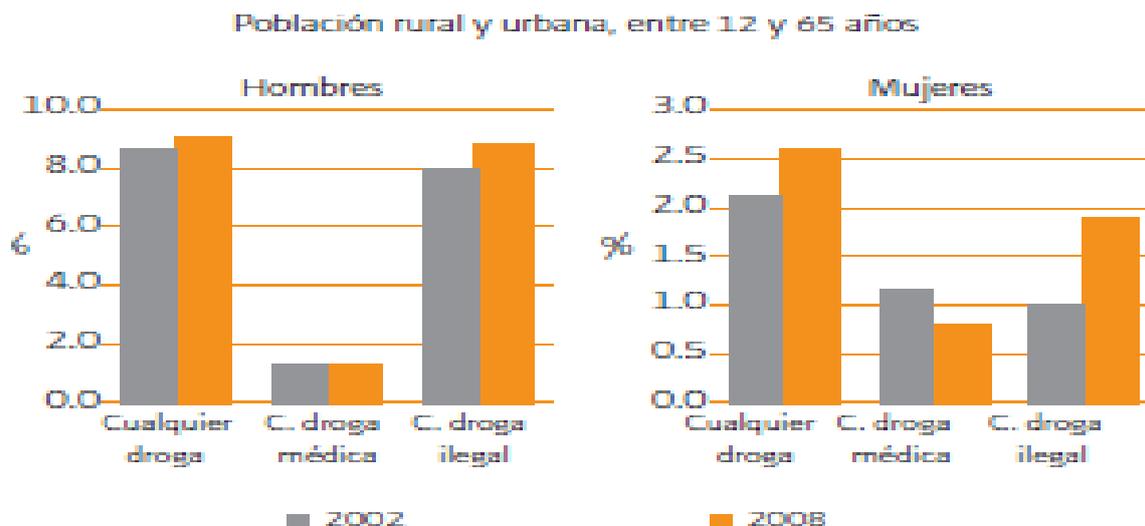
Por otra parte en México los resultados de la ENA (2008) indican que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad aumento de un 5% a un 5.7% en el periodo 2002 a 2008. Cabe destacar que las drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) también aumentaron en el periodo anteriormente señalado de 4.6 a 5. (Ver Figura 1 tomada de Encuesta Nacional de adicciones [SSA] 2008)

Figura 1: Consumo de Drogas Ilegales y Medicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad.



Los datos obtenidos por la encuesta indican que son los hombres la población que más consume en comparación con las mujeres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), sin embargo el índice de crecimiento fue mayor en estas últimas aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres fue de 8 a 8.8%. (Ver figura 2 tomada de Encuesta Nacional de adicciones [SSA] 2008).

Figura 2. Comparación entre hombres y mujeres en el Consumo de Drogas Ilegales y Médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad.



La ENA (2008) muestra que mayoría de los consumidores se ubica entre la población de 18 a 34 años de ambos sexos: 12.1% para los hombres y 3.3% para las mujeres. Entre los hombres el siguiente grupo más afectado corresponde a aquellos de 35 años o más (8.6%) y posteriormente se sitúa el de los adolescentes de 12 a 17 años (3.7%). Para las mujeres, la incidencia se da por igual entre las adolescentes y las que tienen 35 años o más (2.1%).

Cabe hacer mención que los adolescentes están en mayor riesgo que las personas mayores ya que el cerebro de estos está menos desarrollado, precisamente en las áreas que se asocian con la toma de decisiones, y por eso son más propensos a tomar riesgos. Los datos de la ENA (2008) indican que los adolescentes de entre 12 y 17 años tienen más probabilidad de usar drogas cuando están expuestos a la oportunidad de hacerlo que quienes ya han alcanzado la mayoría de edad. Así mismo los adolescentes también pasan más rápidamente hacia la dependencia.

Dado lo anterior, resulta importante desarrollar estrategias preventivas para esta población con el objetivo de evitar los riesgos y daños asociados al consumo de adolescentes. De esta manera los profesionales que se dedican a la investigación y tratamiento del abuso de drogas necesitan disponer de instrumentos y procedimientos fiables y válidos para explorar y tratar de manera confiable la problemática. Por lo que al acercarse a este tipo de problemática no se debe perder de vista lo siguiente:

Identificar oportunamente a los adolescentes que potencialmente están implicados en el uso y abuso de drogas; evaluar el espectro de problemas asociados al uso de drogas que requieren intervención y tratamiento; planificar las intervenciones adecuadas a estas necesidades y evaluar la efectividad de las intervenciones planificadas y desarrolladas.

1.4.1 Epidemiología sobre alcohol.

Puesto que el estudio de caso que referiré mas adelante concierne a un usuario de alcohol es importante hablar de esta sustancia en forma individual.

Autores como Tapia, Medina-Mora y Cravioto (2001) mencionan que la toma de alcohol es un proceso avalado culturalmente en la sociedad contemporánea y que salvo por razones de principios religiosos, filosóficos o de salud, el uso del alcohol es promovido y considerado como una practica aceptada en diversos aspectos de la socialización del hombre.

Sánchez, Pereira y García (2008) a este respecto mencionan que estas reglas pueden variar por subgrupos de la población, por ejemplo, reglas para varones y para mujeres, reglas para los distintos niveles socioeconómicos o grupos de edad, y reglas para las diferentes situaciones en las que se encuentra el individuo.

Los estudios llevados a cabo en nuestro país muestran como las normas sociales están mas relacionadas con quien puede o no beber, dejando de lado la moderación; en general, se considera que las mujeres no deben beber, y es aceptado que un varón se embriague de vez en cuando. Estos dobles parámetros, sin embargo, los apoyan tanto varones como mujeres, jóvenes y adultos (Tapia, Medina-Mora y Cravioto, 2001).

En general la población tiene poca información sobre la cantidad de alcohol que inhabilita a las personas a ejecutar acciones concretas, como manejar automóviles u operar maquinaria. Estos resultados ponen énfasis en la necesidad de orientar campañas e introducir programas de educación, para modificar una estructura normativa que más bien facilita el abuso de alcohol.

1.4.2 Panorama Internacional.

La organización mundial de la salud (OMS) estima que hay cerca de 2 billones de personas a nivel mundial, quienes consumen alcohol de manera problemática y 76.3 millones con diagnostico de trastornos por uso de alcohol (WHO, 2004). Desde la perspectiva de salud publica, se considera al consumo de alcohol un problema de salud, en términos de morbilidad y mortalidad, en la mayor parte del mundo.

La OMS refiere que el uso nocivo del alcohol tiene graves repercusiones en la salud pública y es considerado uno de los principales factores de riesgo de la mala salud a nivel mundial. El alcohol causa aproximadamente 1.8 millones de muertes (3.2 del total de muertes a nivel mundial) y una pérdida de 58.3 millones (4% del total mundial) de discapacidad ajustada en años de vida (DALY). En cuanto a lesiones no intencionales se cuenta cerca de un tercio de 1.8 millones de muertes, mientras que la cuenta por condiciones neuropsiquiatrias esta cerca del 40% de los 58.3 millones de DALY.

Del número total de muertes atribuibles al alcohol, el 32.0 % es por heridas involuntarias, y el 13.7 % es de heridas intencionales (WHO, 2004).

Aludiendo a los datos mencionados tenemos que el uso nocivo del alcohol contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad, ya que ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial.

1.4.3 Panorama epidemiológico de México.

La ENA (2008) reporta que la población mexicana no es una población que se caracterice por beber diario o casi diario; el patrón de consumo típico de nuestra población es de grandes cantidades por ocasión de consumo. En total, casi 27 millones de mexicanos (26 828 893) entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen sus consumos son explosivos. Casi 4 millones (3 986 461) beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios).

Cabe mencionar que el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años tanto en hombres como en mujeres. Los niveles descienden después conforme aumenta la edad. A continuación se muestran dos graficas donde se muestra las tendencias de consumo de alcohol a nivel nacional a partir de 1998 al 2008 (ver figura 3 y 4).

Figura 3. Tendencias del consumo de alcohol población masculina de 18 a 65 años

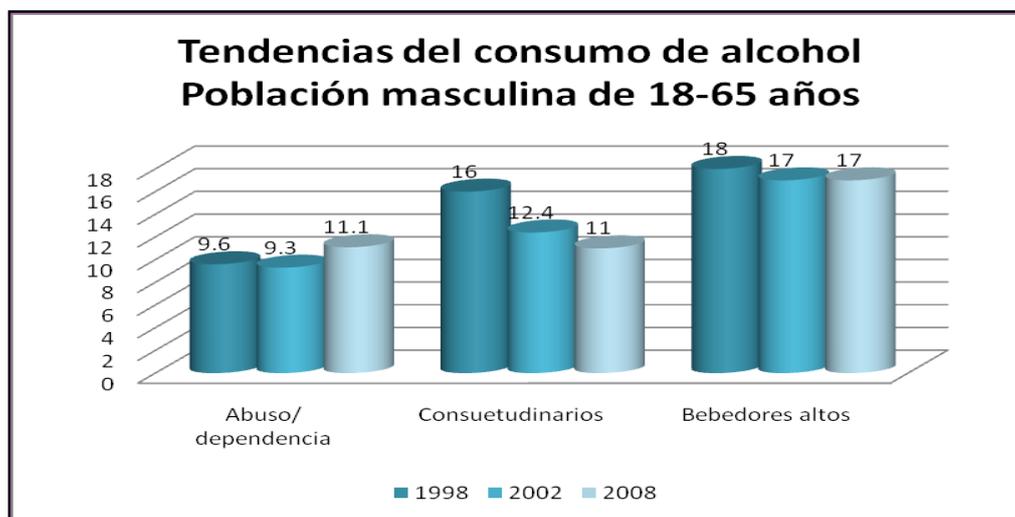
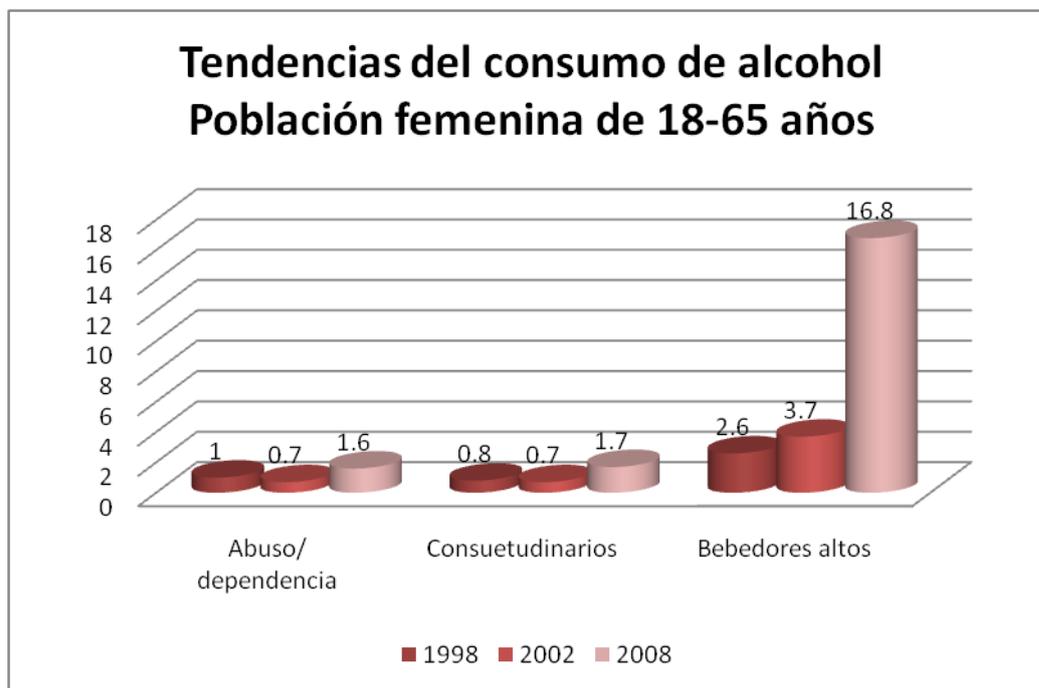


Figura 4. Tendencias del consumo de alcohol población Femenina de 18 a 65 años



Una vez sabiendo el patrón de consumo que sigue la población Mexicana; Los investigadores y profesionistas del campo de la salud han buscado diseñar y aplicar programas que sirvan para prevenir o reducir el consumo excesivo al conocer las diversas asociaciones entre este y una diversidad de problemas en diversas áreas de la vida cotidiana.

1.5 Problemas relacionados con el consumo.

Generalmente las personas que consumen sustancias psicoactivas es porque esperan beneficiarse de su consumo ya sea obteniendo placer o evitando el dolor. Pero el consumo también es potencialmente nocivo, sea a corto plazo o a largo plazo debido a que éste modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente del grado de intoxicación del individuo.

Cabe señalar que el tipo y magnitud de los efectos y consecuencias dependen de la interacción entre la persona, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo. Así las consecuencias del uso de drogas dependerán del estado emocional del individuo en el momento del consumo; tipo de sustancia, las diferencias en su susceptibilidad; factores como género, peso, talla, edad del consumidor; la frecuencia, las ocasiones y circunstancias en las que tiene lugar el consumo así como las expectativas de los individuos que lo rodean cuando ocurre (Tapia, Medina-Mora y Cravioto, 2001).

La OMS (2004) menciona que los principales efectos nocivos del consumo de sustancias pueden dividirse en cuatro categorías. En la primera el consumo de drogas tiene efectos nocivos y crónicos sobre la salud. Por ejemplo en el caso del alcohol, esto incluye la cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas; en el caso del tabaco consumido en forma de cigarrillos, el cáncer de pulmón, el enfisema y otras enfermedades crónicas. Debido al uso compartido de agujas, el consumo de heroína inyectada constituye un importante medio de transmisión de agentes infecciosos, como el VIH y en varios países los virus de las hepatitis B y C.

En la segunda categoría, las sustancias tienen efectos a corto plazo sobre la salud biológica; en el caso de los opioides y el alcohol destacan las sobredosis. También se incluyen en esta categoría las muertes debidas a los efectos sobre la coordinación física, la concentración y el juicio en circunstancias en las que estas cualidades son necesarias, grupo en el que destacan las muertes por conducir bajo los efectos del alcohol o de otras drogas, pero también se incluyen otros accidentes, los suicidios, etc.

A este respecto en México un estudio con 112 pacientes encontró que quienes asisten a salas de urgencias debido a heridas causadas por accidentes de auto, el 13.4 % de los pacientes tenía concentraciones de alcohol positivas en sangre, y el 14.6 % de los casos admitió que ellos habían consumido el alcohol seis horas antes del accidente (Casanova, Borges, Mondragón, Medina-Mora y Cherpitel, 2001).

La tercera y cuarta categorías de efectos nocivos comprenden las consecuencias sociales adversas del consumo de sustancias, esto es, problemas sociales agudos, como la ruptura súbita de relaciones o los arrestos, y problemas sociales crónicos, como el incumplimiento de las obligaciones laborales y familiares. Estas consecuencias sociales son atribuidas a cambios subjetivos u objetivos que derivan en el comportamiento social individual, en la interacción social o en el entorno social y ocurren por lo general en aquellas personas que consumen en exceso, o llegan a la intoxicación, incluso cuando no se realiza con regularidad. Este tipo de problemas no se asocia necesariamente con dependencia, sino con consumo en ocasiones de riesgo, es decir, existen factores, tales como ambientes peligrosos o demandantes, que incrementan la probabilidad de que se presenten problemas aún cuando el consumo no sea frecuente.

Algunas consecuencias sociales debidas al consumo de drogas son la ocurrencia de accidentes. En la ciudad de México, 20% de los casos que fueron atendidos en las principales salas de urgencia tenían niveles positivos de alcohol en sangre, y aunque solamente 6% de las urgencias médicas tenían niveles altos de alcohol en la sangre, en el 46% de los varones y 20% de las mujeres tenían historia de problemas que indicaban dependencia (Tapia, Medina-Mora y Cravioto, 2001).

Sobre la misma línea de investigaciones en servicios de urgencia, Borges, et al (1999). En un estudio conducido en pacientes que asisten a una sala de urgencias en un hospital de salud pública en Pachuca, encontró que el consumo de alcohol era más alto en aquellos pacientes atendidos por accidentes o violencia. Los niveles de alcohol en sangre fueron encontrados en el 17.7 % de pacientes heridos y en el 15.8 % el consumo de alcohol fue seis horas previas al accidente. De acuerdo al Cuestionario Para el diagnostico del alcoholismo (CAGE), el 9.2 % de los pacientes eran dependientes del alcohol y el 10.9 % eran bebedores fuertes de acuerdo al El Test de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT).

1.6 Evaluación.

Cuando se estudia una adicción, es importante conocer la forma y el nivel de consumo de las personas, es decir, conocer las características respecto al tipo de sustancia, número de veces que consume a la semana, cuánto consume por ocasión etc. A este conjunto de características que van desde el nivel de consumo hasta sus consecuencias se le ha denominado “patrón de consumo” (Echeverría et. al, 2004) y es uno de los indicadores para determinar la forma de consumo e identificar entre uso, abuso y dependencia. El patrón de consumo se obtiene a partir de la frecuencia, cantidad y variabilidad de la sustancia consumida. En el caso de alcohol, el patrón de consumo se puede realizar con mayor precisión debido a que existen medidas estandarizadas entre los diversos tipos de bebidas alcohólicas, contrario con lo que sucede con otro tipo de sustancias, en las que no existen estos parámetros, por lo que usualmente se considera el número de veces que se ha consumido la sustancia o la frecuencia de uso en los últimos 30 días.

Algunas formas o patrones que se han distinguido son los siguientes (Tapia, Medina-Mora y Cravioto, 2001).

- a) **Experimental:** es un consumo fortuito o durante un período de tiempo muy limitado o en cantidad muy reducida. La sustancia se puede probar una o varias veces pero ya no se vuelve a consumir. Es un patrón inicial y común a todas las dependencias. Los motivos de este consumo son variados entre ellos la curiosidad
- b) **Ocasional:** es un consumo no continuo de cantidades fuertes cuya principal motivación es la integración grupal, a través de mayores niveles de desinhibición personal. Este consumo se caracteriza porque la persona discrimina cuál es el tipo de droga que prefiere y dónde quiere usarla. Si estas circunstancias se dan con frecuencia, aumenta el peligro de desarrollar una dependencia. Este comportamiento en sí mismo, puede significar un abuso de sustancias.
- c) **Habitual:** es un consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito. Por un lado aliviar el malestar orgánico que la persona padece (dependencia física o psicológica) y por otro el mantener un rendimiento. Las alteraciones del comportamiento son menores no obstante, la persona dedica gran parte del tiempo en pensar en la droga, buscarla y autoadministrársela.
- d) **Compulsivo:** es un consumo muy intenso, que se produce varias veces al día. Existe un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a un sin número de consecuencias sociales (pérdida del trabajo, rupturas afectivas, etc). El consumo de la droga se hace aislado de los demás y su propósito es aliviar los síntomas de abstinencia que aparecen al dejar de consumir.

Cabe señalar que para fines prácticos se han definido tres patrones específicos de consumo el uso, el abuso y la dependencia (Becoña y Martín, 2004).

1.6.1 Uso.

Las diversas formas de consumo de drogas así como las actitudes hacia las sustancias y su demanda son diferentes entre las personas y se ven influidas por numerosos factores (individuales, culturales, económicos y sociales) en un país o región. Por lo que las personas con base en el contexto en el que se encuentren pueden hacer “uso” de sustancias con diferentes objetivos, por ejemplo: para disminuir o aliviar el dolor, para el tratamiento de una enfermedad, para cambiar el estado de ánimo, como un escape, para explorar nuevas sensaciones, etc.

Este uso de sustancias ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud como: “*la autoadministración de una sustancia psicoactiva*”. (OMS, 1992). Sin embargo, esta definición no nos permite delimitar las características del *uso*, ya que por ejemplo una persona que consume alcohol una vez al año como quien lo toma una vez a la semana, *usan* el alcohol. Por lo tanto, debemos agregar otras dimensiones al uso, como son la frecuencia, la cantidad, el daño y las manifestaciones clínicas asociadas al consumo.

Al respecto algunos autores como Becoña y Martín (2004) han descrito estas dimensiones y definen el uso como: “ el consumo o utilización de sustancias de forma ocasional, aislada ó episódica sin regularidad de habitualidad, sin tolerancia y dependencia que no producen efectos médicos, sociales o familiares”, por lo que se puede entender que el “uso” es aquel tipo de consumo de drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no presentan consecuencias negativas en el consumidor ni en su entorno. Se trata por lo tanto de un uso no problemático.

Sin embargo, el uso de sustancias es una condición incierta, su distinción del abuso no es clara. La mayor dificultad consiste en que el uso y el abuso no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión; existen parámetros sociales, médicos, biológicos y legales, aunque este último tiene un peso relativamente mayor. La distinción entre uso y abuso depende en gran medida del carácter legal de la producción, la adquisición y el uso con fines de intoxicación de las diferentes sustancias (Tapia, Medina-Mora y Cravioto, 2001).

1.6.2 Abuso

En el caso del alcohol, su uso no está sancionado legalmente, en parte porque la sociedad le atribuye características positivas en su función de integración social; incluso, tomado en pequeñas dosis, puede prevenir la mortalidad de ciertas condiciones médicas, como es el caso de problemas de circulación coronaria en algunos grupos de población. Sin embargo, si puede considerarse como abuso el consumir bajo circunstancias de riesgo por ejemplo, durante el primer trimestre del embarazo o al conducir un vehículo (Tapia, Medina-Mora y Cravioto, 2001).

Cabe señalar que el concepto de abuso es muy controvertido, ya que desde una perspectiva cultural las sociedades pueden tener criterios propios sobre éste, por ejemplo, en los musulmanes la ingesta de alcohol es rechazable y cualquier consumo se considera como abuso mientras que fumar hachís es aceptado. De igual manera en las culturas occidentales cualquier consumo de tabaco y alcohol en menores es considerado abuso, mientras que para otras culturas el consumo de estas sustancias les es permitido a éstos ya que forma parte de sus hábitos y costumbres; por lo que analizar el consumo de sustancias desde una perspectiva neutral resulta difícil. Así, el término abuso o uso inadecuado puede tener diversos significados en distintos países de acuerdo con lo que se considera un problema de abuso de drogas en una cultura específica.

El concepto de abuso se puede definir como “cualquier consumo de sustancias que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo o de la sociedad en general” (Becoña y Martín, 2004 p 25). Es decir cuando una persona tiene abuso de sustancias, su consumo es frecuente u ocasional pero con consecuencias en algunas áreas de su vida, así mismo presenta un daño en su salud física y mental. Cabe señalar que en el caso de las drogas ilegales se considera abuso a cualquier uso de la sustancia, esto también se aplica al tabaco y a los inhalables, aunque no sean propiamente sustancias.

Es importante señalar que el abuso de sustancias debido a sus consecuencias adversas recurrentes y significativas, es una circunstancia de riesgo evolutivo al siguiente paso que es la dependencia. No obstante, algunos consumidores pueden mantener un patrón de “abuso” durante largo plazo y no pasar a la dependencia, lo que parece tener relación con características individuales de tipo psicológicas, físicas y psicopatológicas (Lorenzo, et. al., 2009).

1.6.3 Dependencia

El concepto actual de dependencia de sustancias surge de una propuesta de Edwards y Gross (1976). Está basado en cuatro principios fundamentales : 1) puede ser reconocido por una serie de elementos. No todos ellos tienen que estar siempre presentes en el mismo grado; 2) el síndrome no se presenta de una forma de todo o nada sino que puede manifestarse con diferentes grados de intensidad; 3) su forma de presentación se verá moldeada por la influencia de la personalidad y cultura; 4) introduce un concepto bi-axial en donde el síndrome de dependencia constituye un eje y los problemas relacionados con el consumo otro. Esta formulación no asume progresión o irreversibilidad en el síndrome (Medina- Mora, 1995).

Con base en lo anterior la dependencia ha sido definida como “un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados como más importantes. “ (Becoña y Martín 2004). De esta manera el consumo de drogas, que puede haber comenzado como una experiencia esporádica sin aparente trascendencia, pasa a convertirse en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto. Éste dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc.

Entonces una vez establecida la dependencia, el individuo continúa utilizando las drogas a pesar de los efectos adversos que ejercen en su organismo, presentando un patrón de consumo compulsivo, en el que el usuario emplea gran parte de su tiempo en consumir la sustancia, recuperarse de sus efectos o en conseguirla; además de experimentar síntomas de intoxicación o abstinencia mientras lleva a cabo sus actividades cotidianas.

Anteriormente se hacía una distinción entre dos tipos de dependencia, la física y la psicológica, distinción basada en los diferentes efectos producidos. La dependencia psicológica se refiere a un estado caracterizado por preocupaciones emocionales relacionadas con los efectos de las drogas y por una conducta de búsqueda continua. Por otra parte, la dependencia física es un estado donde el organismo se ha adaptado a la presencia de la droga que cuando se suspende provoca síndromes físicos de abstinencia. Actualmente se considera que la dependencia incluye tanto síntomas físicos como psicológicos, aunque esta distinción continua siendo importante en algunos criterios diagnósticos.

Así mismo el manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales (*DSM-IV-TR 2002*) (A.P.A, 2002) American Psychiatric Association [A.P.A], 2002 plantea la presencia, como mínimo, de tres de una serie de síntomas y se requiere además que algunos de estos síntomas hayan estado presentes durante un mes como mínimo o aparecido repetidamente por un periodo prolongado. Existen consideraciones especiales para algunas drogas. La dependencia según este criterio puede medirse introduciendo en el cuestionario la escala de dependencia contenida en la Cédula Internacional de Entrevista Diagnóstica (CIDI), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y probada en un buen número de países, entre ellos México.

1.6.4 Patrón de Consumo del Alcohol.

Es importante señalar que para el alcohol existen patrones de consumo específicos, ya que no toda la población que bebe en exceso presenta necesariamente síntomas de dependencia, por lo que los niveles del uso de alcohol se presentan en forma diferente.

Por Ejemplo en las ENA (2002, 2008) llevadas a cabo en México, se pregunta directamente con cuanta frecuencia los bebedores consumieron diferente numero de copas por ocasión de consumo, así se categorizaran patrones de consumo que consideran para cada categoría de frecuencia el consumo de altas y bajas cantidades por ocasión de consumo. Teniendo como resultado siete patrones de consumo en la población Mexicana.

- Abstemios. Personas que no han consumido alcohol en los últimos doce meses
- Bebedores poco frecuentes: personas que beben al menos una vez al año pero no lo hicieron el ultimo mes.
- Bebedores moderados/bajas cantidades: personas que bebieron el ultimo mes, no en la ultima semana y que limitan la cantidad de alcohol que consumen (menos de cinco copas por ocasión de consumo)
- Bebedores moderados/altas cantidades: personas que bebieron el ultimo mes, no en la ultima semana y que bebieron cinco copas o mas por ocasión de consumo al menos una vez en el ultimo año.
- Bebedores frecuentes/bajas cantidades: Personas que bebieron en la última semana y que no bebieron cinco copas o más por ocasión de consumo.

- Bebedores frecuentes/altas cantidades: Personas que bebieron en la última semana y que bebieron cinco copas o más por ocasión de consumo al menos una vez en el último año.
- Bebedores consuetudinarios: personas que bebieron en la última semana y que beben cinco copas o más por ocasión de consumo, una vez por semana o con más frecuencia.

Como se observa esta clasificación en el nivel de consumo no son más que parámetros que nos ayudan a comprender un fenómeno tan complejo como lo es el alcoholismo. En la práctica clínica, la importancia de atribuirle a un paciente alguna de las clasificaciones o diagnósticos antes expuestos, es ofrecer un tratamiento adecuado a sus necesidades ya que las intervenciones psicológicas, biológicas y sociales que se hacen en cada uno de los casos, son muy distintas, pues no daremos la misma intervención terapéutica a usuario con consumo de riesgo de alcohol que a uno con dependencia.

1.7 Tratamiento.

Existen una multiplicidad de enfoques de tratamiento para abordar el consumo de sustancias estos abarcan desde aproximaciones meramente farmacológicas, hasta los enfoques psicológicos con orientaciones psicodinámicas, humanistas, terapias individuales y de grupo, grupos de ayuda y tratamientos cognitivo-conductuales.

De entre todos los tratamientos mencionados durante los últimos años los tratamientos cognitivo conductuales se han convertido en la modalidad mas efectiva de los tratamientos psicosociales para hacer frente a problemas de índole emocional y conductual, integrando los procesos conductuales y cognitivos como elementos básicos de los desajustes psicológicos y conductuales (Hazlett-Stevens y Craske, 2002). Este tipo de tratamientos han sido aplicados en una gran variedad de trastornos entre los cuales se destaca el consumo de sustancias.

Este apartado no pretende explicar ampliamente los diferentes tratamientos cognitivo conductuales en el campo de las adicciones, el objetivo es dar un breve panorama de los mismos como introducción para abordar en la segunda parte de este reporte, los programas en los cuales se adquirió mayor experiencia clínica.

Los tratamientos cognitivo-conductuales [TCC] están basados en principios y técnicas derivados del condicionamiento clásico, condicionamiento operante, la teoría del aprendizaje cognitivo social y la teoría cognitiva (Caroll, 1999). Los tratamientos psicológicos desarrollados dentro de este modelo entienden la adicción como una conducta aprendida, de forma que la persona tiene responsabilidad sobre la situación en la que se encuentra y sobre su solución (Gañan, Losada, Navarro y Martín del Moral, 2009).

El objetivo de este tipo de tratamientos es identificar la conducta blanco, para después dotar al usuario de habilidades de enfrentamiento efectivas para desenvolverse de una forma adaptativa en la vida diaria, sin consumo, mediante técnicas como moldeamiento y ensayos conductuales. También se enfocan en mejorar las habilidades cognitivas y conductuales, basándose en el hecho que las personas que consumen drogas tienen un repertorio conductual limitado, lo que hace que consuman para resolver problemas que bien podrían resolverse con otro tipo de conductas más adaptativas.

Estas conductas se basan en la identificación de situaciones de riesgo utilizando herramientas como el análisis funcional de la conducta, para identificar antecedentes, conductas y consecuencias, elementos necesarios para el desarrollo de planes de acción que servirán a la postre para la prevención de recaídas. También se pone énfasis en abordar los pensamientos y creencias relacionadas con el consumo así como en su reestructuración.

Otra característica importante de los enfoques Cognitivo-Conductuales consiste en el empleo de estrategias de intervención breve, ampliamente recomendadas por la OMS para la reducción del daño y la prevención de problemas de salud de mayor complejidad. Estas estrategias pueden aplicarse tanto a nivel individual como comunitario (Carrascoza, 2007).

Al hablar de intervenciones breves se hace referencia a una categoría muy amplia de actividades cuyo rasgo común es ser llevada a cabo por médicos y demás personal sanitario como parte habitual de su trabajo. Las intervenciones breves engloban desde una información de 5 a 10 minutos o una consulta con un médico de familia, hasta 2 o 3 sesiones de entrevistas motivacionales; no obstante, las intervenciones breves también están diseñadas para ser administradas por personal sanitario que no está especializado en el tratamiento de las adicciones, pudiendo ser llevadas a cabo en una diversidad de escenarios más allá de los hospitales o centros de salud (NIAAA, 1999; Heaether y Kaner, 2001).

Las intervenciones breves se basan en la entrevista motivacional como herramienta para promover el cambio, la cual posee seis componentes activos: 1) dar retroalimentación sobre los riesgos de consumo y el impacto de estos en la vida cotidiana de la persona; 2) depositar la responsabilidad de cambio en el propio cliente 3) dar consejo sobre la necesidad de cambio 4) sugerir alternativas de tratamiento 5) mostrar empatía 6) fortalecer autoeficacia mediante logro de metas (Miller y Rollnick 1991). La incorporación de estrategias motivacionales reduce la deserción e incrementa la participación del tratamiento.

Algunas investigaciones demuestran la efectividad de las intervenciones breves. Por ejemplo Bien, et al., (1993) elaboró 32 estudios controlados que involucraron cerca de 6,000 pacientes, considerados como bebedores problema, donde se reporta que las intervenciones breves resultaron ser igual de efectivas que los tratamientos más intensivos, debido a que estaban dirigidas a una población específica y con cierto nivel cognitivo.

En México en los 90, se evaluó una intervención breve de 4 sesiones para bebedores problema, por medio del programa de autocambio dirigido para bebedores problema. Los resultados fueron los siguientes. 73% se mantuvo en abstinencia al término del tratamiento, 84% a los 6 meses y 82% al año (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998).

Los resultados anteriores demuestran como las intervenciones breves constituyen una modalidad de tratamiento efectiva en el tratamiento de las adicciones en personas que no han generado un nivel de dependencia severo, sin embargo esto no implica su superioridad en comparación con otras formas de tratamiento más extensas.

Algunos de los modelos usados en la residencia de Psicología de las adicciones son: El modelo de Autocambio dirigido para bebedores problema (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997). El programa de atención para adolescentes (Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz & Barrientos 2004), La Intervención Breve para Fumadores (Lira, 2002), La Intervención Breve para Consumidores de Cocaína (Oropeza, 2003), El Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán 2005).

Uno de los principales objetivos de la residencia fue la capacitación para la aplicación de dichos modelos de tratamiento, por lo que la siguiente sección describe brevemente la experiencia teórica y práctica que resultó de la aplicación de algunos de estos programas, la experiencia de los casos y los resultados obtenidos.

SEGUNDA PARTE

2. Formulación de programas

Parte esencial de la residencia en Psicología de las adicciones es la experiencia obtenida en diversas sedes especializadas, en el estudio y tratamiento de las adicciones, en este caso la residencia tuvo lugar en el Centro de Asistencia e Integración Social [CAIS] Torres del Potrero y en el centro para la prevención de las adicciones “Dr. Héctor Ayala” perteneciente a la facultad de psicología.

El primero de los centros mencionados forma parte del Instituto de Asistencia e Integración Social [IASIS] este organismo tiene por objeto promover, coordinar, supervisar y evaluar la asistencia social en el Distrito Federal, definir y establecer la política en materia de asistencia social, y ser la instancia normativa de los programas de asistencia social que realice la administración pública del Distrito Federal.

El IASIS ofrece servicios de asistencia social en 10 Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS). En los CAIS se brinda cuidado y atención a niños, niñas, jóvenes, adultos y adultos mayores en situación de calle, indigencia o alta vulnerabilidad, proporcionándoles techo, vestido, alimentación acorde con sus necesidades físicas y condición de salud, asistencia médica de primer nivel y medicamentos, derivación a servicios médicos de segundo y tercer nivel, atención psicológica y psiquiátrica, actividades culturales, deportivas y de recreación, así como talleres de capacitación para el trabajo y terapia ocupacional.

Como se menciona al iniciar este apartado es el CAIS Torres de Potrero el que brinda atención y tratamiento a personas con problemas de adicción. El tratamiento se brinda bajo un modelo mixto, que incluye intervención profesional y grupos de ayuda mutua, durante una estancia de 40 días. Durante este tiempo los pacientes se integran a psicoterapias individuales, grupales y familiares, así como en actividades ocupacionales y deportivas. Al finalizar el tratamiento, se les motiva para que continúen su tratamiento en consulta externa durante un año y permanezcan integrados a un grupo de ayuda mutua.

Una parte fundamental de la maestría fue la experiencia de estar trabajando en el CAIS Torres de Potrero donde se aplican los diversos programas de intervención breve a la población que ahí acude, lo cual ha permitido que desarrolle habilidades clínicas para otorgar un tratamiento de calidad a las personas que así lo requieran. El programa utilizado en esta residencia es el Programa de Satisfactores Cotidianos [PSC] (Barragán, 2005).

Por otra parte también se trabajó en el centro “Dr. Héctor Ayala” perteneciente a la Facultad de Psicología. En este centro la principal actividad que se desarrolló fue poner en práctica la aplicación de programas de intervención breve a la población que inicia el consumo o ya desarrolló incluso una dependencia al alcohol y otras drogas. Los programas de tratamiento que he impartido en este centro son a) modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997), B) El programa de atención para adolescentes Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz & Barrientos, 2004).

2.1 Programa de satisfactores cotidianos (PSC).

Debido a que el fenómeno de la adicción tiene tantas dimensiones, el tratamiento para este padecimiento no es sencillo. Los programas efectivos de tratamiento para el abuso y la adicción a las drogas incorporan muchos componentes. Existen por lo mismo un gran número de enfoques de tratamiento para abordar el consumo de drogas de los cuales destacan las perspectivas cognitivo conductuales, por su alta efectividad en un periodo breve de tiempo.

A su vez dentro del enfoque cognitivo conductual uno de los programas que ha tenido mejores resultados en el tratamiento de las adicciones es el Community Reinforcement Approach (CRA) desarrollado por Hunt y Azrin (1973). El CRA a sido aplicado en Estados Unidos desde la década de los 70,s con resultados favorables para los participantes con dependencia severa al alcohol, cocaína y opiáceos.

Hunt y Azrin (1973) en una primera evaluación compararon al CRA con un modelo de tratamiento tradicional. Los usuarios que recibieron el tratamiento del CRA tuvieron mejores resultados que los usuarios que recibieron el tratamiento tradicional.

En 1976, Azrin agrega al CRA procedimientos como el uso del Disulfiram y el involucramiento del otro significativo como monitor para la administración del Disulfiram. En este mismo año se hizo una comparación entre los usuarios del CRA y los de un modelo tradicional; el resultado de los dos tratamientos a los seis meses favoreció a los usuarios del CRA. Esta versión modificada del CRA también se comparó con otro modelo llamado Minnesota y resultó más efectiva implicando mejores resultados para los usuarios del CRA (Azrin et .al., 1982; en Miller & Meyers, 1999).

En 1982 Azrin, Sisson, Meyers y Godley, realizaron un estudio comparativo entre tres condiciones de tratamiento: 1) el programa tradicional de 12 Pasos, 2) el programa tradicional con Disulfiram y 3) el CRA con Disulfiram. Encontraron que los resultados a seis meses de seguimiento indicaron que el porcentaje de días de abstinencia fue del 45% en el grupo tradicional, 74% en el grupo tradicional con Disulfiram y del 97% en el grupo del CRA con Disulfiram.

En un estudio realizado por Smith, Meyers y Delaney (1998) en donde aplicaban el CRA con usuarios dependientes de alcohol, encontraron que los participantes del CRA comparados con un grupo control obtuvieron mejores resultados en los tres primeros rubros sobre las medidas de alcohol: 1) número de tragos (contenido de etanol) por semana, 2) número de días semanales de consumo, y 3) cantidad de alcohol en sangre.

Abbott, Weller, Delaney y Moore (1998), evaluaron el CRA combinado con Metadona en usuarios de opiáceos y lo compararon con un tratamiento estándar combinado con Metadona, encontrando que los participantes del CRA obtuvieron en su mayoría muestras de antidoping negativas en los análisis de orina a seis meses de seguimiento.

Los datos presentados demuestran la efectividad del modelo del CRA, como un programa efectivo para usuarios con dependencia severa al alcohol, cocaína y opiáceos, con resultados que se mantienen a los seis meses y al año de terminado el tratamiento.

El Programa de Satisfactores Cotidianos [PSC] (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005) es la adaptación del CRA a población mexicana, también con resultados favorables. Este programa fue aplicado por Barragán (2005) y los resultados fueron significativos en cuanto a la reducción en el patrón de consumo a los seis meses de terminado el tratamiento en 18 de los 20 sujetos en los cuales se evaluó el programa.

2.1.1 Objetivo y estructura del PSC

El programa de PSC busca restablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios así mismo procura promover un estilo de vida sin alcohol o drogas. El Programa de Satisfactores Cotidianos enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida pro sociales deseados.

El programa consiste en 12 componentes, que giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario se proponga.

El primer componente, es el análisis funcional de la conducta de consumo, éste permite identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de consumo. Así, se logran identificar situaciones de riesgo, las consecuencias que pueden reforzar la conducta de consumo y pueden ser elegidas como metas a alcanzar mediante conductas alternativas de cambio. También se hace un análisis funcional de una conducta de no consumo; analizar esta conducta le permite al usuario identificar aquellas conductas placenteras que ya utiliza y que puede incrementar.

El segundo componente del programa, es la Muestra de Abstinencia. Aquí el usuario experimenta los beneficios de mantenerse sin consumo y gracias a esto se logra la negociación con el usuario del mantenimiento de la abstinencia.

El tercer componente es el de Metas de Vida Cotidiana, éste involucra al usuario en la identificación de las áreas de vida que desea cambiar, y lo entrena en la elaboración de planes de acción específicos para alcanzar las metas deseadas. El objetivo en este componente es incrementar el placer de las actividades en abstinencia y reducir el poder del consumo.

Los siguientes componentes del programa, enfatizan la variedad de habilidades que el usuario puede necesitar para mantenerse sin consumo: habilidades de rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, habilidades de solución de problemas, búsqueda de empleo, consejo marital, habilidades sociales y recreativas y control de emociones.

El componente de Prevención de Recaídas consiste en entrenar al usuario a reconocer los signos de advertencia temprana que indiquen posibles recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas para afrontar estas. Adicionalmente se incluye un componente para el otro significativo en caso de que el usuario haya decidido que un familiar o amigo suyo no consumidor participe en el tratamiento para poder ayudarlo y hacer más efectivo el tratamiento.

El orden en que se dan los diferentes componentes de intervención, depende de las necesidades del usuario identificadas por la evaluación, el componente de Metas de Vida Cotidiana y del reporte del usuario respecto a situaciones específicas de riesgo que necesite enfrentar en ese momento. Es importante mencionar que en algunos casos no todos los componentes son usados, y esto dependerá del usuario y su situación de vida específica.

2.1.2 Estructura de las sesiones del PSC.

En la tabla cuatro se describen las sesiones del programa de satisfactores cotidianos.

Tabla 4. Sesiones del programa PSC.

Objetivos por sesión
Admisión: Recolectar los principales datos del usuario, personales, motivo de consulta, historia y patrón de consumo así como otros datos relacionados con éste, estos datos servirán para seleccionar a usuarios que cubran los criterios filtro y sean candidatos a que se les proporcione la intervención psicológica bajo el modelo seleccionado.
Evaluación: Evaluar el patrón de consumo del usuario, las situaciones de riesgo de consumo y el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo; así como el nivel de depresión, ansiedad, enojo y calidad de vida del usuario.
Análisis funcional conducta de consumo: Analizar la conducta de consumo del usuario identificando diversos precipitadores externos e internos que disparen la conducta, elaborar planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas de sobriedad.
Análisis funcional conducta de no consumo: Que se identifiquen conductas positivas que no estén relacionadas con el consumo y que se comparen las consecuencias de realizar esta conducta con la conducta de consumo, para que el usuario observe que no están las consecuencias negativas que si estarían presentes consumiendo la sustancia.
Muestra de abstinencia: Motivar al usuario a mantener un compromiso para mantenerse abstinentemente un periodo de tiempo idealmente 90 días.
Control de las emociones: que el usuario aprenda estrategias para controlar sus emociones para que estas no lleguen al extremo y por ende a la conducta de consumo.
Metas de vida cotidiana: Que el usuario establezca metas a corto, mediano y largo plazo en las diversas áreas de su vida, así como en un área general, estableciendo objetivos concretos, y planes de acción para lograrlos.
Rehusarse al consumo: El usuario aprenderá estrategias de afrontamiento para enfrentar situaciones de riesgo de consumo externas e internas.
Solución de problemas: Enseñar al usuario conductas efectivas de enfrentamiento mediante orientación del problema, generar alternativas, planes de acción y evaluación.
Habilidades de comunicación: El usuario mejorará la comunicación entre él y las personas con las que convive para lograr mayor satisfacción en sus relaciones interpersonales.
Consejo marital: Aumentar la satisfacción marital mediante el aprendizaje de habilidades que les permitan mejorar su relación de pareja.
Búsqueda de empleo: Los usuarios adquirirán habilidades para conseguir o mantener un empleo satisfactorio y libre de precipitadores al consumo.
Habilidades sociales: Adquisición de conductas por parte del usuario que le permitan establecer actividades placenteras que compitan con el consumo y que apoyen la abstinencia.
Prevención de recaídas: aprender a anticipar situaciones de riesgo para prevenir recaídas.
Otro significativo: El otro significativo aprenderá a utilizar conductas eficientes que sirven al usuario para evitar recaídas, utilizar conductas contingentes a la conducta del usuario, favorecer un ambiente favorable y de apoyo, y propiciar momentos agradables con el usuario.

2.1.3 Casos.

En el programa de satisfactores cotidianos participaron 9 usuarios del sexo masculino, y uno del sexo femenino (N=10) de los cuales 4 eran consumidores de alcohol y 6 eran poli-usuarios, aunque la droga de preferencia era el crack. Los usuarios fueron atendidos en la modalidad de consulta externa.

En la entrevista inicial se observaron las siguientes características de los usuarios:

El usuario 1 mostraba un patrón excesivo de consumo de alcohol en el año anterior bebió un total de 1320 tragos correspondiendo a un promedio semanal de 25 tragos estándar. En los últimos meses había tenido problemas con su familia y su desempeño laboral había disminuido.

En el usuario 2 la droga de impacto era el alcohol su consumo fue de 812 tragos estándar en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 15.6 tragos estándar. En los últimos meses presentaba problemas familiares serios a causa de su consumo.

El usuario 3 presentaba un consumo de 1816 tragos estándar en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 34.92 tragos estándar. El usuario tenía constantes conflictos con su esposa y familia por su forma de beber.

Usuario 4 mostraba un consumo de 756 tragos estándar en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 14.53 tragos estándar. Sus principales áreas de conflicto eran el área laboral y de pareja.

Usuario 5 su principal droga de consumo era el crack su consumo fue de 48 papeles en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 0.92. El usuario contaba con historia de 2 anexos previos y constantes problemas con su familia.

Usuario 6 las sustancias de consumo eran Crack y Marihuana su consumo fue de 268 papeles y 156 cigarros de marihuana en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 5.15 papeles y 3 cigarros. El usuario contaba con 4 anexos previos como tratamiento, constantes conflictos con su familia y la autoridad.

Usuario 7 sus sustancias de consumo eran Inhalables y marihuana su consumo fue de 80 monas y 63 cigarros de marihuana en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 1.53 monas y 1.21 cigarros. Su área mas afectada era la laboral.

Usuario 8 las sustancias de consumo para este usuario fueron crack y marihuana su consumo fue de 84 papeles y 151 cigarros de marihuana en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 1.61 papeles y 2.90 cigarros. El usuario había tenido un internamiento en esta institución 2 años previos a su solicitud de tratamiento. Su principal área problema era la familiar.

Usuario 9 consumía principalmente inhalables y marihuana su consumo registrado en la línea base retrospectiva fue de 150 monas y 364 cigarros de marihuana, correspondiendo a un promedio semanal de 2.88 monas y 7 cigarros. Su principal problema era su desempleo y su falta de recursos.

Usuario 10 la sustancia de consumo para este usuario era el crack su consumo fue de 412 papeles en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 7.92 papeles. Presentaba constantes problemas familiares.

2.1.4 Criterios de inclusión al programa.

Los criterios de inclusión para participar en el programa fueron los siguientes: 1) Un nivel de dependencia media o severa para el alcohol que implica un puntaje en la escala de dependencia al alcohol[EDA] de 22 a 47 puntos y un nivel de dependencia sustancial o severa con las drogas ilegales, que es un puntaje en el cuestionario de abuso de drogas [CAD] de 11 a 20 puntos.; 2) Consumir por ocasión de consumo 14 o más tragos estándar por parte de los hombres y 10 o más en caso de las mujeres así como un consumo semanal de 20 o mas copas y 15 o más copas respectivamente; 3) Haber tenido tratamientos previos sin lograr abstinencia; 4) presentar pérdidas en por lo menos 3 áreas de la vida cotidiana: física, laboral, académica, familiar, social, legal, psicológica, económica, personal; 5) tener 18 años cumplidos; 6) Saber leer y escribir; 7) un funcionamiento cognitivo de 6 o superior.

2.1.5 Escenario

El lugar donde se llevo a cabo la residencia es el CAIS Torres de Potrero, ubicado en la delegación Álvaro Obregón en el Distrito Federal.

2.1.6 Instrumentos.

Los siguientes instrumentos son los utilizados en el programa de satisfactores cotidianos, en el CAIS torres de Potrero a continuación se describirán a detalle.

Entrevista Conductual.

Instrumento que se utiliza para que el usuario explique brevemente cuál es su motivo de consulta y cómo calificaría su problemática en una escala del 1 al 5. Posteriormente, obtiene información respecto al estado socioeconómico del usuario. En la parte final del formato de entrevista se incluyen preguntas referentes al consumo del usuario es decir, qué consume, en qué cantidades, cuántas veces ha intentado dejar de consumir, cuál ha sido su mayor periodo de abstinencia, etc.

Sub escalas de repetición de dígitos y símbolos y dígitos (citado en Barragán, et. al., 2005).

Estas sub escalas forman parte de la escala de inteligencia para adultos Weschler [WAIS] la cual evalúa el coeficiente intelectual de adultos entre 16 y 74 años de edad. Se forma por 11 sub escalas, la escala de repetición de dígitos forma parte de las escalas verbales y símbolos y dígitos forma parte de las escalas de ejecución. Estas escalas previamente mencionadas tienen el objetivo de evaluar la memoria del usuario, especialmente la capacidad de retención inmediata a nivel oral y visual.

Ambas escalas se aplican por separado sus puntuaciones se transforman a puntuaciones normalizadas, se dividen ambas y se saca el promedio, el puntaje mínimo para ser candidato al programa son 6 puntos.

Escala de dependencia al alcohol [EDA] (Skinner y Allen en Barragán, et. al., 2005).

Este instrumento mide la dependencia al alcohol, sus resultados van desde dependencia baja hasta dependencia severa. Este cuestionario esta conformado por 25 reactivos y las opciones de respuesta se califican en escala de 3 puntos incluyendo reactivos dicotómicos y algunos de 4 puntos.

Cuestionario de dependencia de drogas (CAD) (Skinner, 1982, adaptado por Fuentes y Villalpando 2001 en Barragán et. al., 2005)

El objetivo es medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le ocasionan el consumo de drogas y discrimina entre los que están clínicamente mas y menos involucrados en el consumo. Las puntuaciones más altas corresponden a grados mayores relacionados con el abuso de drogas.

Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobel y Sobel, 1992; adaptado por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998 en Barragán, et. al., 2005).

El llenado de la línea base tiene el objetivo de recordar su cantidad diaria de consumo un año hacia atrás, iniciando de la fecha más reciente a la más distante. El usuario podrá hacer uso de fechas importantes para él como cumpleaños, días festivos y fechas especiales, así como considerar períodos de abstinencia con el propósito de recordar su consumo.

Inventario de situaciones de consumo de alcohol [ISCA] (Annis 1982, versión adaptada por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998 en Barragán ,2005).

Su objetivo es medir las situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden considerarse de alto riesgo para una recaída, es indispensable para elaboración del perfil de riesgo del usuario. Consta de 100 preguntas divididas en 8 sub escalas estas ocho sub-escalas se dividen en dos categorías de situaciones de consumo de alcohol:

I. Situaciones Personales, en las que el beber involucra una respuesta a un evento físico o psicológico y que se subdivide en 5 categorías

- 1) Emociones Desagradables:2) Malestar Físico 3) Emociones Agradables
- 4) Probando Autocontrol 5) Necesidad o Tentación de Consumo

II. Situaciones que involucran a terceras personas y que se subdividen en tres categorías:

- 6) Conflicto con otros: 7) Presión Social 8) Momentos Agradables con otros

Cada reactivo se contesta en una escala de 4 puntos: Nunca = 0, Ocasionalmente = 1, Frecuentemente = 2 y Casi Siempre = 3. Se obtiene el puntaje de cada sub-escala al sumar los puntajes de cada reactivo.

Inventario de situaciones de consumo de drogas [ISCD] (Annis & Martin, 1985 en Barragán, 2005).

Consta de 60 reactivos; evalúa la cantidad porcentual (0% - 100%) de situaciones que precipitan el consumo de drogas ante ocho situaciones precipitadoras. En este inventario, el individuo tiene que indicar la frecuencia, con la que consumió drogas ante cada una de las situaciones que se le presentan. Los reactivos de las ocho categorías de situaciones de consumo de drogas se clasifican en dos áreas:

I. Situaciones Personales, en las que el consumo involucra una respuesta a un evento físico o psicológico y que se subdivide en 5 categorías

- 1) Emociones Desagradables.
- 2) Malestar Físico
- 3) Emociones Agradables
- 4) Probando Autocontrol
- 5) Necesidad o Tentación de Consumo

II. Situaciones que involucran a terceras personas y que se subdividen en tres categorías:

- 6) Conflicto con otros.
- 7) Presión Social.
- 8) Momentos Agradables con Otros

Cada reactivo se contesta en una escala de 4 puntos: Nunca = 0, Rara Vez = 1, Frecuentemente = 2 y Casi Siempre = 3. Se obtiene el puntaje de cada sub-escala al sumar los puntajes de cada reactivo.

Cuestionario de confianza situacional [CCS] (Annis, Graham y Davis, 1987 en Barragán, 2005).

Evalúa el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo de alcohol ante ocho categorías situacionales, 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando Autocontrol, 5) Necesidad Física, 6) Conflicto con Otros, 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros.

La calificación será el puntaje directo escrito por el usuario ante cada situación. Se puede obtener un factor general obteniendo el promedio. Las puntuaciones de auto-eficacia con un rango de 0% a 100% indican el nivel de confianza del individuo para resistirse al consumo ante cada situación.

Cuestionario de autoconfianza en el consumo de drogas [CACD] (Annis y Martin 1985, versión adaptada al español por De León y Pérez, 2001 en Barragán, 2005).

Consta de 60 reactivos que evalúan la auto-eficacia del usuario para resistirse al consumo de drogas ante ocho situaciones de riesgo. Es un cuestionario auto-aplicable, con un tiempo de aplicación de 15 a 20 minutos para cada sustancia de consumo. Se le pide al sujeto que se imagine a sí mismo en cada una de las 60 situaciones y que indique qué tan confiando esta de resistirse a la necesidad de usar una droga en particular. Los reactivos se agrupan en 8 sub escalas las cuales son las mismas que se presentan en el ISCA, ISCD y CCS.

Inventario de depresión de Beck (Beck, Steer & Garbin, 1988 versión adaptada al español por Jurado et. al., 1998 en Barragán, 2005).

Este instrumento consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro afirmaciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El individuo selecciona una o varias que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación. Se califica sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y clasificando la sumatoria total de la siguiente manera:

- De 0 a 9 puntos como Depresión Mínima.
- De 10 a 16 puntos como Depresión Leve.
- De 17 a 29 puntos como Depresión Moderada.
- De 30 a 63 puntos como Depresión Severa.

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Steer, & Garbin, 1988 versión adaptada al español por Jurado et. al , 1998 en Barragán, 2005).

Es un cuestionario de 21 reactivos. Es de fácil aplicación y calificación y permite evaluar síntomas de ansiedad. La consigna de aplicación es: “En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad; lee cuidadosamente cada afirmación e indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana inclusive el día de hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia”.

Posteriormente se hace la sumatoria total y se obtienen el puntaje que indica el nivel de ansiedad; este nivel corresponde a:

- De 0 a 5 puntos Ansiedad Mínima
- De 6 a 15 puntos Ansiedad Leve
- De 16 a 30 puntos Ansiedad Moderada
- De 31 a 63 puntos Ansiedad Severa

Escala de satisfacción (Azrin, Naster y Jones, 1973 en Barragán ,2005).

Este instrumento detecta el nivel de satisfacción general del individuo en las principales áreas de su vida. Consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (0-10 puntos) en nueve áreas de vida cotidiana y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción. Las áreas de vida evaluadas son: 1)Consumo/Sobriedad, 2) Progreso en el Trabajo o en la Escuela, 3) Manejo del Dinero, 4) Vida Social y Recreativa, 5) Hábitos Personales, 6) Relaciones Familiares o Matrimoniales y 7) Situación Legal, 8) Vida Emocional, 9) Comunicación y 10) Satisfacción General.

El instrumento arroja un criterio global de satisfacción, un promedio y medidas específicas de satisfacción.

2.1.7 Procedimiento.

Los participantes acudieron a tratamiento durante 16 sesiones en la modalidad de consulta externa; cada sesión tenía una duración de dos horas. El tratamiento fue integral y se componía por intervención de un equipo interdisciplinario (psiquiatra, psicólogo, trabajadora social), cuatro de los usuarios estaban recetados con medicamentos para estabilizar el estado de ánimo (antidepresivos y/o ansiolíticos) y para controlar el antojo por las sustancias (medicamentos anticraving).

Respecto al tratamiento psicológico, se inicio con las sesiones de admisión y evaluación para conocer objetivamente los datos de cada usuario previos al tratamiento, posteriormente buscando impactar la conducta de consumo se entreno a los usuarios para el dominio de diversas habilidades por medio de una combinación de técnicas cognitivas y conductuales. A continuación se describen las principales utilizadas por este programa.

TECNICAS COGNITIVAS.

- a) **Reestructuración Cognitiva:** Esta técnica se basa en el supuesto que los usuarios de drogas tienen creencias irracionales respecto al uso de sustancias como por ejemplo: “ya trabaje toda la semana es viernes y ya merezco disfrutar con los amigos un toque” “unas chelas para olvidar los problemas”, tales pensamientos hacen que la persona consuma a pesar de los problemas que resultan. Cuando los usuarios saben controlar estos pensamientos automáticos son capaces de detenerlos y modificarlos por otros más racionales y positivos que a su vez reforzaran el autocontrol y evitan consecuencias desagradables.

Los componentes de “control de las emociones” (enojo, ansiedad, tristeza y celos) tienen su base en la reestructuración cognitiva, con algunas variantes como son: auto-instrucciones positivas para controlar el enojo, cambio de pensamientos para control de la tristeza y celos. También hay componentes que hacen que el usuario identifique pensamientos negativos y precipitadores y los cambie por otros mas realistas y no precipitadores, estos componentes son: “Muestra de abstinencia”, “Prevención de recaídas”, “Rehusarse al consumo”.

TECNICAS CONDUCTUALES.

- a) **Registro de consumo:** Esta técnica permite conocer los antecedentes y las consecuencias asociadas al consumo, así mismo ayuda a que el usuario lleve un control sobre su patrón de consumo permitiendo con ello la obtención de un auto-control.
- b) **Programación y Control de las actividades:** Los pacientes que consumen sustancias generalmente se ven involucrados en actividades que precipitan el consumo a su vez descuidan otro tipo de actividades que anteriormente les causaba satisfacción. El PSC contempla esta situación y por medio de la elaboración de planes de acción busca controlar las conductas que pudieran poner en riesgo al usuario así mismo busca incrementar las conductas productivas. Un componente que se basa en este principio es “Habilidades sociales y Recreativas”, el cual busca que el usuario realice diversas actividades

permanentes o esporádicamente que le den satisfacción pero no tengan las consecuencias negativas de la conducta de consumo.

- c) Modelamiento y Ensayos Conductuales: Gran parte de los usuarios que llegan a tratamiento tienen déficits en diversas habilidades, por lo tanto el terapeuta deberá identificar estos déficits y enseñar habilidades que permitan superar estas dificultades. La forma de hacerlo es mediante los ensayos conductuales, donde el terapeuta toma el rol de paciente y modela algunas respuestas y comportamientos que el usuario no había utilizado antes, posteriormente se invierte el rol para que el usuario ponga en práctica las habilidades. La efectividad de este tipo de técnicas reside en el número de repeticiones, por lo cual un mayor número de ensayos sugiere una mayor efectividad de las habilidades en escenarios naturales.

Los componentes que más se apoyan en el modelamiento y ensayo conductual son: “Rehusarse al consumo”, “Habilidades de Comunicación”, “Control de Emociones”, “Consejo Marital”, “Búsqueda de Empleo” y “Entrenamiento del Otro significativo”.

- d) Autocontrol de las emociones: Se sabe que los usuarios con dependencia a las sustancias presentan limitaciones para enfrentar en forma eficiente sus emociones, lo cual puede llevarlos al consumo (Beck et al, 1999). Por lo que el entrenamiento para controlar estos estados resulta sumamente útil ya que proporciona técnicas para controlar el enojo, los celos, la tristeza y la ansiedad, lo que hace que el usuario tenga un mayor autocontrol, aumentando su autoeficacia ante situaciones de riesgo y reduciendo la posibilidad de una recaída.
- e) Solución de problemas: Muchos usuarios consumen sustancias como una forma de afrontar sus problemas (Beck, et al, 1999). Por lo que identificar problemas y solucionarlos de forma más adaptativa es una necesidad que satisface el tratamiento, ya que se aprenden estrategias de solución de problemas que dotaran al usuario de habilidades para mejorar su vida cotidiana.

Posteriormente una vez que los usuarios adquirieron las distintas habilidades por medio del aprendizaje de los distintos componentes del tratamiento se realizaron las evaluaciones post tratamiento y se llevaron a cabo los seguimientos correspondientes, cabe hacer mención que no todos los usuarios concluyeron el tratamiento ni se les realizó una post evaluación puesto que desertaron antes de llegar al final del tratamiento.

2.1.8 Resultados.

En el programa de Satisfactores Cotidianos participaron 10 usuarios, los cuales completaron en promedio 9.5 sesiones de tratamiento en modalidad de consulta externa en el CAIS Torres de Potrero. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Características de los usuarios atendidos en el programa PSC.

variable	resultado
edad	18 a 55 años X: 31.6
sexo	Varones: 90 % Mujeres 10%
escolaridad	1. Licenciatura 2. Licenciatura 3. secundaria 4. bachillerato 5. secundaria 6. bachillerato 7. bachillerato 8. secundaria 9. secundaria 10. bachillerato Licenciatura: 20% Bachillerato: 40% Secundaria: 40%
Motivo de consulta	Alcohol: 40 % Múltiples Sustancias: 60%
Tipo de atención	Consulta externa 100%
Estado civil	Solteros: 50% casados: 40% divorciados: 10%

A continuación se describen los resultados obtenidos en la aplicación del tratamiento a los usuarios 1,2,3,4,5,6,7,8,9 y 10 en las variables patrón de consumo, índice de situaciones de consumo, nivel de dependencia y sintomatología depresiva y ansiosa. La siguiente tabla muestra el total de mediciones con instrumentos que tuvieron los usuarios durante todo el proceso (ver tabla 6).

Tabla 6. Etapas de Tratamiento y Evaluaciones de los usuarios.

Usuario	Sustancia	Pre-Tratamiento	Post Tratamiento	Seguimiento a 1 mes.
Usuario 1	Alcohol	Evaluado	Evaluado	Sin Evaluar
Usuario 2	Alcohol	Evaluado	Sin Evaluar	Sin Evaluar
Usuario 3	Alcohol	Evaluado	Sin Evaluar	Sin Evaluar
Usuario 4	Alcohol	Evaluado	Evaluado	Sin Evaluar
Usuario 5	Crack	Evaluado	Evaluado	Sin Evaluar
Usuario 6	Crack, Marihuana	Evaluado	Sin Evaluar	Sin Evaluar
Usuario 7	Inhalables, Marihuana	Evaluado	Evaluado	Sin Evaluar
Usuario 8	Crack, Marihuana	Evaluado	Sin Evaluar	Sin Evaluar
Usuario 9	Inhalables, Marihuana	Evaluado	Sin Evaluar	Sin Evaluar
Usuario 10	Crack	Evaluado	Sin Evaluar	Sin Evaluar

1) Patrón de Consumo.

A continuación se muestran los tragos estándar por ocasión de consumo, en los participantes consumidores de alcohol durante las fases de pre-tratamiento y tratamiento para visualizar como ha sido el patrón de consumo durante el proceso (ver figura 5, 6,7 y 8).

Figura 5 Patrón de consumo de alcohol del usuario uno durante Pre-tratamiento y tratamiento.



Patrón de Consumo de Alcohol en el Usuario Uno Antes del Tratamiento:

1320 total de tragos estándar en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 25 tragos estándar. Durante el tratamiento asiste a 14 sesiones donde el usuario mantiene abstinencia.

Figura 8 Patrón de consumo del usuario cuatro de alcohol durante Pre-tratamiento y tratamiento.

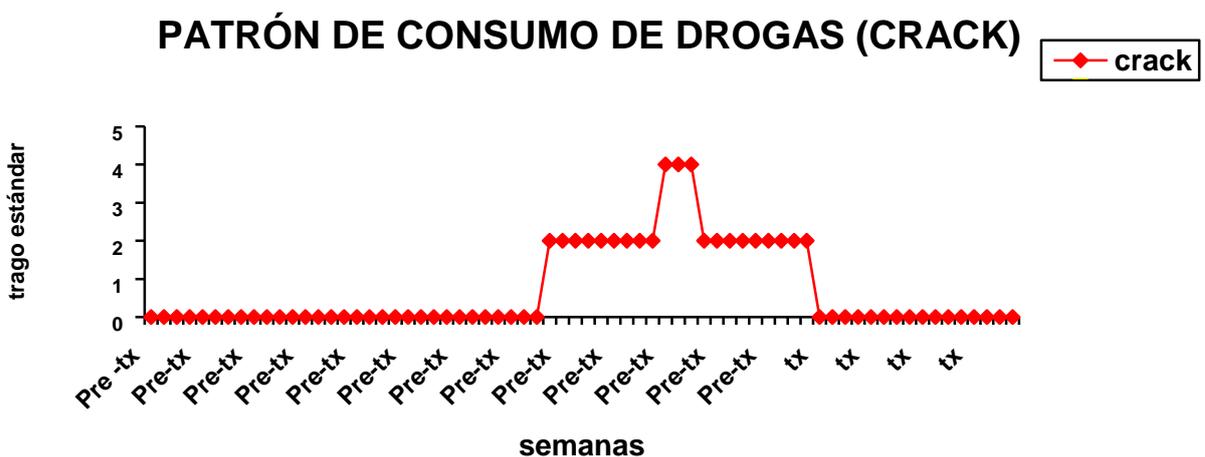


Patrón de Consumo de Alcohol en el Usuario Cuatro Antes del Tratamiento:

756 totales de tragos estándar en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 14.53 tragos estándar. Durante el tratamiento el usuario asiste a 14 sesiones en las cuales mantiene la abstinencia.

En las figuras 9, 10, 11, 12, 13 y 14 se muestra el patrón de consumo de los usuarios de drogas en las fases de pre-tratamiento y tratamiento para visualizar como ha sido su patrón de consumo en todo el proceso (ver figura 9, 10, 11, 12, 13 y 14).

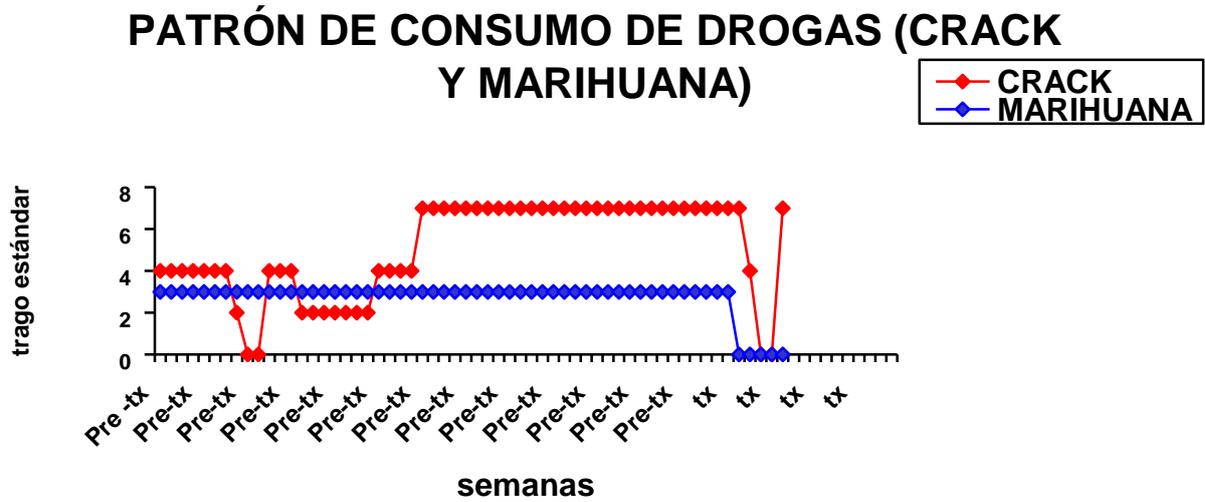
Figura 9 Patrón de consumo de drogas del Usuario 5 durante Pre-tratamiento y tratamiento.



Patrón de Consumo de Drogas en el Usuario 5 Antes del Tratamiento:

48 papeles en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 0.92. Durante el tratamiento el usuario asiste a 11 sesiones en las cuales mantiene la abstinencia.

Figura 10 Patrón de consumo de drogas del Usuario 6 durante Pre-tratamiento y tratamiento.



Patrón de Consumo de Drogas en el Usuario 6 Antes del Tratamiento:

268 papeles y 156 cigarros de marihuana en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 5.15 papeles y 3 cigarros. Durante el tratamiento el usuario asiste a 6 sesiones en las cuales continua su consumo. Su motivación al cambio era baja con actitud oposicionista.

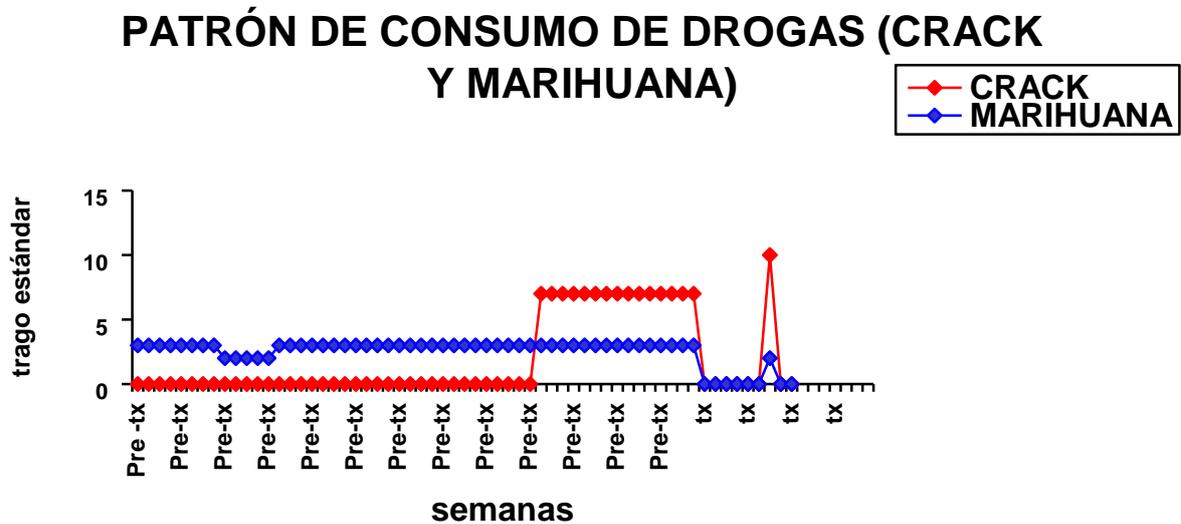
Figura 11. Patrón de consumo de drogas del Usuario 7 durante Pre-tratamiento y tratamiento.



Patrón de Consumo de Drogas en el Usuario 7 Antes del Tratamiento:

80 monas y 63 cigarros de marihuana en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 1.53 monas y 1.21 cigarros. Durante el tratamiento el usuario asiste a 12 sesiones en las cuales tiene un consumo de 1 cigarro en la cuarta semana, posteriormente logra mantener la abstinencia.

Figura 12 Patrón de consumo de drogas del Usuario 8 durante Pre-tratamiento y tratamiento.



Patrón de Consumo de Drogas en el Usuario 8 Antes del Tratamiento:

84 papeles y 151 cigarros de marihuana en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 1.61 papeles y 2.90 cigarros. Durante el tratamiento el usuario asiste a 8 sesiones, tiene una recaída en la sexta sesión, a partir de la octava sesión ingresa a la modalidad de internamiento.

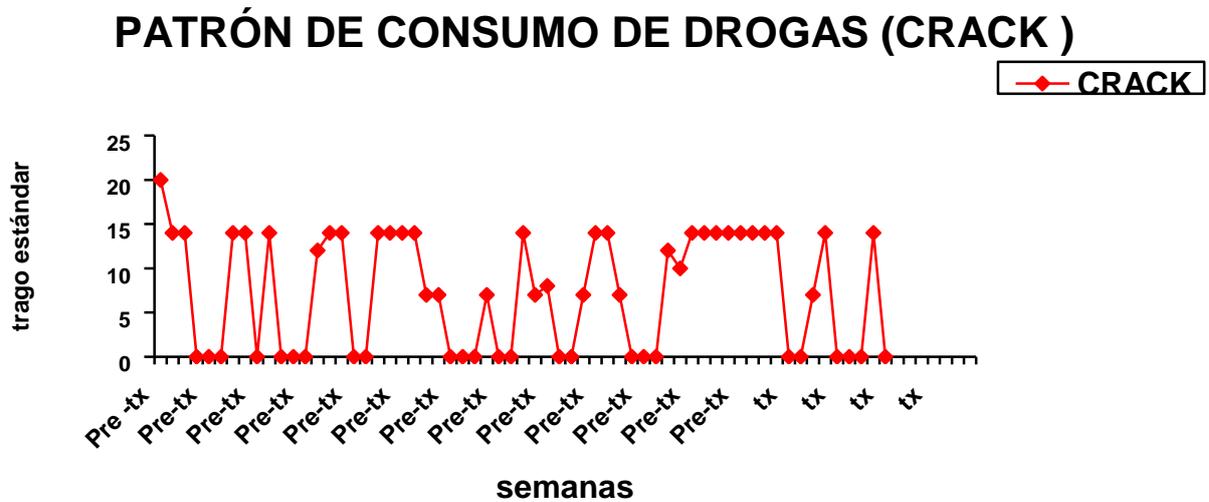
Figura 13. Patrón de consumo de drogas del Usuario 9 durante Pre-tratamiento y tratamiento.



Patrón de Consumo de Drogas en el Usuario 9 Antes del Tratamiento:

150 monas y 364 cigarros de marihuana en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 2.88 monas y 7 cigarros. Durante el tratamiento el usuario asiste a 8 sesiones, teniendo recaídas en la sesión 3 y 5. Posteriormente ingresa a internamiento y deserta al segundo día.

Figura 14 Patrón de consumo de drogas del Usuario 10 durante Pre-tratamiento y tratamiento.



Patrón de Consumo de Drogas en el Usuario 10 Antes del Tratamiento:

412 papeles en el año anterior, correspondiendo a un promedio semanal de 7.92 papeles. Durante el tratamiento el usuario asiste a 7 sesiones en las cuales continua su consumo. Su motivación al cambio era baja, deserta del tratamiento.

2) Índice de Situaciones de Consumo.

Usuario 1.

Respecto al Inventario de situaciones de consumo de alcohol se muestran los cambios pre-tratamiento y post-tratamiento (ver figura 15.) Donde se observa un cambio en las situaciones de riesgo, ya que disminuye el porcentaje de riesgo en la mayoría de las áreas destacando emociones desagradables que era su principal situación de consumo.

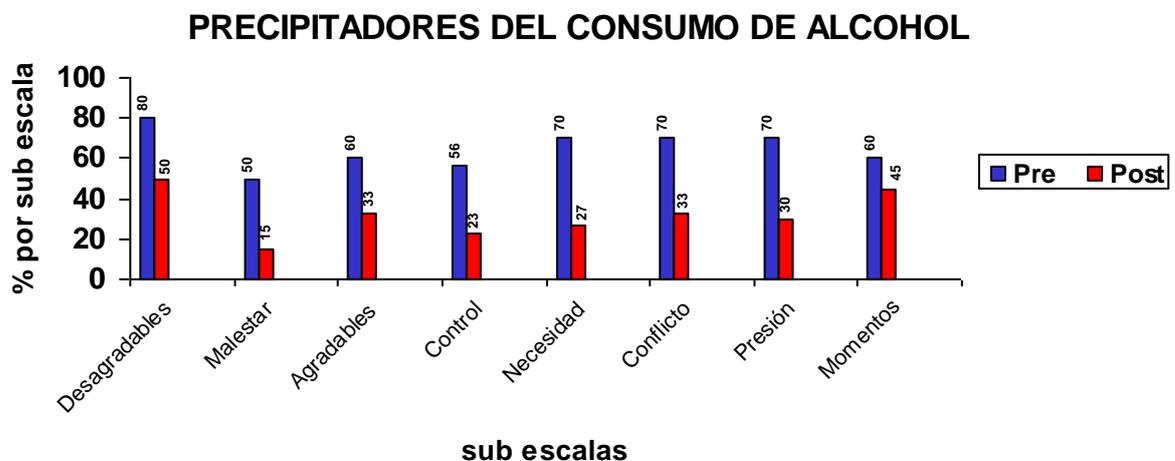


Figura 15. Cambios pre-post en la escala Inventario de situaciones de consumo de alcohol.

Usuario 2

En la figura 16 se muestra el Inventario de Consumo de alcohol pre-tratamiento. En este usuario no hay una post-evaluación debido a que el usuario deja de asistir a tratamiento después de 7 sesiones.

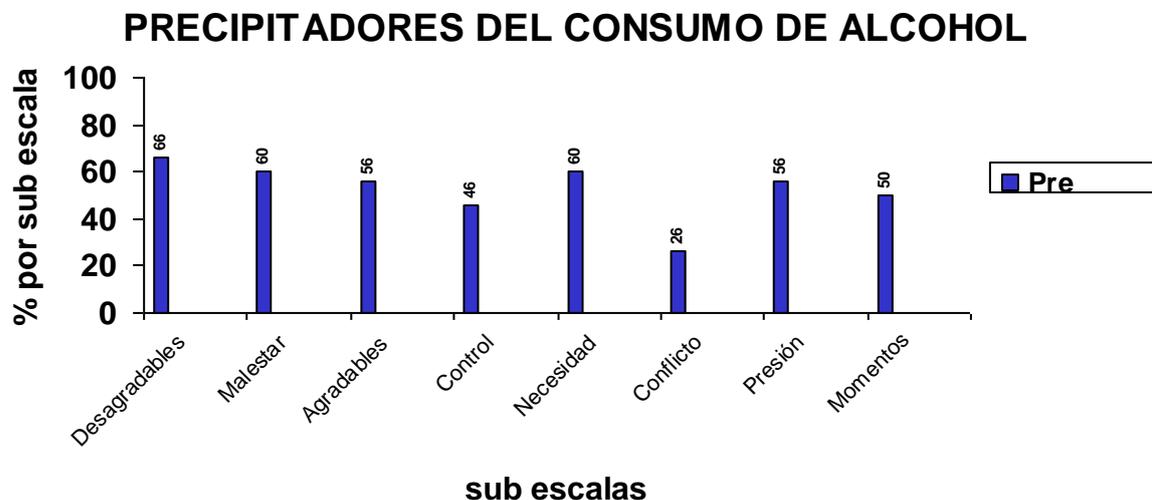


Figura 16. Pre-evaluación en la escala Inventario de situaciones de consumo de alcohol.

Usuario 3.

El usuario 3 solo presenta la evacuación pre-tratamiento del Inventario de Situaciones de riesgo de alcohol puesto que deja de asistir después de la novena sesión (ver figura 17.) La principal situación de riesgo que presentaba este usuario fue Emociones Agradables.

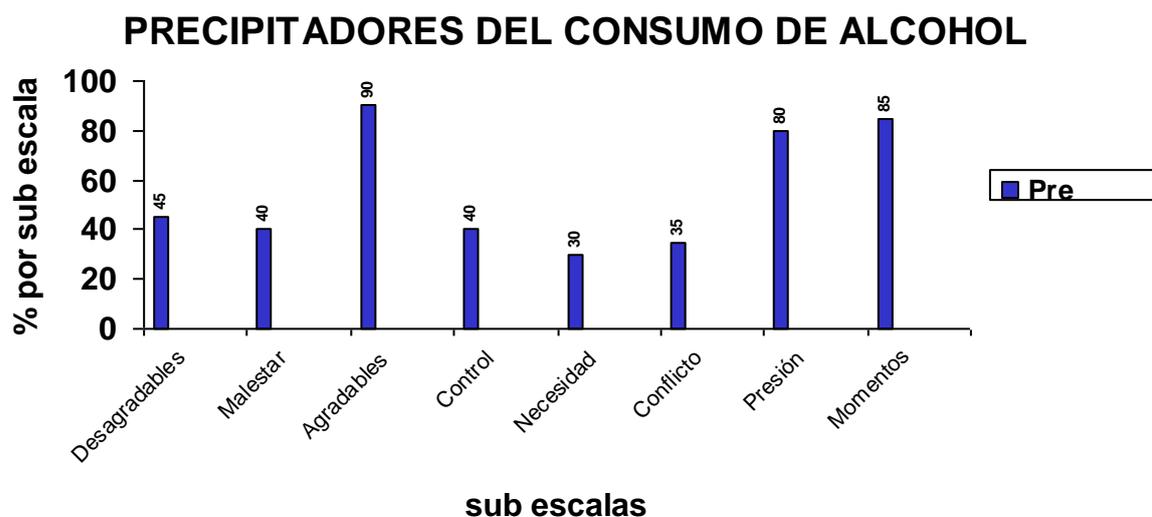


Figura 17. Pre-evaluación en la escala Inventario de situaciones de consumo de alcohol

Usuario 4.

La figura 18 muestra los cambios en el Inventario de Situaciones de riesgo de alcohol. Lo cual es indicativo que la usuaria adquirió estrategias eficientes para hacer frente a los diversos precipitadores.

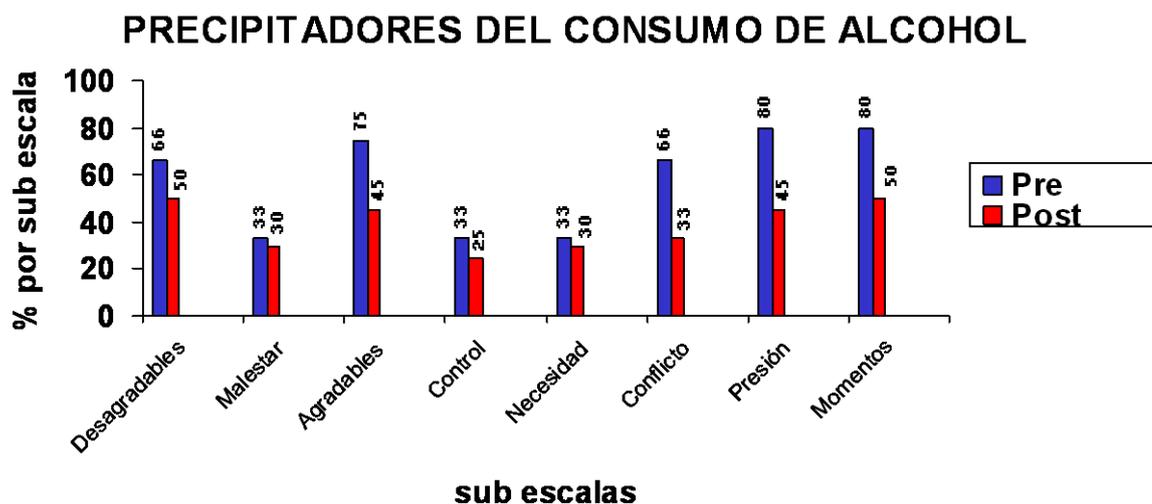


Figura 18. Cambios pre-post en la escala Inventario de situaciones de consumo de alcohol.

Usuario 5.

Al usuario 5 se le aplicó la escala Inventario de Situaciones de Riesgo Drogas por tener consumo de Crack como droga de impacto en la figura 19 se observan los cambios registrados posteriores al tratamiento. Lo que nos indica que este usuario adquirió las habilidades necesarias para hacer frente a sus precipitadores cotidianos.

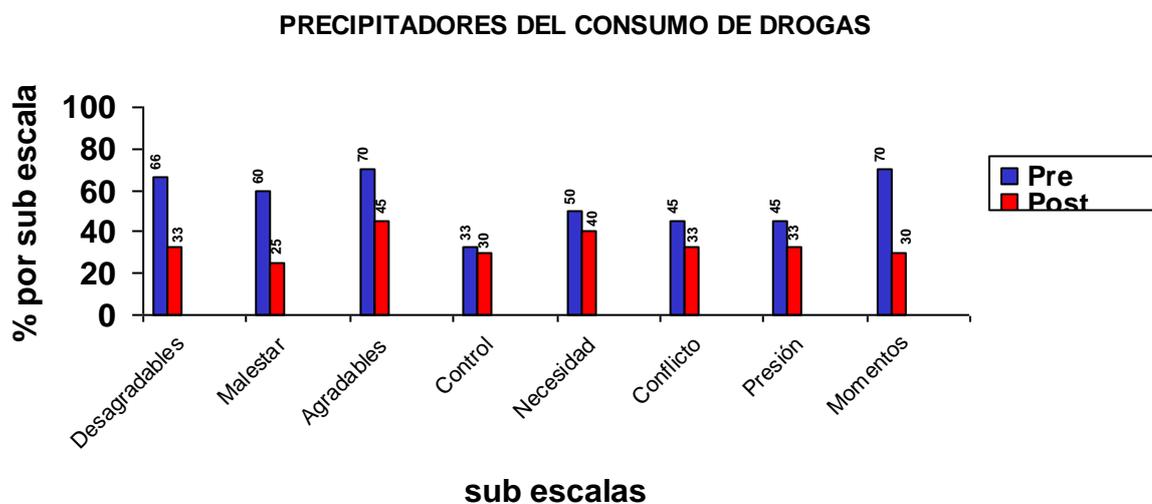


Figura 19. Cambios pre-post en la escala Inventario de situaciones de consumo de Drogas.

Usuario 6.

En el caso del usuario 6 se aplicó el Inventario de Situaciones de Riesgo de Drogas (ver figura 20, ya que sus drogas de impacto eran el Crack y la Marihuana. Únicamente se hizo la pre-evaluación ya que dejó de asistir a tratamiento después de la sesión número 6.

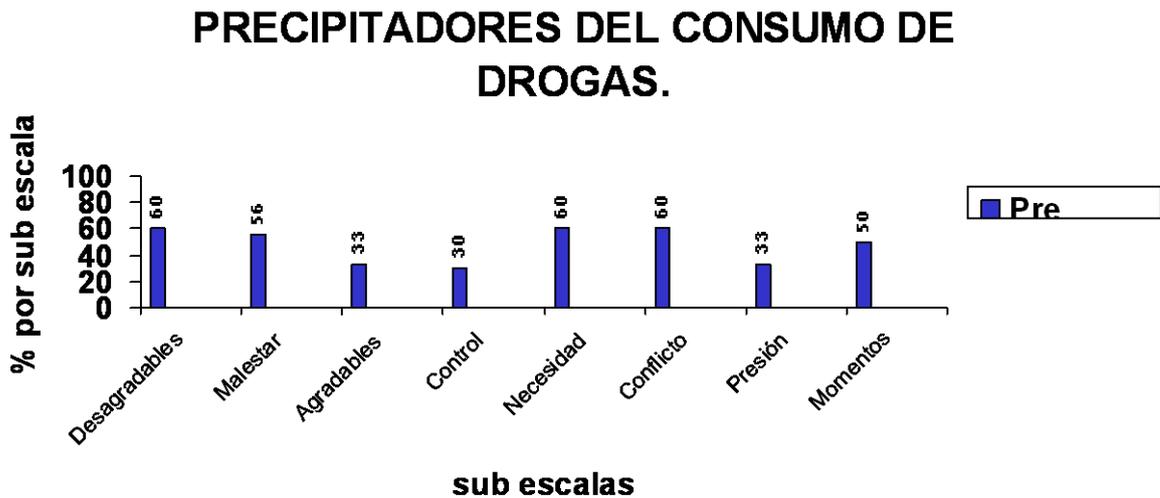


Figura 20. Pre-evaluación en la escala Inventario de situaciones de consumo de Drogas.

Usuario 7.

La figura 21 muestra los cambios observados en el Inventario de Situaciones de Riesgo de Drogas. Se observa una disminución lo que nos muestra la adquisición de habilidades por parte del usuario para un afrontamiento eficaz ante situaciones de riesgo.

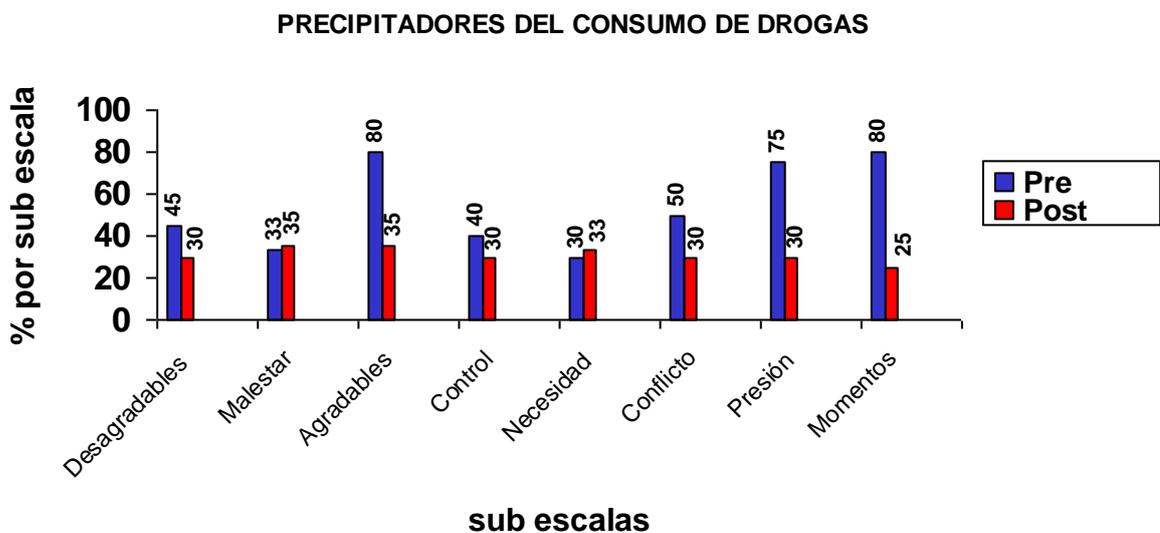


Figura 21. Cambios pre-post en la escala Inventario de situaciones de consumo de Drogas.

Usuario 8.

En el caso del usuario 8 se aplico el Inventario de Situaciones de Riesgo de Drogas (ver figura 22, ya que sus drogas de impacto eran el Crack y la Marihuana. Únicamente se hizo la pre-evaluación ya que cambia su modalidad de tratamiento a internamiento a partir de la sesión 8.



Figura 22. Pre-evaluación en la escala Inventario de situaciones de consumo de Drogas.

Usuario 9.

En este caso se aplico el Inventario de Situaciones de Riesgo de Drogas (ver figura 23, ya que sus drogas de impacto eran el Crack y la Marihuana. Únicamente se hizo la pre-evaluación puesto que después de la sesión 8 cambia su modalidad de tratamiento a internamiento para desertar a segundo día.

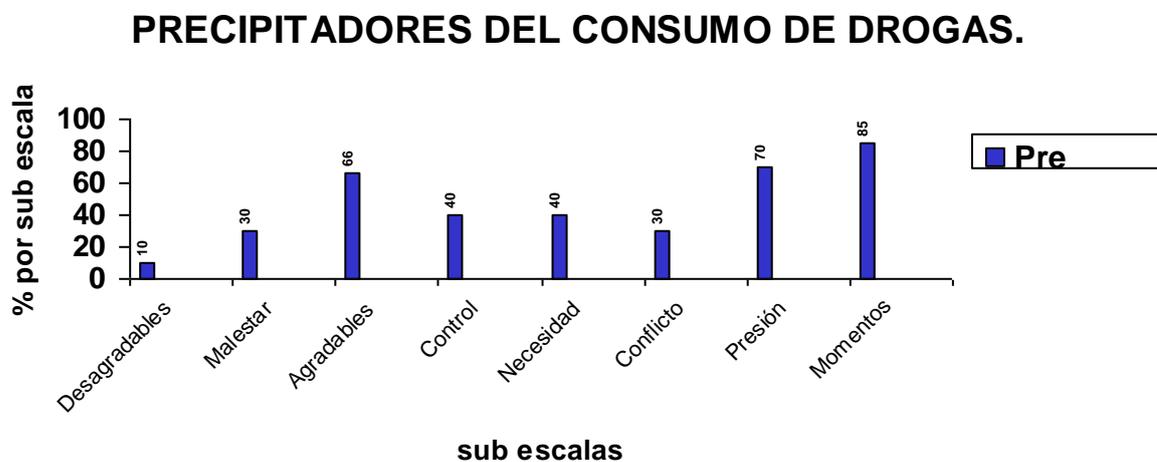


Figura 23. Pre-evaluación en la escala Inventario de situaciones de consumo de Drogas.

Usuario 10.

El usuario 10 se le aplicó el instrumento Inventario de Situaciones de Drogas por consumir Crack como sustancia de impacto, en la figura 24 se muestra su evaluación pre-tratamiento. Deserta después de la sesión número 7.



Figura 24. Pre-evaluación en la escala Inventario de situaciones de consumo de Drogas.

3) Nivel de dependencia.

En el caso de los usuarios 1, 2, 3 y 4 cuya principal sustancia de consumo era el alcohol se utilizó la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA). Cabe mencionar que únicamente en los usuarios 2 y 4 hay una medición post, ya que son los usuarios que concluyeron el tratamiento. En ambos usuarios hubo una disminución en su puntaje lo que indica que los usuarios que concluyeron el tratamiento decrementaron la sintomatología asociada con la dependencia a la sustancia (Ver figura 25).

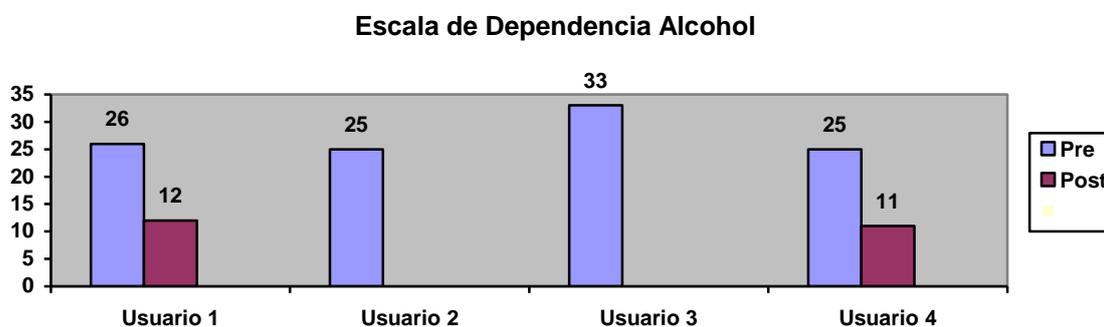
El usuario 1 Inicio con una puntuación de 26 que corresponde a dependencia sustancial, al concluir el tratamiento su puntaje disminuyó a 12 lo que corresponde a dependencia leve.

El usuario 2 presentó una puntuación de 33 correspondiente a dependencia severa, el usuario no tuvo una post evaluación puesto que no lo concluyó el tratamiento.

Usuario 3: Presentó 25 puntos equivalente a una dependencia sustancial sin evaluación post.

Usuario 4: Tuvo 25 puntos equivalentes a una dependencia sustancial al concluir el tratamiento su puntaje disminuyó a 13 puntos lo que indica una dependencia leve.

Figura 25. Escala de Dependencia al alcohol (EDA).



Para la evaluación de los usuarios 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se utilizó el Cuestionario de Dependencia de Drogas (CAD-20). Los usuarios 5 y 7 fueron los únicos con una evaluación post que recibieron al concluir el tratamiento. En ambos casos se muestra un decremento en las puntuaciones lo que nos indica que ambos usuarios lograron disminuir su sintomatología asociada a la dependencia (ver figura 26).

Usuario 5: 12 puntos que nos indica dependencia sustancial a las drogas al finalizar el tratamiento obtuvo una puntuación de 6 que corresponde a dependencia moderada.

Usuario 6: 17 puntos dependencia severa

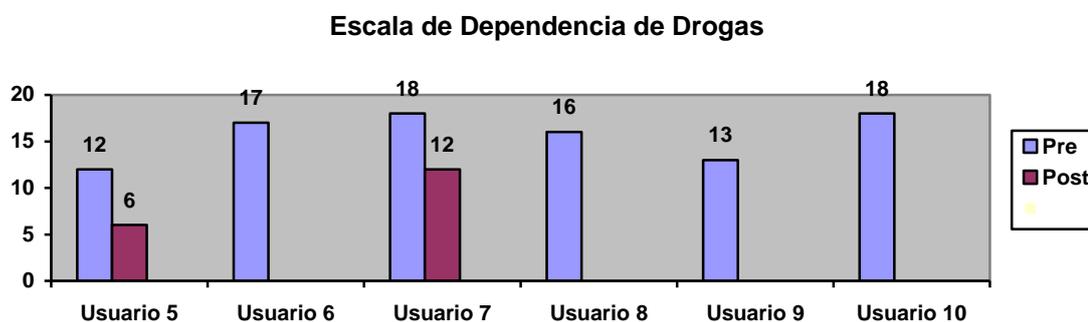
Usuario 7: 18 puntos dependencia severa al finalizar el tratamiento tuvo un decremento a 12 puntos equivalente a una dependencia sustancial.

Usuario 8: 16 puntos dependencia severa.

Usuario 9: 13 puntos dependencia sustancial.

Usuario 10: 18 puntos dependencia severa.

Figura 26. Escala Abuso de Drogas (CAD-20).



20) Sintomatología Ansiosa y Depresiva.

Durante el tratamiento se monitoreo el nivel de sintomatología depresiva- ansiosa de los usuarios, por las características del programa de intervención. Se observó que los usuarios que finalizaron el tratamiento disminuyeron su puntaje en los inventarios. Lo cual era indicativo que la sintomatología ansiosa y depresiva disminuyo en estos usuarios a su vez no presentaban sintomatología del síndrome de abstinencia al dejar su consumo al no presentar molestias físicas de ansiedad que pudieran reflejar su necesidad por el consumo. En la siguiente gráfica (ver figura 27 y 28) se muestran los puntajes obtenidos en los Inventarios de Beck a lo largo del tratamiento. Es importante mencionar que únicamente los usuarios que concluyeron el tratamiento pudieron recibir una post evaluación.

Figura 27. Puntaje en el inventario de Ansiedad de Beck

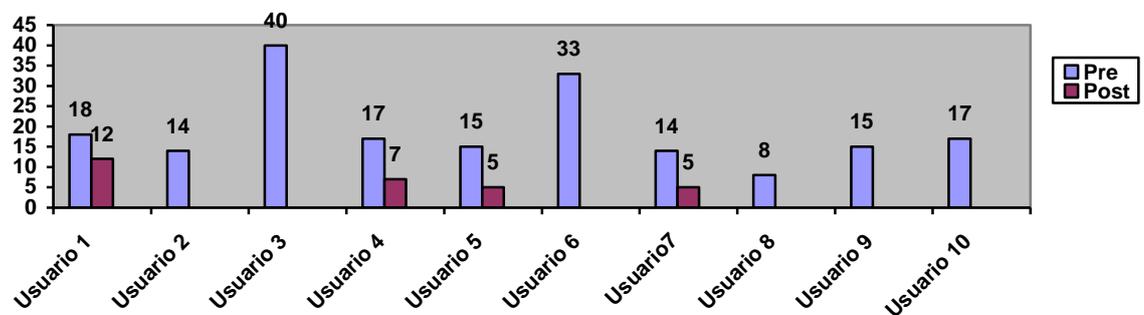
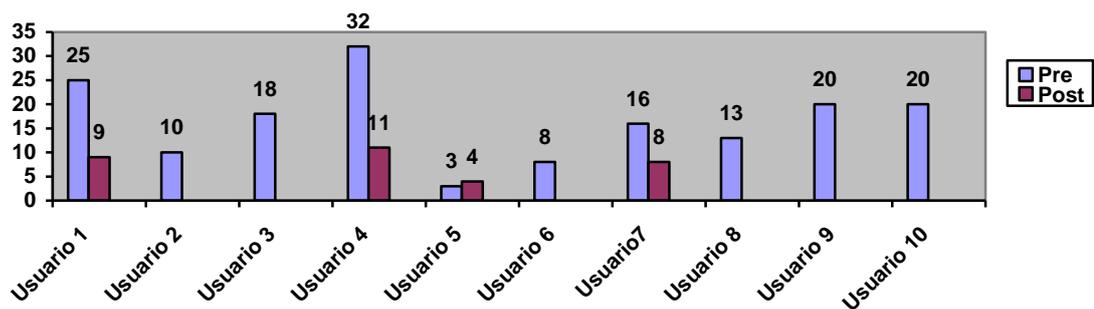


Figura 28. Puntaje en el inventario de Depresión de Beck



2.1.9 Discusión.

El objetivo del programa fue que los usuarios modificaran su conducta de consumo y mantuvieran la abstinencia mediante la práctica de conductas que promovieran un estilo de vida saludable que dotaran de placer a los usuarios pero que estas no tuvieran las consecuencias negativas del consumo.

Los usuarios atendidos con el programa fueron hombres (90%) y mujeres (10%) de los cuales eran consumidores de alcohol (40%) y de drogas ilegales (60%). De entre los usuarios de drogas ilegales (70%) era consumidor de múltiples sustancias y el (30%) era consumidor de crack. De los consumidores de drogas ilegales en el 70% de los casos la dependencia fue severa y en 30% de los casos el nivel de dependencia fue sustancial. Mientras que en los consumidores de alcohol el 75% mostró una dependencia sustancial y un 25% una dependencia severa. Con dichos resultados se muestra una clara problemática en el consumo de sustancias y la necesidad de atender a la población específica con programas intensivos y efectivos como el PSC, cuyo objetivo es la rehabilitación del usuario para que este alcance la abstinencia y de esta manera puedan reinsertarse en la sociedad, dotados de nuevas habilidades que les ayuden a hacer frente a las diversas situaciones de riesgo de forma adaptativa (Barragán et. al., 2006)

Uno de los principales objetivos del programa fue entrenar a los usuarios para que identificaran los antecedentes internos y externos previos al consumo y las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo de la conducta de consumo, para en base a esto anticipar situaciones de riesgo, elaborar planes de acción y prevenir recaídas (Barragán, 2005). Los usuarios presentaron como principales situaciones de riesgo Emociones desagradables (30%), Momentos agradables con otros (30%), Emociones agradables (20%), Prueba de control (10%) y Necesidad de consumo (10%).

Esta información hace hincapié en la importancia de desarrollar en los usuarios habilidades que les permitan enfrentar adecuadamente los precipitadores internos como el saber controlar las emociones agradables y desagradables que se les presenten y sean capaces de reestructurar los pensamientos que anteceden al consumo para manejarlos en una forma adecuada sin la necesidad de llevar a cabo la conducta de consumo. Así mismo resulta menester el control de precipitadores externos por medio de habilidades para rehusar el consumo ya que los usuarios caen constantemente ante la presión social en sus vidas cotidianas, también resulta importante por último dotarlos de estrategias conductuales que los lleven a actuar en forma adaptativa ante los estímulos ambientales que anteriormente los llevaban a recaer.

Por otra parte considero que de acuerdo a sus criterios de inclusión bien delimitados, el programa funciona mostrando cambios en el patrón de consumo y en la adquisición de estrategias de enfrentamiento a las situaciones de riesgo. Sin embargo el programa debería ser adaptado a otro tipo de poblaciones que también presentan un patrón de consumo excesivo pero no tienen el nivel cognitivo necesario para comprender algunos ejercicios del tratamiento.

El modelo debe mejorarse también en el diseño de contenidos, ya que las lecturas pueden manejarse en folletos más prácticos, con imágenes que resulten más atractivas a la vista y dependiendo la población a la que va dirigida adaptar el lenguaje de la lectura. En esta misma línea los auto registros pueden hacerse más prácticos y atractivos visualmente, con lo cual los usuarios tengan más facilidad para contestarlo.

También se sugiere fortalecer las estrategias para crear adherencia terapéutica, para disminuir las tasas de ausentismo por ejemplo en la población con la que se trabajó muchos componentes no se cubrieron ya que en promedio los usuarios asistieron a 9 sesiones de tratamiento mientras que para concluir el programa se necesitan 20 sesiones. Es aumentar la asistencia a las sesiones tiene la finalidad de llevar a cabo íntegramente el tratamiento y con ello los usuarios lleven a cabo el aprendizaje de las distintas habilidades para mantener y fortalecer la abstinencia.

El trabajar paralelamente con los familiares del usuario para que estos actúen como cuidadores primarios de los usuarios podría ayudar a disminuir el ausentismo por parte de estos, un segundo punto que podría mejorar los índices de asistencia es el que no se permitiera cambiar a los usuarios la modalidad de tratamiento de consulta externa a internamiento hasta terminado el programa.

Por último se sugiere un mayor control de parte de la institución para poder sesiones de seguimiento para el programa, en las que se pueda evaluar qué tanto le ha servido al usuario la intervención, por lo menos tres meses después de terminada la intervención lo cual podría dar varios datos referentes al mantenimiento.

2.2 Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema.

Este modelo fue elaborado para atender a aquellas personas llamadas bebedores problema que son individuos que sin ser dependientes del alcohol, como su nombre lo indica presentan inconvenientes con su consumo. El modelo esta basado en el programa de auto cambio dirigido desarrollado por los doctores Sobell de la Addiction Research Foundation en Toronto Canadá y fue adaptado para su uso en México (Ayala, Echeverria y cols, 1998).

Dicho modelo es una intervención motivacional que ayuda a las personas con problemas en su forma de beber a comprometerse para modificar esta conducta. El usuario es el encargado de detectar los problemas relacionados con su consumo excesivo, fija una meta, identifica situaciones de riesgo, desarrolla un plan para la solución de problemas para enfrentarse a las situaciones de consumo.

Esta forma de intervención es similar a la que dan los médicos en donde se ayuda al usuario a enfrentar sus problemas de salud, al proporcionar información básica, brindar consejo, asesorar, motivar y dar retroalimentación. A este respecto diversos estudios han demostrado que las intervenciones breves aplicadas por personal medico, producen reacciones significativas en el consumo de alcohol en bebedores problema (Echeverria, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

2.2.1 CASOS.

Participaron 3 sujetos varones (N=3) que solicitaron tratamiento por voluntad propia por problemas en el consumo de alcohol.

Usuario 1 mostraba un consumo anual de 960 tragos estándar, con un consumo semanal de 24 tragos, sus razones de cambio eran el mejorar en la escuela y no tener problemas en el trabajo y con su familia. Su meta en el tratamiento era la reducción.

Usuario 2 mostraba un consumo anual de 184 tragos estándar, con un consumo semanal de 20 tragos, sus razones de cambio eran mejorar su salud física y mejorar su relación familiar. Su meta en el tratamiento era la abstinencia.

Usuario 3 mostraba un consumo anual de 156 tragos estándar, con un consumo mensual de 24 tragos, sus razones de cambio eran tener mejor salud, evitar las crudas y ser ejemplo de sus hijas. Su meta en el tratamiento era la reducción.

2.2.2 CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1) ser mayor de 18 años y menor de 70 años
- 2) saber leer y escribir
- 3) contar con domicilio permanente
- 4) tener trabajo
- 5) vivir con la familia
- 6) no presentar síntomas de dependencia severa
- 7) beber menos de 30 copas a la semana
- 8) acudir a tratamiento por voluntad propia y estar de acuerdo con el consentimiento informado
- 9) que la droga de uso no sea inyectada
- 10) no estar acudiendo a otro tratamiento

2.2.3 Escenario:

El lugar donde se llevo a cabo el programa de tratamiento fue en el centro “Dr. Héctor Ayala, sede de la residencia para la maestría Psicología de las Adicciones de la Universidad Nacional Autónoma de México.

2.2.4 Instrumentos.

Escala Breve sobre dependencia al alcohol [BEDA](Raistrick, Dunbar y Davison, 1983 en Ayala, Cardenas, Echeverria y Gutiérrez, 1998).

Escala para medir la dependencia al alcohol en población adulta consta de 15 reactivos relacionados con el consumo de alcohol que el usuario debe responder en escala de cuatro puntos: nunca, algunas veces, frecuentemente, casi siempre. Los resultados se interpretan según el puntaje obtenido, arrojando el resultado de dependencia baja severa o media.

Subescala de Pistas (citado en Echeverria et. al., 2004).

Con su aplicación en su parte A y B retomada de la batería de Halsted-Reitan, es posible revisar el daño cognitivo resultado de la ingesta de alcohol. En la parte A se muestra una serie de numeros ascendentes del 1 al 15 en la parte B se muestra una serie de números combinadas con letras que el usuario deberá unir con una línea sin despegar el lapiz en un tiempo máximo de 90 segundos.

Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobel y Sobel, 1992; adaptado por Echeverría, Oviedo y Ayala 1998 en Barragán, et .al., 2005).

Es un instrumento que se utiliza para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un año de tratamiento. El llenado de la línea base tiene el objetivo de recordar su cantidad diaria de consumo un año hacia atrás, iniciando de la fecha más reciente a la más distante. El usuario podrá hacer uso de fechas importantes para él como cumpleaños, días festivos y fechas especiales, así como considerar períodos de abstinencia con el propósito de recordar su consumo.

Inventario de situaciones de consumo de alcohol [ISCA] (Annis, 1982; versión adaptada por Echeverría, Oviedo y Ayala 1998 en Barragán, 2005).

Su objetivo es medir las situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden considerarse de alto riesgo para una recaída, es indispensable para elaboración del perfil de riesgo del usuario. Consta de 100 preguntas divididas en 8 sub escalas estas ocho sub-escalas se dividen en dos categorías de situaciones de consumo de alcohol:

I. Situaciones Personales, en las que el beber involucra una respuesta a un evento físico o psicológico y que se subdivide en 5 categorías.

- 1) Emociones Desagradables: 2) Malestar Físico 3) Emociones Agradables
- 4) Probando Autocontrol 5) Necesidad o Tentación de Consumo.

II. Situaciones que involucren a terceras personas y que se subdividen en tres categorías:

- 1) Conflicto con otros: 2) Presión Social: 3) Momentos Agradables con otros.

Cada reactivo se contesta en una escala de 4 puntos: Nunca = 0, Ocasionalmente = 1, Frecuentemente = 2 y Casi Siempre = 3. Se obtiene el puntaje de cada sub-escala al sumar los puntajes de cada reactivo.

Cuestionario de confianza situacional [CCS] ((Annis, Graham y Davis 1987; en Barragán, 2005).

Evalúa el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo de alcohol ante ocho categorías situacionales, 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando Autocontrol, 5) Necesidad Física, 6) Conflicto con Otros, 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros.

La calificación será el puntaje directo escrito por el usuario ante cada situación. Se puede obtener un factor general obteniendo el promedio. Las puntuaciones de auto-eficacia con un rango de 0% a 100% indican el nivel de confianza del individuo para resistirse al consumo ante cada situación.

Formato de autorregistro (citado en Echeverría, et .al., 2004).

El objetivo es que el usuario registre su consumo de alcohol, señalando que sucedió antes y después así como pensamientos y sentimientos relacionados, el consumo se registra en tratamientos y seguimientos. Cabe hacer mención que este instrumento al ser auto administrable esta sujeto a manipulación de parte de los usuarios.

2.2.5 Procedimiento.

Antes de decidir ingresar a los usuarios se toman como base los criterios de inclusión para que el tratamiento sea más efectivo. El Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema consiste en lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol, de manera general en las seis sesiones del Modelo se consideran los siguientes aspectos.

A) Admisión: Se trabaja en la identificación de la disposición para el cambio, y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento.

B) Evaluación: Se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo y su autoeficacia.

C) Paso 1: Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas, el objetivo es que el usuario realice un balance de las ventajas y desventajas de consumir alcohol y se comprometa en cambiar su conducta.

D) Paso 2: Identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol.

E) Paso 3: Enfrentando los Problemas Originados por el Consumo de Alcohol.

F) Paso 4: Nuevo establecimiento de metas.

La aplicación de este programa es de aproximadamente 45 minutos y se requieren seis sesiones, a fin de discutir las lecturas y ejercicios, así como observar el progreso del usuario para lograr su meta en cuanto al control de su consumo.

Para lograr que los usuarios moderen su consumo de alcohol, el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema hizo uso de las siguientes técnicas cognitivas y conductuales. Siendo las técnicas cognitivas las que tratan las creencias negativas e irracionales sustituyéndolas por pensamientos realistas y funcionales, mientras que las técnicas conductuales se enfocan en enseñar habilidades que les permitan a los usuarios identificar diversos precipitadores y enfrentar situaciones de riesgo.

Técnicas conductuales.

a) Técnicas de autocontrol.

El auto registro de consumo donde el usuario registra diariamente la cantidad de consumo, lo que le permite conocer la frecuencia y cantidad consumida.

La programación de actividades cotidianas no relacionadas con el consumo mediante la elaboración de planes de acción para evitar que el usuario se involucrara en actividades que favorecieran el consumo.

a) Análisis funcional de conducta de consumo y desarrollo de estrategias de enfrentamiento para manejar situaciones de riesgo.

El terapeuta entrena al usuario a identificar los antecedentes internos y externos asociados a esta conducta como sus consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo para poder desarrollar estrategias que les ayuden a enfrentar dichas situaciones sin necesidad de consumir.

Técnicas Cognitivas.

- 1) Reestructuración cognitiva: El objetivo es que el usuario aprenda a identificar pensamientos automáticos y creencias irracionales asociadas al alcohol, para cuestionar su sentido y cambiarlos por otros pensamientos positivos y racionales que favorezcan el autocontrol.
- 2) Balance decisional: Esta técnica pretende que el usuario analice las ventajas y desventajas de consumir y dejar de hacerlo, de tal manera que se cree una disonancia cognitiva o ambivalencia que favorezca la reducción o la abstinencia.

2.2.6 Resultados estudios de caso.

Características sociodemográficas.

En el programa de detección temprana e intervención breve para bebedores problema participaron tres varones, quienes solicitaron ayuda por su problema con el alcohol; completando en promedio 5 sesiones de tratamiento, En la tabla 7 se describen las principales características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 7.

variable	resultado
edad	32, 23 y 45 años X: 33.3
sexo	Varones: 100 %
escolaridad	1. Licenciatura (estudiante) 2. Licenciatura (egresado) 3. Licenciatura (estudiante) Licenciatura: 100%
Motivo de consulta	Alcohol: 100%
Estado civil	Solteros: 2 (66.66 %) Casados: 1 (33.33 %)

1) Patrón de consumo.

A continuación se muestran los tragos estándar por ocasión de consumo de los usuarios 1,2 y 3 durante las tres fases pre-intervención, tratamiento y post-tratamiento a un mes para visualizar como ha sido su patrón de consumo durante todo el proceso.

Usuario 1.

El usuario presentaba un consumo total de 960 tragos anuales con un promedio de 18.46 tragos estándar a la semana. Sus días de consumo eran los viernes y sábado aproximadamente 10 tragos estándar por ocasión y los domingos 4 tragos estándar por ocasión de consumo. Durante las sesiones de tratamiento fue muy cumplido haciendo las lecturas y los ejercicios junto con el auto registro. La mayoría de los planes de acción que se realizaron eran de tipo conductual, como al salir de la escuela no detenerse en ninguna tienda de autoservicios e ir directo a casa, no ver los videos musicales con los que acostumbraba beber. Logrando que cumpliera su meta de consumo de 4 copas por ocasión una vez a la semana y que esta fuera en lugares que no comprometieran su escuela y trabajo. Durante el seguimiento el usuario había logrado mantener la meta establecida (Ver figura 29).

Figura 29. Usuario 1. Patrón de consumo de alcohol.



Usuario 2.

El usuario presentaba un consumo total de 184 tragos anuales con un promedio de 3.53 tragos estándar a la semana. Sus días de consumo eran los miércoles aproximadamente 12 tragos estándar por ocasión. Asistió con regularidad al tratamiento, en el tercer paso faltó en dos ocasiones, pero se hizo el rescate. Después del cual asistió sin contratiempos. El usuario era muy cumplido y siempre trabajó en una forma adecuada tanto las lecturas como su autorregistro. Elaboró diversos planes de acción con estrategias en su mayoría conductuales, como no acudir a bares y sustituirlo por lugares como cines, en caso de acudir buscar actividades como bailar o beber agua, o hacerse acompañar por su novia quien no bebía. Al acudir al primer seguimiento después de un mes, el usuario reportó no haber tenido consumo y lograr la meta establecida (Ver figura 30).

Figura 30. Usuario 2. Patrón de consumo de alcohol.



Usuario 3.

El usuario presentaba un consumo total de 156 tragos anuales con un promedio de 3 tragos estándar a la semana. El usuario consumía alrededor de 24 tragos una vez cada mes. Asistió con regularidad al tratamiento, era muy cumplido y siempre trabajó en una forma adecuada tanto las lecturas como su autorregistro. Elaboró diversos planes de acción de índole conductual y cognitiva para llevar a cabo su meta, entre los cuales estaban la reestructuración cognitiva para cambiar pensamientos automáticos en pensamientos positivos, involucrarse en actividades que no tuvieran que ver con el consumo de alcohol. Al acudir al primer seguimiento después de un mes, el usuario reportó no haber tenido consumo. (Ver figura 31).

Figura 31. Usuario 3. Patrón de consumo de alcohol.

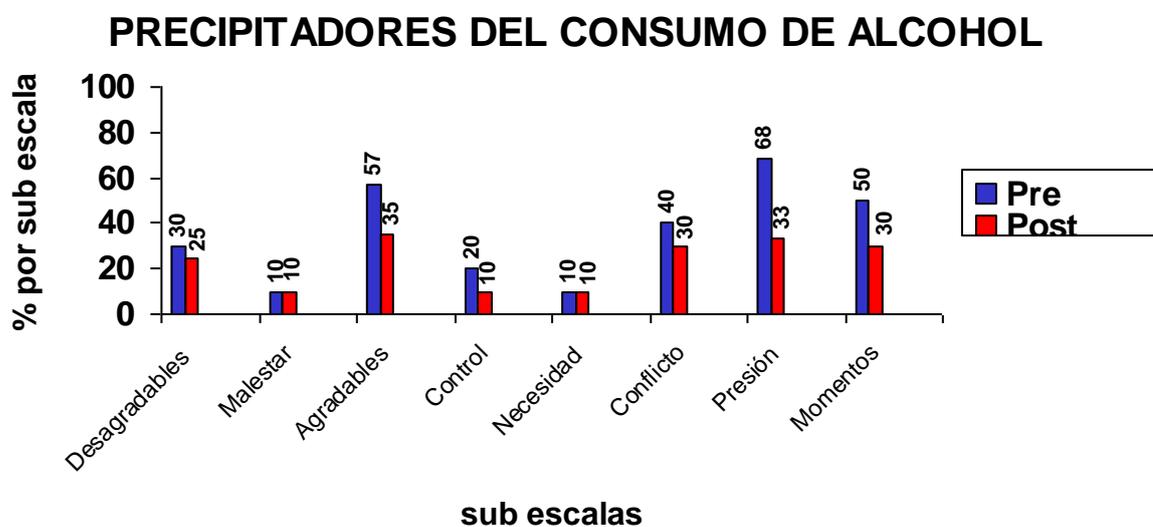


2) Índice de Situaciones de Consumo.

Usuario 1.

Con respecto al Inventario de situaciones de consumo de alcohol la siguiente gráfica muestra los cambios pre- tratamiento, post tratamiento. Donde se observa un cambio en las principales situaciones de riesgo, ya que disminuye el porcentaje para presión social, emociones agradables y momentos agradables con otros. Lo que muestra que el usuario adquirió las habilidades necesarias para hacer frente de forma adaptativa a sus principales precipitadores en su vida cotidiana. (ver figura 32).

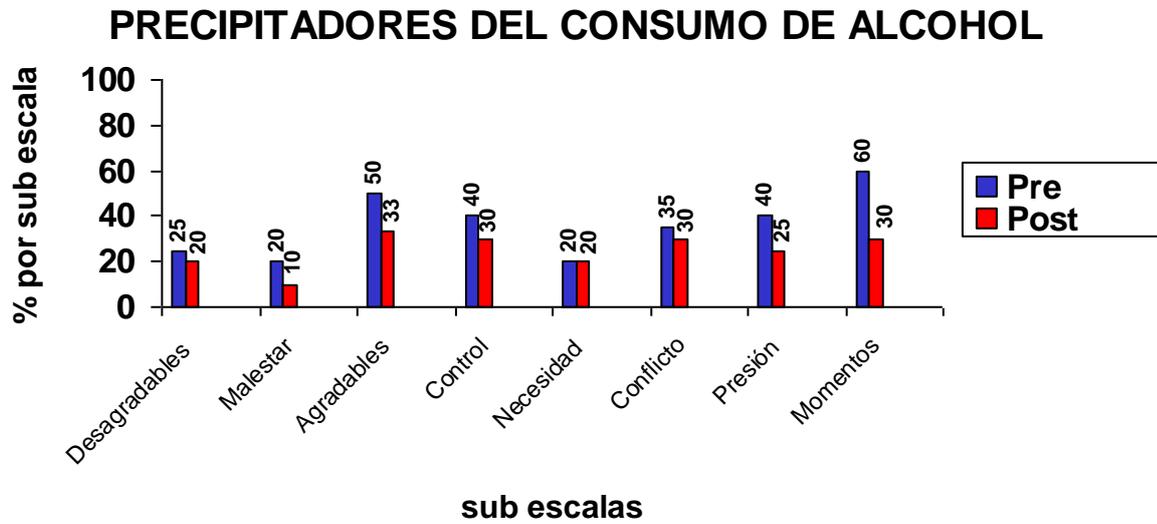
Figura 32. Inventario de Situaciones de Riesgo Consumo de Alcohol.



Usuario 2.

La figura 33 muestra los cambios observados en el Inventario de Situaciones de Riesgo. Se observa en general una disminución de las situaciones de riesgo del usuario destacando momentos agradables con otros, emociones agradables y presión social lo cual es indicativo de que el usuario ha adquirido más estrategias de enfrentamiento para evitar el consumo excesivo de alcohol. (ver figura 33).

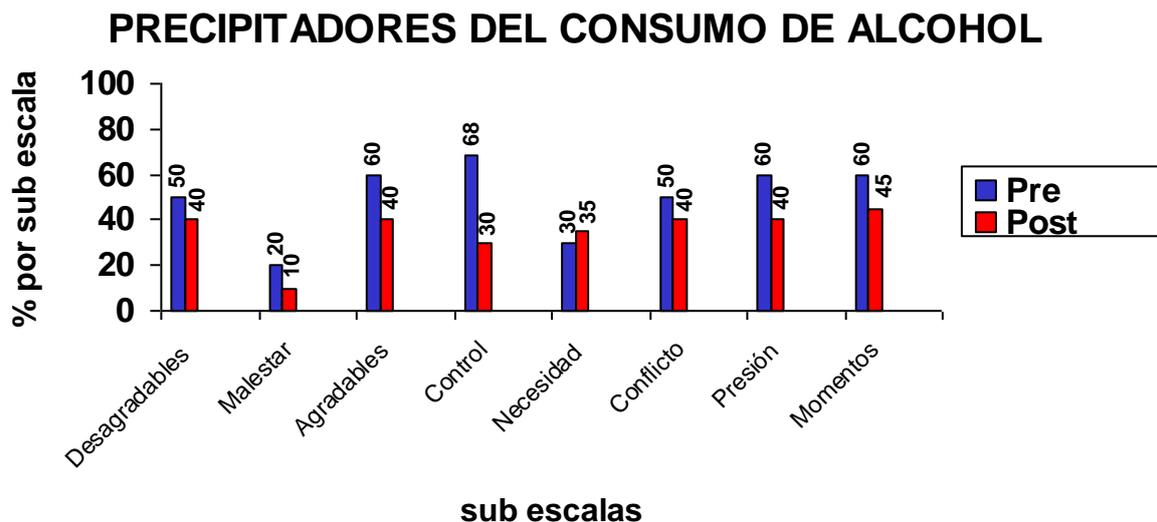
Figura 33. Inventario de Situaciones de Riesgo Consumo de Alcohol.



Usuario 3.

En la figura 34 se observa un cambio en las situaciones de riesgo del usuario 3, ya que disminuye el porcentaje de riesgo en sus principales situaciones de consumo. Probando autocontrol, momentos agradables y emociones agradables. Lo que muestra la adquisición de habilidades para enfrentar sus precipitadores de una forma diferente al consumo.

Figura 34. Inventario de Situaciones de Riesgo Consumo de Alcohol.



3) Nivel de dependencia.

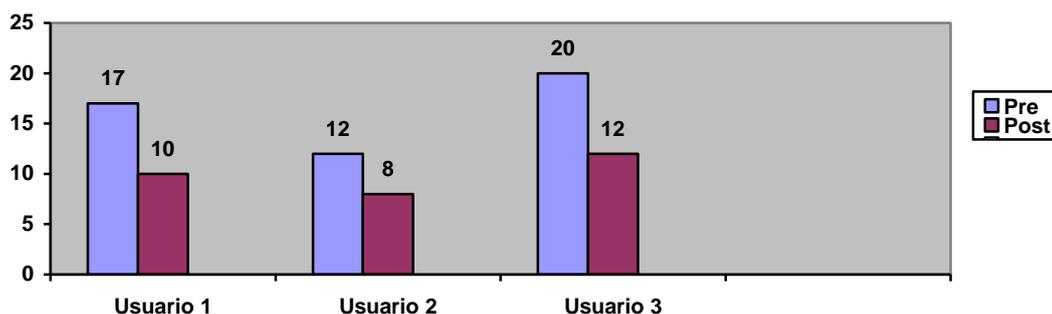
Para la evaluación del nivel de dependencia se utilizó la Escala Breve sobre dependencia al alcohol (BEDA). Los resultados de la Escala muestran que en los 3 usuarios hubo una disminución en el número de síntomas físicos y psicológicos reportados, así como en la frecuencia con que éstos se experimentan. En la figura 35 se observa como la mayoría de los síntomas disminuyeron mientras que otros permanecieron estables pero no aumentaron.

El usuario 1 en su evaluación pre tratamiento obtuvo una puntuación de 17 que corresponde a dependencia media, al concluir el tratamiento su puntaje disminuyó a 10 lo que indica una dependencia baja.

El usuario 2 presentó en su evaluación pre tratamiento una puntuación de 12 correspondiente a dependencia media, en su evaluación post tuvo un puntaje de 8 correspondiente a una dependencia baja.

El Usuario 3: obtuvo un puntaje de 20 puntos en su pre evaluación equivalente a una dependencia severa, en su evaluación post tuvo un puntaje de 12 que equivale a una dependencia media.

Figura 35. Escala Breve sobre dependencia al alcohol (BEDA).



2.2.7 DISCUSION.

El objetivo del programa fue que los usuarios encontrarán las razones para reducir o suspender su consumo actual de alcohol, y de esa forma pudieran romper la ambivalencia que pudiera existir en ellos, así mismo incrementaran la motivación para establecer metas y desarrollaran los planes de acción pertinentes para conseguirlas, también identificarán las situaciones en las cuales tienen mayor posibilidad de beber en exceso, y de esta forma ayudarlos a desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones.

El programa fue aplicado únicamente a hombres, dos de ellos solteros (66.66%) y uno casado (33.33%), con estudios de licenciatura (100%), que buscaron tratamiento por voluntad propia y que presentaban problemas familiares, escolares, sociales y económicos, ocasionados por el consumo de alcohol.

Las principales situaciones de riesgo de consumo excesivo que presentaron los usuarios fueron aquellas relacionadas con momentos agradables con otros, emociones agradables y presión social. En dos de los tres casos la meta de consumo elegida era la moderación, esto tal vez debido a que el consumo de alcohol en esta población es episódico-explosivo y está ligado con la convivencia social.

Los tres usuarios que fueron atendidos terminaron el tratamiento y en el 100% de los casos mantenían su meta después del primer seguimiento, cabe mencionar que en los tres usuarios su etapa de cambio era determinación, por lo que la etapa de cambio es un indicador de éxito en el tratamiento. (Miller, 1985). Cabe resaltar el uso de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991) como una herramienta primordial para el cambio de etapa de los usuarios. Coincidiendo los resultados con la literatura que reporta que las estrategias motivacionales reducen la deserción e incrementan la participación en el tratamiento (Sobell y Sobell, 1993).

Por otra parte creo que el modelo es flexible a un aumento en sesiones de intervención, ya que las cuatro sesiones pueden ser insuficientes para algunos casos donde el patrón de consumo es excesivo. Así mismo se debe tomar en cuenta que en muchas ocasiones se requieren del manejo de otras técnicas cognitivo-conductuales no incluidas en el modelo para enfrentar en forma adecuada la magnitud de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la práctica clínica, como por ejemplo el manejo de técnicas de control de las emociones para hacer frente a precipitadores internos y técnicas para rehusarse al consumo para los precipitadores externos.

También me parece importante que los contenidos de los folletos deben adaptarse a otro tipo de poblaciones ya que muchos usuarios que no presentan una dependencia se ven imposibilitados de acceder a este programa por no tener un nivel educativo acorde al programa por lo cual podría adaptarse el folleto por medio de imágenes y un lenguaje más sencillo.

2.3 Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras sustancias.

En la literatura sobre consumo de sustancias adictivas se reporta que la mayoría de los consumidores experimentan por primera vez con algún tipo de sustancia alrededor de los 16 años, sin embargo esta edad ha disminuido paulatinamente, de modo que en la actualidad el inicio del consumo puede presentarse a edades tempranas como los 12 o 13 años, por lo que el uso y abuso de alcohol y drogas entre la población joven, es uno de los principales problemas de salud pública (Medina-Mora, 1993; SSA, 2008).

En nuestro país la ENA (2008) reporta que más del 50% de la población consumidora de drogas inició antes de los 17 años y que aquellos que iniciaron a estas edades, iniciaron consumiendo alcohol o tabaco, de esta manera aquellos adolescentes que consumieron este tipo de sustancias antes de la mayoría de edad tenía mayores probabilidades de consumir algún tipo de droga ilegal.

Estos datos coinciden con los teóricos de la adolescencia quienes señalan que en esta etapa se pueden iniciar y desarrollar algunas conductas antisociales entre ellas el consumo de sustancias adictivas (Farell, Danish y Howard, 1992). Dado lo anterior, en nuestro país se han realizado estudios que permiten la identificación de algunas estrategias que pueden ser empleadas para incrementar la disposición de los adolescentes hacia el cambio de un consumo problemático de sustancias (Salazar, Martínez y Barrientos, 2009).

Por ejemplo se han desarrollado y evaluado una serie de alternativas de intervención breve para personas que consumen drogas en forma de abuso o con bajo nivel de dependencia, las cuales han mostrado resultados favorables y constituyen en la actualidad el fundamento de acciones de prevención indicada para esta problemática (Echeverría, Carrascoza y Reidl, 2007; Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz y Ayala, 2008).

Las intervenciones breves son de tipo motivacional, lo que implica que permiten incrementar en el usuario su disposición al cambio y su compromiso para cambiar su conducta. En este sentido esto es lo que se busca con el programa de atención para adolescentes que es un programa de tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva.

El modelo de detección temprana e intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras sustancias tiene como fundamento la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986). Está dirigido a jóvenes de entre 14 y 18 años de edad, que consumen alguna droga y que reportan problemas relacionados con su consumo pero que no presentan dependencia hacia la droga.

2.3.1 Objetivos y estructura.

El modelo de detección temprana e intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras sustancias está diseñado para implementarse dentro de las escuelas de nivel medio y medio superior, sin embargo, también se aplica en instituciones de salud dedicadas a la prevención y atención de las adicciones. Su objetivo es promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias y mantener dicho cambio, con la intención de evitar al máximo los problemas de salud y personales asociados al consumo de alcohol y drogas.

El Programa incluye cinco etapas básicas para su desarrollo, las cuales se describen a continuación.

1. DETECCIÓN DE CASOS.

Esta fase se realiza en caso de que el programa sea aplicado dentro de alguna institución educativa. Para ello se hace contacto con los directivos de la institución, explicándoles la forma en que se trabajará con el Programa para adolescentes; posteriormente se aplica el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1997) en forma grupal. En caso de que el propio adolescente sea quien acuda a alguna institución de salud a solicitar ayuda, esta fase se omite y el Cuestionario de Tamizaje se aplica como parte de la sesión de evaluación.

2. EVALUACIÓN.

En esta fase se evalúa si el adolescente cubre los criterios que requiere el programa además de aspectos como el patrón de consumo y los problemas que éste le ha generado.

3. INDUCCIÓN AL TRATAMIENTO.

Esta fase consta de una sesión la cual tiene como objetivo promover la disposición de los adolescentes para realizar un cambio e ingresar al modelo de detección temprana e intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras sustancias, a través de algunas técnicas de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991).

4. TRATAMIENTO

Consta de cinco sesiones con el adolescente de forma individual, las cuales tienen una duración entre 45 y 60 minutos cada sesión, una vez a la semana. Las sesiones son las siguientes:

- Balance decisional y establecimiento de meta de consumo
- Situaciones de riesgo
- Planes de acción
- Metas de vida
- Cruzando la meta

5. SEGUIMIENTO.

Esta etapa evalúa el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento a los seis meses de concluido el tratamiento. El terapeuta puede definir específicamente los seguimientos de acuerdo a los resultados del tratamiento.

2.3.2 Casos.

En el programa participaron 4 adolescentes (N=4) de 15 a 17 años referidos por sus padres de los cuales dos eran mujeres y dos varones (ver tabla 8).

Tabla 8. Características Generales de los usuarios.

Usuario	Sexo	Edad.	Ocupación	Droga de Impacto
Usuario1	Masculino	17	Estudiante Bachillerato	Marihuana
Usuario2	Femenino	16	Estudiante Bachillerato	Marihuana
Usuario3	Femenino	15	Estudiante Secundaria	Inhalables
Usuario4	Masculino	15	Estudiante Bachillerato	Inhalables

En la entrevista inicial se observaron las siguientes características de los usuarios:

Usuario 1: En los últimos 6 meses mostraba un patrón de consumo de 1 cigarro semanal, su consumo incremento el ultimo mes previo al tratamiento a 5 cigarros semanales; en los 6 meses anteriores al tratamiento consumió 74 cigarros correspondiendo a un promedio semanal de 2.84 cigarros. Su motivo de consulta fue que presentaba problemas con su mama y su bajo rendimiento escolar. Sus principales razones de cambio fueron recuperar la confianza de su mama y mejorar en la escuela.

Usuario 2: Usuario 1: En los últimos 6 meses mostraba un patrón de consumo de 3 cigarros semanales, en los 6 meses anteriores al tratamiento consumió 54 cigarros correspondiendo a un promedio semanal de 2.07 cigarros. Su motivo de consulta fue que presentaba problemas con su familia y en la escuela. Sus principales razones de cambio fueron mejorar sus calificaciones y conocer nuevas amistades.

Usuario 3: En los últimos 6 meses mostraba un patrón de consumo de 8 monas cada 15 días; en los 6 meses anteriores al tratamiento consumió 32 monas correspondiendo a un promedio semanal de 1.23 Su motivo de consulta fue que presentaba problemas con su familia. Sus principales razones de cambio fueron evitar discusiones.

Usuario 4: En los últimos 6 meses mostraba un patrón de consumo de 8 monas semanales durante el último mes; en los 6 meses anteriores al tratamiento consumió 34 monas correspondiendo a un promedio semanal de 1.30monas. Su motivo de consulta fue que en su escuela le exigieron el tratamiento para dejarlo continuar con sus estudios. Su principal razón de cambio fue el querer seguir con sus estudios.

2.3.3 Los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión para que un usuario pueda ser aceptado en el modelo de detección temprana e intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras sustancias son los siguientes.

- 1.- Edad entre los 14 y 18 años.
- 2.- Ser Estudiantes de nivel medio y medio superior.
- 3.- Presentar indicadores de abuso en el consumo de alcohol o de drogas.
4. Que se encuentre en el nivel de riesgo moderado o alto de acuerdo a la OMS. El abuso se identifica como el consumo de 5 o más copas estándar por ocasión y la presentación de consecuencias negativas asociadas (problemas escolares, familiares, económicos, accidentes, etc.) o el consumo en 5 o más ocasiones de alguna otra sustancia y/o problemas relacionados con la misma.

2.3.4 Escenario:

El lugar donde se llevo a cabo el programa de tratamiento fue en el centro “Dr. Héctor Ayala, sede de la residencia para la maestría Psicología de las Adicciones de la Universidad Nacional Autónoma de México.

2.3.5 Instrumentos

Entrevista Inicial (Saucedo y Salazar, 2004).

La entrevista consta de 76 reactivos que miden diferentes áreas: datos de identificación, historia de tratamiento, historia del consumo de drogas, área de la salud, área de depresión y/o riesgo suicida, área escolar, área laboral, área social y familiar, área de sexualidad, satisfacción en la vida, evaluación del entrevistador y recomendaciones para iniciar el tratamiento. Esta entrevista tiene el objetivo de evaluar la historia de consumo (inicio, problemas relacionados, asistencia a otros tratamientos) y algunos de los factores relacionados con el consumo.

Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (Mariño González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1997).

Este instrumento consta de 81 reactivos, contempla siete áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia. Para los objetivos del programa sólo se utilizó el área de uso/abuso de sustancias que contiene 17 reactivos cuya opción de respuesta es dicotómica (sí/no). Anteriormente a partir de una respuesta afirmativa a uno de los 17 reactivos del instrumento, se consideraba necesario que el adolescente ingresara al programa, ya que se infería la presencia de problemas asociados con el consumo. Actualmente dado que la mayoría de los adolescentes tendía a responder afirmativamente a por lo menos una de las preguntas que se realizan en este cuestionario, se ha establecido un criterio de calificación más estricto para lograr identificar a aquellos usuarios que realmente presentan problemas relacionados con el consumo y sean ellos quienes reciban la atención. Para ello, se realizó una selección de

los reactivos más importantes. A continuación se presentan los reactivos que son considerados para el ingreso al programa de tratamiento: 3, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 17.

Línea Base Retrospectiva (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979).

Este instrumento permite conocer el patrón de consumo actual del usuario en relación a la frecuencia y cantidad de consumo en los últimos seis meses.

En el caso del consumo de alcohol, se evalúan días de consumo y cantidad consumida con la medida de trago estándar. En cuanto al patrón de consumo de las drogas ilegales, en el caso del consumo de marihuana se mide de acuerdo al tamaño de un cigarro de tabaco, el consumo de cocaína por líneas o papeles, el consumo de inhalables por número de “monas” consumidas. A partir de la LIBARE, se obtiene la siguiente información en relación a la forma en que consume el individuo: Total de copas consumidas, Cantidad máxima, Cantidad mínima y días de Abstinencia.

Indicadores del DSM IV Dependencia a las Drogas (Martín del Campo, 2007).

Este cuestionario consta de 7 reactivos. En este instrumento se le pide al sujeto que conteste afirmando o negando si en el periodo de los últimos 12 meses ha presentado alguna de las siguientes situaciones o consecuencias por el consumo de alcohol u otra droga. Los síntomas descritos se basan en la definición del DSM IV de dependencia. Si contesta que SÍ a tres de las preguntas del cuestionario, cumple con los criterios básicos de adicción.

Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Annis y Martín, 1985; Traducción y adaptación Echeverría y Ayala, 1997).

El cuestionario tiene el objetivo de medir el concepto de auto-eficacia, en relación con la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo. Consta de 8 reactivos.

En este instrumento se le pide al sujeto que valore el porcentaje de seguridad percibido (en un continuo de 0% a 100%) para resistir consumir en cada una de las situaciones. 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando Autocontrol, 5) Necesidad Física, 6) Conflicto con Otros, 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros.

Este instrumento arroja porcentajes que indican la seguridad que percibe el usuario de resistirse a consumir de manera excesiva, en cada una de las ocho situaciones que contiene el cuestionario. El usuario localiza a lo largo de un continuo que va de 0% a 100% su propio porcentaje de seguridad en las 8 situaciones. El 0% representa que “Definitivamente Consumiría”, es decir que en esa situación específica el adolescente se percibe totalmente seguro de consumir de manera excesiva; en tanto que el 100% representa que “Definitivamente No Consumiría”, es decir, que se percibe con una gran Seguridad de abstenerse en aquella situación.

2.3.6 Procedimiento.

Para incluir al usuario en el programa, se tomaron en cuenta los criterios de inclusión, para que su ingreso al tratamiento fuera de mayor provecho para el sujeto.

A continuación se describen las sesiones del tratamiento.

a) DETECCIÓN DE CASOS. Los usuarios llegaron al centro “Héctor Ayala” referidos por sus padres.

b) EVALUACIÓN. Su objetivo fue conocer el patrón de consumo de los usuarios para saber si estos cubrían los criterios de inclusión.

c) INDUCCIÓN. Esta fase tuvo como objetivo promover la disposición de los adolescentes para realizar un cambio e ingresar al Programa.

d) TRATAMIENTO. Consta de cinco sesiones.

Balance decisional y establecimiento de meta de consumo: el objetivo es que el adolescente analice su consumo y elabore su balance decisional (ventajas y desventajas de cambiar su patrón de consumo) y establezca una meta de reducción de consumo.

Situaciones de riesgo: Esta sesión fue diseñada para que el usuario identifique situaciones que representan un riesgo para el consumo de alcohol y/o drogas, lo cual da lugar a preparar al individuo a tratar efectivamente con esas situaciones.

Planes de acción: En esta sesión el usuario diseña junto con el terapeuta estrategias para el manejo de una recaída con base en lo visto en la sesión anterior “Situaciones de Riesgo”. En esta sesión se describe una estrategia básica de solución de problemas, con el fin de que el usuario desarrolle estrategias de enfrentamiento para sus situaciones principales de consumo siendo claros y precisos.

Metas de vida: Se pretende que el adolescente analice el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en el logro de sus metas de vida a corto, mediano y largo plazo (escolares, familiares, económicas, de tiempo libre, etc.)

Cruzando la meta: En esta sesión se revisan situaciones futuras de alto riesgo y se desarrollan planes de acción para las mismas. Se señala al usuario la importancia de lograr un resultado exitoso a largo plazo y se establece el compromiso de llevar a cabo sesiones adicionales en el caso de ameritarse así como el seguimiento por parte del terapeuta de los avances logrados a través del tiempo.

e) SEGUIMIENTO. Se hace a los seis meses de tratamiento para evaluar el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento.

Para lograr que los usuarios cambien su patrón de consumo el modelo de detección temprana e intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras sustancias hizo uso de las siguientes técnicas cognitivas y conductuales.

Técnicas conductuales.

Autoregistro de consumo: Donde el usuario registra día a día la cantidad de consumo, lo que le permite conocer la cantidad consumida así como los precipitadores internos y externos asociados a esta conducta como sus consecuencias.

Programación y Control de las actividades: Los pacientes que consumen sustancias generalmente se ven involucrados en actividades que precipitan el consumo a su vez descuidan otro tipo de actividades que anteriormente les causaba satisfacción. Por ende se busco controlar las conductas que pudieran poner en riesgo al usuario así mismo se enfatizo en incrementar las conductas productivas.

Técnicas Cognitivas.

Reestructuración cognitiva: El objetivo es que el usuario aprenda a identificar las creencias irracionales cuestionar su sentido, para posteriormente modificarlas por otros pensamientos que favorezcan el autocontrol.

Balance decisional: Esta técnica pretende que el usuario analice las ventajas y desventajas de consumir y dejar de hacerlo, de tal manera que se cree una disonancia cognitiva o ambivalencia que favorezca la abstinencia.

2.3.7 Resultados estudios de caso.

1) características sociodemográficas.

En el programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras sustancias participaron 4 adolescentes dos varones y dos mujeres de 15 a 17 años quienes fueron referidos por sus padres al centro “Héctor Ayala” cabe mencionar que los 4 usuarios cumplían los criterios de inclusión al programa.

En la tabla 9 se describen las principales características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 9. Características sociodemográficas.

variable	resultado
edad	15 a 16 años X: 15.75
sexo	Varones: 2 (50 %) Mujeres: 2 (50 %)
escolaridad	Bachillerato: 3 (75 %) Secundaria: 1 (25 %)
Motivo de consulta	Marihuana: 2 (50 %) Inhalables: 2 (50 %)
Estado civil	Solteros: 4 (100%)

2) Patrón de consumo.

Usuario 1.

En la figura 36 se muestra el patrón de consumo de marihuana semanal durante las tres fases pre-intervención, tratamiento y post-tratamiento para visualizar como ha sido su patrón de consumo durante todo el proceso (ver figura 36).

Figura 36. Promedio de consumo semanal pre tratamiento, tratamiento y post tratamiento.



Usuario 2.

La siguiente figura (ver figura 37) muestra los cambios observados en el promedio de consumo semanal, a lo largo del tratamiento y durante el seguimiento. Se observa un cambio importante en este promedio ya que la usuaria logró la abstinencia. (ver figura 37).

Figura 37. Promedio de consumo semanal pre tratamiento, tratamiento y post tratamiento.



Usuario 3.

En la figura 38 se muestra el patrón de consumo de Inhalables semanal durante las tres fases pre-intervención, tratamiento y post-tratamiento para visualizar como ha sido su patrón de consumo durante todo el proceso (ver figura 38).

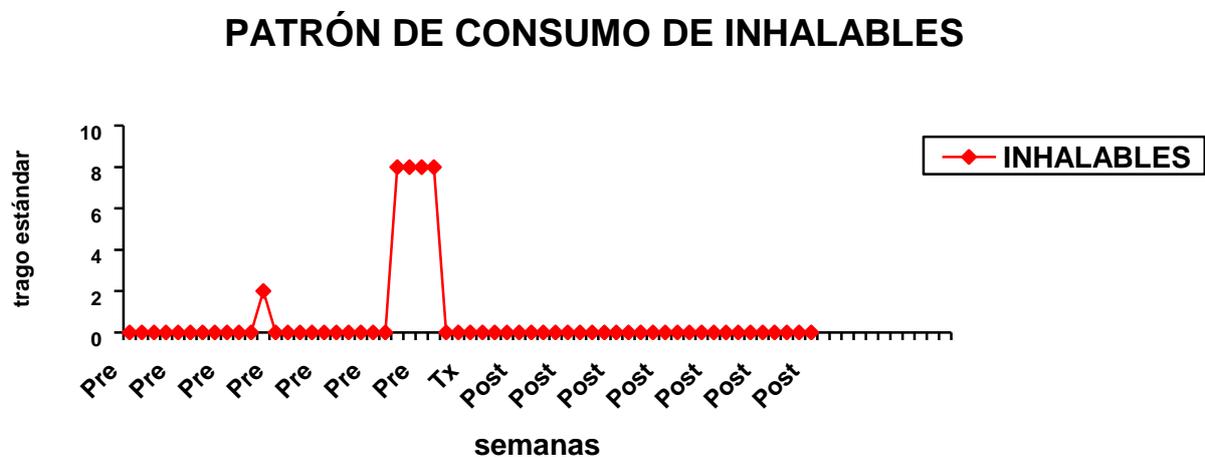
Figura 38. Promedio de consumo semanal pre tratamiento, tratamiento y post tratamiento.



Usuario 4.

En la figura 39 se muestra el patrón de consumo del usuario con respecto al consumo de inhalables durante las tres fases pre-intervención, tratamiento y post-tratamiento para visualizar como ha sido su patrón de consumo durante todo el proceso (ver figura 39).

Figura 39. Promedio de consumo semanal pre tratamiento, tratamiento y post tratamiento.

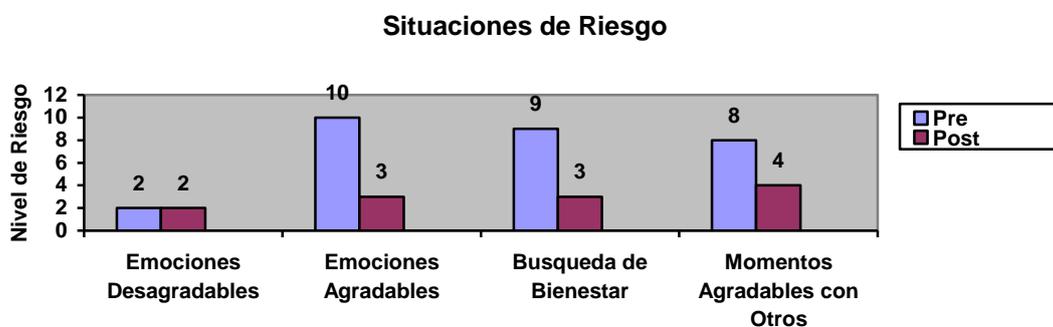


3) Situaciones de Riesgo.

Usuario 1.

El usuario 1 se le aplicó el instrumento ISCDA por tener consumo de marihuana como sustancia de impacto en la figura 40 se muestra los cambios obtenidos posteriores al tratamiento. Los resultados indican una disminución importante de las situaciones de riesgo, a lo cual se concluye que el programa le brindó estrategias al usuario para enfrentar el riesgo de consumo de marihuana.

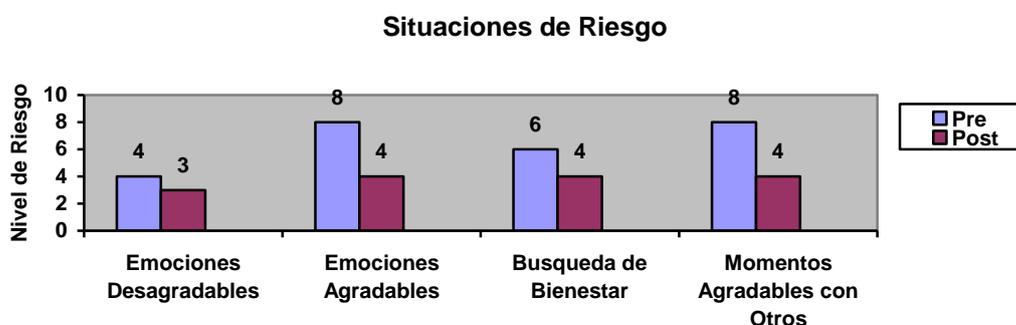
Figura 40. Cambios en las situaciones de riesgo, medido a través del Inventario de Situaciones de Drogas para Adolescentes ISDC-A, comparando pre tratamiento y post tratamiento.



Usuario 2.

El instrumento utilizado para su evaluación fue el ISCDA por tener consumo de marihuana como sustancia de impacto, en la figura 41 se muestra los cambios obtenidos posteriores al tratamiento. Los resultados muestran una disminución de las situaciones de riesgo lo que indica que el usuario adquirió las habilidades necesarias para hacer frente a los precipitadores internos y externos de su vida cotidiana.

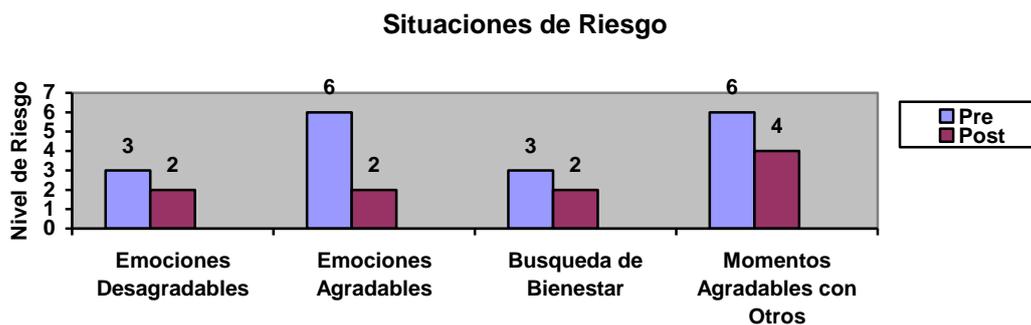
Figura 41. Cambios en las situaciones de riesgo, medido a través del Inventario de Situaciones de Drogas para Adolescentes ISDC-A, comparando pre tratamiento y post tratamiento.



Usuario 3.

En el caso del usuario3 el instrumento utilizado para su evaluación fue el ISCDA por tener consumo de inhalables como sustancia de impacto, en la figura 42 se muestra los cambios obtenidos posteriores al tratamiento. Donde se observa un cambio en las situaciones de riesgo.

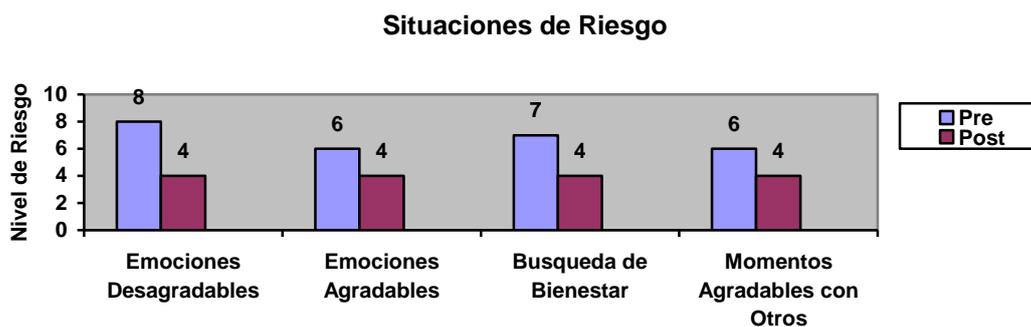
Figura 42. Cambios en las situaciones de riesgo, medido a través del Inventario de Situaciones de Drogas para Adolescentes ISDC-A, comparando pre tratamiento y post tratamiento.



Usuario 4.

La figura 43 muestra los cambios observados en el Inventario de Situaciones de Riesgo. Se observa en general una disminución de las situaciones de riesgo lo cual es indicativo de que el usuario ha adquirido más estrategias de enfrentamiento para evitar el consumo de inhalables como el control de sus emociones negativas y el mejor uso de su tiempo libre.

Figura 42. Cambios en las situaciones de riesgo, medido a través del Inventario de Situaciones de Drogas para Adolescentes ISDC-A, comparando pre tratamiento y post tratamiento.

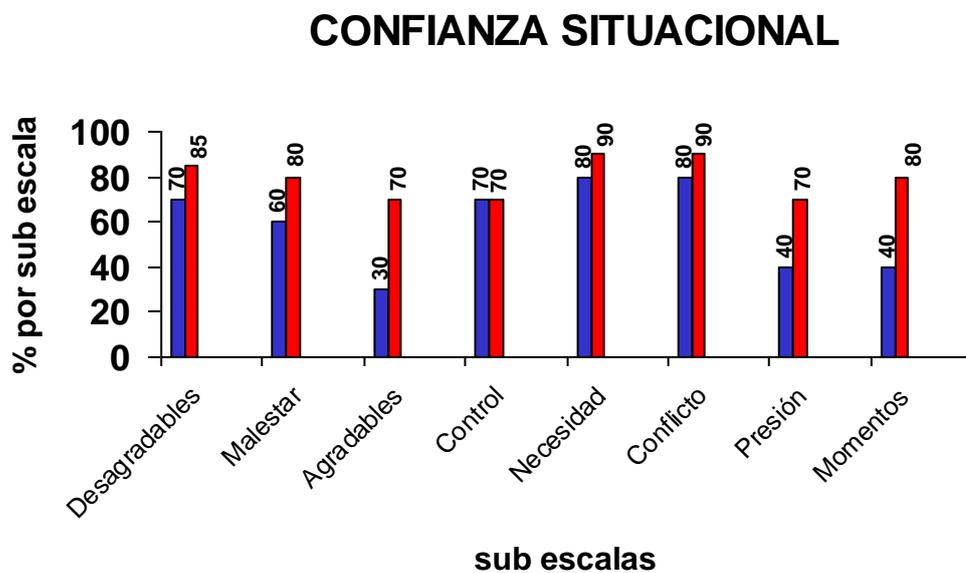


4) Índice de Autoeficacia.

Usuario 1.

En comparación con sus puntuaciones previas la siguiente gráfica muestra los cambios en el nivel de autoeficacia (ver figura 44). Se observa que esta variable también ha cambiado por las nuevas estrategias de enfrentamiento aplicadas que le han funcionado al usuario, las áreas que aumentaron son emociones agradables, malestar físico y presión social.

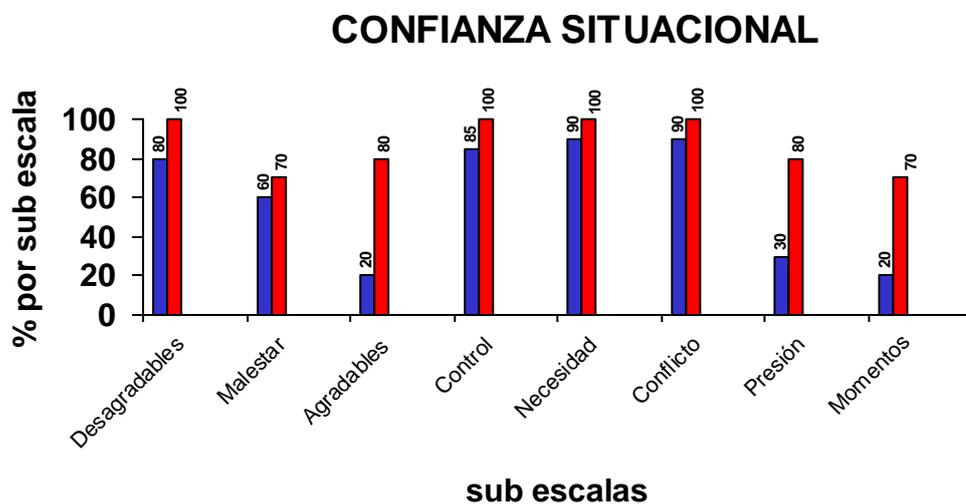
Figura 44. Cambios Pre-Post en la escala Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS).



Usuario 2.

En comparación con sus puntuaciones previas la siguiente gráfica muestra los cambios en el nivel de autoeficacia (ver figura 45). Se observa que esta variable también ha cambiado por las nuevas estrategias de enfrentamiento aplicadas que le han funcionado al usuario, las áreas que aumentaron son emociones agradables, presión social y momentos agradables con otros.

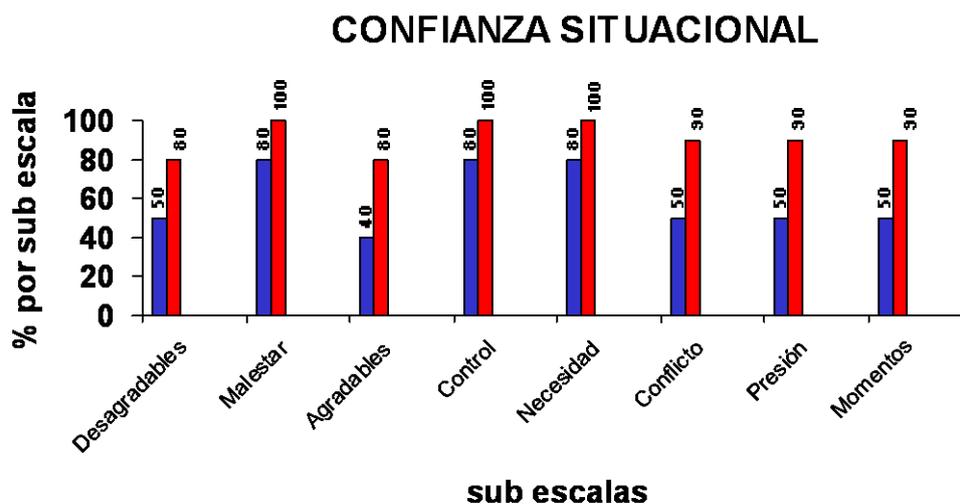
Figura 45. Cambios Pre-Post en la escala Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS).



Usuario 3.

La figura 46 muestra los cambios pre- post observados en el cuestionario de confianza situacional del usuario. Se observa en general un aumento en la percepción de auto eficacia para resistirse al consumo, principalmente en las áreas emociones desagradables, conflicto con otros y presión social.

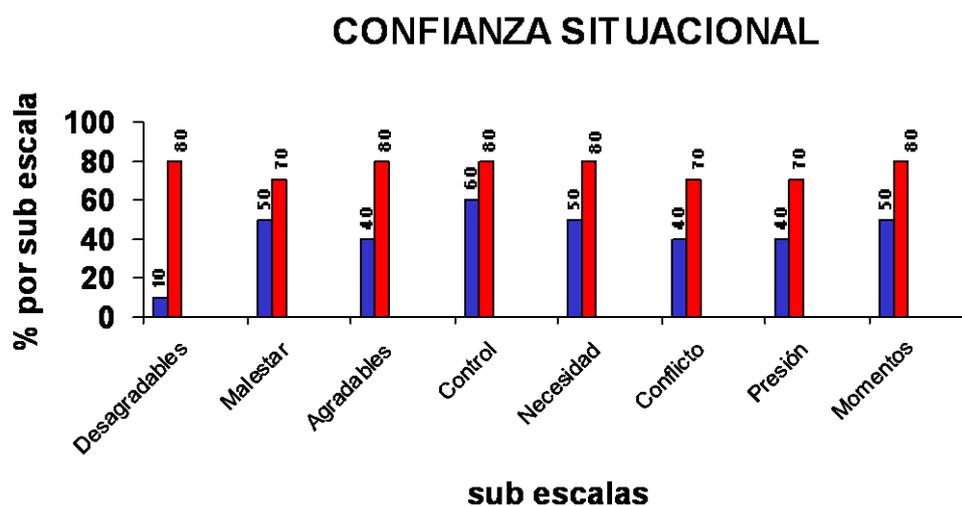
Figura 46. Cambios Pre-Post en la escala Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS).



Usuario 4.

La figura 47 muestra los cambios pre- post observados en el cuestionario de confianza situacional del usuario. Se observa en general un aumento en la percepción de auto eficacia para resistirse al consumo, principalmente en las áreas emociones desagradables, momentos agradables con otros y presión social.

Figura 47. Cambios Pre-Post en la escala Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS).



2.3. 8 Discusión.

El objetivo general del programa fue ayudar a los usuarios a analizar su consumo de sustancias, conocer la percepción que tienen en cuanto a estas así como conocer sus principales situaciones de riesgo para poder desarrollar e instrumentar planes de acción para modificar sus creencias y tomar acciones para hacer frente a los diferentes precipitadores a los cuales enfrentan en su vida cotidiana y de esta manera alcanzar la abstinencia, que a su vez será el pilar para el logro de sus metas a corto, mediano y largo plazo.

El programa fue aplicado a 4 usuarios de los cuales fueron 2 varones (50 %) y dos mujeres (50 %) con una escolaridad de bachillerato (75 %) y secundaria (25 %), Los usuarios tenían un promedio de edad de 15.75 años y eran consumidores de marihuana (50 %) e inhalables.

Los resultados muestran que el Programa de Intervención Breve para Adolescentes, permitió llegar a la abstinencia en el patrón de consumo de los adolescentes consumidores de inhalables y marihuana. Se encontró en los análisis de las pruebas ISCA y CCS cambios importantes que sugieren que el programa no sólo fue efectivo en la reducción del patrón de consumo, sino también en la percepción de eficacia para enfrentar situaciones de riesgo, así como diversas estrategias para mantener la abstinencia. Es importante enfatizar que la abstinencia es considerada por muchos investigadores y personal del área de la salud como la meta ideal de cambio en los adolescentes por varias razones, entre ellas: 1) la abstinencia es la meta de la mayoría de los programas de tratamiento en adultos y 2) cualquier uso de drogas por menores de edad es ilegal.

Como se menciona anteriormente una parte esencial de los tratamientos cognitivos conductuales es que el usuario identifique las situaciones en las que consume para que por medio del desarrollo de planes de acción pueda enfrentarlas en forma eficiente. En los usuarios atendidos se encontró que las principales situaciones de riesgo que los llevaban al consumo fueron: a) presión social, b) emociones agradables, c) momentos agradables con otros. Lo cual pone en evidencia la necesidad de entrenar a los usuarios en habilidades de afrontamiento para precipitadores externos, como son habilidades para rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, resolución de problemas etc. Pero también es necesario que ellos adquieran habilidades para enfrentar los precipitadores internos para controlar emociones positivas y negativas así como reestructurar los diversos pensamientos precipitadores y percepciones positivas sobre las sustancias.

Una de las limitantes del programa es el ausentismo a las sesiones de tratamiento por parte de los usuarios por lo que se sugiere fortalecer las estrategias para crear adherencia terapéutica, como el involucramiento de la familia del adolescente desde las primeras sesiones de tratamiento para disminuir las tasas de ausentismo y aumentar la asistencia con la finalidad de llevar a cabo íntegramente el tratamiento.

Tercera parte

3. REPORTE DE CASO UNICO

INTRODUCCION.

El PSC es un programa que ha sido efectivo para el tratamiento de dependencia sustancial y severa a drogas legales e ilegales en usuarios que han tenido tratamientos previos y no han logrado la abstinencia (Barragán et. al., 2005), por tal razón se aplicó a un usuario con dependencia sustancial al alcohol con nivel de ansiedad moderado y nivel de depresión severo, con pérdidas en varias áreas de su vida cotidiana y con tratamientos previos sin éxito. Desde su preconsulta en el CAIS hasta su tercer seguimiento, se le atendió durante 25 sesiones de tratamiento.

Cabe mencionar que además del programa de tratamiento del PSC, el usuario recibió en consulta externa una intervención multidisciplinaria que consistía de sesiones de atención médica-psiquiátrica y pláticas a cargo del departamento de trabajo social.

El objetivo de este capítulo es presentar la descripción del caso con seguimiento al mes, tres y seis meses. Los antecedentes teóricos así como los objetivos y el procedimiento del PSC se expusieron en páginas anteriores (p.35-45), por lo que este apartado se centrará en la parte práctica del reporte de caso.

A continuación se presenta la descripción del caso, la historia de consumo, desarrollo de la intervención y resultados obtenidos.

3.1 DESCRIPCION DEL CASO

DATOS GENERALES.

Hombre de 41 años de edad, estatura 1.70 metros, 85 kilogramos de peso, complexión robusta, con Licenciatura en Educación Secundaria concluida, actualmente trabaja como profesor en una secundaria particular en el turno vespertino. La sustancia de consumo por la que inicia el tratamiento es el alcohol, del cual su bebida de preferencia es la cerveza, consumiendo ésta 4 veces por semana generalmente del día jueves al día domingo, su consumo aproximado es de 12 tragos estándar por ocasión los primeros tres días y 4 tragos estándar el día domingo, patrón que ha mantenido durante el último año. Sus episodios de consumo duran alrededor de 4 horas. En este último año el periodo más largo de abstinencia fueron 49 días continuos como resultado de periodo vacacional. El usuario menciona no consumir ninguna otra sustancia.

El motivo de consulta fue: “Soy alcohólico y necesito ayuda para rehabilitarme, mi novia con la que llevaba 4 años de relación acaba de morir y se quedo con la preocupación que yo tomaba mucho, además yo no quiero morirme a causa de esto, me da miedo no poder controlarlo”. Los problemas ocasionados por el consumo en distintas áreas de su vida, además de tratamientos previos sin éxito hicieron que buscara tratamiento especializado en el CAIS Torres de Potrero.

El usuario reconocía las consecuencias ocasionadas por el consumo y consideraba su problemática como muy grave. Al llegar a pre consulta llevaba 2 días sin consumir su fecha de último consumo fue el 17/10/10. El usuario mostraba diversos síntomas de ansiedad como: taquicardia, pensamientos catastróficos, miedos, sudoración, debilidad, etc.

El usuario es el segundo de dos hermanos y vive actualmente con su hermana, cuñado y sobrino. Es soltero y no mantiene ninguna relación de tipo sentimental. Su padre murió en 2004 y su madre falleció en 2008.

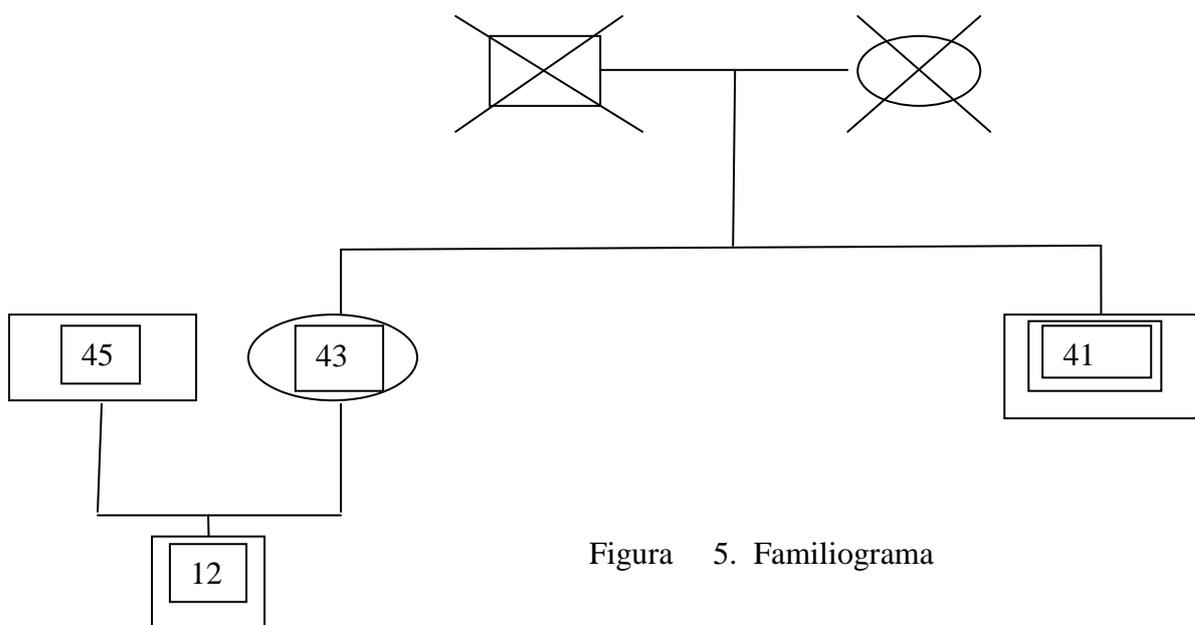


Figura 5. Familiograma

El usuario llega al Centro de Asistencia e Integración Social Torres de Potrero [CAIS] de propia voluntad, después de haber intentado rehabilitarse por medio de sesiones de psicología en un consultorio particular durante 6 meses en el año 2008 y posteriormente haber asistido a Centros de Integración Juvenil (CIJ) nuevamente un periodo de seis meses en el año 2009, cabe mencionar que el usuario fue internado en anexos en una ocasión este internamiento no lo concluye satisfactoriamente ya que no cumple el tiempo asignado por los maltratos a los que fue sometido y únicamente se mantiene en éste por tres semanas después de las cuales abandona el lugar. “En el anexo me golpeaban y no me atendía gente preparada, sino la misma gente que ya se había rehabilitado, por eso decidí salirme de ahí” (SIC). Fue atendido en el CAIS el día: 19/10/10 día de su preconsulta, a partir de ese momento se determino atenderlo en modalidad de consulta externa, ya que por su trabajo y su experiencia previa en el anexo no quiso llevar a cabo la modalidad de internamiento. Se acordó que el usuario recibiría también a partir de la semana siguiente a su preconsulta atención médica y psiquiátrica además de pláticas con el departamento de trabajo social. Las sesiones con el psicólogo eran semanales en tanto que las sesiones médicas y con trabajo social eran cada 15 días. El tratamiento a seguir fue el Programa de Satisfactores Cotidianos [PSC] el cual se le ofreció para iniciar desde la primera semana de tratamiento, en sesiones semanales de una hora. Cabe destacar que un requisito para la atención en el CAIS fue mantenerse en abstinencia mientras se llevaba a cabo el tratamiento.

En total se le atendió desde su ingreso hasta su egreso, durante 25 semanas.

3.2 INFORMACION OBTENIDA DE LA ENTREVISTA.

3.2.1 MOTIVACION AL CAMBIO Y CONSECUENCIAS ASOCIADAS.

En la entrevista inicial el usuario se mostró cooperador, aunque ansioso con sudoración, también presentaba constantes movimientos de los pies contra el suelo y temblor de manos, su mirada se veía perdida y su tono de voz era muy bajo. El usuario reportó que para él era muy importante dejar de consumir alcohol por los problemas que ya le estaba causando y los que le podría causar a largo plazo. Entre los problemas que ya se manifestaban se encuentran los siguientes: gastos excesivos, aislamiento familiar, aislamiento social, problemas con la policía, lagunas mentales, temblores de cuerpo, crudas, bajo rendimiento laboral, ansiedad, episodios de tristeza. Sus principales razones para cambiar fueron: “tengo miedo de morir por consumir mucho alcohol” “mi novia murió hace meses y se fue preocupada por mi, quiero que descanse en paz” “quiero hacer una vida nueva y recuperar a mi familia” (SIC).

Al preguntarle sobre su seguridad para dejar de consumir en ese momento dijo sentirse poco seguro de poder dejar el consumo y en una escala de 1 a 10 donde 10 es “muy seguro de no consumir”, puntuó con 4 puntos.

La consecuencia relacionada con el consumo que percibió como más grave, fue su ingreso al hospital por una congestión alcohólica en el mes de febrero del 2008, suceso del cual después de su recuperación siguió consumiendo en forma habitual.

3.2.2 CRONOLOGIA DEL CONSUMO.

Inició en el consumo del alcohol a la edad de 24 años presentando un consumo esporádico y moderado 4 tragos estándar cada 2 meses aproximadamente, ese patrón de consumo lo mantiene hasta los 29 años. Es en esta edad cuando su patrón de consumo se incrementa a 12 tragos estándar semanales, siendo los días viernes y sábado cuando bebe productos etílicos. Esta forma de beber la mantiene aproximadamente por 5 años.

A los 35 años comienza a beber días entre semana generalmente los días martes y miércoles mas los días viernes y sábado de fin de semana por lo cual su consumo se incrementa a 32 tragos estándar semanales, bebiendo 8 tragos estándar por ocasión de consumo esta forma de beber se mantiene por 1 año. Después de este periodo a la edad de 36 años el usuario menciona darse cuenta que esta bebiendo muchos días alcohol además de recibir llamadas de atención en su trabajo por lo cual sus días de consumo se reducen a los fines de semana los días viernes y sábado pero incrementa la cantidad de consumo a 16 tragos estándar por ocasión patrón que perdura aproximadamente tres años.

A la edad de 39 años su consumo es de aproximadamente 28 tragos estándar semanales; cabe mencionar que en esa edad sus días de consumo aumentan de 2 a 7 días a la semana, bebiendo aproximadamente 4 tragos estándar por ocasión. Este patrón de consumo lo mantiene cerca de dos meses y lo concluye cuando el usuario ingiere 32 tragos estándar en un episodio de consumo único, que lo lleva a un cuadro de

congestión alcohólica, posteriormente disminuye los días de consumo a su patrón habitual de fines de semana los días viernes y sábado.

A partir de los 40 años su consumo es de 40 tragos semanales consumiendo generalmente los días jueves, viernes, sábado aprox. 12 tragos estándar por ocasión y el domingo 4 tragos por ocasión patrón que mantiene actualmente.

Es importante hacer mención que en el mes de febrero del 2010 su consumo aumentó a 56 tragos estándar semanales, con un consumo diario de 8 tragos por ocasión de consumo, este patrón se mantiene durante dos semanas; después de las cuales volvió a reducir a 40 tragos estándar semanales con consumo los días jueves, viernes, sábado y domingo.

3.2.3 HISTORIA DE CONSUMO.

A los 24 años el usuario comenzó a beber alcohol en fiestas de manera muy esporádica, tomaba alrededor de 4 tragos estándar. A los 29 años aumenta su patrón de consumo debido a que en esta edad inicia su etapa laboral en la escuela secundaria donde labora actualmente. Es en este lugar donde el usuario establece lazos amistosos con personas consumidoras con las cuales solía reunirse para beber. “Cuando empecé a trabajar en la secundaria conocí unos amigos que suelen beber bastante; generalmente me reunía con ellos los viernes después del trabajo y los sábados en bares para convivir y hacer círculos sociales ya que nunca tuve muchos amigos y con este grupo me sentía aceptado” (SIC).

Cuando el usuario tiene 35 años de edad fallece su padre a causa de un accidente de trabajo; por lo que el usuario experimenta muchas emociones desagradables las cuales pretende controlar por medio del consumo de alcohol “Yo en esas épocas extrañaba mucho a mi papá ya que él y yo éramos muy unidos; entonces comienzo a beber mas de lo acostumbrado para desahogar la tristeza y enojo por lo que me estaba pasando” (SIC).

A partir de ese momento, comienza a gastar un porcentaje alto de su salario en el consumo, ya que él es quien paga sus cuentas y de sus amigos, empieza a beber días entre semana por lo cual el usuario descuida sus relaciones familiares y entra en constantes discusiones con su madre y hermana a causa de su consumo, su rendimiento laboral disminuye por lo cual recibe llamadas de atención de sus superiores.

A la edad de 39 años; el usuario sufre una nueva pérdida ya que fallece su mamá a causa del cáncer, esta nueva pérdida es el detonante para que sus días de consumo aumenten de 2 a 7 días a la semana, cabe mencionar que este patrón de consumo lo mantiene por dos meses el cual concluye con una ingesta masiva de 32 tragos estándar en un único episodio que lo deriva a un cuadro de congestión alcohólica teniendo que ser internado para su recuperación. “Cuando fallece mi mamá agarro la tomadera casi todos los días por 2 meses; es en esta etapa cuando comienzo a beber por primera vez sin compañía y tengo lagunas mentales además de llegar en una ocasión al hospital a causa de una congestión alcohólica y ser sometido a un lavado de estomago” (SIC).

Las consecuencias que recibe el usuario por su forma de consumo son gastos excesivos, aislamiento familiar, aislamiento social, lagunas mentales, deterioro físico,

problemas de salud, bajo rendimiento laboral, problemas con autoridades, ansiedad y depresión.

El usuario busca ayuda por primera vez en abril del 2008 ya que se asusta por las lagunas mentales que sufre y por su hospitalización además de las continuas fricciones con su novia y su hermana. Recibe tratamiento psicológico en un consultorio particular durante seis meses, durante los cuales sigue consumiendo por lo cual abandona el tratamiento aunque reduce los días de consumo a 2 días y únicamente vuelve a consumir en compañía de otras personas.

En el mes de marzo del 2009 a sugerencia de su hermana y cuñado comienza a asistir a platicas en un Centro de Integración Juvenil, grupo al cual asiste alrededor de medio año, periodo en el cual el usuario sigue consumiendo 2 veces a la semana situación que lo hace dejar de asistir al CIJ.

En el año 2010 aumenta su consumo a 40 tragos estándar semanales bebiendo 4 días a la semana ya que menciona frecuentar más a sus amigos consumidores, con los cuales se reúne en bares y cantinas para pasar su tiempo libre. “En el 2010 vuelvo a juntarme de nuevo con mis amigos borrachos, entonces empiezo a tomar con mas frecuencia, no se como decirles que no” (SIC). En el mes de febrero del 2010 el usuario sufre por tercera vez una perdida significativa ya que su novia con la cual llevaba 4 años de relación muere en un accidente automovilístico; es en este mes cuando su consumo aumenta a 56 tragos semanales durante dos semanas “Cuando fallece mi novia lo único que quiero es estar fuera de la realidad, hay demasiado dolor y pena”, “La única forma de ausentarme es tomando” (SIC). La perdida de su novia y la forma de consumo hacen que el usuario se interne en un anexo a finales de Febrero del 2010. “Decidí internarme ya que considere era la única forma para dejar de consumir y aislarme del mundo, sin embargo en el anexo recibí mucho maltrato y humillación además de ser tratado por gente no profesional, mas bien eran ex adictos quienes daban el tratamiento por lo cual decidí escaparme a la tercera semana de anexado”(SIC).

Después del anexo el usuario decide volver a su casa; manteniendo un consumo aproximado de 40 tragos estándar semanales, siendo los días de consumo los jueves, viernes, sábados y domingos. El usuario menciona reflexionar sobre las pérdidas que ha tenido de personas importantes y las problemáticas que le causa su estilo de vida; por lo cual decide junto a su familia buscar atención profesional. ”Tengo miedo de morir por consumir mucho alcohol” “mi novia murió y se fue preocupada por mi, quiero que descanse en paz” “quiero hacer una vida nueva y recuperar a mi familia” (SIC). Al usuario y a su hermana les recomendaron el CAIS Torres de Potrero al cual acuden a solicitar sus servicios en Octubre del año 2010.

3.3 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

A continuación se enumeran los instrumentos utilizados durante la admisión y la evaluación I y II así como los resultados obtenidos en cada prueba.

Resultados de la admisión.

El objetivo de esta sesión fue conocer los datos sociodemográficos del usuario, historia de consumo, problemas asociados, así como ver si el usuario era candidato al programa. Durante la admisión se aplicaron los siguientes instrumentos: a) Entrevista Conductual (en Barragán et. al., 2006). b) subescalas de repetición de de símbolos y dígitos (en Barragán et. al., 2006), c) Escala de Dependencia al alcohol [EDA] (Skinner y Allen, 1982 en Barragán et. al.,2006), d) Escala de Satisfacción (Azrin, Master y Jones, 1973 en Barragán et. al.,2006).

Se aplico la escala de símbolos y dígitos del WAIS para ver el funcionamiento cognitivo del usuario ya que es uno de los criterios de inclusión al programa, el puntaje mínimo para ingresar es de 6 puntos. Al promediar las dos escalas el usuario obtuvo un puntaje de 12 puntos, lo cual indica que su funcionamiento cognitivo es el adecuado para el ingreso al programa.

En cuanto al nivel de dependencia al alcohol obtuvo un puntaje de 28 que indica dependencia sustancial. Su nivel de satisfacción en las áreas fue bajo, obteniendo un promedio general de 6.

Con la información obtenida en la admisión (ver tabla 10) se decidió ingresarlo al programa PSC explicándole al usuario el por qué dicho programa era su mejor opción de tratamiento por ultimo se le dio a firmar la carta compromiso donde se especificaban los lineamientos a seguir para que el programa fuera exitoso.

Tabla 10. Resultados obtenidos en la Admisión.

PRUEBA	PUNTAJES OBTENIDOS	DIAGNOSTICO CON RESPECTO A LA NORMA	OBSERVACIONES
Repetición de dígitos (mide la memoria auditiva inmediata)	13 puntos	Funcionamiento cognitivo por encima del promedio, memoria auditiva inmediata, secuenciación auditiva, agilidad mental, atención involuntaria, concentración	Buena capacidad para evocar recuerdos inmediatos, habilidad para atender adecuadamente en una situación, pese a reportar lagunas mentales.
Símbolos y dígitos (mide la memoria visual inmediata y la coordinación visomotora)	11 puntos	Funcionamiento cognitivo encima del promedio, memoria visual inmediata, destrezas motoras, velocidad psicomotriz, atención, habilidades simbólicas asociativas	Muestra destreza visomotora, buena concentración, habilidad para aprender material nuevo y reproducirlo con velocidad y precisión. Logra una buena ejecución a pesar de su ansiedad.
Escala de Dependencia al alcohol [EDA]	28 puntos	Dependencia Sustancial (de 22 a 30)	Puntúo afirmativo en reactivos que sugieren dependencia como: Con frecuencia sufre crudas los domingos o los lunes por las mañanas, siente pánico al pensar que no tendrá una copa cuando la necesite, piensa constantemente en beber y en bebidas, ha tenido lagunas mentales, ha tratado dejar de beber y no pudo, bebe muy rápido, después de tomar una o dos copas no puede dejar de beber.
Escala de Satisfacción (mide la impresión subjetiva del usuario sobre la satisfacción que tiene en esas áreas de su vida)	Consumo: 4 Progreso en el trabajo: 6 Manejo del dinero: 6 Vida social y Recreativa: 4 Hábitos Personales: 7 Hábitos Familiares: 6 Situación Legal: 8 Vida Emocional: 4 Comunicación: 5 Satisfacción General: 6 Promedio:5.6	La escala no proporciona un diagnóstico	Los puntajes corresponden a que tan satisfecho se sintió el usuario en esas áreas de su vida. La escala va de 1 a 10. Se observa que su satisfacción al inicio del tratamiento es baja en la mayoría de las áreas

Resultados de la Evaluación 1

El objetivo de evaluar al usuario fue conocer su patrón de consumo en el año previo al tratamiento, las principales situaciones de riesgo de consumo así como la autoconfianza para poder resistir el consumo ante dichas situaciones. Se aplicaron los siguientes instrumentos: a) Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell y Sobell, 1992; versión adaptada al español Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998 en Barragán et. al., 2006)., b) Inventario de situaciones de consumo de alcohol [ISCA] (Annis 1982; versión adaptada por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998 en Barragán 2006), c) Cuestionario de Confianza Situacional [CCS] (Annis, Gramm y Davis, 1987; versión adaptada al español por Echeverría y Ayala, 1977 en Barragán, 2006). A continuación se describe de manera independiente el patrón de consumo del usuario.

CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo del usuario durante un año (2 de Noviembre del 2009 al 2 de Noviembre del 2010) fue un total de 1456 tragos estándar, lo que equivale a 28 tragos a la semana en promedio. El mes de mayor consumo fue Mayo del 2010 con 188 tragos estándar. El mes de menor consumo fue Julio 2010 con 0 tragos estándar. Su consumo máximo por ocasión fue de 20 tragos estándar, su consumo mínimo por ocasión fue de 4 tragos estándar. El periodo de abstinencia más largo fueron 49 días seguidos (Junio, Julio y Agosto 2010). Los días de consumo durante el año previo al tratamiento fue de 146 días (40%) mientras que los días de no consumo fueron 219 días (60%) ver figura 48.

Figura 48. Patrón de Consumo de alcohol durante el año previo al tratamiento.



SITUACIONES DE RIESGO Y AUTOCONFIANZA

Las principales situaciones de consumo que presento el usuario fueron: a) emociones desagradables (85%) donde este tipo de emociones como la ansiedad, el enojo, la tristeza activan el deseo de consumir sustancias. b) Presión social (80%) que consta al estar expuesto el individuo ante situaciones en las que se recibe la influencia de otra persona o grupo como ante un ofrecimiento verbal directo o indirecto y c) Necesidad de consumo (80%) que se refiere al deseo de consumir activado por precipitadores ambientales tales como personas, lugares, sonidos etc.

Las situaciones donde el usuario se percibió menos seguro de poder resistir el consumo fueron: a) emociones desagradables (40%), b) presión social (40%) y c) conflicto con otros (50%).

Resultados de la evaluación II

Se aplicaron instrumentos para conocer el nivel de depresión y ansiedad del usuario antes de iniciar el tratamiento. Los instrumentos aplicados fueron a) Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1988; versión adaptada en español por Jurado et. al., 1998 en Barragán et. al., 2006), b) Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, 1988; versión adaptada en español por Robles, Varela, Jurado y Pérez ,2001 en Barragán et. al., 2006).

El nivel de depresión que presento el usuario antes de iniciar el tratamiento fue severo (32 puntos) su nivel de ansiedad fue moderado (28 puntos).

Para obtener mayor información sobre características de los instrumentos ver la sección Programa de Satisfactores Cotidianos, de formulación de programas (ver p. 43 a 45).

3.4 IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

El primer contacto con el usuario se dio el día 19 de Octubre del 2010 en el área de consulta externa del CAIS, se percibió que su edad cronológica no coincidía con la aparente pues sus rasgos aparentaban mayor edad. Su discurso era coherente y congruente, su volumen de voz era bajo y por momentos divagaba para contestar.

Tenia la mirada hacia el escritorio, presentaba movimientos constantes de pies y manos, junto con sudoración, a pesar de ello su funcionamiento cognitivo permitió que cumpliera con los objetivos de las sesiones y comprendiera los temas.

Cuando inicio el tratamiento mostraba dificultad para expresar y controlar sus emociones en una forma adecuada, además de carecer de habilidades para rehusarse al consumo, situación que le había hecho continuamente caer ante diversos precipitadores externos e internos. Por otra parte sus habilidades sociales y actividades recreativas eran muy limitadas por lo cual sus círculos de amigos únicamente se centraban en compañeros del trabajo quienes a su vez eran personas consumidoras por lo cual los ratos libres del usuario los dedicaba al consumo de alcohol.

Sobre su vida familiar mencionaba llevar una relación cordial con su hermana, cuñado y sobrino aunque a últimas fechas se había vuelto distante debido al aislamiento de si mismo la mayor parte del tiempo. Refiere que en el pasado eran sus padres quienes resolvían la mayoría de dificultades dentro del seno familiar y que la relación con ellos era buena, con algunas discusiones ocasionales con su mamá debido al consumo, ahora con ambos fallecidos las reglas y la comunicación en la casa se habían vuelto poco claros e inconsistentes.

En cuanto a su vida sentimental mostraba preocupación, tristeza e incomodidad por la muerte de su novia en febrero 2010, se describía como desinteresado por establecer de nueva cuenta relaciones sentimentales con una pareja, manteniéndose aislado la mayor parte del tiempo.

Retomando el modelo de las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente (1986) se observa que el usuario se encontraba en la etapa de contemplación ya que se mostraba interesado en cambiar a su vez que sabía las consecuencias negativas que le había ocasionado el consumo, pero a su vez se mostraba poco confiado en hacerlo ya que le gustaban los efectos que sentía al consumir y el sabor de la bebida.

3.5 RECURSOS DISPONIBLES Y DEFICITS

El usuario contaba con ciertos recursos que favorecieron la adherencia hacia el tratamiento así como el buen aprovechamiento de los componentes del programa PSC. Entre dichos recursos tenemos el nivel cognitivo del usuario (ver p.98) que favorecía la comprensión y ejecución de los diversos componentes.

El usuario también reconocía las consecuencias negativas que le habían traído el consumo de sustancias como: problemas familiares, físicos, laborales y personales. Así mismo reconocía que necesitaba cambiar su forma de consumir, llevando a cabo para ello diversas acciones como lo eran acudir al centro y seguir a cabo los tratamientos psicológicos y médicos asignados. En el pasado fue capaz de controlar su consumo por si solo, logrando 49 días en abstinencia, siendo el periodo máximo que reporta haber estado sin consumir, este periodo de abstinencia fue retomado para que el usuario aumentara su autoeficacia.

Otro de los recursos que tuvo a favor fue el contar con el apoyo de su hermana, cuñado y sobrino para dejar de consumir, lo que facilitó su adherencia al tratamiento. Por ejemplo su hermana lo acompañó a la mayoría de las sesiones durante el proceso de tratamiento, estando pendiente de las indicaciones del psicólogo y del médico, además de ayudarlo en la compra y administración de sus medicamentos.

El tratamiento médico psiquiátrico como parte del apoyo interdisciplinario que ofrece el CAIS como complemento al apoyo psicológico, ayudó a la rehabilitación del usuario. El usuario estuvo medicado (Carbamazepina, Fluoxetina, Complejo B, Clonazepam). Estos medicamentos regulaban su estado de ánimo (ansiedad y depresión) así como el deseo por las sustancias.

Uno de los principales objetivos del Programa fue que el usuario aumentara la satisfacción en sus actividades cotidianas y mejorar su calidad de vida, para tuviera una diversidad de actividades generadoras de placer sin las consecuencias negativas que traía el consumo. Así mismo se buscó dotarlo de habilidades sociales y técnicas de rehusarse al consumo, así como de un manejo positivo de sus emociones para hacer frente a los diversos precipitadores externos e internos que enfrentaba en su vida cotidiana.

Por otra parte algunos puntos que dificultaron su proceso de cambio fueron su desinterés para retomar relaciones interpersonales y que sus actividades personales y profesionales estuviesen muy limitadas, lo cual impedía generar otro tipo de actividades no relacionadas con el consumo.

3.6 SESIONES DE TRATAMIENTO

El tratamiento se llevo a cabo en 25 sesiones desde su preconsulta hasta el tercer seguimiento. Todas las sesiones se dieron en la modalidad de consulta externa en el CAIS Torres de Potrero. A continuación se describe cada una de las sesiones de tratamiento, así como las sesiones de seguimiento al mes, tres y seis meses después del ultimo contacto.

SESION 1.

ADMISIÓN

En esta sesión se decidió atender al usuario con el programa de Satisfactores Cotidianos ya que éste era el modelo que más se adecuaba a sus necesidades: ser mayor de 18 años, presentar dependencia sustancial a severa en el consumo de alcohol, tener un consumo semanal de 20 o mas tragos estándar, haber asistido a tratamientos previos sin lograr la abstinencia y tener pérdidas en distintas áreas de su vida cotidiana.

En la sesión se aplicó la entrevista conductual, se exploró la cronología, patrón e historia de consumo así como los principales problemas asociados con este. Se aplicaron las subescalas del WAIS para tener conocimiento de su estado cognitivo, La escala de dependencia al alcohol [EDA] y la escala de Satisfacción General (ver p. 98)

Se le explicó al usuario en que consistía el tratamiento recomendado sus componentes y los objetivos de cada componente, haciendo énfasis en el entrenamiento del manejo de sus emociones y habilidades de rehusarse al consumo para hacer frente en una forma adecuada a los precipitadores internos y externos que lo han llevado en el pasado al consumo, así mismo se explicó que se trabajaría también prioritariamente en mejorar sus habilidades de comunicación, actividades sociales y recreativas y metas de vida para poder tener un repertorio que le permita tener satisfacción en distintas áreas de su vida sin las consecuencias negativas que tiene el uso del alcohol.

Se comento que la principal meta del tratamiento era alcanzar la abstinencia. El usuario firmo la forma de consentimiento en la cual se explica la forma de trabajo, así como el encuadre terapéutico donde se recalcan los derechos y obligaciones del paciente y del terapeuta.

Finalmente el usuario identifico como situación de riesgo a presentarse antes de la próxima sesión el día de muertos. La fecha ocasionaba en el usuario cierto conflicto y nerviosismo al ser una fecha que traía a su cabeza muchos recuerdos y emociones: “El día de muertos me tiene muy intranquilo, es muy triste para mi y francamente me da miedo que la tristeza dispare en mi las ganas de consumir, no se si debo acudir al panteón o esperar a mis familiares en casa” (SIC). El usuario elaboró su plan de acción el cual consistía en estar acompañado por sus familiares en el panteón y por la tarde distraerse saliendo a caminar y ver televisión también acompañado de algún familiar.

SESION 2.

EVALUACIÓN 1

Se le pregunto al usuario sobre la situación de riesgo a la cual se había expuesto y se revisaron los planes de acción utilizados, se dio retroalimentación para que los planes de acción fueran más eficientes, se reviso el auto registro y se reforzó su segunda semana de abstinencia.

Uno de los objetivos principales del programa, era motivar al usuario a cambiar su conducta de consumo; por lo que se requirió medir antes de la intervención la ocurrencia e intensidad de la conducta de consumo para tener un punto de comparación posterior a la intervención. Por lo tanto en esta sesión se aplicaron los instrumentos de evaluación que permitieron identificar el patrón de consumo durante el año previo al tratamiento [LIBARE], sus principales situaciones de riesgo de consumo de alcohol [ISCA] y su nivel de autoeficacia para resistirse al consumo [CCS].

La evaluación permitió detectar, qué situaciones o estímulos funcionaban como antecedentes que activan al organismo hacia la búsqueda de la sustancia y cuales eran las consecuencias del consumo. Al usuario se le dio la retroalimentación correspondiente de cada uno de los cuestionarios aplicados, aunque se le enfatizo que los datos se le presentarían de manera mas precisa durante la siguiente sesión.

SESION 3.

EVALUACIÓN II

Se entregaron los resultados de la LIBARE, retroalimentando sobre la cantidad total consumida durante el año previo al tratamiento de alcohol, así como su consumo mensual y semanal. Se reflexionó sobre las circunstancias que lo habían precipitado al consumo, así como lo referente a los periodos de abstinencia que había logrado mantenerse sin consumo.

Sobre sus principales situaciones de riesgo se le explicó que estas tenían que ver con el mal manejo de sus emociones y pensamientos negativos provocados por experiencias que se suscitaban en su vida cotidiana, también el no saber como reaccionar adecuada y asertivamente ante la presión de una persona o grupo para que este consuma bebidas alcohólicas (presión social) y el antojo por consumir activado por precipitadores internos y precipitadores externos (necesidad de consumo). Así mismo se le explicó que su confianza para no consumir en esas situaciones era muy baja, por lo que una de las prioridades del tratamiento era dotarlo de habilidades que le permitieran resistirse a consumir bajo esas situaciones, además de ayudarlo a buscar actividades alternativas que lo ayudarían a ampliar sus redes sociales con personas no consumidoras y a tener un mejor manejo del tiempo libre sin necesidad de ponerse en riesgo.

Después de mostrar y explicar los resultados de la primera fase de evaluación, se prosiguió con los instrumentos para medir depresión y ansiedad (ver p. 100). Se le dio retroalimentación sobre cada instrumento utilizado, haciendo énfasis que su nivel de depresión era severo y se le explicó que los síntomas y pensamientos que presentaba (sentimientos de tristeza, irritabilidad, llanto frecuente, perdida del apetito, perdida de

interés en la gente, dificultad en toma de decisiones, insomnio, cansancio etc.) se debían en gran medida al consumo de alcohol y a las pocas habilidades desarrolladas en distintas áreas de su vida.

Así mismo se le explicó que su nivel de ansiedad era moderado y que los síntomas que presentaban (taquicardia, sudoración, mareo, miedos, opresión en el pecho etc.) junto con los síntomas de la depresión irían disminuyendo por el tratamiento aunado a la ingesta de los medicamentos. Se le entregó un escrito con los resultados de la evaluación así como el plan de tratamiento: número de sesiones, habilidades a desarrollar y componentes por ver.

SESIÓN 4.

COMPONENTE DE TRATAMIENTO: ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO.

Para comenzar se revisó el auto registro y se reforzó una semana mas de abstinencia. Se comento que el objetivo del componente era identificar los principales precipitadores que lo llevan al consumo ya sea internos (pensamientos, emociones, sensaciones físicas) o externos (gente, situaciones, lugares) y que consecuencias positivas y negativas (a corto, mediano y largo plazo) obtenía después del consumo “Esto te servirá para que una vez que identifiques los antecedentes que te llevan a consumir, aprendas a anticiparte y de esta forma puedas prever esas situaciones” (SIC). Se le explico con un ejemplo no relacionado con el consumo el termino de análisis funcional de la conducta (AFC) y que toda conducta esta enlazada por un antes (precipitadores) y un después (consecuencias) y que toda conducta tiene consecuencias positivas y negativas.

En referencia al consumo de sustancias se explicó que sus consecuencias positivas solían ser a corto plazo pero su duración era de corta duración, en cambio las consecuencias negativas que traía consigo, eran a corto y largo plazo y su duración era mayor y en ocasiones de carácter permanente y que para no llegar a tener ciertas consecuencias negativas se debía iniciar atendiendo el eslabón inicial, en este caso el antecedente, también se enfatizo en que comprendiera claramente conceptos como precipitadores internos y externos y consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo.

El ejemplo utilizado fue el de una competencia de taekwondo: ¿Qué es lo que piensas justo antes de competir? ¿Qué emociones experimentas? ¿Qué sensaciones físicas tienes? ¿Qué personas están presentes? ¿Cómo te sientes una vez que competiste? ¿Qué consecuencias tuviste al participar? Una vez que comprendio los ejemplos se prosiguió a aplicarlos a su propia situación de consumo (**Ver anexo 1**).

Se analizaron sus propios precipitadores, desglosando que tan útil había sido consumir, para calmar su ansiedad, tristeza y enojo o para relacionarse con más personas. ¿Qué tanto crees que consumir te ayudo a resolver tus problemas, sentirte mejor o a llevarte bien con amigos?, el usuario contesto que en realidad los problemas seguían después del consumo y a veces se incrementaban y que la mayoría de las ocasiones no lograba sentirse mejor en sus emociones, por ultimo mencionó que los amigos solo los tenia para el consumo ya que no compartían más cosas “ Solo es padre al principio, luego uno ya no sabe ni lo que hace y viene lo malo” (SIC).

Se hizo énfasis en que las consecuencias positivas derivadas del consumo eran pasajeras y duraban muy poco tiempo, mientras que las consecuencias negativas tenían un impacto más duradero en su vida y podían ser en ocasiones a largo plazo.

SESION 5.

COMPONENTE DE TRATAMIENTO: ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE NO CONSUMO.

En esta sesión se trabajó sobre conductas alternativas al consumo que aumentarían la calidad de vida del usuario al darle el bienestar que sentía al efectuar la conducta de consumo pero sin las consecuencias negativas que ésta traía consigo. Para poder generar las conductas alternativas al consumo se le hicieron las siguientes preguntas al usuario: “¿Que actividad te gusta realizar en tus ratos libres, que no tenga que ver con consumir?, ¿Te gusta hacerla solo o en compañía de alguien?, escoge alguna actividad que te haga sentir bien o que te ayude a controlar tus emociones desagradables” (SIC).

Al platicar sobre las actividades que solía hacer en el pasado y que lo hacían sentir bien, el usuario comentó: “Hace mucho que no hago las cosas que me gustaban antes y que no tengan que ver con unas chelas, deje de entrenar, de ir al cine y museos, ya casi no paso tiempo con mi sobrino, deje de cuidar mis peces. Antes yo entrenaba taekwondo, iba al cine con mi novia que en paz descansa, mi hobby era cuidar peces, pero deje de hacer todo por estar consumiendo” (SIC). Se le enfatizó la importancia de retomar poco a poco las actividades que le eran placenteras pero que no le traían consecuencias negativas y a su vez le hicieran experimentar sensaciones agradables. La conducta elegida fue salir con su sobrino los fines de semana.

Una vez elegida la conducta de no consumo se trabajó de la misma manera que con la conducta de consumo, identificando precipitadores internos y externos, consecuencias positivas y negativas a corto y a largo plazo (**Ver anexo 2**). Se comparó la conducta de consumo con la de no consumo, destacando que salir y pasar tiempo con su sobrino era una conducta que le generaría placer sin tener las consecuencias negativas que traía consigo la conducta de consumo, a su vez esta conducta era efectiva para enfrentar precipitadores internos como estar triste, enojado o ansioso además de ser una alternativa a los precipitadores externos como sus compañeros de trabajo consumidores. Se destacó lo importante de llevar a cabo esta actividad cada vez que sintiera los precipitadores internos de su consumo o las ganas de reunirse con sus amigos consumidores.

La forma de enseñar al usuario a sustituir la conducta de consumo por una de no consumo fue por medio de la cadena conductual, con esta herramienta se guió en forma sistemática a retomar los precipitadores internos y externos de un episodio de consumo y a generar alternativas a estos. Se le señaló al usuario la importancia de romper la cadena conductual en los primeros eslabones ya que su rompimiento impedía que se encadenen otros precipitadores. El ejemplo que se trabajó se relaciona con ver señales en el ambiente que le recuerdan el consumo (bares por la calle a la salida de su trabajo) y las alternativas conductuales para enfrentar estas situaciones como tomar otro camino, hacer uso de transporte, cambiar pensamientos etc. Este disparador fue consistente con sus principales precipitadores de consumo identificadas en la evaluación en especial con

la necesidad de consumo, que se genera por medio del deseo que se da por señales ambientales como el ver o escuchar algo relacionado con el consumo (**Ver anexo 3**).

Es importante mencionar que el usuario sugirió en la cadena de cambio conductual el salir con su sobrino cuando sintiera deseos de consumir por el hecho de querer relacionarse de nuevo poco a poco en el ámbito familiar y su propósito de llegar a ser un ejemplo para su sobrino “Me gustaría que mi sobrino se sintiera orgulloso de mi algún día” (SIC).

Se hizo el cierre de lo trabajado, reforzando que cumplió 4 semanas de abstinencia y se reflexiono como se sentía hasta este momento en el tratamiento. El usuario comento que era importante para el mantenerse en abstinencia y gradualmente volver a hacer cosas agradables sin la necesidad de consumir alcohol, a su vez que sentía como poco a poco podía volver estrechar lazos con su familia. Se le retroalimentó y se le dio cita para la siguiente semana.

SESION 6.

COMPONENTE MUESTRA DE ABSTINENCIA.

En esta sesión el químico de la institución (CAIS) efectuó los exámenes correspondientes para corroborar la información dada por el usuario sobre su abstinencia, los resultados fueron negativos, por lo cual se reforzó al usuario y se le motivo a seguir elaborando planes de acción para mantenerse sin consumo.

Se le explicó al usuario la importancia de estar en abstinencia y los beneficios que había logrado hasta el momento con 6 semanas sin consumo. Se enfatizó en la importancia de adquirir un compromiso consigo mismo por escrito independientemente de lo logrado hasta este instante del tratamiento. Se le motivo a establecer un periodo de abstinencia realista tomando como base su situación actual: “El establecer un periodo de abstinencia tangible te va a permitir experimentar diversas ventajas en tu vida como: interrumpir viejos hábitos de consumo, adquirir confianza en ti mismo, ganarte la confianza de los demás, que te vean de otra forma en el trabajo, ser un ejemplo para tu sobrino, llevarte mejor con tu familia” (SIC).

Se negoció el tiempo que el usuario estaría sin consumo, acordando un periodo de 90 días. Para cumplir con el objetivo trazado se le enfatizó hacer el llenado del auto registro: “Es importante hacer el registro de los días de consumo y no consumo donde deberás escribir un cero si no hay consumo y en caso de haberlo anotarás la cantidad” (SIC).

Se le recordaron sus principales situaciones de riesgo: Emociones desagradables, Presión Social y Necesidad de consumo, destacando la importancia de anticipar dichos precipitadores así como desarrollar planes de acción para los mismos. También se trabajó reestructurando pensamientos que precipitan su consumo, creando pensamientos no precipitadores y en los que recordara las consecuencias negativas del consumo.

(**Ver Anexo 4 y 5**). Se firmó la muestra de Abstinencia sin contratiempos y se le dio cita para la siguiente semana.

SESIÓN 7.

COMPONENTE CONTROL DE LAS EMOCIONES [ANSIEDAD]

Dado que el usuario manifestaba sentirse constantemente ansioso con síntomas físicos como: taquicardia, sudoración, mareo, miedos, opresión en el pecho, etc. situación que se corroboró por medio del resultado obtenido con el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, 1988; versión adaptada en español por Robles, Varela, Jurado y Pérez, 2001 en Barragán et. al., 2006. (Ver p. 100) se decidió instruirlo en el componente de control de las emociones iniciando con Ansiedad.

Se le dio la bienvenida a la sesión. Se revisó el llenado del auto registro de consumo, se reforzó el mantenimiento de la abstinencia y se retroalimentó sobre los beneficios obtenidos de ésta. Así mismo se reforzó la puesta en práctica de los planes de acción elaborados.” He estado saliendo a caminar por la colonia con mi sobrino, me siento tranquilo al platicar con él y compartir ese momento, siento que por medio de el me estoy acercando poco a poco también mas a sus papas” (SIC). La retroalimentación se enfocó a que compartiera aspectos que lo hicieran sentir bien, que lo importante era realizar la actividad para sentirse relajado, con menos presiones, y generar bienestar en sí mismo sin las consecuencias negativas de un consumo.

Se le explico el objetivo de la sesión: “En esta sesión aprenderás técnicas que te permitirán controlar tu ansiedad” (SIC). Se explico el concepto de emoción y el de ansiedad, se ayudo al usuario a que identificara cuando se sentía ansioso “¿Cuándo estas ansioso como te sientes físicamente?, ¿Qué piensas en ese momento?, una vez que el usuario comprendió los conceptos e identifico como se sentía al estar ansioso se modelaron las técnicas de control de ansiedad: 1) respiración; 2) relajación muscular tensión-distensión; 3) relajación mental.

Posteriormente se realizó un ejercicio donde el usuario abarcó las tres técnicas. Dicho ejercicio fue monitoreado en forma objetiva con instrumental medico (baumanometro y termómetro) haciendo mediciones antes y después de aplicadas las técnicas para que el usuario pudiera ver los cambios que presentaba (**Ver anexo 6**). Se dejó la tarea de aplicar las técnicas en el escenario natural, se enfatizó en la necesidad de practicar las técnicas diariamente para dominarlas plenamente.

En la revisión del registro de las técnicas fue clara la preferencia del usuario por la práctica de la respiración y la relajación muscular en comparación con la relajación mental. El usuario domino rápidamente las técnicas con base en la practica (**ver anexo 7**).

SESIÓN 8.

COMPONENTE CONTROL DE LAS EMOCIONES [TRISTEZA]

El componente control de las emociones tristeza fue el siguiente en ser abordado ya que el usuario por su historia de vida manifestaba constantemente esta emoción expresada en conductas no adaptativas como por ejemplo el consumo de alcohol. Los síntomas físicos que presentaba eran llanto frecuente, perdida del apetito, perdida de interés en la gente, dificultad en toma de decisiones, insomnio, cansancio, etc.

Esta sintomatología coincidió con la puntuación en Inventario de Depresión donde arrojó un nivel catalogado como severo (Beck, 1988; versión adaptada en español por Jurado et. al., 1998 en Barragán et. al, 2006, (ver p.100).

Para iniciar la sesión se revisó el auto registro y se reforzó el mantenimiento de la abstinencia recordándole los beneficios de ésta, se explicó que el objetivo de este componente era entrenar al usuario en técnicas de control de la tristeza, ya que aunque en este momento su depresión se mantuviera bajo control medico con la ingesta de medicamentos (Carbamazepina, Fluoxetina, Complejo B, Clonazepam) llegaría el momento de bajar las dosis gradualmente para posteriormente llegar la suspensión de estos y en ese momento ya sin medicamentos el usuario tendría que hacer uso de habilidades para el control de esta emoción.

Primero se ayudo al usuario a que identificara cuando se sentía triste ¿Cuando estas triste como te sientes físicamente?, ¿Qué piensas en ese momento?, una vez que el usuario identificó como se sentía con la emoción de la tristeza se reflexionó sobre la importancia de manejarla, puesto que al ser una emoción tenia que sentirse en algún momento, pero cuando apareciera se podía controlar en forma adaptativa, después se le explicaron las técnicas (cambio de pensamientos equivocados, realización de actividades agradables y búsqueda de lo positivo), se realizo el modelamiento para que el usuario iniciara con el ensayo conductual.

En la evaluación de su desempeño se hizo notorio su buen entendimiento de las técnicas, demostrando un gran dominio en el cambio de pensamientos equivocados “Antes pensaba sin ella para que seguir, no vale la pena estar vivo, ahora pienso tengo todavía mucho por que vivir, mucho que hacer, aun tengo gente que me necesita, sobre todo mi familia” (SIC). Así mismo el planificar actividades agradables y buscar las cosas positivas de sus experiencias de vida no le causaron dificultades. “Cuando llego a casa y veo fotografías de mi novia me pone triste, pero su muerte es algo que a fin de cuentas no puedo remediar, esta experiencia me ha acercado mas con mi familia mejor voy a retirar sus fotos de los cuadros y las voy a guardar, voy a platicar con mi hermana y mi cuñado sobre como me siento, además de salir con mi sobrino o simplemente regare mis plantas para distraerme. Además bebiendo no remediare nada, ahora estoy bien sin consumir” (SIC).

En la realización de actividades agradables se puso énfasis en que dicha actividad tenia que ser acorde a sus posibilidades de tiempo, dinero, facilidad del lugar en donde se efectuara y sobre todo que dicha actividad tendría que ser placentera para el pero sin las consecuencias negativas del consumo. Se le pidió que pusiera en práctica en su vida cotidiana las habilidades aprendidas y las registrara (**ver Anexo 8**).

SESIÓN 9.

COMPONENTE SOLUCION DE PROBLEMAS.

Debido a que en esta semana se celebraría “La navidad” y la semana siguiente “Año nuevo” el usuario tenia cierto conflicto y nerviosismo al ser fechas donde se tendría que enfrentar a diversos precipitadores internos y externos.

“La navidad y el año nuevo me tienen muy intranquilo, primeramente es la primera vez que no estará mi novia conmigo en estas fechas y siento que me pondré triste y tal vez con ganas de consumir, por otro lado al pensar en las botellas en la mesa, la música, el brindis también se me dispara el deseo y me da miedo recaer” (SIC).

Por la situación mencionada se decidió que el siguiente componente a revisar sería solución de problemas; se reflexionó con el usuario la importancia de aprender a resolver los problemas, se explicó que muchas veces no se sabe resolver problemas ya que se actúa en forma automática y sin una evaluación de la situación.

Conocer los pasos para resolver problemas llevarán a resolverlos de una forma estructurada y más satisfactoria. Se explicaron los pasos para dar solución a los problemas: 1) Identificación del problema ya que es importante ser específicos en su definición y no mezclar muchos problemas a la vez; 2) Generar alternativas, se le explicó lo conveniente de la cantidad generada, se deben anotar todas las posibles soluciones generadas sin juzgarlas; 3) Analizar las ventajas y desventajas de cada alternativa dada; 4) Tomar una decisión, en base al análisis anterior se toma una decisión tomando en cuenta la alternativa que genere más ventajas y menos desventajas y se desarrolla un plan de acción; 5) Evaluar los resultados, en este paso el usuario evalúa los resultados obtenidos (**Ver anexo 9**).

El ejemplo que se trabajó en la sesión como los que hizo de tarea (**Ver anexo 10**) estuvieron relacionados con planes de acción diseñados para llevarlos a la práctica el día 24 y 31 de diciembre (navidad y año nuevo) así como para controlar sus estados emocionales con el uso de las técnicas enseñadas en componentes anteriores (control de ansiedad y control de tristeza).

Se cerró la sesión dejando de tarea al usuario llevar a cabo la solución que eligió y evaluar los resultados.

SESION 10.

COMPONENTE CONTROL DE LAS EMOCIONES [ENOJO]

Se le preguntó al usuario sobre la situación de riesgo a la cual se había expuesto y se revisaron los planes de acción utilizados, se retroalimentó y se dieron sugerencias para hacer más eficientes los planes de acción utilizados.

Se revisó el auto registro y se reforzó por cumplir 10 semanas de abstinencia, recordándole los beneficios de esta.” La relación con tu familia ha mejorado mucho, has retomado actividades que disfrutas sin la necesidad de consumir, en tu trabajo te toman más en cuenta, estas más tranquilo, ¿Tu que cambios notas? El usuario comparó su situación actual con las experiencias pasadas “Antes me sentía solo, tenía constantemente problemas con mi familia y ya las crudas eran tremendas, ahora me llevo mejor con mi familia, disfruto de nuevo hacer cosas sin necesidad de consumir, disfruto hacer ejercicio, me siento mejor y me veo mejor” (SIC).

Se comento con el usuario la importancia de trabajar con el control del enojo: “Trabajar el enojo es algo que quiero y siento que necesito, me enojo fácilmente con mi familia, además creo estar enojado con mi padre, con mi madre y con Cecilia (Novia) por dejarme solo, me enojo fácilmente, antes cuando esto sucedía me iba a tomar”(SIC).

El entrenamiento en las técnicas de control de enojo (tiempo fuera, auto instrucciones positivas y distracción del pensamiento) se simplifico debido a que el usuario ya estaba desarrollando su capacidad de autocontrol de las emociones, por lo que las técnicas de control de enojo fue mas sencillo para el.

Para entrenar al usuario, primero se expuso el concepto de enojo, una vez comprendido se le pidió al usuario que identificara como se sentía con esta emoción ¿Como te sientes físicamente? ¿Qué piensas en ese momento?, posteriormente se realizo el moldeamiento de las técnicas para seguir con el ensayo conductual. Las situaciones en las que se aplicaron las técnicas se relacionaban con la interacción con su familia y los pensamientos que generaba sobre las personas fallecidas. Su desempeño fue bueno dominando todas las técnicas (**ver anexo 11**). Después de practicar las técnicas en la sesión se le pidió que practicara las mismas en su vida cotidiana pues esa era la única manera de perfeccionarlas (**ver anexo 12**). Los resultados fueron satisfactorios las técnicas más utilizadas fueron auto instrucciones positivas como “De nada sirve enojarme eso no hara que el trafico avance, si le gritas ella se enojará más, mejor mantén la calma, respira profundo” (SIC). Así como la aplicación del tiempo fuera previamente acordado con sus familiares. Se enfatiza la habilidad del usuario para combinar lo aprendido con las técnicas anteriormente enseñadas como respiración profunda y relajación mental (control de la ansiedad) y cambio de pensamientos equivocados y realización de actividades agradables (control de la tristeza).

SESIÓN 11 y 12.

COMPONENTE: METAS DE VIDA COTIDIANA.

Se revisó el auto registro, reforzándole su semana 11 de abstinencia. Se le explicó la importancia del componente metas de vida como una herramienta para conocer cuales son las áreas de su vida que le causan mayor y menor satisfacción, esto le ayudará a establecer metas a corto, mediano y largo plazo para mejorar las áreas de vida en las que se encontraba menos satisfecho: “Es importante establecer en cada área de vida metas específicas y realistas que sean medibles a corto, mediano y largo plazo con el objetivo de evaluarlas en forma objetiva y así ampliar nuestros objetivos de lo que queremos hacer en cada área de vida y el consumo pierda peso, lo importante de establecer metas a corto y mediano plazo es que al ir las logrando estas servirán como escalones o pequeños motivadores que te llevarán cada vez mas cerca de una meta final”(SIC).

Para saber en que áreas el usuario debía mejorar se utilizó el Cuestionario de Satisfacción. Las áreas en las cuales presento menor satisfacción fueron: Progreso en la escuela o trabajo, manejo del dinero, vida social y recreativa, vida emocional y comunicación.

Inmediatamente después se prosiguió al llenado del formato de metas de vida, donde se le preguntó: ¿Qué necesitas hacer para estar más satisfecho en cada área? ¿En que tiempo piensas hacerlo? Puesto que establecer un tiempo límite ayudaría a que las metas fueran más objetivas y medibles. El llenado de la forma duró dos sesiones, en cada sesión se veían los logros obtenidos en cada área, si los cubría se le reforzaba, en caso contrario se trabajaba elaborando planes de acción para lograr la meta establecida.

El formato con el que se trabajó consta de 10 áreas, para cada una se averigua: planes de acción, el tiempo en que debe hacerse y los logros (**ver anexo 13**). Las áreas en las que presentó mayores logros fueron: consumo, manejo del dinero, progreso en escuela y trabajo, actividades sociales y recreativas, relación con familiares, hábitos personales y comunicación. Sin embargo le fue difícil identificar una meta para vida emocional “Todavía no controlo mis emociones como yo quisiera, cuando recuerdo a mis padres o a mi novia me pongo triste” (SIC). Por lo que la meta en esa área fue trabajar en el cambio de pensamientos e involucrarse en actividades agradables que le permitieran disfrutar su tiempo libre, aprender alguna actividad y expandir sus redes sociales.

Los logros que tuvo fueron: apegarse más al tratamiento, entrar a una clase de artes marciales junto con su sobrino los días sábado y domingo, mejorar la comunicación con sus familiares, administrar mejor su dinero, obtener confianza de personas en su trabajo. Se le aplicó de nuevo el Cuestionario de Satisfacción, mostrando un aumento significativo en los puntajes en cada una de las áreas

SESION 13 y 14.

COMPONENTE REHUSARSE AL CONSUMO.

Se revisó el auto registro y se motivo para cumplir la meta de abstinencia, reforzando que siguiera utilizando las habilidades adquiridas en el tratamiento. Se le explicó que este componente le sería de mucha utilidad ya que contenía estrategias para rechazar el consumo adecuadamente y de manera efectiva en situaciones de presión social (precipitadores externos) y de presión interna (precipitadores internos) ya que el manejo inadecuado de ambas situaciones en el pasado lo llevaron frecuentemente al consumo: “El objetivo de esta sesión es que aprendas nuevas habilidades que te ayudaran a enfrentar de forma eficaz distintas situaciones de riesgo ya sean internas o externas”(SIC).

Antes de iniciar con el entrenamiento se explicó al usuario la importancia de que identificara qué personas son las que pueden ayudarle a dejar el consumo para que una vez identificadas pudiera establecer una red social para solicitar el apoyo en caso de requerirlo. Posteriormente se revisó el análisis funcional de la conducta de consumo y el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol, para recordar sus precipitadores externos e internos asociados a presión social y a pensamientos precipitadores, también se revisó el Cuestionario de Auto-confianza Situacional para identificar qué tan confiado se sentía de no consumir en situaciones de presión social.

Se utilizaron 2 sesiones para cubrir todas las habilidades para que el usuario practicara durante las sesiones cada una de las habilidades: negarse asertivamente, sugerir alternativas, cambiar el tema de la plática, ofrecer justificación, interrumpir interacción y confrontar al otro. La dinámica fue la siguiente: se explicaba la habilidad, después el terapeuta realizaba el modelamiento de la misma, una vez aclaradas las dudas el usuario practicaba la habilidad mediante el rol playing. Después de cada ensayo se le daba una retroalimentación al usuario sobre su desempeño, reforzando los puntos bien ejecutados y sugiriendo algunas mejoras para que el uso de la habilidad fuera eficiente.

Las habilidades que más se le facilitaron fueron sugerir alternativas, cambiar el tema, ofrecer justificación, interrumpir interacción. Las habilidades que más trabajo le costaron fueron negarse asertivamente y confrontar al otro debido a su carácter introvertido.

La mayoría de las situaciones en las que se ejemplificaban las habilidades estaban relacionadas con la interacción con sus amigos de trabajo, por ejemplo: “A la salida de la escuela los viernes cuando mis amigos quieren que vayamos a cantinas a pasar el rato son muy insistentes conmigo”(SIC). Se enfatizó la importancia de controlar el lenguaje verbal y corporal ya que ambos debían coincidir al momento de la decisión del no consumo ya que de lo contrario la otra persona identificaría que no se está seguro de lo que está diciendo y es muy probable que insista hasta lograr que el usuario consuma. Para que le quedara claro, se realizó un modelamiento de dichos elementos y después se le pidió que el realizara el mismo ejercicio.

Una vez practicadas las habilidades para enfrentar los precipitadores internos se menciona que muchas veces, la presión por el consumo no solo viene del medio externo sino también de pensamientos internos que precipitan al consumo. El usuario detectó estos pensamientos en su situación particular: “Ya es viernes has trabajado fuerte y te mereces una cerveza, con la cerveza puedes interactuar mas fácilmente con los demás, con unos tragos no me sentiré tan triste” (SIC). Se enseñó a sustituir estos pensamientos, cambiando los pensamientos precipitadores por otras ideas que enfatizan que no se necesita el consumo y a su vez se enseñó a acompañar estos nuevos pensamientos con conductas que le permitirán alcanzar sus objetivos: “Con la cerveza no se acaban los problemas al contrario me estaría provocando mas de estos, mejor me voy a hacer ejercicio” (SIC). **(Ver anexo 14)**.

Durante las sesiones, se calificó al usuario con una lista de cotejo, en donde cada habilidad fue evaluada. En general su desempeño fue bueno **(Ver Anexo 15)**, después de cada sesión se hacía un repaso de las habilidades practicadas y se le pidió que lo practicara en situaciones reales y las anotara brevemente las estrategias empleadas para no consumir.

Al finalizar el componente se le aplicó la Escala de Satisfacción General, el usuario puntuó muy satisfecho en las distintas áreas de su vida a excepción del área de vida emocional que puntuó con 7

INASISTENCIA.

El usuario no asistió a la sesión, por lo que se realizó una llamada a su domicilio para conocer la razón de su ausencia, argumentando que se encontraba con gripe.

SESIÓN 15 y 16.

COMPONENTE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

Se le dió la bienvenida a la sesión retomando el motivo de su ausencia durante la semana pasada. Se revisó el auto registro reforzando la abstinencia y el uso de las técnicas para rehusarse al consumo como es el cambiar los pensamientos precipitadores por otros que no precipiten el consumo.

Se hizo énfasis en que el componente a revisar le sería de mucha utilidad para afianzar la comunicación con su familia y con las personas en general: “El objetivo de este componente es que aprendas nuevas habilidades para comunicarte con los demás y puedas de esta manera abrir tus círculos sociales y recuperar algunas relaciones descuidadas en su momento por el consumo”.

Se inició con un reconocimiento a distintos conceptos como son: Comunicación, Comunicación verbal, comunicación no verbal, emisor, receptor, lenguaje, una vez comprendidos los conceptos se explicó la importancia en este componente del uso correcto del lenguaje verbal y no verbal como factores que influyen en el proceso de comunicación. Se hizo un modelamiento con dichos elementos para posteriormente el usuario repitiera lo observado.

Para que el usuario practicara todas las habilidades: a) Saber escuchar, b) Iniciar conversación, c) Compartir sentimientos, d) ofrecer entendimiento, e) Compartir responsabilidad, f) Ofrecer ayuda, g) Hacer críticas, h) Recibir críticas, i) Expresar desacuerdo; se expusieron en forma oral, después se realizó el modelamiento de las mismas, se aclararon dudas sobre estas, posteriormente el usuario practicó cada una de ellas. Después de cada ensayo se daba retroalimentación reforzando las buenas ejecuciones y sugiriendo algunas mejoras para que el usuario lograra el desempeño deseado.

Las habilidades que más se le facilitaron fueron saber escuchar, ofrecer entendimiento, compartir responsabilidad. Las habilidades que más trabajo le costaron fueron compartir sentimientos y expresar desacuerdo.

La mayoría de las situaciones donde se ponían a ejemplificar las habilidades estaban relacionadas con la interacción familiar y laboral, por ejemplo: pedirle un favor a su cuñado, iniciar una conversación con su hermana, hacer y recibir críticas a sus compañeros de trabajo.

Se calificó el desempeño del usuario con la lista de cotejo. Su desempeño fue bueno en general, las habilidades que no dominaba se practicaban hasta lograr una ejecución satisfactoria (**Ver Anexo 16**). Después de cada sesión, se hacía un repaso de las habilidades y se le encargó que las pusiera en práctica en su vida cotidiana (**Ver anexo 17 y 18**).

Al concluir esta sesión el químico de la institución (CAIS) efectuó los exámenes correspondientes para corroborar la información dada por el usuario sobre su abstinencia, los resultados fueron negativos, por lo cual se reforzó al usuario y se le motivo a seguir manteniendo la abstinencia.

SESIÓN 17 y 18.

COMPONENTE ACTIVIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS Y REESTABLECIMIENTO DE MUESTRA DE ABSTINENCIA.

Este componente fue importante por el hecho que las actividades del usuario estaban limitadas a la convivencia con las tres personas de su familia y sus compañeros consumidores del trabajo y era necesario que ampliara sus círculos sociales conociendo nuevas personas no consumidoras, a si mismo retomara amistades que no frecuentaba hace tiempo. Se le explicó que el objetivo de este componente era establecer ciertas actividades satisfactorias que compitieran con el consumo, sin tener sus consecuencias negativas y de esta forma mantener la abstinencia.

En primer instante el usuario eligió 6 actividades nuevas: 1) ir a ferias de diferentes pueblos, 2) tomar un curso de vitrales, 3) tomar clases de taekwondo, 4) tomar clases de guitarra, 5) ir a conciertos, 6) instalar una pecera en casa y cuidar peces. Se trabajo sobre los planes de acción para cada una de las actividades como: ubicar donde podía tener acceso a estas actividades, ir a pedir informes, pedir costos, horarios, etc. El usuario investigó todo lo referente a las actividades que propuso y en la sesión siguiente se analizaron las opciones más viables.

La opción 1 y 5 se descartaron debido a que ambas actividades existían distintos precipitadores internos y externos que podían llevar al usuario a una recaída. La opción 2 se descarto ya que el usuario no encontró donde pudiese aprender esta actividad cerca de su domicilio.

Se continuó con la búsqueda de las 2 actividades fijas y la actividad esporádica acorde a sus intereses y situación actual (economía, tiempo, cercanía etc.), el usuario finalmente escogió como las 2 actividades fijas: tomar clases de taekwondo e instalar una pecera en su hogar para el cuidado de peces. Las clases del arte marcial las haría 3 veces por semana de 8 a 9 a.m y el cuidado de sus peces lo haría diariamente. Así mismo la actividad esporádica que realizaría seria asistir a la iglesia los días domingo.

Al finalizar el componente se aplicó la Escala de Satisfacción General, el usuario se mostraba satisfecho en las diversas áreas, puntuando con 9.

Se investigó que estuviera realizando las actividades y se mostraba muy entusiasmado con los resultados: “En la clase me siento muy bien, poco a poco agarro mejor condición además de aprender a defenderme y conocer gente sana y en lo referente a mis peces poco a poco voy llenando la pecera y se ve muy bien” (SIC).

Al finalizar este componente el usuario había cumplido 90 días más en abstinencia desde su último contrato firmado por lo que se reforzó su abstinencia, se le recomendó que compartiera su satisfacción con su hermana y demás familiares. Se volvió a firmar el compromiso por 90 días más (**Ver Anexo 19**).

INASISTENCIA.

Se llamo al usuario para saber el motivo de su falta, a lo cual argumento una junta laboral imprevista, se agenda una nueva cita para la semana siguiente.

SESION 19, 20 y 21.

COMPONENTE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y ENTRENAMIENTO DEL OTRO SIGNIFICATIVO.

Se revisó el auto registro y se reforzó una semana más de abstinencia recordándole los beneficios que había logrado hasta este momento: “confianza y mejor comunicación con su familia, mejor salud física, bienestar emocional, mejor desempeño laboral”. El usuario comparó su situación actual y su vida previa y reafirmó la mejoría obtenida a través del tratamiento recibido.

Se le explicó al usuario que el componente a revisar era de suma importancia ya que era el último componente abordado en el tratamiento. Posteriormente se le explicó que una caída es parte del proceso de cambio, pero hay que diferenciar esta caída esporádica de una recaída que es volver a los patrones de consumo anteriores al tratamiento.

Se mencionó que el objetivo de este componente era que el usuario anticipara las situaciones de riesgo que pudieran presentarse y se preparara para enfrentarlas de manera eficiente sin la necesidad de consumir, evitando una recaída. Se le recordó al usuario que en el pasado ya había enfrentado situaciones de riesgo con éxito y se tomo como ejemplo una ocasión en la cual saliendo del trabajo sus compañeros lo invitaron a un bar y él se negó asertivamente (**Ver anexo 20**).

Se le pidió al usuario que pensara en aquellas situaciones de riesgo que pudiera tener en el futuro y que lo pudieran precipitar hacia una recaída, de esta manera identifiqué 3 situaciones concretas: 1) Estar solo puesto que la soledad incrementa su ansiedad y su tristeza, 2) A la salida de la escuela los días viernes por coincidir con amistades consumidoras, 3) Reuniones sociales ya que en estas reuniones hay bebidas alcohólicas. Se le pidió que trabajara los planes de acción, se revisaron junto con el usuario y se dieron algunas sugerencias (**Ver anexo 21**). En general sus planes de acción hacían uso de las habilidades aprendidas en el tratamiento, una de las cosas a destacar fue que el usuario en sus planes de acción incluía a sus familiares para pedir apoyo, ya que anteriormente se mostraba muy aislado e incapaz de involucrar a otros, también mostró facilidad para cambiar pensamientos negativos e identificó la necesidad de actuar conductualmente ante las situaciones de riesgo ya que anteriormente permanecía pasivo ante estas.

Se le explicó que una herramienta eficaz para prevenir recaídas consistía en reconocer ciertas señales internas o externas que en el pasado lo llevaron a consumir, para anticiparse a ellas y llevar a cabo los planes de acción correspondientes. Para que el usuario reconociera estas señales se le preguntó: “Que señales externas e internas podrías reconocer como un indicativo de una recaída, el contesto que estar triste o ansioso o pasar por lugares con muchos bares.

A si mismo se le mencionó que sus familiares, podían ayudarlo a prevenir una recaída ya que el tratamiento contempla el trabajo con personas cercanas al usuario para apoyar en su recuperación ya que ellos podían identificar junto con el ciertas señales que en el pasado al manifestarse lo llevaron al consumo.

Se le pregunto al usuario si estaba de acuerdo en que se trabajara con su hermana para enseñarle habilidades que ayudarían en su recuperación a lo cual aceptó. Una vez dado el consentimiento, se trabajó con la hermana durante dos sesiones.

El elemento que se abordó durante las durante las dos sesiones de trabajo fueron las situaciones de riesgo mas frecuentes del usuario, como las señales que podrían indicar una recaída. Se le explicó que las principales situaciones de riesgo para su hermano eran: 1) Emociones desagradables, 2) presión social y 3) necesidad de consumo.

En la primera situación se explicó que si el usuario manifestara alguna emoción desagradable como tristeza, enojo, ansiedad, ella tenía que recordarle que las emociones son pasajeras y ayudarle para realizar sus técnicas para controlar estas emociones: “Recuerda que es posible controlar tus emociones, identificándolas y haciendo uso de las técnicas que te enseñaron en el tratamiento, recuerda las experiencias negativas que has tenido cuando se han salido de control”, “Te has esforzado mucho esa emoción y esos pensamientos van a pasar” (SIC). Se explicó que para que el usuario pudiera compartir sus emociones con ella era importante mantener una buena comunicación.

Para apoyar al usuario en la segunda situación de riesgo, se le explicó a la hermana que estuviera al pendiente de la programación de reuniones, fiestas, salidas que pudieran relacionarse con el consumo y evitar en la medida de lo posible, que su hermano estuviera expuesto a presiones por parte de personas consumidoras, ya sea evitando estas reuniones por un tiempo o acompañándolo a ellas: “Te note inquieto con la invitación a la fiesta de 15 años, que tal si mejor vamos al súper ese día” (SIC).

En cuanto a la ultima situación se le explicó que si el usuario llegaba a presentar algún pensamiento como: “Solo una”, ella tenía que recordarle que tratar de controlar su consumo no era una opción adecuada: “Recuerda que es muy difícil controlar tu consumo, anteriormente cuando empezabas no bebías solo un trago”, “Recuerda todas las consecuencias negativas del consumo y las cosas positivas que tienes ahora sin consumo” (SIC).

La actitud de la hermana siempre fue de interés y cooperación para el bienestar de su hermano. Se enfatizó en la confianza que tenía que dar al usuario.

SESIONES POST TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTOS

SESION 22.

Esta sesión se utilizó para realizar la aplicación del post tratamiento, mencionando que el objetivo de la sesión era que él usuario se diera cuenta de forma objetiva de los cambios obtenidos por el tratamiento, como por ejemplo cambios en los niveles de ansiedad y depresión, en las situaciones de riesgo etc. Se realizó la aplicación de los instrumentos y se le explicó como se manejarían los seguimientos al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año donde se revisarían y reforzarían los planes de acción utilizados para mantener la abstinencia y en caso de consumo o una recaída tomar las medidas pertinentes.

Entre las sesiones de seguimiento se mantuvo contacto telefónico 1 vez a la semana, en el primer mes donde se abordó en forma general planes de acción para situaciones de riesgo y el recordatorio de la practica cotidiana de las habilidades aprendidas, por ultimo se sondeaba los avances en las metas en las diferentes áreas de la vida cotidiana y en las actividades sociales y recreativas que eligió. Después del primer mes las llamadas se espaciaron a una llamada cada 15 días hasta el tercer mes, posteriormente las llamadas se volvieron mensuales.

PRIMER SEGUIMIENTO.

El primer seguimiento se realizó después de un mes del último contacto con el usuario. El objetivo de la sesión fue llevar a cabo la revisión del auto registro, reforzando el cumplimiento de la abstinencia durante el mes que no acudió a tratamiento.

Se analizaron aquellas conductas efectivas que le habían permitido mantenerse sin consumo como: tomar los medicamentos recetados por el psiquiatra, detectar pensamientos precipitadores del consumo y sustituirlos por otros que no fueran precipitadores, realizar respiración profunda para contrarrestar la ansiedad, darse auto instrucciones positivas para controlar el enojo, buscar siempre lo positivo de las experiencias como ayuda para controlar su tristeza, poner en practica las habilidades de comunicación para mejora de su ámbito familiar y realizar actividades satisfactorias que no estuvieran relacionadas al consumo como convivir con su familia, leer, tomar clases de artes marciales. También se abordaron temas como su situación en el trabajo y su vida sentimental.

Se realizó una nueva aplicación de los instrumentos utilizados durante la evaluación (EDA, ISCA, CCS, Inventario de depresión y ansiedad y Escala de satisfacción) con el objetivo de que el usuario pudiera notar en forma objetiva los cambios que ha tenido desde que ingreso al tratamiento hasta este momento. Los cambios más notorios fue la puntuación obtenida en los inventarios de Ansiedad y Depresión. En el inventario de ansiedad al iniciar el tratamiento tenía un puntaje de 28 (Ansiedad moderada), al finalizarlo obtuvo un puntaje de 8 (Ansiedad leve) y en el primer seguimiento obtuvo un puntaje de 5 (Ansiedad mínima). Así mismo en el inventario de depresión al iniciar el tratamiento el usuario presentaba un puntaje de 32 (Depresión severa), al finalizarlo obtuvo un puntaje de 12 (Depresión leve) y al evaluarlo en su primer seguimiento un

puntaje de 7 (Depresión mínima). Por otra parte tuvo un aumento en la puntuación de la Escala de Satisfacción General reportando un aumento en todas sus áreas de vida.

Se le recordó la importancia de elaborar planes de acción para las situaciones de riesgo que pudieran presentarse y el seguir utilizando las habilidades aprendidas en el tratamiento, también se enfatizó la importancia de tomar sus medicamentos y se acordó elaborar una nueva muestra de abstinencia terminando el mes, finalmente se acordó mantener el contacto telefónico para seguir sondeando los progresos.

SEGUNDO SEGUIMIENTO 5/7/2011

El segundo seguimiento se llevo a cabo tres meses después de la última sesión de tratamiento, con el objetivo de revisar los avances del usuario, revisar su autor registro y analizar las situaciones de riesgo presentadas en este periodo de tiempo así como los planes de acción utilizados para afrontar de forma exitosa dichas situaciones.

Se aplicaron los instrumentos utilizados durante la evaluación (EDA, ISCA, CCS, Inventario de depresión y ansiedad y Escala de satisfacción) con el objetivo de que el usuario pudiera notar los cambios que ha tenido desde que terminó el tratamiento. Los cambios presentados en los inventarios de Ansiedad y Depresión en el seguimiento anterior se mantuvieron. En el inventario de ansiedad puntuó con 4 (Ansiedad mínima) y en el inventario de depresión obtuvo un puntaje de 7 (Depresión mínima). Otro cambio que se mantuvo fue en su nivel de satisfacción donde fue máxima ya que en la Escala de Satisfacción General puntuó todas las áreas con 10 puntos.

Cabe mencionar que en este seguimiento el químico de la institución (CAIS) efectuó los exámenes correspondientes para corroborar la información dada por el usuario sobre su abstinencia, los resultados fueron negativos, por lo cual se reforzó al usuario y se le motivó a seguir aplicando las habilidades aprendidas en el tratamiento y elaborando planes de acción para mantenerse sin consumo.

Para tener el punto de vista del usuario sobre el tratamiento recibido se le realizó una entrevista en donde se le preguntó cuál era su percepción sobre el tratamiento recibido así como de utilidad y la efectividad en su vida cotidiana de las técnicas aprendidas (**ver Anexo 22 y 23**).

Finalmente se le recordó la importancia de tomar sus medicamentos y se acordó elaborar un nuevo contrato de abstinencia al caducar el actual, también se acordó mantener el contacto telefónico para seguir sondeando los progresos y en su momento recordarle la fecha para el tercer seguimiento.

TERCER SEGUIMIENTO.

El tercer seguimiento se realizó después de 6 meses del último contacto con el usuario. El objetivo de la sesión fue monitorear el auto registro, para reforzar el cumplimiento de la abstinencia.

Se realizó una nueva aplicación de los instrumentos utilizados durante la evaluación (EDA, ISCA, CCS, Inventario de depresión y ansiedad y Escala de satisfacción) con el

objetivo de que el usuario pudiera notar en forma objetiva los cambios que ha tenido desde que ingreso al tratamiento hasta este momento.

Durante este seguimiento el usuario dio a conocer que habia consumido en dos ocasiones alcohol. El 15 de septiembre consumió 12 tragos estándar y el 25 de septiembre (cumpleaños de un amigo) 8 tragos estándar.

Se le comento la diferencia entre un consumo esporádico y una recaída, aunque se enfatizó el riesgo de recaer, explicándole que en su cerebro es sensible al alcohol y a sus efectos reforzantes, por lo que era necesario retomar su meta de abstinencia y analizar a detalle las circunstancias que lo llevaron al consumo para llevar a cabo los planes de acción correspondientes y evitar un nuevo consumo.

Se mencionaron aquellas conductas que habían sido efectivas en su momento y le habían permitido mantenerse sin consumo como: tomar los medicamentos recetados por el psiquiatra, detectar pensamientos precipitadores del consumo cambiándolos por pensamientos positivos, realizar las técnicas de control de emociones, poner en practica las habilidades de comunicación para solicitar ayuda en el momento oportuno y realizar actividades placenteras.

Se elaboró un nuevo contrato de abstinencia por 90 días y se acordó con el usuario el monitoreo telefónico.

4. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS GENERALES DE LA INTERVENCION

Los resultados del programa se comprobaron mediante las mediciones pre-post del tratamiento en el patrón de consumo del usuario, dichas mediciones también se llevaron a cabo durante los seguimientos (uno, tres y seis meses posteriores al tratamiento). Adicionalmente a las mediciones del patrón de consumo los efectos del programa se determinaron mediante una serie de indicadores como: a) Satisfacción en distintas áreas de vida cotidiana, b) Nivel de dependencia al alcohol, c) nivel de ansiedad, d) nivel de depresión.

NIVEL DE SATISFACCION

En esta sección se muestra la comparación del nivel de satisfacción que presentaba el usuario en cada área de su vida cotidiana(consumo, progreso en el trabajo, manejo del dinero, vida social, hábitos personales, relación familiar, área legal, vida emocional, comunicación y satisfacción general), antes de iniciar el tratamiento, durante cada componente, al finalizar el tratamiento y los seguimientos.

En la figura 49 se observa como percibía el usuario el área relacionada con el consumo antes de iniciar el tratamiento, mostrándose insatisfecho con esta área de vida. El nivel de satisfacción aumento hacia el tercer componente de tratamiento (muestra de abstinencia) para seguir incrementándose hacia el final del tratamiento, logrando que el usuario se sintiera completamente satisfecho durante los primeros dos seguimientos, para finalizar con un pequeño tropiezo que a su vez hizo que su satisfacción bajara.

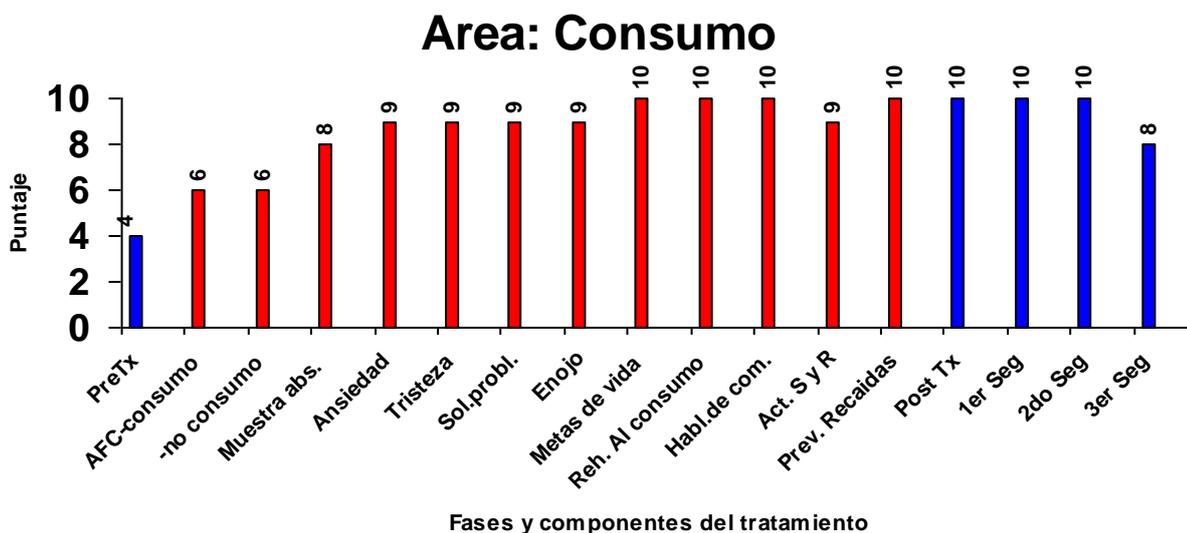


Figura 49. Resultados en la subescala de Consumo de la Escala de Satisfacción General, antes, durante y después del tratamiento y en los seguimientos

La figura 49 (b) presenta como veía el usuario su satisfacción con el progreso en el trabajo, durante los primeros tres componentes el usuario se mostraba poco satisfecho, situación que cambio a partir del cuarto componente, este cambio se mantuvo hasta el final del tratamiento y en los tres seguimientos.

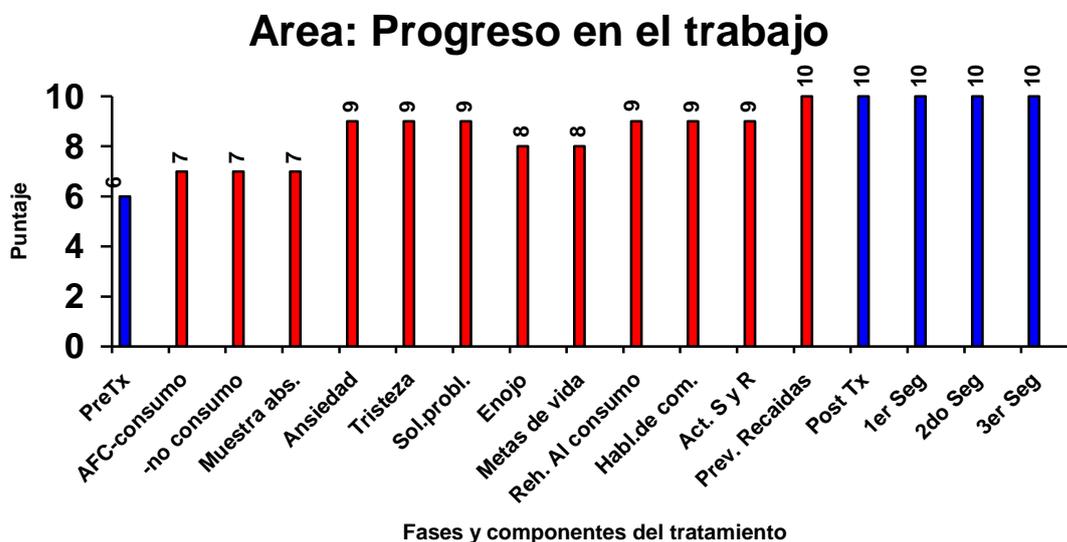


Figura 49 (b) Resultados en la subescala de Progreso en el trabajo de la Escala de Satisfacción General, antes, durante y después del tratamiento y en los seguimientos

La figura 49(c) muestra la satisfacción respecto al uso del dinero, el usuario opino sentirse poco satisfecho antes de iniciar el tratamiento y durante los primeros tres componentes, su satisfacción aumento gradualmente a partir del cuarto componente, situación que se mantuvo hasta finalizar el tratamiento y posteriormente en los seguimientos.

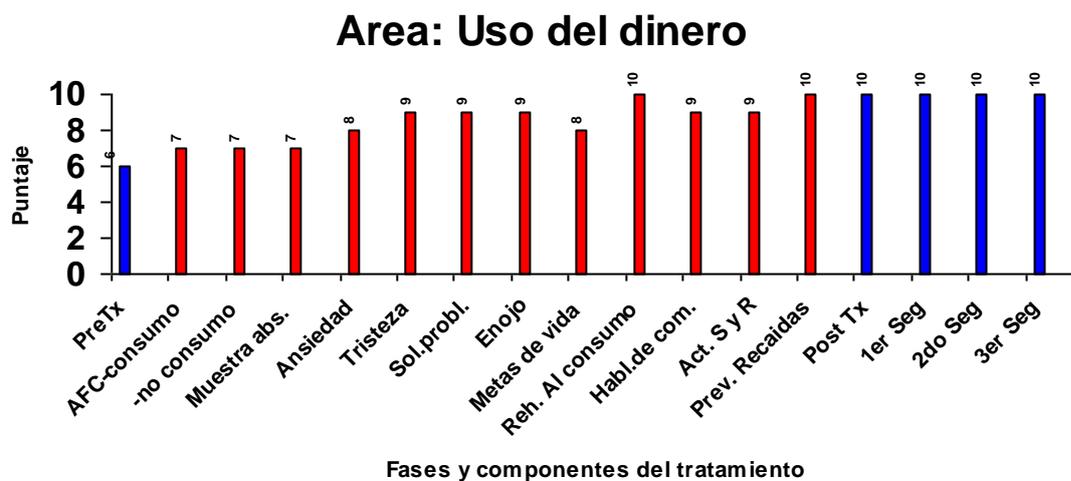


Figura 49(c) Resultados en la subescala en el uso del dinero de la Escala de Satisfacción General ,antes, durante y después del tratamiento y en los seguimientos.

La vida social y recreativa es una de las áreas en donde el usuario mostraba sentirse mas insatisfecho como se ve en la figura 49(d), es una de las áreas donde mas le costó al usuario aumentar su nivel de satisfacción, lográndolo a partir del componente numero seis (solución de problemas) aunque con ligeras variaciones en su puntaje, finalmente logro sentirse satisfecho al final del tratamiento y mantenerlo en los seguimientos.



Figura 49(d) Resultados en la subescala en Vida social y Recreativa de la Escala de Satisfacción General antes, durante y después del tratamiento y en los seguimientos.

En el área de hábitos personales el usuario siempre se mostró satisfecho como lo muestra la figura 49(e) pero resulta importante mencionar que su puntaje se vio incrementado desde el segundo componente (análisis funcional de la conducta de no consumo), el incremento se mantuvo constante en los componentes subsecuentes hasta el ultimo seguimiento.

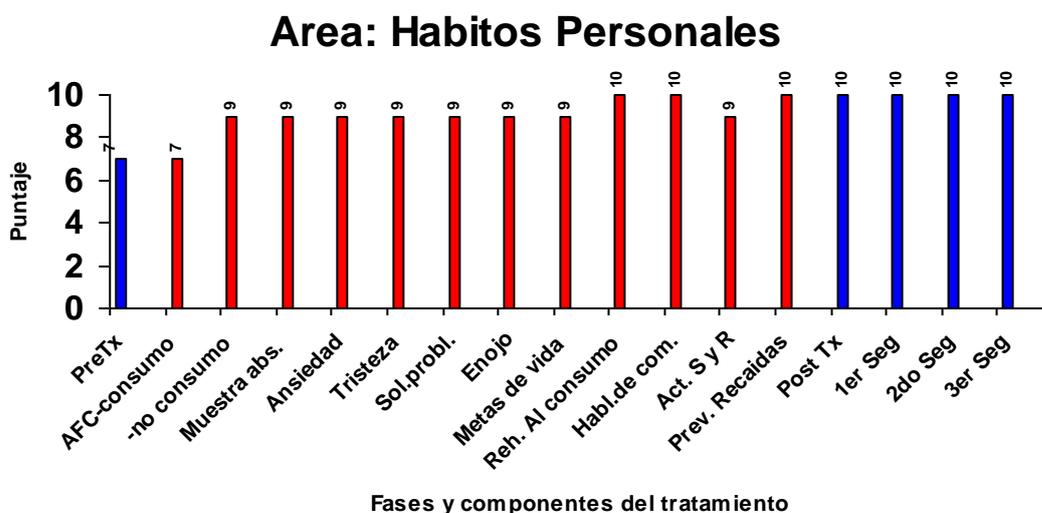


Figura 49 (e) Resultados en la subescala de Hábitos Personales de la Escala de Satisfacción General antes, durante y después del tratamiento y en los seguimientos.

La figura 49(f) muestra la satisfacción del usuario respecto a su relación familiar, cabe destacar que aunque en esta área en un principio el usuario se encontraba poco satisfecho hubo un claro aumento progresivo a partir del segundo componente del tratamiento (análisis funcional de la conducta de no consumo) para después tomar estabilidad que se mantuvo hasta el último de los seguimientos.

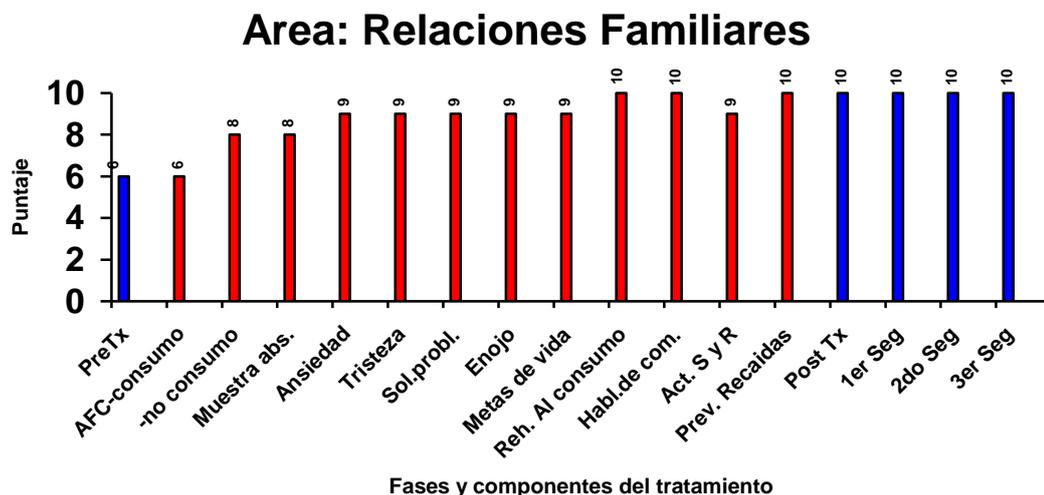


Figura 49 (f) Resultados en la subescala de Relaciones Familiares de la Escala de Satisfacción General antes, durante y después del tratamiento y en los seguimientos.

En el área de su situación legal que muestra la figura 49 (g) se observa que desde el inicio del tratamiento el usuario no presentaba problemas en esta área y se sentía muy satisfecho en ella, esta satisfacción se mostró estable en todo el tratamiento llegando a la puntuación máxima a partir del quinto componente (tristeza), hasta el último seguimiento.



Figura 49 (g) Resultados en la subescala de Situación Legal de la Escala de Satisfacción General antes, durante y después del tratamiento y en los seguimientos.

La figura 49(h) muestra la satisfacción del usuario con su funcionamiento emocional. Esta fue una de las áreas evaluadas con menor puntuación al iniciar el tratamiento y durante los siguientes componentes, fue hasta el componente número diez (habilidades de comunicación) cuando el usuario logro sentirse completamente satisfecho en esta área de la vida y a partir de ese momento el puntaje se mantuvo estable hasta finalizar el tratamiento, dicha estabilidad se mantuvo hasta finalizado el tercer seguimiento.

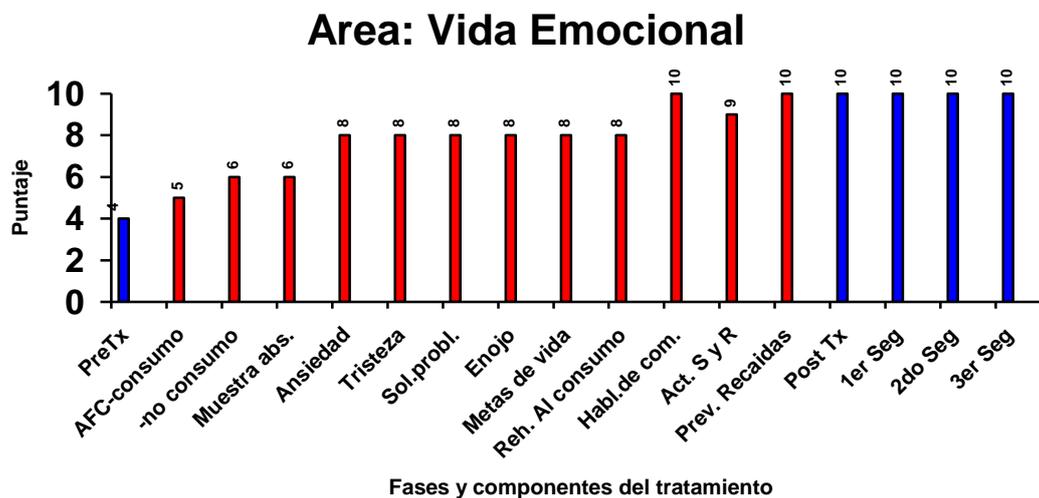


Figura 49 (h) Resultados en la subescala de Vida emocional de la Escala de Satisfacción General antes, durante y después del tratamiento y en los seguimientos.

La satisfacción en el área de la comunicación se muestra en la figura 49(i), esta fue otra de las áreas donde el usuario se mostraba insatisfecho en su funcionamiento. Es a partir del componente número 3 (muestra de abstinencia) donde su satisfacción comienza a aumentar, logrando sentirse satisfecho después del componente número 6 (solución de problemas), manteniendo esta satisfacción hasta el final del tratamiento y en los seguimientos.

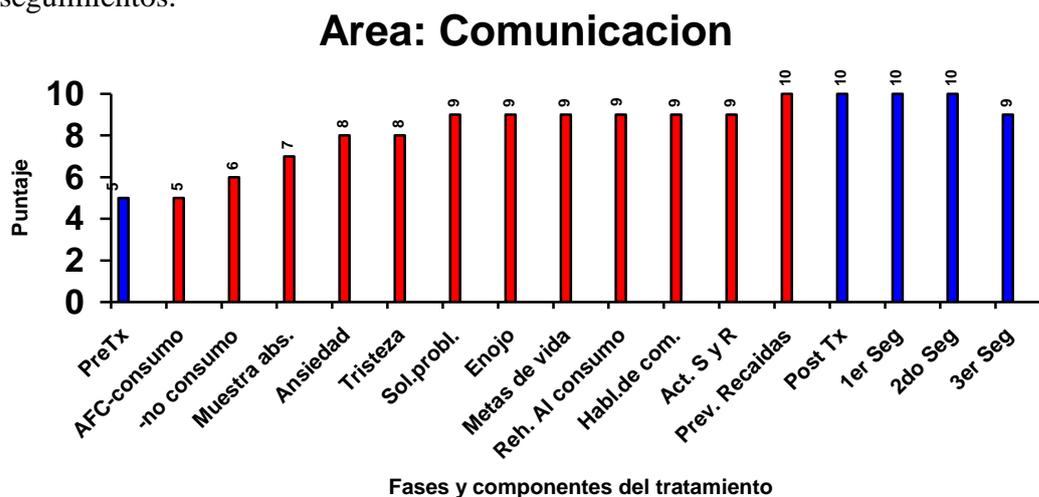


Figura 49 (i) Resultados en la subescala de Comunicación de la Escala de Satisfacción General antes, durante y después del tratamiento y en los seguimientos.

En la figura 49 (j) se observa el nivel de satisfacción general que presenta el usuario al llegar a tratamiento, cabe mencionar que el usuario se percibía como poco satisfecho con un puntaje de 6 puntos, fue a partir del tercer componente (muestra de abstinencia) cuando comienza a haber un aumento en la satisfacción del usuario, mejorando conforme se iban revisando los componentes, llegando a sentirse completamente satisfecho hacia el final del tratamiento manteniéndose así hasta el segundo seguimiento, para después bajar su puntaje en el tercer seguimiento.



Figura 49 (j) Resultados en la subescala de Satisfacción General de la Escala de Satisfacción General I antes, durante y después del tratamiento y en los seguimientos.

NIVEL DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

En la figura 50 se muestra el nivel de dependencia del usuario, quien al inicio del tratamiento presentó un nivel de dependencia sustancial al consumo de alcohol (28 puntos). Se observa que al final del tratamiento y en los seguimientos hubo un decremento en su puntaje hasta llegar a un nivel leve de dependencia (8 puntos) lo que indica que al finalizar el tratamiento el usuario decremento la sintomatología asociada con la dependencia a la sustancia.

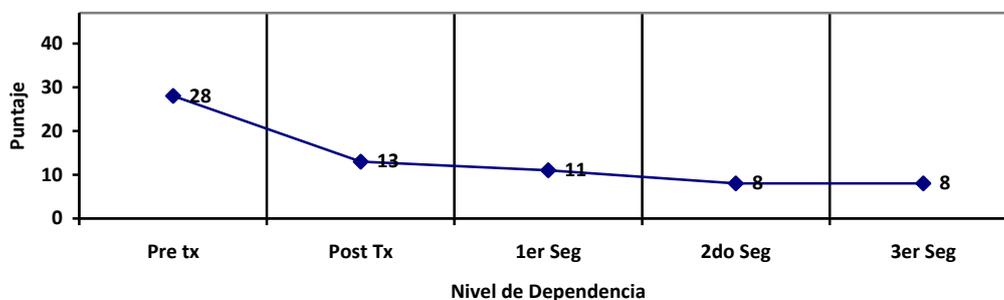


Figura 50. Resultados de la Escala de Dependencia al alcohol (EDA) antes del tratamiento, después y en los seguimientos.

NIVEL DE DEPRESION

Como se observa en la figura 51 previo al tratamiento el usuario manifestaba un nivel severo (32 puntos), al finalizar el tratamiento y durante los dos primeros seguimientos esta puntuación se vio disminuida, lo que indica un decremento en la sintomatología depresiva. Cabe señalar que durante el tercer seguimiento hubo un ligero incremento en la puntuación lo cual nos indica un pequeño aumento en la sintomatología.

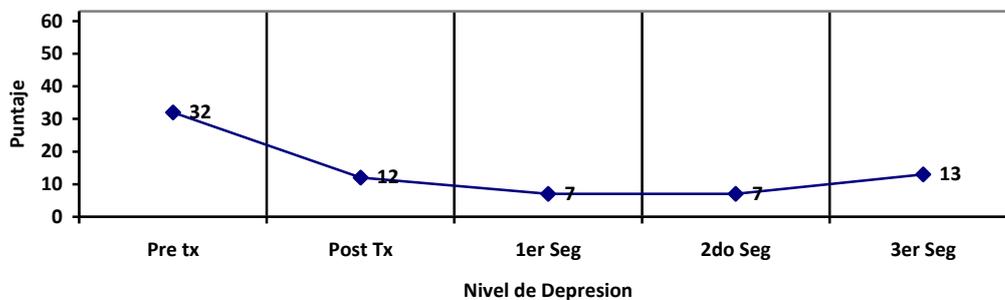


Figura 51. Resultados de la Escala de Depresión de Beck antes del tratamiento, después y en los seguimientos.

NIVEL DE ANSIEDAD

La figura 52 indica que antes del tratamiento el nivel de ansiedad que presentaba era moderado (28 puntos), una vez concluido el tratamiento y durante los seguimientos el nivel de ansiedad mostraba un decremento, sin embargo se aprecia un ligero incremento en el tercer seguimiento.

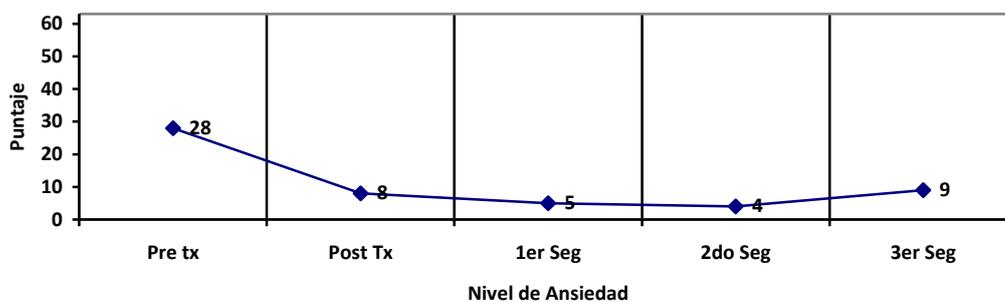


Figura 52. Resultados de la Escala de Ansiedad de Beck antes del tratamiento, después y en los seguimientos.

4.2 RESULTADO EL TRATAMIENTO EN EL PATRON DE CONSUMO

Para comprobar el impacto del tratamiento sobre el consumo del usuario se comparó con ayuda del auto registro el patrón de consumo antes de iniciar el tratamiento (línea base), con el patrón de consumo durante las 25 sesiones de tratamiento y finalmente con los seguimientos al mes a los 3 meses y a los 6 meses de concluido el tratamiento.

CONSUMO DE ALCOHOL

La figura 53 muestra la comparación en el consumo de alcohol entre la línea base, el tratamiento y los seguimientos. El promedio total obtenido en la línea base fue de 28 tragos estándar semanales durante las 52 semanas previas al tratamiento, durante el tratamiento y en los seguimientos al mes y al tercer mes no hubo episodios de consumo (de acuerdo al auto registro, estos datos fueron corroborados por el químico de la institución al realizar las pruebas correspondientes). Durante seguimiento a seis meses el usuario reporto haber consumido en dos ocasiones su primer consumo fue de 12 tragos estándar y su segundo consumo de 8 tragos estándar.

Si bien el usuario tenía 2 días sin consumo antes de acudir por primera vez a tratamiento, a través de la inferencia visual podemos apreciar que el consumo disminuye drásticamente durante la fase de tratamiento, en comparación con la línea base.



Figura 53. Patrón de consumo de alcohol. Cantidad en tragos estándar consumido por semana un año antes del tratamiento, durante el tratamiento (23 semanas) y durante el primer, segundo y tercer seguimiento.

4.3 OTROS INDICADORES

Otros indicadores que se usaron para evaluar la efectividad del tratamiento fueron: a) situaciones de riesgo en el consumo de alcohol y b) autoeficacia del usuario para resistir el consumo. A continuación se presentan los resultados de dichos indicadores.

PRINCIPALES SITUACIONES DE RIESGO Y AUTOEFICACIA.

Las situaciones de riesgo donde el usuario presentaba mayor riesgo de tener episodios de consumo y su autoeficacia para resistir ante dichas situaciones fueron medidas por el ISCA y el CCS (p. 98). Un mayor porcentaje en cada sub escala del ISCA significaba que la situación se presentó con mayor frecuencia. Por otra parte en el CCS un puntaje bajo en cada sub escala nos indicaba poca confianza por parte del usuario para resistir a la situación de riesgo. Una vez finalizado el tratamiento se observan porcentajes bajos en el ISCA y porcentajes altos en el CCS, lo que nos indica que las situaciones de riesgo del usuario disminuyeron y que su autoeficacia aumentó (Ver figuras 54 y 55).

En la figura 54 se observa que las tres situaciones de riesgo que presentaron los mayores porcentajes durante el pre tratamiento (emociones desagradables, presión social y necesidad de consumo), disminuyeron en ocurrencia al término del mismo, lo que indica que las situaciones de riesgo que el usuario presentaba disminuyeron en ocurrencia y el usuario se expuso menos a éstas.

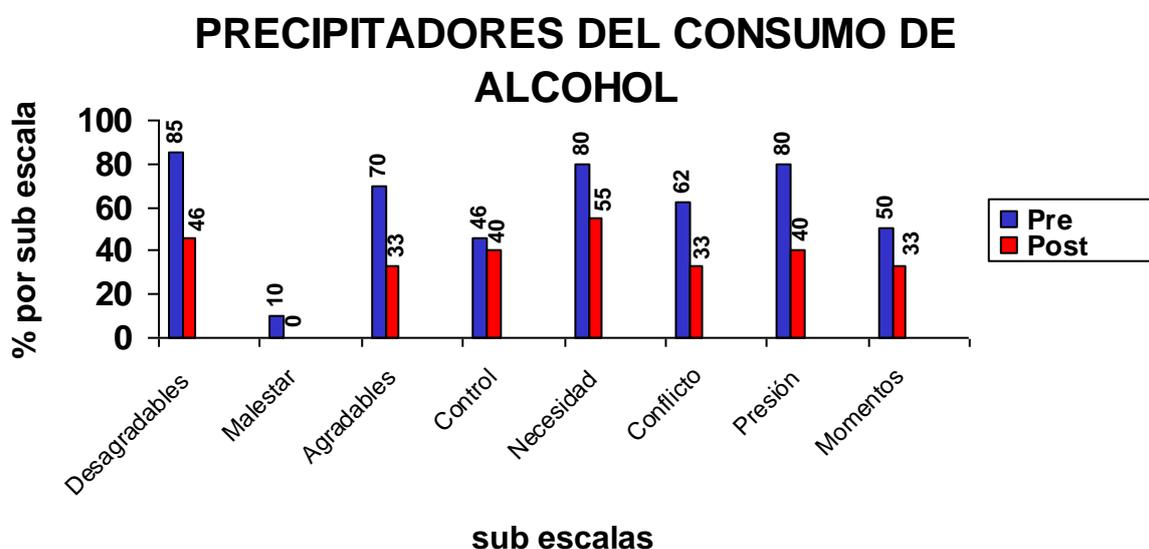


Figura 54. Resultados en el pre test y post test del Inventario de Situaciones de consumo de Alcohol [ISCA]

En la figura 55 se puede observar que en el CCS hubo un aumento en los puntajes post tratamiento y en los seguimientos en las 8 categorías, lo que indica un aumento de autoconfianza en comparación con los resultados obtenidos al inicio del tratamiento resaltando aquellas áreas que el sujeto presentaba menor confianza para resistir el consumo como: emociones desagradables, presión social y conflicto con otros.

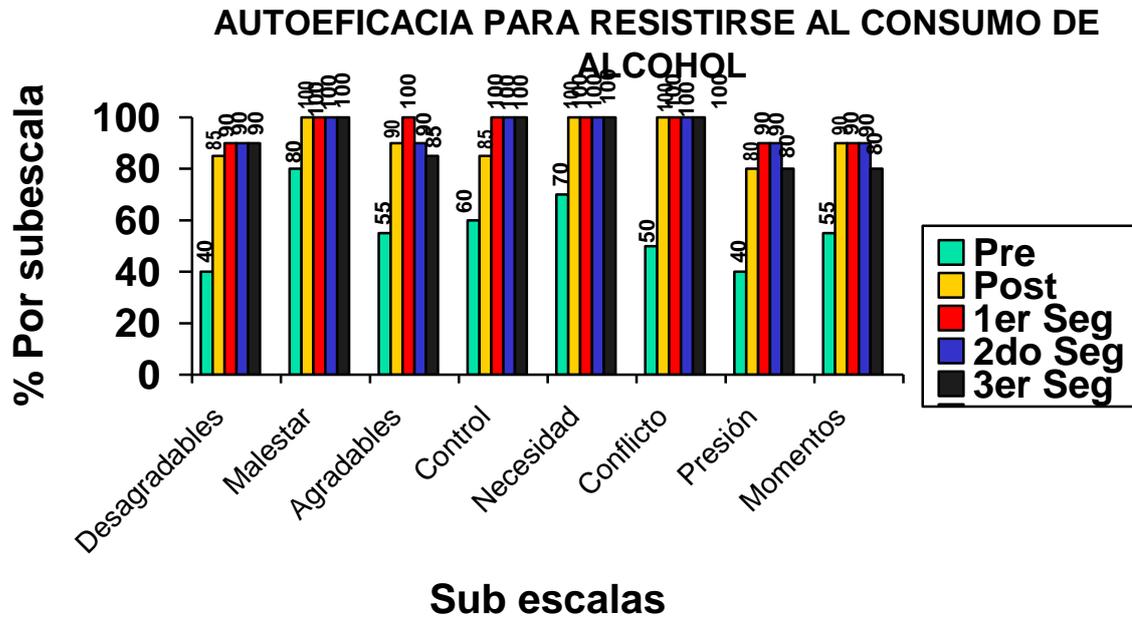


Figura 13. Resultados en el pre test y post test del Inventario de Situaciones de consumo de Alcohol [CCS]

5. DISCUSION

En base a los resultados se puede concluir que el programa de tratamiento [PSC] que recibió el usuario en combinación con el tratamiento medico psiquiátrico y las platicas de trabajo social fue efectivo debido a que hubo una modificación del patrón de consumo, así como una disminución en su sintomatología ansiosa y depresiva y un aumento en su satisfacción en distintas áreas de vida. Demostrando con ello que el tratamiento multidisciplinario optimiza los resultados positivos. Aunque para que esto sea posible se requiere de la suficiente cantidad de recursos humanos dotados de la adecuada preparación por medio de la difusión de conocimientos científicos fundamentando con ello la promoción del desarrollo profesional en el campo de las adicciones.

En este reporte se utilizó el diseño de caso único con el objetivo de evaluar los cambios en el patrón de consumo en un continuo temporal que comprende de la línea base al tercer seguimiento. En este tipo de diseño se utiliza la inferencia visual para evaluar los cambios en el patrón de consumo (Baer, Wolf y Risley, 1968 en Oropeza, 2003). Por lo cual los cambios entre el pre y el post tratamiento deben ser evidentes a simple vista.

Tomando lo anteriormente mencionado en el patrón de consumo del usuario se observa que desde iniciado el tratamiento hay un cese de consumo y éste se mantiene hasta el segundo seguimiento y aunque el usuario llegó a tratamiento con dos días de abstinencia se observa claramente el mantenimiento a lo largo de las 22 sesiones de tratamiento y en los dos seguimientos (Ver Figura 53). Es importante decir que durante el tercer seguimiento el usuario tuvo dos consumos el primero de 12 tragos estándar y el segundo de 8 tragos estándar, ambos consumos se dieron en reuniones con sus amigos y sin la presencia del otro significativo. Por lo cual es importante que el usuario tome en cuenta estas experiencias para en situaciones posteriores pueda elaborar planes de acción adecuados y afrontar estos precipitadores en una forma distinta y funcional.

Retomando el patrón de consumo del usuario observamos que durante la línea base el promedio de días de consumo previo al tratamiento fue de 146 días (40%) mientras que los días de no consumo fueron 219 días (60%). Durante el tratamiento y los seguimientos solo presentó dos consumos lo que equivale a 0.57 días de consumo versus 99.42 días de abstinencia.

Referente a su satisfacción en distintas áreas de su vida en la evaluación el usuario puntuó entre 4 y 7. Dicho rango cambiaría una vez finalizado el tratamiento y durante los seguimientos correspondientes ya que el usuario presentó puntajes que oscilaban entre 9 y 10 en todas las áreas de vida. Los cambios más significativos los tuvo en las áreas del consumo, vida social y recreativa, vida emocional y comunicación; estos cambios pueden explicarse debido a que el usuario adquirió las habilidades necesarias para controlar en forma adaptativa emociones negativas a su vez que por medio de una comunicación mas eficiente logró estrechar lazos familiares y establecer nuevas redes sociales con personas no consumidoras al inmiscuirse en actividades placenteras que no tenían las consecuencias negativas del consumo lo que también favoreció el que mantuviera la abstinencia.

En cuanto a nivel de dependencia se refiere se mostraron diferencias entre los resultados obtenidos en el pre test, post test y los seguimientos, cambiando de un diagnóstico de dependencia sustancial a uno de dependencia leve.

Por otra parte en las mediciones pre- post del nivel de ansiedad y depresión se observa que en ambas variables hay una reducción en la sintomatología reportada por el usuario. Esta disminución se debió a la combinación de la toma de medicamentos por parte del usuario con el entrenamiento en distintas habilidades que le permitieron controlar sus emociones en una forma eficaz y adaptativa por lo cual pudo controlarse sin necesidad de consumir alcohol como lo hacía en el pasado.

Es importante mencionar que el ligero incremento en la sintomatología depresiva y ansiosa después del tercer seguimiento pudo estar asociado a los consumos esporádicos que presentó el usuario, lo cual trajo consigo cogniciones erróneas que a su vez incrementaron el malestar físico y emocional.

El aumento en su auto eficacia ayudó para que el usuario pudiera enfrentar en forma adaptativa las situaciones de riesgo que se le presentaron durante y post- tratamiento. Recordando que en un comienzo el usuario presentaba poca confianza de resistirse a situaciones de riesgo reflejándolo en puntajes de 40%, 50% y 60% en el Cuestionario de Confianza Situacional [CCS], posteriormente al término del tratamiento presento porcentajes altos de confianza con puntuaciones que oscilaban entre el 80% y 100% indicadores que se sentía mas confiado de poder resistir el consumo ante situaciones de riesgo.

Los cambios presentados en el patrón de consumo, nivel de dependencia y en la autoeficacia pueden explicarse como el resultado del cambio del usuario en su etapa de motivación ya que al inicio del tratamiento se encontraba en una etapa de contemplación y conforme transcurrió el tratamiento se traslado a una etapa de acción y mantenimiento (Prochaska y Diclemente, 1986).

También fue importante el apoyo familiar que recibió el usuario ya que siempre cooperaron en el tratamiento, acompañándolo a la mayoría de las sesiones y cuidando que siguiera las indicaciones medicas en la administración de sus medicamentos. El apoyo familiar a su vez ayudó a que el usuario se apegara al tratamiento y también le permitió encontrar actividades placenteras no relacionadas con el consumo para construir un estilo de vida saludable.

Lo anteriormente mencionado coincide con diversas investigaciones (Copello, Oxford, Hodgson, Tober y Barret, 2002, citados en López, 2009). ¿Que dan cuenta de que las personas que viven con amigos, pareja o en un contexto familiar tienen mayores probabilidades de recuperarse que los que carecen de redes de apoyo. Lo cual concede a los otros significativos un rol importante tanto en la decisión del usuario de entrar a tratamiento como en el transcurso de este.

Finalmente tomando la información del tiempo de abstinencia durante el tratamiento y después en los seguimientos el pronóstico para el usuario es favorable, sin embargo a pesar de ello por su historia previa el mínimo consumo de alcohol lo pone en riesgo de posibles recaídas por lo cual la identificación de situaciones de alto riesgo que lo llevaron a consumir es de suma importancia para llevar a cabo los planes de acción correspondientes. Así mismo el seguir efectuando actividades no relacionadas con el consumo, el poner en práctica las habilidades aprendidas en el tratamiento y el apoyo de sus familiares y redes sociales será esencial para prevenir recaídas y mantener la abstinencia.

6. LIMITACIONES Y CURSOS ALTERNATIVOS DE ACCION

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 reporto el entrenamiento del programa a un usuario de alcohol para ayudarlo a hacer frente a los precipitadores externos e internos con los cuales interactuaba en su vida cotidiana.

El usuario fue atendido durante 22 sesiones en la modalidad de consulta externa y 3 seguimientos en dichas sesiones únicamente tuvo 2 ausencias, enfatizando con esto la importancia de la adherencia terapéutica al tratamiento para mejorar el impacto del mismo. Para lograr dicha adherencia se recomienda el uso de la entrevista motivacional (Miller y Rollinck, 1991) además del trabajo con los familiares desde las primeras sesiones de tratamiento logrando la reducción de la deserción e incrementando la adherencia.

Se alienta enfatizar la repetición de los ensayos conductuales ya que favorecen el aprendizaje de anticipar y afrontar eficazmente situaciones de alto riesgo para evitar la recaída. El número de repeticiones garantiza una mayor eficiencia en la aplicación en situaciones de riesgo en la vida diaria. Por tanto el aprendizaje y la aplicación continua de las habilidades ayudan a que el usuario incremente el nivel de autoeficacia en las distintas áreas de vida y con ello mantenga la abstinencia.

Así mismo una parte importante del tratamiento fue el enseñar al usuario la reestructuración cognoscitiva, ésta fue una habilidad que favoreció su abstinencia ante pensamientos que incluyeron expectativas positivas de consumo, también ayudo para mejorar estados de ánimo y controlar emociones desagradables favoreciendo el detener la ocurrencia inmediata de la conducta habitual de consumo y la consideración de conductas alternativas. Sin embargo esto fue posible por el nivel cognitivo del usuario, situación no generalizable en la población en una institución como el CAIS Torres de Potrero que proporciona atención a población consumidora de bajos recursos y escasa preparación académica. Lo cual dificulta el aprendizaje de las técnicas cognitivas, sugiriendo con ello enfatizar en técnicas de índole conductual.

Referente a otro punto aunque la mayoría de las mediciones fueron auto-reportes y estos están sujetos a manipulación, este estudio contó con medidas fisiológicas que ayudaron a monitorear el consumo del usuario antes y después del tratamiento lo que incrementa la objetividad de los resultados.

En el programa se plantea que el tratamiento a los usuarios sea 2 veces por semana, para mejorar su eficiencia, pese a esto por la dinámica del CAIS el usuario se atendió una vez por semana por lo que el tratamiento era más lento. Por ello se recomienda seguir la recomendación de la atención 2 días de la semana para reducir los tiempos del tratamiento y monitorear con mayor frecuencia las habilidades adquiridas por el usuario.

También es recomendable que las instituciones públicas y privadas busquen mecanismos para concientizar a la población consumidora y a sus familiares acerca de la importancia de tomar la recreación como mecanismo que puede contribuir a tener una mejor calidad de vida sin las consecuencias negativas del consumo, como en el caso particular del usuario donde retomar actividades recreativas le permitieron conocer nuevas redes sociales no consumidoras, hacer un uso adecuado de su tiempo libre, mejorar su salud física, estrechar lazos con su familia, aumentar su autoeficacia y lograr la abstinencia.

Así mismo es prioritario intensificar en instituciones que se dedican a la rehabilitación como el caso del CAIS, programas de educación preventiva, y la promoción de estilos de vida con los que se logre disminuir el uso de estas sustancias y los efectos negativos que pueden presentarse en el individuo y la sociedad, sin dejar de proporcionar a los que ya sufren la adicción la atención terapéutica y los servicios más apropiados.

Por último aunque el pronóstico del usuario es favorable, por el tiempo de abstinencia logrado, se recomienda ahondar en los precipitadores que lo llevaron a consumir en dos ocasiones antes del tercer seguimiento y hacer los planes de acción correspondientes. Así mismo orientar a los familiares sobre su actuación como cuidadores primarios del usuario en la administración de sus medicamentos y en ser detectores de señales de alarma para evitar nuevas recaídas y lograr con ello un estilo de vida positivo para el individuo y su entorno.

REFERENCIAS.

Antonuccio, D.O., Thomas, M. y Danton, W.G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, 28, 187-210.

American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.

Arelláñez J, Díaz B, Wagner F, Pérez V., (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Menta*, 2(3), 54-64.

Babor, T.F., & Grant, (Eds) (1991). *Project on identification and management of alcohol related problems on phase II. A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*. Geneva: World Health Organization.

Babor, T. F., & Grant, M (Eds) (1992). *Project on identification management of alcohol related problems. Report on phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Bandura, A. (1977). Theoretical perspective. En: *Social learning theory*. Cap. 1: 1 -13. New York.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Barragán, L. (2005). *Modelo de intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes al alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. México D.F. Facultad de Psicología. UNAM.

Barragán, L., González, J., Medina-Mora, E. & Ayala, H. (2005) Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas en población Mexicana: Un estudio Piloto. *Salud Mental*, 28 (1), 61-71.

Barragán, L., Flores, M., Morales, D., González, J. & Martínez, M. (2006). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: manual del terapeuta tomo I y II*. México: CONADIC.

Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid.

Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora Icaza ME. (2008). El papel del género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México. *Revista Panamericana Salud Publica*. 23(4):231-6.

Bellver Ascensión, Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. (2007). Vol. 4, Núm. 1, pp. 133-142.

Brailowsky, S. (2003). *Las sustancias de los sueños*. México: Fondo de cultura económica.

Borges, G., Medina-Mora, E., Cherpitel, C., Casanova, L., Mondragón, L. & Romero, M. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública de México*, 41(1), 3-11.

Carroll, M. (1999). Behavioral and Cognitive Behavioral Treatments. In: S. McCrady and E. Epstein (Eds). *Addictions. A Comprehensive Guidebook*. New York: Oxford University Press

Carrascoza V. (2007). *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Cohen E, Feinn R, Arias A, Kranzler HR. (2007). Alcohol treatment utilization: findings from de National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Drug Alcohol Depend*, 12; 86(2-3):214-21.

Congreso-de-la-Unión-LIX-Legislatura. DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 27 de Abril 2010 ed. México, DF: Congreso General, 2010.

Cruz Martín del Campo Silvia L. (2007). Los efectos de las drogas de sueños y pesadillas. México: Trillas.

De Micheli D, Formigoni M. (2000). Screening of drug use in a teenage Brazilian sample using the Drug Use Screening Inventory. *Addict Behav*, 25(5):683-91.

Díaz, B., Arellánez, J., y Martínez, J. (2002). Uso de drogas y factores psicosociales asociados entre estudiantes de educación media básica del estado de Nuevo León. En Secretaría de Salud, CONADIC. Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. SSA, CONADIC, México, pp. 133-136.

Díaz, B., y García, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en estudiantes mexicanos. En prensa.

Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, L., y Tiburcio., M. (2004). Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. México D.F. U.N.A.M, Facultad de Psicología.

Echeverría, S.L., Carrascoza, V.C., Reidl, M.L. (2007). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, Facultad de Psicología.

Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, M. y Tiburcio, M. (2008). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México: CONADIC.

Espada J., Pereira J., y García, F. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes *Psicothema*. Vol. 20, n 4, pp. 531-537.

Farell, A.; Danish, S. & Howard,C. (1992). Relationship between drug use and other problem behaviors in urban adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*. 5, 705-712.

Hall, A., Humfleet, G.,Reus, V.,Muñoz, R., & Cullen J. (2004) Extended nortriptyline and psychological treatment for cigarette smoking. *American Psychiatric Association*, 161, 2100-2107.

Hazlett-Stevens,H., y Craske,M. (2002). Brief cognitive-behavioral therapy: definition and scientific foundations. *Hand Book of Brief Cognitive Behavior Therapy*. Wiley: Great Britain.

López Acosta, C (2009). Decisión para entrar a un tratamiento de adicciones: Motivación propia e influencia de terceros *Revista Terapia Psicológica*. Vol.27, número 1. Universidad Católica de Chile Santiago de Chile

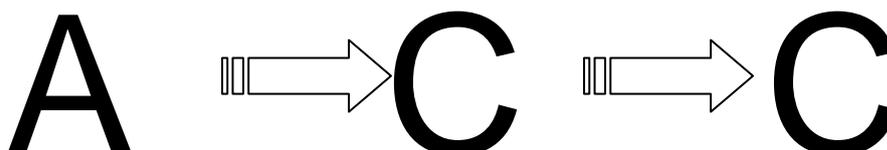
- Lorenzo F. P., Ladero Q. J. M., Leza J.C., Lizasoain H. I. (2009). *Drogodependencias*. Editorial Médica Panamericana.
- Martínez, K., Salazar, M., Ruiz, G., Barrientos, V. & Ayala, H. (2007). Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta. México: UNAM.
- Martínez, K., Salazar, Pedroza, F., M., Ruiz, G., y Ayala H. (2008). Resultados Preliminares del Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que consumen Alcohol y Drogas. *Salud Mental*, Vol31,119-127.
- Medina-Mora, M; Rojas, E; Juárez, F; Berenzon, S; Carreño, S; Galván, J; Villatoro, J; López y Ortiz, E (1993) Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la republica mexicana. *Salud mental*, 16,3, .2
- Medina-Mora ME, Villatoro J, López E, Berenzon S, Carreño S, Juárez F.(1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gac Med Mex*. 131:383–7.
- Medina-Mora ME. Mexicans and alcohol: patterns, problems and policies. *Addiction* 2007; 102:1041-1045.
- Miller,W.R. (1985) Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98. 84-107.
- Miller,W.R.,& Rollnick, S. (1991). *La Entrevista Motivacional*. Barcelona: Paidos.
- N.I.D.A (22 de 07 de 2008). Nida research reports. Recuperado el 29 de 12 de 2009, de nida reserch reports: <http://www.nida.nih.gov/researchreports>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1992. CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor. 424pp
- Organización Mundial de la salud. (2009) Documento de trabajo para la elaboración de un proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Recuperado el 6 Enero 2010 de www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html.
- Oropeza R. (2003) Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognositivo conductual para usuarios de cocaína. Tesis de Doctorado. México D.F. Facultad de Psicología. UNAM.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W. R. Miller & S. Rollnick (1991). *Entrevista Motivacional: Preparando a la persona para el cambio de las conductas adictivas*.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª. ed.). Madrid, España.
- Salazar, M. L. (2008). Evaluación de dos intervenciones breves para la disminución del consumo de alcohol en adolescentes rurales de Aguascalientes. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Salazar, G. M., Martínez, M. K., & Ayala, V. H. (2001). Adaptación y Validación de la Escala "The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)". México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salazar, M. L., Martínez, K. I. & Barrientos, V. (2009). Evaluación de un componente de inducción al tratamiento con adolescentes usuarios de alcohol del Distrito Federal. *Salud Mental*, 32, 6
- Salazar, M. L., Martínez, K. I. & Ruiz, G. M.(2008) ¡Tu Decides!. Consejo Nacional contra las adicciones. México, D.F.
- Sandoval JE. Alcohol, alcoholismo, comunidad y salud. (1997). *Rev. Cubana Med Gen Integr.*, 13 (2):111-2
- Secretaria de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Fundación Gonzalo Río Arronte. (2002). Encuesta Nacional de Adicciones. México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Publica.
- Secretaria de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Fundación Gonzalo Río Arronte. (2008). Encuesta Nacional de Adicciones. México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Publica.
- Sobell, M.B., & Sobell, L.C.(1993). Problem drinkers: guided self change treatment. New York: Guilford
- Tapia C. R, Medina-Mora, M. E., Cravioto Q .P,(2001) Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas, México pp 208.234.
- Timko,C., & Moss, R.H.(1998). Outcomes of the treatment climate in psychiatric and substance abuse programs. *Journal of clinical Psychology* 54(8), 1137-1150.
- UNAM (2011) EL RÉGIMEN DE LA DROGA EN MÉXICO: UNA VISIÓN PANORÁMICA. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, vol. 76 Recuperado Abril 2012 de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/76/art/art1.htm>
- UNODC (2009). Informe Mundial Sobre Drogas, resumen Ejecutivo. Recuperado Marzo 15, 2011, de United Nations Office on Drugs and Crime, sitio Web: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf.
- Weisman A Worden, Sobel H (1980) Psychosocial scening and intervention whit cancer patients research report Cambridge , MA: Shea.
- World Health Organization,(2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Switzerland.

ANEXOS

Anexo 1: Análisis Funcional de la conducta de consumo.

ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO



PRECIPITADORES EXTERNOS	PRECIPITADORES INTERNOS	CONDUCTA	CONSECUENCIAS POSITIVAS (a corto plazo)	CONSECUENCIAS NEGATIVAS (a mediano y largo plazo)
<p>1. ¿Con quién se encuentra generalmente cuando consume?</p> <p>Amigos borrachos del trabajo</p> <p>2. Usualmente ¿en dónde se encuentra cuando consume?</p> <p>Bares y cantinas En mi casa los domingos</p> <p>3. Usualmente ¿cuándo o en qué momentos consume?</p> <p>Los días jueves y viernes al reunirme con los compañeros después de trabajar en las tardes noches generalmente entre 8 y 9 pm.</p>	<p>1. ¿Qué es lo que piensa justo antes de consumir?</p> <p>“La primera caguama me ayudara a desinhibirme posteriormente podré pasarme un buen rato”</p> <p>“ Solo las tres de rigor y ni una mas”</p> <p>2. ¿Qué es lo que siente físicamente justo antes de consumir?</p> <p>Temblor de manos y cuerpo un poco tenso</p> <p>3. ¿Qué emociones tiene justo antes de consumir?</p> <p>Ansiedad</p>	<p>1. Usualmente ¿qué consume?</p> <p>Cerveza</p> <p>2. Usualmente ¿cuánto consume?</p> <p>3 caguamas tres días y una caguama los días Domingo</p> <p>3. Usualmente ¿durante cuánto tiempo consume?, ¿cuánto tiempo dura el episodio?</p> <p>3 horas</p> <p>4. ¿Cuánto tiempo le lleva ingerir una copa?</p> <p>1 botella de Caguama por hora.</p> <p>1 vaso 15 minutos</p>	<p>1. ¿Qué es lo que le gusta de consumir con quien lo hace?</p> <p>La compañía, las risas, la platica de los compañeros</p> <p>2. ¿Qué es lo que le gusta de consumir en donde lo hace?</p> <p>La música, la decoración</p> <p>3. ¿Qué le gusta sobre los momentos en los que consume?</p> <p>Que me siento aceptado en el grupo por mis compañeros</p> <p>Que platico con mayor facilidad.</p> <p>Que no me siento solo y no me siento triste.</p>	<p>1. ¿Cuáles son los resultados negativos de consumir, en cada una de estas áreas?</p> <p>a) Interpersonal Problemas familiares, Aislamiento Social</p> <p>b) Física Problemas de hígado, Descuido aseo personal, Bajo rendimiento físico, Obesidad, Mal olor, Crudas, Lagunas mentales, Congestión.</p> <p>c) Emocional Ansiedad, Tristeza, Enjojo</p> <p>d) Legal Detenciones y extorsiones por arte de policías.</p>

<p>Los días sábado en la reunión con los compañeros para pasar el rato generalmente después de las 6pm.</p> <p>Los días domingo mientras preparo las clases para la semana a las 12pm aproximadamente</p>			<p>4. ¿Cuáles son algunos de los pensamientos placenteros que tiene mientras consume?</p> <p>“El sabor de la cerveza me agrada bastante y con este calor es ideal para quitar la sed”</p> <p>“Esta chelita me va a relajar y me podré abrir mas para pasarla mas a gusto”</p> <p>“Nada de tristezas no hay como la cerveza para olvidar las penas.</p> <p>5. ¿Cuáles son algunas de las sensaciones físicas placenteras que usualmente tiene mientras consume?</p> <p>Relajación muscular</p> <p>6. ¿Cuáles son algunas de las emociones agradables que usualmente tiene mientras consume?</p> <p>Alegría.</p>	<p>e) Trabajo Llamadas de atención de superiores, Bajo rendimiento laboral,</p> <p>Desorganización, No respeto por parte de compañeros</p> <p>f) Financiero Gastos excesivos, Privación de cosas materiales, Economía inestable.</p> <p>g) Otro Miedos, muerte.</p>
---	--	--	--	---

Anexo 2: Análisis Funcional de la conducta de no consumo.

ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE NO CONSUMO

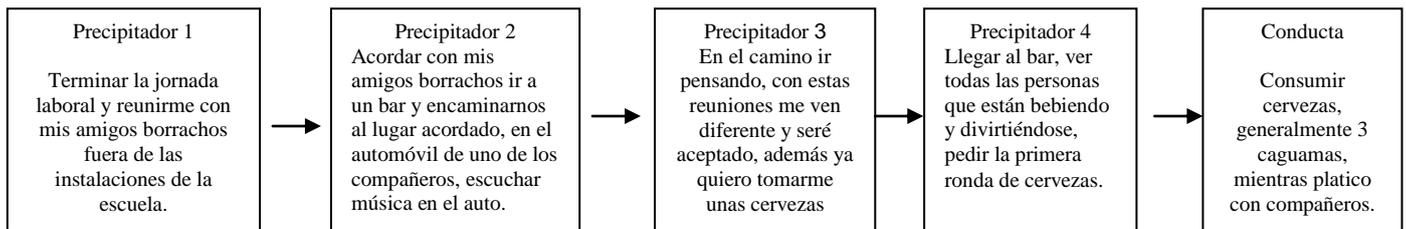


PRECIPITADORES EXTERNOS	PRECIPITADORES INTERNOS	CONDUCTA	CONSECUENCIAS NEGATIVAS (a corto plazo)	CONSECUENCIAS POSITIVAS (a mediano y largo plazo)
<p>1. ¿Con quién se encuentra generalmente cuando?</p> <p>Mi sobrino</p> <p>2. Usualmente ¿en dónde se encuentra cuando?</p> <p>Caminando ya sea en la cuadra o en el deportivo</p> <p>3. Usualmente ¿cuándo o en qué momentos?</p> <p>Los fines de semana al llegar a casa después del trabajo</p>	<p>1. ¿Qué es lo que piensa justo antes de?</p> <p>Me la pasare muy padre el día de hoy, estas salidas hacen que me acerque mas a mi sobrino y a su vez a sus papas.</p> <p>No habrá conflictos y mañana no me sentiré crudo, además estas caminadas me hacen bien físicamente y me distraigo bastante.</p> <p>2. ¿Qué es lo que siente físicamente justo antes de?</p> <p>Corazón acelerado</p> <p>3. ¿Qué emociones tiene justo antes de?</p> <p>Alegría</p>	<p>1. ¿Cuál es la conducta que realiza?</p> <p>Caminar y platicar con mi sobrino</p> <p>2. ¿Qué tan frecuentemente?</p> <p>En las noches los fines de semana.</p> <p>3. ¿Cuánto tiempo dura esta conducta?</p> <p>Aproximadamente 1h 1/2</p>	<p>1. ¿Qué es lo que le disgusta de con quien lo hace?</p> <p>Nada en absoluto</p> <p>2. ¿Qué es lo que le disgusta de en donde lo hace?</p> <p>Que si hay mal clima se tiene que suspender</p> <p>3. ¿Qué le disgusta sobre los momentos en los que lo hace?</p> <p>En ocasiones pienso que no es muy adecuado ya que con la inseguridad de la ciudad es difícil salir en las tardes noches.</p> <p>4. ¿Cuáles son algunos de los pensamientos desagradables que tiene mientras realiza la actividad?</p>	<p>1. ¿Cuáles son los resultados positivos de la actividad, en cada una de estas áreas?</p> <p>a) Interpersonal Acercamiento con mi sobrino y estrechar lazos familiares.</p> <p>Conocer más gente que no tiene que ver con el consumo.</p> <p>Confianza de mi familia.</p> <p>b) Física Mejor condición física Verme y sentirme mejor. Dormir adecuadamente.</p> <p>c) Emocional Alegría, dejar a un lado la tristeza, reducir ansiedad.</p> <p>d) Legal No tener problemas con la policía.</p>

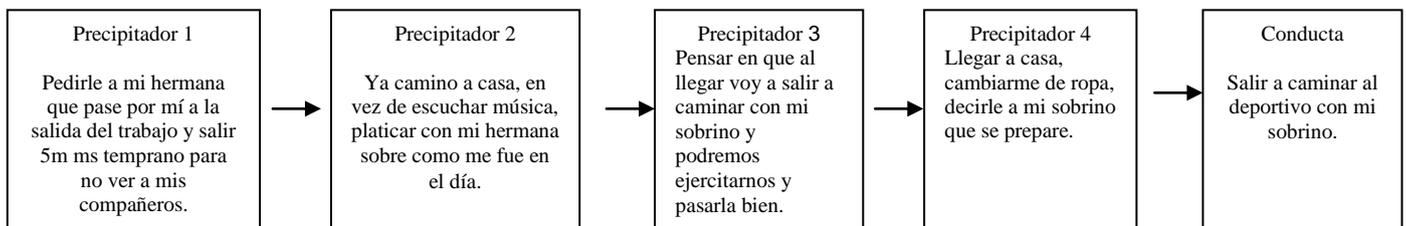
			<p>Otra vez caminando, ya me canse.</p> <p>Tal vez en este momento podría estar con mis amigos disfrutando de unos tragos.</p> <p>5. ¿Cuáles son algunas de las sensaciones físicas desagradables que usualmente tiene mientras hace la actividad?</p> <p>Cansancio en piernas</p> <p>6. ¿Cuáles son algunas de las emociones desagradables que usualmente tiene mientras hace la actividad?</p> <p>Ansiedad</p>	<p>e) Trabajo</p> <p>Aumento de productividad. No tener problemas con los jefes. No distracciones.</p> <p>f) Financiero</p> <p>Estabilidad económica, gasto en cosas de provecho.</p> <p>g) Otro</p> <p>Obtención de autoestima y distracción sana.</p>
--	--	--	--	---

Anexo 3: Cadena Conductual de Consumo y de cambio.

DE CONSUMO



DE CAMBIO



Anexo 4: Muestra de abstinencia

MUESTRA DE ABSTINENCIA

México, D F a 30 de Nov. de 2010.

JRV

Por medio de la presente, yo _____ me comprometo a llevar a cabo una muestra de abstinencia, por un lapso de 90 días.

Del 30 de Nov.2010de 2010 al de 2 de Marzo 2011

Las técnicas que me comprometo a poner en práctica para alcanzar mi muestra de abstinencia son:

- ❖ Recordar la importancia del llenado de mi auto-registro.
- ❖ Prevenir precipitadores y hacer planes de acción para cada uno de ellos y llevarlos a cabo.
- ❖ Recordar las consecuencias negativas del consumo.
- ❖ Si tengo pensamientos precipitadores los modificare por pensamientos de no consumo:

PENSAMIENTOS PRECIPITADORES:

“Hoy me siento un poco triste, pero seguro que tomándome unas cervezas entro en ambiente con los muchachos y lo triste se me olvida”

“No hay como unas chelas para platicar a gusto con los muchachos”

PENSAMIENTOS NO PRECIPITADORES:

“El beber no es la solución para no estar triste, por el contrario, me traerá mas dificultades y disgustos con mi familia, mejor me voy a casa y platico como me siento con mi familia y después que me acompañen a caminar”

“Debo aprender a comunicarme y ser mas abierto con las personas, pero bebiendo no es la manera adecuada de conseguirlo”

- ❖ Evitar estar con: Mis amigos borrachos fuera de el lugar donde laboro
- ❖ Evitar estar en: Bares, Cantinas y escuchando música solo en casa
- ❖ Poner en práctica todas las estrategias que me sean enseñadas durante el tratamiento.

“Por mi raza hablará el espíritu”

Nombre del usuario

Nombre del terapeuta

JVR

José Luis Barrera Gutiérrez

Anexo 5: Formato planes de acción muestra de abstinencia.**PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS****FORMATO DE PLANES DE ACCIÓN
COMPONENTE: MUESTRA DE ABSTINENCIA**

Usuario: JRV

Fecha: 30 nov 2010

Instrucciones: describa dos planes de acción que le permitan enfrentar situaciones de riesgo exitosamente.

SITUACIÓN DE RIESGO 1

Jueves saliendo de laborar, mis amigos borrachos querrán ir a beber a una cantina en san ángel.

PLAN DE ACCIÓN:

“Desde el día miércoles quedar de acuerdo con mi hermana para que pase por mi a el trabajo, salir 5 minutos antes que mis compañeros e irme a casa. En dado caso que mi hermana no pueda ir por mí, argumentar a los muchachos que voy a tener visitas en la casa y no podré acompañarlos. Ya estando en casa, platicar con mi familia y ver tv con ellos o salir a caminar al deportivo con mi sobrino”.

SITUACIÓN DE RIESGO 2

Sentirme triste por estar solo y querer una cerveza.

PLAN DE ACCIÓN:

“Recordar todo lo malo que me ha traído el consumo en el pasado. Platicar con mi hermana y mi cuñado sobre como me siento, salir con mi familia a comer, a cenar o al cine. Empezar a decorar de nueva cuenta mi pecera y distraerme en ello.”

Anexo 6: Resultados Técnicas de Relajación.

	PRESION ARTERIAL	TEMPERATURA
PRE	135/88	36.4
RESPIRACION	130/84	36.7
RELAJACION MUSCULAR	128/82	36.8
VISUALIZACION	130/85	36.8

Anexo 7 : Auto Registro de Ansiedad.

SITUACION	¿CON QUE PERSONAS, HORA Y LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS
En el auto de mi hermana, después del tratamiento, de regreso a casa, había mucho tráfico por lo cual me estrese.	7/12/2010 Mi hermana, aproximadamente las 4pm, Av. universidad	Respiración profunda	Mi cuerpo empezó a sentirse mas ligero y mi estado de humor cambio, me sentí mas relajado
Me encontraba en casa en la noche y se me hizo un buen momento para practicar las técnicas y enseñárselas a la familia.	8/12/2010 Mi hermana, cuñado y sobrino, las 9 pm, en mi domicilio	Respiración profunda, técnica de relajación muscular, técnica de visualización	Hice cada técnica aproximadamente 5m, enseñándoselas a mis familiares, después de practicarlas me sentí mas relajado.
Después de trabajar, en el auto de mi hermana camino a mi domicilio, pensé quiero estar con mis amigos	9/12/2010 Mi hermana, a las 8pm, en el automóvil	Respiración profunda	Hice la técnica cerca de 20m, mientras la hacia las ganas de estar con mis compañeros y beber fueron disminuyendo hasta que desaparecieron.
En casa al llegar de mi jornada laboral. Pensé en que quería ir con mis amigos	10/12/2010 Mi hermana y mi sobrino a las 8:30 pm	Respiración profunda, relajación muscular	Antes de salir a caminar, hice las técnicas, pude notar que mi cuerpo se relajaba y los pensamientos de alcanzar a mis compañeros en el bar disminuyeron hasta desaparecer.
Al regresar del deportivo a casa con mi sobrino me sentía muy tenso, por lo cual decidí practicar las técnicas de relajación.	11/12/2010 Mi sobrino, a las 5pm	Respiración profunda y relajación muscular.	Durante 20 minutos practique las técnicas, mi cuerpo se relajo y me sentí de mejor humor.
Al medio día estando en casa planeando la clase del lunes, me dieron muchas ganas de tomar una cerveza, lo cual me trajo mucha ansiedad.	12/12/2010 Mi hermana y cuñado, a las 12pm, en mi casa.	Respiración profunda.	La realice aproximadamente durante 15m, mientras respiraba mi cuerpo se relajo y los pensamientos de antojo disminuyeron, después Salí a caminar y compre un refresco helado.
En casa, antes de dormir, recordé la situación del día anterior y como me sirvió respirar, por lo cual quise practicar.	13/12/2010 solo	Respiración profunda	Practique 10m, me sentí relajado y pude dormir bien.

Anexo 8: Auto registro control de la tristeza.

SITUACION	¿CON QUE PERSONAS, HORA Y LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS
Me puse a ver una película donde la pareja del protagonista moría y me comencé a sentir triste.	Con mi cuñado, hermana y sobrino, como a las 6pm el día sábado, en mi casa.	Realización de actividades agradables y búsqueda de lo positivo.	Deje de ver la película, explicando como me sentía, seguido a esto mi cuñado propuso apagar la televisión y nos pusimos a jugar domino. Lo positivo de esto que me paso con la película fue que pude convivir con mi familia y divertirme con ellos.
Estaba en mi habitación y comencé a pensar en que la navidad ya estaba cerca y el como ya no están conmigo algunos seres queridos.	Lunes en la mañana, como a las 9 am, me encontraba solo.	Realización de actividades agradables, cambio de pensamientos,	Me puse a pensar que aunque ya no estaban ciertas personas, aun tengo a mi hermana que a hecho mucho por mi y que tengo que disfrutarla y la actividad que realice fue hacer el aseo de la casa, al finalizarlo no me sentía ya triste.
En el deportivo, me sentí triste por que comencé a hacer un repaso de todo lo mal que he hecho en la vida.	Lunes en la noche a las 8pm, con mi sobrino.	Búsqueda de lo positivo, realización de actividades agradables.	Pensé que todo lo malo que he hecho al final de cuentas ya esta hecho, sin embargo lo debo tomar como experiencia para no hacer lo mismo ahora que poco a poco voy saliendo adelante. A su vez me puse a jugar futbol con mi sobrino, la tristeza fue disminuyendo.

Anexo 9: Formato de solución de problemas.

PROBLEMA: En la cena de Navidad habrá bebidas alcohólicas para brindar y acompañar la comida y esto puede ocasionar en mí una recaída. También por ser una fecha significativa puedo ponerme triste y con ganas de consumir.

¿Qué podrías hacer para solucionar el problema?

Opción 1: Acostarme temprano y no cenar

Opción 2: Pedirle a mis familiares que cenemos un poco mas temprano y que no pongan en la mesa bebidas alcohólicas

Opción 3: Cenar y resistir ante los estímulos.

¿Cuál es la mejor opción?

Opción 1

Ventajas: no ver el alcohol y no se me antojara

Desventajas: No conviviré con la familia, no disfrutare de una fecha especial, me sentiré triste, estaré ansioso en cama y no dormiré.

Opcion2

Ventajas: no tendré tentaciones, conviviré con la familia, no me sentiré solo ni triste, disfrutare la fecha de otra manera, la familia vera mi interés por ser distinto.

Desventajas: Ninguna

Opción 3

Ventajas: es una oportunidad de probarme que puedo resistir, asistir a la reunión sin pretextos, demostrar a mi familia mis avances.

Desventajas: Posiblemente no pueda resistir, mal humor, conflicto con familia.

Decisión.

Opción 2: Pedirle a mis familiares que cenemos un poco mas temprano y que no pongan en la mesa bebidas alcohólicas.

¿Cómo la llevaría a cabo?

¿Cuándo? El 21 de Diciembre lo plantearía y lo llevaría a cabo el 24 de diciembre

¿Dónde? En mi domicilio

¿Cómo? Reuniendo a mi familia hoy día 21, les explicaría la situación y les daría mi propuesta, ya el día 24 cenaríamos mas temprano que de costumbre, sustituyendo las bebidas alcohólicas por agua y refrescos, evitaríamos hablar de las personas ausentes cambiando el tema por otros no nostálgicos, finalmente pasaríamos el tiempo que resta bailando, si en algún momento me sintiera triste lo hablaría con mis familiares y llevaría a cabo las estrategias que me fueron enseñadas.

¿Cómo le fue con la solución?

Muy bien, todo salió según lo planeado

¿En escala del uno al diez que tan satisfecho quedo con la solución?

10

Anexo 10: Formato de Solución de Problemas.**REGISTRO DE OCURRENCIA
COMPONENTE: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Fecha: 27-12-2010

Hora 10 pm

Usuario: JRV

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EN LA QUE SE SOLUCIONO UN PROBLEMA:

La mañana siguiente a la cena de navidad mi hermana estaba regañando a mi sobrino por no ayudarla en algunos mandados domésticos, yo me moleste por la forma en que lo estaba regañando y pensé en intervenir, pero mejor respire profundamente e hice un cambio de pensamientos” Es su hijo y después de todo es su responsabilidad educarlo, si me meto solo nos confrontaremos”. Después me entretuve arreglando unos corales para mi pecera.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EN LA QUE SE SOLUCIONO UN PROBLEMA:

Me encontraba en casa un tanto ansioso por que ya pronto vendrá la cena de año nuevo y me enfrente a una situación similar a lo que ocurrió en navidad. Lo que hice fue utilizar las técnicas de control de la ansiedad y ya estando más relajado, empecé a buscar alternativas de solución, llevando a cabo todos los pasos aprendidos para solucionar problemas, al final la solución escogida por tener mayores ventajas y menos desventajas fue que cenaríamos nuevamente más temprano y habrá ausencia de bebidas alcohólicas.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EN LA QUE SOLUCIONO UN PROBLEMA:

Estaba en casa pensando en como había pasado mi ultimo año nuevo, por lo cual me puse triste, para solucionar dicha situación, hice uso de las habilidades aprendidas para controlar la tristeza y llame por teléfono a un amigo con el cual hace tiempo no tenia contacto. Posteriormente retire de mi vista las cosas que me producían nostalgia y me puse a leer un rato.

Anexo 11: Control de las emociones enojo.

Usuario: JRV

ENOJO	No lo Domina	En Proceso	La Domina
<i>TIEMPO FUERA</i>			X
Se alejo de la situación físicamente			X
Se alejo de la situación psicológicamente			X
Utilizo la técnica llamada parada del pensamiento			X
Realiza alguna actividad que lo distraiga			X
<i>DISTRACCIÓN DEL PENSAMIENTO</i>			X
Se concentra en lo que pasa a su alrededor		x	
Practica alguna actividad mental			X
Hace ejercicio físico			X
Realiza respiraciones lentas y profundas			X
<i>AUTO INSTRUCCIONES POSITIVAS</i>			X
Se dice a si mismo cosas positivas que le ayudan a contrarrestar su enojo, ejemplo: "creo que estoy exagerando, tengo que calmarme"			X

Anexo 12: Control de las emociones enojo.

SITUACION	¿CON QUE PERSONAS, HORA Y LUGAR?	ESTRATEGIA UTILIZADA	RESULTADOS OBTENIDOS
En el automóvil rumbo al súper mercado, había mucho tráfico por lo cual comencé a molestarme.	Hermana, sobrino y cuñado, sábado por la tarde 6pm	Respiración profunda y auto instrucciones positivas.	Todo se controló al interactuar la respiración, con la auto instrucción de “no por enojarte vamos a avanzar” “si te enojas será mas pesado el viaje”, al final el enojo comenzó a disminuir.
Regrese del deportivo, cuando entre a mi habitación y vi que las cosas no estaban en su lugar, cuando pregunte mi hermana me dijo que había limpiado, a lo cual yo me moleste.	Domingo en la tarde 2pm. Mi hermana.	Tiempo fuera, distracción del pensamiento	Salí a tomar aire fuera de la casa por 20m, mientras tomaba aire escuchaba música con el dispositivo, al regresar el enojo había disminuido y pude platicar lo que no me gusto con mi hermana.
Recuerdo lo mal que me ha ido y como parece que la vida esta en mi contra, me enojo conmigo mismo.	Lunes en la noche 11pm. Solo en mi habitación	Respiración profunda, auto instrucciones positivas, distracción del pensamiento.	Me pongo a repetir una canción que me gusta, posteriormente me digo “el pasado ya fue, ahora debes enfocarte en el presente y en lo que aun tienes” el enojo disminuye.

Anexo 13: Formato de metas de vida cotidiana.

Área de vida/Metas	Qué tengo que hacer para lograrlo	Cuando debo hacerlo	Logros
Consumo: Me gustaría mantenerme sobrio	<p>Necesito asumir un compromiso conmigo mismo. Esto implicaría establecer nuevas normas y construir hábitos.</p> <p>Levantarme de lunes a viernes a las 7 a.m para ir al deportivo o hacer bicicleta.</p> <p>Barrer el patio y regar el jardín martes, jueves y sábados 8 a 9 am.</p> <p>Tomar medicinas (cada día)</p> <p>Carbamazepina (8-16-24hrs)</p> <p>Fluoxetina (10am)</p> <p>Complejo B (12 pm)</p> <p>Clonazepam (1am)</p> <p>Asistir a las sesiones en el centro (martes 11 am). Identificar personas consumidoras, situaciones (salida los jueves, viernes y sábado y momentos de soledad los fines de semana y lugares de riesgo (cantinas y antros) y evitarlas.</p> <p>Ir al deportivo con mi sobrino los jueves y viernes (8pm) y los sábados (6pm).</p> <p>Asear la casa: sentirme bien conmigo mismo.</p> <p>Limpiar la cocina (miércoles, viernes y domingo entre las 1º y las 12 del día.</p> <p>Lavar el baño (sábados al medio día).</p> <p>Limpiar mi pecera (sábados y domingos a las 2 pm).</p> <p>Asistir al ISSSTE para que me practiquen chequeos generales, el estado de mi hígado y con la nutrióloga cada 3 meses.</p>	En los días y horarios señalados en el apartado anterior. A partir de hoy.	<p>Una mejor salud.</p> <p>Más estabilidad en el trabajo.</p> <p>Una mejor relación con la familia.</p> <p>Satisfacción personal.</p>

<p>Progreso en la escuela o trabajo</p> <p>Conducir el plan de la mejor manera posible que beneficie alumnos y satisfaga autoridades.</p>	<p>Asistir puntualmente a las clases.</p> <p>Invertir más tiempo en la planificación de las clases.</p> <p>Implementar evaluaciones constantes para detectar fallas en el proceso enseñanza-aprendizaje.</p>	<p>De lunes a viernes (14:30 a 19)</p> <p>Lunes a jueves (12 del día a 14hrs)</p> <p>Cada clase.</p> <p>A partir de hoy.</p>	<p>Satisfacción personal.</p> <p>Recuperar la confianza en mi mismo</p> <p>Recuperar confianza con los jefes.</p> <p>Mejorar mi salario.</p>
<p>Manejo del dinero</p> <p>Utilizar al mínimo tarjeta de crédito.</p>	<p>Administrar mejor los gastos. Esto es ir a Walmart llevar una lista de lo que voy a comprar y respetar dicha lista. Poner un limite en compra de dvd, cd,s y libros.</p>	<p>Día uno y 15 de cada mes.</p> <p>Librerías: Una semana puedo comprar dos libros y la siguiente dos.</p>	<p>Evitaría preocupaciones por adeudos al banco.</p> <p>ahorrar dinero para emergencias o pequeños gustos como visitar a unos tíos en Temastepec (cerca de Valle de Bravo).</p>
<p>Vida Social y Recreativa.</p> <p>Me gustaría recuperar ciertas actividades como ir de campamento, armar rompecabezas, tomar clases de taekwondo.</p>	<p>Planear y diseñar horarios.</p> <p>Campamentos Chontalcoatlán: Semana Santa. Lagunas de Zempoala: Julio Huatla Oaxaca: Diciembre.</p> <p>Rompecabezas.</p> <p>Viernes y sábado a las 10pm</p> <p>Taekwondo: Sábado y Domingo a las 9am</p>	<p>En las fechas señaladas.</p> <p>A partir de hoy</p>	<p>Distraer pensamiento.</p> <p>Recuperar amistades que se mantienen al margen del alcohol.</p> <p>Mejorar condición física, aprender a defenderme y conocer amistades no consumidoras.</p>
<p>Hábitos Personales.</p> <p>Cuidar mi apariencia física.</p>	<p>Cepillar mis dientes después de comer.</p> <p>Bañarme.</p> <p>Llevar ropa a tintorería.</p>	<p>Después de cada comida.</p> <p>Todos los días a las 2pm.</p> <p>Los sábados.</p>	<p>Seguridad en mí mismo, mejor imagen ante los demás.</p>
<p>Relaciones familiares.</p> <p>Recuperar la comunicación con mi hermana y cuñado.</p>	<p>Platicar con ellos sobre mi jornada y mis emociones.</p>	<p>A partir de hoy Diariamente durante la cena aproximadamente a las 9 30pm.</p>	<p>Mejor comunicación, con familiares, estrechar lazos y retomar confianza en ellos y ellos en mí.</p>
<p>Situación Legal.</p> <p>No tener problemas con la autoridad de ningún tipo.</p>	<p>Respetar las normas establecidas en cada lugar.</p> <p>No consumir alcohol. Efectuar en tiempo y forma los pagos correspondientes.</p>	<p>Cuando me encuentre en algún lugar público.</p> <p>Efectuar pagos los primeros días del mes.</p>	<p>Tranquilidad.</p>

<p>Vida emocional Convivir con ausencia de mis seres queridos.</p>	<p>Cambiar mis pensamientos en torno a mis difuntos, relajarme con las técnicas adquiridas, Involucrarme en alguna actividad que me permita relajarme mentalmente, ejercitarme y a su vez ayudarme a hacer nuevas redes sociales.</p>	<p>Desde hoy, cada que tenga pensamientos negativos. La actividad será desarrollada los fines de semana en el horario matutino de 9 a 10am.</p>	<p>Controlar mis emociones.</p>
<p>Comunicación Aprender a escuchar</p>	<p>Ya lo comentamos en alguna sesión para escuchar es necesario tener un dialogo, platicar, Buscare acercarme a algunos compañeros de trabajo para platicar al igual que a mi familia como ya dije anteriormente. Identificar situaciones de enojo, ansiedad y tristeza y efectuar las técnicas antes de actuar y comunicar mis sentimientos</p>	<p>Con mi familia será diariamente a la hora de la cena. Con mis compañeros en una hora destinada a actividades extraescolares es un buen tiempo para intercambiar impresiones</p>	<p>Propiciar un ambiente de confianza, y se evitan problemas.</p>
<p>Satisfacción General. Llevar a cabo lo escrito en cada área.</p>	<p>Poner en práctica lo platicado y pasar a la acción.</p>	<p>A partir de hoy</p>	<p>Satisfacción y plenitud</p>

Anexo 14: Rehusarse al consumo.

MENÚ DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

(PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y PENSAMIENTOS POSITIVOS)

1. “Me siento muy mal, estoy muy desesperado necesito un trago”.

Pensamiento positivo: Un trago no resolverá mi situación y por el contrario me traerá más problemas, lo mejor que puedo hacer es respirar profundamente y salir a caminar para relajarme.

2. “No puedo hacer nada bien, soy un tonto, voy a fumarme un churro para sentirme mejor”.

Pensamiento positivo: Hay cosas que en efecto no me salen a la primera, pero eso no significa que sea un tonto, solo que debo practicar mas, ya que así se llegan a dominar las cosas. Si no me salen las cosas ya que las practique debo pedir ayuda a la persona mas indicada.

3. “Todo esta mal, nadie me quiere, necesito un trago”.

Pensamiento positivo: En la vida hay épocas buenas y épocas malas, pero ninguna es eterna, ambas son pasajeras, debo aprender de cada situación y sacar el lado positivo de las cosas, en realidad tengo mucha gente que se preocupa por mi, pero en ocasiones mi cerrazón hace difícil que se acerquen a mi, debo ser mas comunicativo con lo que pienso y siento para facilitar el acercamiento de las personas, también debo esforzarme por solucionar mis problemas buscando alternativas, al consumir no se resuelven solo se olvidan y a la larga solo crecerán aun mas y traerá mas consecuencias negativas.

4. “Creo que esto es muy divertido tal vez me pueda tomar solo una copa”

Pensamiento positivo: Me puedo divertir sin necesidad de consumir, ya que en el pasado intente divertirme consumiendo y lo único que conseguí fueron problemas, ahora debo divertirme en mis 5 sentidos recordando que si tomo una copa seguramente seguiré con otra y otra y eso es lo que ya no quiero en mi vida.

5. “Estoy muy aburrida voy a hablarles a mis amigos para que nos tomemos una copa”.

Pensamiento positivo: Voy a hablare a mi sobrino para que vallamos al cine o al deportivo, en dado caso que no pueda voy a ir al deportivo a caminar y después al cine a ver alguna película

6. “Estoy muy solo, será mejor que me vaya al bar para ver si conozco a alguien”.

Pensamiento positivo: Me siento un poco solo, mejor me pongo a hacer algo productivo para matar el tiempo, en caso que me siguiera sintiendo solo le diré a mi hermana que vallamos a hacer las compras o le llamare por teléfono a amigos que no veo hace tiempo.

Anexo 15: Rehusarse al consumo.

FASE: TRATAMIENTO: REHUSARSE AL CONSUMO.

Objetivos: Enseñar al usuario las conductas necesarias para poder rehusarse al consumo y poder reintegrarse a la sociedad teniendo mejores y más efectivas relaciones interpersonales.

MATERIAL

Auto-registro

Material Didáctico del componente

Folleto de lectura del componente

Ejemplos de Reestructuración Cognitiva

Menú de Reestructuración Cognitiva

Registro de Ocurrencia de Situaciones de Riesgo

	No la Domina Insatisfactorio	En Proceso Necesita Mejorar	La Domina Satisfactorio
LENGUAJE CORPORAL			
No está nervioso.		X	
Actúa con seguridad.		X	
Mira directamente a los ojos de quien le esta hablando.			X
Su tono de voz es firme.			X
Muestra una actitud relajada.			X
HABILIDADES DE REHUSARSE AL CONSUMO	No la Domina Insatisfactorio	En Proceso Necesita Mejorar	La Domina Satisfactorio
Se niega adecuadamente al ofrecimiento.			X
Rehúsa adecuadamente el consumo cambiando el tema de la plática.			X
Sugiere adecuadamente alternativas de consumo.			X
Rehúsa adecuadamente al consumo ofreciendo justificación.			x
Interrumpe la interacción adecuadamente cuando le ofrecen el consumo.			x
Se rehúsa adecuadamente utilizando la conducta de confrontar al otro.		x	
Utiliza adecuadamente la reestructuración cognitiva para sustituir los pensamientos de consumo por otros positivos.			x

Anexo 16: Habilidades de comunicación.

FASE: TRATAMIENTO: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Objetivos: Enseñar al usuario las estrategias necesarias para mejorar su comunicación y poder reintegrarse a la sociedad teniendo mejores y más efectivas relaciones interpersonales.

MATERIAL

Auto-registro

Material Didáctico del componente

Folleto de lectura del componente

Registro de Ocurrencia de las habilidades

	No la Domina Insatisfactorio	En Proceso Necesita Mejorar	La Domina Satisfactorio
LENGUAJE CORPORAL			
Muestra tranquilidad.			X
Actúa con seguridad.			X
Mira directamente a los ojos de quien le está hablando.			X
Su tono de voz es firme.			X
Muestra una actitud relajada.			
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	No la Domina Insatisfactorio	En Proceso Necesita Mejorar	La Domina Satisfactorio
Sabe escuchar			X
Inicia Conversaciones			X
Comparte sentimientos positivos y negativos		X	
Ofrece entendimiento			X
Comparte o asume responsabilidad			X
Ofrece Ayuda			X
Da Reconocimiento			X
Recibe Reconocimiento			X
Solicita Ayuda		x	
Hace Críticas Positivas		X	
Recibe Críticas			X
Expresa Desacuerdo		x	

Anexo 17. Habilidades de Comunicación.

COMPONENTE: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Nombre: JRV

Fecha: 19/2/2011

1. Habilidad de Comunicación empleada: Iniciar una conversación.

Descripción de la situación:

Me encontraba esperando al profesor de la clase de artes marciales, ya que llegue un tanto temprano, de pronto llego una muchacha nueva y me pregunto cosas referente a las clases, yo me presente y le dije que estudiaba ahí, le hice preguntas abiertas para que la comunicación fluyera, después de un rato llego el profesor, por lo cual me despedí amablemente y deje abierta la posibilidad de una nueva charla en el futuro.

2. Habilidad de Comunicación empleada:

Descripción de la situación: Saber Escuchar

El fin de semana en la mañana mi hermana estaba un tanto estresada por una dificultad que había tenido con mi sobrino en la escuela. Yo me mantuve escuchándola demostrándole mi atención haciendo breves resúmenes y elaborándole distintas preguntas, como en un principio cuando me estaba platicando yo estaba escuchando la radio, lo que hice fue apagarla para eliminar distractores, al finalizar mi hermana me dio las gracias por haberle puesto tanta atención, por lo cual me sentí muy bien.

3. Habilidad de Comunicación empleada:

Descripción de la situación: Dar reconocimiento.

Me encontraba arreglando mi pecera, cuando llego mi sobrino y me dijo que me quería ayudar. Lo que hice fue reconocer la conducta cooperadora de ayudarme a cargar unas cajas llenas de corales. “Me agrado que me ayudaras a cargar las cajas de coral, esa tarea sin duda hubiera sido mas pesada sin tu ayuda”.

Anexo 18 . Habilidades de Comunicación.**COMPONENTE: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN**

Nombre: JRV

Fecha: 21/2/2011

1. Habilidad de Comunicación empleada: Compartir sentimientos.

Descripción de la situación:

Tuve una discusión con un compañero en el trabajo, por lo cual me sentía enojado y ansioso, lo que hice fue utilizar las técnicas aprendidas para control de enojo y ya en casa compartir el como me sentía a mi hermana y a mi cuñado, hablar con ellos fue bastante liberador a su vez escuchar sus puntos de vista me dio otra perspectiva del problema.

2. Habilidad de Comunicación empleada: Asumir responsabilidad

Descripción de la situación: Mi hermana me pidió que hiciera unos pagos en el banco, sin embargo olvide realizarlos, lo que genero el enojo de mi hermana, asumí la responsabilidad de haberlo olvidado e hice el compromiso de realizarlo al día siguiente.

3. Habilidad de Comunicación empleada:

Descripción de la situación: Dar reconocimiento.

Le dije a mi hermana que le agradecía mucho que estuviera siempre tan pendiente de mi en todas las áreas en general, pero que le agradecía muy especialmente el que me acompañara siempre a mis sesiones de tratamiento ya que esto la convierte en un pilar para mi del cual puedo sostenerme independientemente de lo fuerte de las situaciones.

Anexo 19. Restablecimiento Muestra de Abstinencia.

MUESTRA DE ABSTINENCIA

México, D F a 1 de Marzo de 2011

JRV

Por medio de la presente, yo _____ me comprometo a llevar a cabo una muestra de abstinencia, por un lapso de 90 días.

Del 1 de marzo de 2011 al de 1 de Junio 2011

Las técnicas que me comprometo a poner en práctica para alcanzar mi muestra de abstinencia son:

- ❖ Recordar la importancia del llenado de mi auto-registro.
- ❖ Prevenir precipitadores y hacer planes de acción para cada uno de ellos y llevarlos a cabo.
- ❖ Recordar las consecuencias negativas del consumo.
- ❖ Si tengo pensamientos precipitadores los modificare por pensamientos de no consumo:

PENSAMIENTOS PRECIPITADORES:

“Hace ya un buen rato que no tomo una chelita y se me antoja tomar por lo menos una “

PENSAMIENTOS NO PRECIPITADORES:

“Ya antes e intentado tomar solo una y después e seguido con la racha, debo tomar la racha pero a favor y ver ya todo lo malo del consumo que he dejado atrás y las cosas positivas que tengo ahora, mejor voy a poner mas empeño en mis actividades y tal vez sea momento de conocer a alguna chica”

- ❖ Evitar estar con: Con gente consumidora
- ❖ Evitar estar en: Bares, Cantinas y Solo en fiestas donde allá alcohol.
- ❖ Poner en práctica todas las estrategias que me sean enseñadas durante el tratamiento.

“Por mi raza hablará el espíritu”

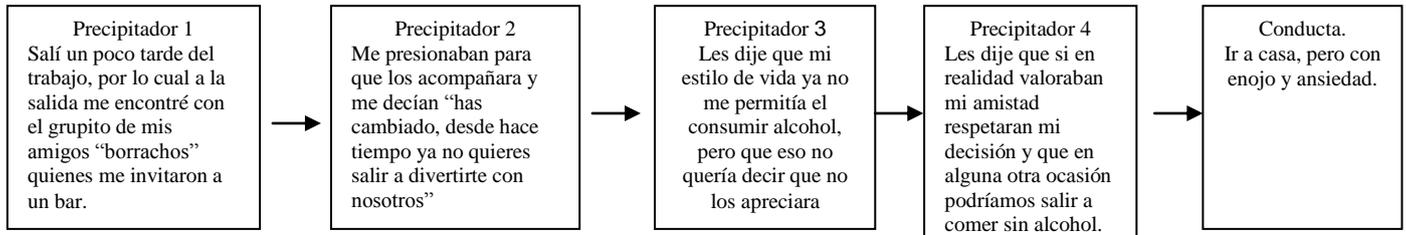
Nombre del usuario

Nombre del terapeuta

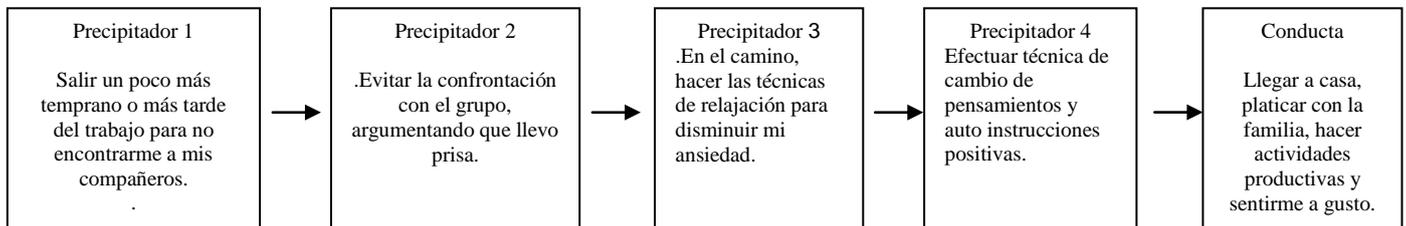
JVR

José Luis Barrera Gutiérrez

Anexo 20. Prevención de Recaídas.



DE CAMBIO



Anexo 21. Planes de Acción para afrontar situaciones de Riesgo.

FORMATO DE PLANES DE ACCION COMPONENTE: PREVENCION DE RECAIDAS

Usuario: JRV.

Instrucciones: Describa planes de Acción que le permitan enfrentar situaciones de riesgo exitosamente y prevengan recaídas.

SITUACION DE RIESGO 1.

Estar solo, puesto que la soledad incrementa mis emociones negativas como la tristeza y la ansiedad.

PLAN DE ACCION:

Hacer alguna actividad que distraiga mi pensamiento, como pudiera ser ver televisión, leer un libro, arreglar un poco la habitación.

También hacer cambio de pensamientos “La soledad no es mala, es parte de la vida y es la única ocasión para conocerse auténticamente”.

Hacer técnicas de relajación, como respiración y relajación muscular.

SITUACION DE RIESGO 2.

Ver como los días jueves y viernes mis compañeros se reúnen para elaborar algún plan para acudir a algún bar o cantina y eso eleva mi ansiedad y me dan ganas de ir con ellos.

PLAN DE ACCION:

Ya que esto ha venido ocurriendo frecuentemente, he decidido, buscar alguna actividad fija a realizar en esos días, que me comprometa con ella y conmigo mismo. Así no estaré pensando en el “Que estarán haciendo mis compañeros”. La posibilidad mas grande es que me meta a un gimnasio, solo me falta ver cual es el que mas se ajusta a lo que deseo.

En cuanto a la ansiedad, voy a ejecutar las técnicas para su control y a platicar lo que siento con mi familia.

SITUACION DE RIESGO 3.

En ocasiones soy invitado a ciertas reuniones sociales: 15 años, bodas, bautizos etc.

En estas reuniones obviamente hay bebidas alcohólicas y el antojo por la cerveza viene cuando las veo en la mesa.

PLAN DE ACCION:

Hay varias cosas por hacer.

1. Ya no acudir por un tiempo a este tipo de reuniones tomando como base mi vulnerabilidad.
2. Acudir a ellas, siempre en compañía de un cuidador que me ayuda a mantener mi compromiso de abstinencia.
3. Sentarme con personas que se que no consumen alcohol y en caso que sean personas desconocidas, hacer actividades alternativas como platicar, beber refresco o agua y bailar.

Anexo 22 Percepción sobre el tratamiento recibido

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Parte 1.

INSTRUCCIONES: a continuación, se le solicita conteste de favor, cada una de las siguientes preguntas para poder identificar de acuerdo a su opinión qué tanto fue de su agrado el tratamiento del Programa de Satisfactores Cotidianos, por lo que es importante conteste en forma sincera a cada uno de los reactivos. Al final del cuestionario se le deje un espacio para que exprese sus comentarios y sugerencias que puedan servir para mejorar el modelo.

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	No estoy seguro	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
1. El participar en este tratamiento me ha permitido alcanzar mi meta de no consumo.	X				
2. Mi terapeuta llegó siempre puntual a las citas.	X				
3. El tratamiento me permitió identificar los precipitadores que guiaban mi conducta al consumo.	X				
4. Al participar en el tratamiento logre comprender qué ganaba y qué perdía con mi conducta de consumo.	X				
5. La explicación de las técnicas fue sencilla por parte de mi terapeuta.		X			
6. A partir del tratamiento he podido resolver mis problemas adecuadamente.		X			
7. El tratamiento me permitió tener claridad respecto a las metas que para mí son importantes de alcanzar en mi vida diaria.	X				
8. El tratamiento me sirvió para sentirme más capaz de poder comunicarme en forma eficaz con otras personas.		X			
9. El tratamiento me permitió identificar y poner en practica otras conductas eficientes para enfrentar situaciones difíciles sin consumir.	X				
10. Mi terapeuta me permitió expresarme libremente.	X				
11. A partir de mi asistencia al tratamiento he podido rehusarme con éxito a consumir.	X				
12. A partir de mi asistencia al tratamiento he podido identificar y cambiar pensamientos negativos.	X				
13. A partir de mi participación en el tratamiento he podido controlar mis emociones adecuadamente.	X				

Anexo 23 Efectividad técnicas aprendidas en la vida cotidiana.

INSTRUCCIONES: a continuación se presenta un listado de varias de las técnicas que utilizaste durante tu tratamiento, por favor en los recuadros de la izquierda numera las técnicas del 1 al 10 señalando qué técnica utilizaste más (el número 1 significa que esa técnica fue la más utilizada y el 10 que la técnica fue la menos utilizada). En los recuadros de la derecha señala que técnica fue la más efectiva para poderte mantener sin consumo (utiliza la misma numeración del 1 al 10).

Técnicas más utilizadas	Técnicas	Técnicas más efectivas
8	1. Rechazar ofrecimiento	7
1	2. Cambiar pensamientos negativos (deseo, ansiedad, necesidad física, tentación, autocontrol, etc.)	6
9	3. Planear actividades diarias.	8
3	4. Anticipar situaciones de riesgo.	1
10	5. Auto controlar enojo para evitar precipitador.	10
7	6. Identificar logros para mantener un estado de ánimo favorable.	9
2	7. Cambiar pensamientos negativos de tristeza.	5
6	8. Cumplir con compromisos para tener logros.	2
5	9. Utilizar las técnicas de respiración y relajación.	3
4	10. Evitar el acceso a sustancias.	4