



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS

**“APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN
ESTRUCTURADA DE RECAIDAS (PEREU) EN UN PACIENTE
CON DEPENDENCIA AL ALCOHOL”**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:**

PÉREZ ROMERO LUIS ÁNGEL

DIRECTOR DEL IPSS: DR. HORACIO QUIROGA ANAYA

SINODALES:

**DRA. GEORGINA CÁRDENAS LÓPEZ
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DR. ARIEL VITE SIERRA
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNAM-290
2010

M-

TPs.

I

“Las personas actúan sobre el mundo y lo cambian, y a su vez ellas mismas cambian como consecuencia de sus actos”

B. F. Skinner

II

“Tanto la virtud como el vicio están en nuestro poder. En efecto, siempre que está en nuestro poder hacer, lo está también el no hacer, y siempre que está en nuestro poder el no, lo está el sí, de modo, que si está en nuestro poder el obrar cuando es bello, lo estará también cuando es vergonzoso, y si está en nuestro poder el no obrar cuando es bello, lo estará, asimismo, para no obrar cuando es vergonzoso”

Aristóteles

III

“No hemos de preocuparnos de vivir largos años, sino de vivirlos satisfactoriamente: porque vivir largo tiempo depende del destino, vivir satisfactoriamente de tu alma. La vida es larga si es plena; y se hace plena cuando el alma ha recuperado la posesión de su bien propio y ha transferido a sí el dominio de sí misma”

Seneca.

IV

“Tú eres el creador de tus valores: crea, pues, aquellos valores que fortifiquen, que hagan crecer la fuerza y la vitalidad; derrumba aquellos valores que deprimen o reprimen la vida, he ahí la razón de nuestra alegría”

Nietzsche

Dedicatoria

A la Universidad Nacional Autónoma de México

A la Facultad de Psicología

Mi alma Mater

A mi madre, Cecilia, por todo el cariño y las enseñanzas que me ha dado y procurado a lo largo de mi vida.

A mi hermana, Ana, por estar siempre a mi lado y recordarme sonreír.

A mi abuela, Juana, por su compañía y cariño.

A la memoria de mi abuelo, Cirilo, como el mejor regalo de un nieto.

Agradecimientos.

Al Dr. Horacio Quiroga, por su apoyo, enseñanzas y amabilidad prestados hacia mí.

A Lupita por todo el apoyo, comprensión y atención prestados hacia mi persona, mis más amplios agradecimientos y estima personal.

A Maricarmen por mostrarme lo importante de la amistad.

A mi paciente sin quien este trabajo no podría haber sido posible.

A Tere por sus observaciones en la realización de este trabajo.

Índice

1. Resumen.....	6
2. Datos generales del programa de servicio social.....	7
3. Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social.....	8
4. Descripción de las actividades realizadas en el servicio social.....	17
5. Determinar objetivos del informe de servicio social.....	19
6. Soporte teórico metodológico.....	20
6.1 Antecedentes históricos del uso de sustancias.....	20
6.2 Efectos fisiológicos del alcohol.....	22
6.3 Clasificación nosológica del alcohol.....	25
6.4 Panorama actual.....	27
6.5 Modelos explicativos del fenómeno del uso del alcohol.....	29
7. Resultados obtenidos.....	46
7.1 Reporte de caso único.....	46
8. Recomendaciones y/o sugerencias.....	93
9. Referencias.....	95

1. RESUMEN

El presente Informe Profesional de Servicio Social recopila las actividades realizadas durante la prestación del servicio social dentro del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM, describe al inicio la información referente a las características generales del programa de servicio social entre las que se encuentran: los servicios que ofrece y su marco teórico de referencia, así como las actividades realizadas dentro del mismo, y en una segunda parte describe la aplicación del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) en un paciente dependiente al alcohol, como parte de las mismas.

Las principales características de dicho paciente en quien se aplicó el PEREU fueron: hombre de 37 años de edad, empleado en una recaudaría, quién presentaba problemas con su consumo de alcohol, con un nivel dependencia sustancial. Había experimentado como consecuencias por el consumo de alcohol: el ser hospitalizado, no lograr recordar lo ocurrido en los episodios de consumo o su duración a menos que alguien se lo recuerde, problemas con su comprensión de lectura y los efectos de la resaca que habían ido en aumento y que no le agradaban. Su patrón de consumo durante los 12 últimos meses fue de 120 copas estándar en promedio por cada episodio de consumo con una duración de 8 días consecutivos y una vez concluido se presentaba un periodo de abstinencia de 1 a 3 meses en promedio, sus principales disparadores eran: Emociones Desagradable, Emociones Agradables y Probando el control Personal.

El tratamiento consistió en la aplicación de 4 de los 5 componentes que conforman el PEREU. Dentro del componente de Mantenimiento del Cambio se proporcionaron las siguientes destrezas: Enfrentamiento de los Deseos Intensos, Solución de Problemas, Asertividad, Manejo del Enojo, Manejo de Escenas Retrospectivas y Emociones Desagradables, con el propósito de mantener el cambio (abstinencia). Como resultado el paciente ha mantenido su meta de abstinencia desde el 11 de junio hasta el 6 de agosto de 2010.

Palabra clave: Servicio, tratamiento, autoeficacia, alcohol

2. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL

Los objetivos del programa de servicio social realizado a través del Programa de Conductas Adictivas perteneciente a la UNAM son: brindarle al prestador de servicio social el conocimiento teórico-metodológico y aplicado de los programas a nivel preventivo y tratamiento que forman parte de dicho programa.

Dentro de las actividades específicas que realiza el supervisor, se encuentran:

1. Proporcionar los materiales referentes a los antecedentes clínicos de los programas en que el prestador se va a involucrar, Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) y Detección e Intervención Breve de Problemas de Alcohol en Estudiantes Universitarios (DIBAEU).
2. Supervisar que la inserción del prestador al programa sea óptimo.
3. Evaluación del desempeño del prestador en las actividades asignadas.
4. Revisión de los reportes mensuales de actividades.
5. Asesoramiento en los puntos a cubrir para la estructuración del reporte final del prestador.

Dentro de los principales objetivos a alcanzar por parte del prestador del servicio social se encuentran los siguientes:

1. Conocer el marco teórico en el que se basan los Programas Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios (DIBAEU) y el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con problemas de Alcohol y otras drogas (PEREU).

2. Profundización en el conocimiento de temas generales sobre Alcohol y otras drogas (epidemiología, efectos sobre el Sistema Nervioso Central, factores de riesgo, problemas asociados, etc.).
3. Instrumentación e interpretación de los instrumentos requeridos para la aplicación del DIBAEU y PEREU.
4. Aplicación clínica adecuada del DIBAEU y el PEREU como terapeuta.

3. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

Antecedentes del Programa de Conductas Adictivas

El Programa de Conductas Adictivas se desarrolló en 1989 por autoridades e investigadores de la Facultad de Psicología de la UNAM como una respuesta al creciente fenómeno de adicción a sustancias y a los problemas asociados que trae consigo éste, tales como: delincuencia, deserción escolar, desempleo, desintegración familiar, ausentismo laboral, accidentes de trabajo, automovilísticos, costo por atención médica, social, entre otros.

El Programa de Conductas Adictivas está basado en un Modelo de Atención Escalonada.

Situación actual

Actualmente la Facultad de Psicología de la UNAM ofrece a la comunidad universitaria, preferentemente, (estudiantes, personal académico y administrativo) con problemas actuales o potenciales de consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, un *Programa de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas*.

Misión del Programa de Conductas Adictivas

El Programa de Conductas Adictivas proporciona servicios de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas, que se caracterizan por un abordaje científico y humano de alta calidad. Desarrolla investigaciones que permiten determinar la eficacia, efectividad y eficiencia de los métodos, técnicas y procedimientos que lo conforman; forma recursos humanos de alto nivel en la investigación, enseñanza, prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas y difunde las actividades y los resultados de la instrumentación del programa.

Visión del Programa de Conductas Adictivas.

El personal académico, terapeutas y alumnos del Programa de Conductas Adictivas mantienen un sentido de pertenencia a la institución a través de su liderazgo de vanguardia nacional e internacional en la enseñanza, la investigación y la difusión eficazmente articulados en beneficio de la salud individual y familiar que repercutan en bien de la sociedad.

Tipo de institución.

El tipo de institución al que pertenece el Programa de Conductas Adictivas es de carácter público.

Población y cobertura a la que atiende.

El tipo de población que atiende el Programa de Conductas Adictivas es en especial a estudiantes y trabajadores de la UNAM, así como a público en general que presenten, o estén en riesgo de presentar, problemas por el consumo de alguna sustancia adictiva.

Programas que brinda el Programa de Conductas Adictivas.

Los servicios de prevención y tratamiento se proporcionan por psicólogos altamente capacitados dentro del campo de la prevención y

tratamiento de las adicciones, se encuentran estructurados con base en un Modelo de Atención Escalonada, con un enfoque cognitivo–conductual–motivacional de tipo ambulatorio, que contempla las siguientes modalidades:

1.- Prevención del Uso y Abuso de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Estudiantes Universitarios (PREEDEU).

2.- Detección e Intervención Breve de Problemas de Alcohol para Estudiantes Universitarios (DIBAEU).

3.- Tratamiento Breve de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema (TAGEU).

4.- Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Problemas de sustancias a severos de Alcohol y otras Drogas (PEREU).

1. PREVENCIÓN DEL USO Y ABUSO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (PREEDEU).

El PREEDEU se dirige a estudiantes y trabajadores universitarios que ya presentan factores de riesgo para el inicio del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, o que presentan conductas de riesgo para el uso de sustancias.

El PREEDEU fue desarrollado por Quiroga, Vázquez y Mata en 1994 en la Facultad de Psicología de la UNAM, cuenta con un referente cognitivo conductual apoyado en la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975) y de la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1988, 1991).

Las estrategias fundamentales para llevarlo a cabo consisten en "pláticas-debate", folletos y audiovisuales sobre alcohol, tabaco y/o drogas en general. En este nivel se aplica un sondeo a una muestra de estudiantes y trabajadores universitarios de la escuela o facultad en cuestión, con el fin de determinar la posible problemática de consumo de sustancias y la elaboración del contenido de la "plática – debate" informativa y educativa a realizar.

Durante la "plática – debate" se aplica un cuestionario de conocimientos y otro de actitudes hacia las drogas, así como uno de habilidades preventivas y patrones de consumo, para detectar a usuarios y abusadores de drogas, a fin de que sean canalizados al programa para su intervención oportuna o tratamiento, respectivamente.

Los temas a tratar durante las "pláticas debate", versan sobre alguno(s) de los siguientes contenidos: a) Conceptos básicos sobre el alcohol, tabaco y drogas; b) Efectos sobre el Sistema Nervioso Central y órganos relevantes; c) Factores contextuales (ambiente) d) Etapas del alcoholismo, tabaquismo y drogadicción; e) Motivos para beber, fumar y drogarse; f) Signos y síntomas de dependencia al alcohol, tabaco y otras drogas; g) Daños sobre la familia y la sociedad; h) Influencia de los medios masivos de comunicación; televisión, radio; i) Legislación vigente; y j) Instituciones de atención.

2. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN BREVE DE ALCOHOL PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (DIBAEU).

El DIBAEU es una Intervención Breve Cognitivo- Conductual y Motivacional de consulta externa desarrollado originalmente por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999) y adaptado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México por Quiroga y Cabrera (DIBAEU, 2003).

El DIBAEU se dirige preferentemente a *estudiantes y trabajadores universitarios* que consumen excesivamente alcohol, *abusan de él o presentan dependencia leve al alcohol*, con base en los criterios de consumo excesivo del NIAAA y abuso del DSM IV, caracterizados por una *historia muy leve de consumo excesivo* (menos de 5 años) y de *consumo problemático* (menos de 3 años) y por un *patrón de consumo excesivo frecuente* (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer y/o más de 14 copas estándar a la semana en el hombre y más de 7 en la mujer, en no más de 3 días a la semana) y *presentan o están en alto riesgo de presentar problemas asociados* (salud, sociales, legales).

Dicho programa se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen el estado del arte de las intervenciones breves y que son: (a) la entrevista motivacional, (b) el balance decisional para el cambio en el consumo, (c) el depositar la responsabilidad del cambio en el usuario, (d) el empleo de los estadios de disposición para el cambio, (e) la retroalimentación sobre los factores de riesgo para el consumo, (f) el aconsejar al usuario en estrategias para el cambio, (g) el proveerle al usuario de un menú de opciones de procedimientos para el cambio y (h) el auto-monitoreo del consumo.

El DIBAEU se basa en estrategias de reducción del daño y busca motivar a la persona a moderar o suprimir su consumo de alcohol. Consta de 1 sesión de evaluación de 90 minutos (con 50 minutos adicionales, antes o después de la primera sesión, para el llenado de medidas de auto-reporte); 1 sesión de Retroalimentación y Consejo de 90 minutos y 4 sesiones de Seguimiento al mes, tres, seis y doce meses.

1.- SESIÓN DE EVALUACIÓN: Durante esta, se hace una evaluación de los patrones de consumo de alcohol del estudiante, de las actitudes que tiene sobre el alcohol y de la motivación que presenta para cambiar dicho patrón de consumo. Para ello, se realiza una entrevista al estudiante y se aplica una batería de instrumentos.

2.- SESIÓN DE RETROALIMENTACIÓN Y CONSEJO: En esta sesión se busca retroalimentar de manera gráfica y personalizada al estudiante sobre los factores que influyen sobre su patrón de consumo (con base en los resultados obtenidos con los diferentes instrumentos que el estudiante contesta al finalizar la sesión de Evaluación), al tiempo que se le proporciona información psicoeducacional sobre el alcohol. Como parte final de la sesión, se proporciona consejo al estudiante sobre diferentes formas específicas que le pueden ayudar a moderar su consumo. Al finalizar esta sesión, se le entrega al estudiante material escrito y gráfico sobre los resultados obtenidos en la Sesión de Evaluación.

3.- SEGUIMIENTO: Esta sesión se realiza al mes, tres, seis y doce meses de haber concluido la Sesión de Retroalimentación y Consejo con el fin de revisar el progreso de las metas del estudiante y reforzar lo logrado. También se le informa al estudiante que el contacto con el terapeuta está disponible, en caso de que lo requiera.

3.- TRATAMIENTO DE AUTO-CAMBIO GUIADO PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS BEBEDORES PROBLEMA (TAGEU).

El TAGEU se dirige preferentemente a *estudiantes y trabajadores universitarios* con problemas de alcohol con *dependencia moderada* (de 14 hasta 21 puntos en el EDA o de 3 a 4 síntomas en el DSM IV), con una *historia leve de consumo excesivo* (menos de 10 años) y de *consumo problemático* (menos de 5 años); un *patrón de consumo excesivo frecuente* (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer y entre 13 y 30 copas estándar a la semana en el hombre y de entre 8 y 24 copas a la semana en la mujer, en no más de 3 días a la semana); *con problemas asociados* (académicos, sociales, financieros) menores, siendo alguno de ellos grave (algunas consecuencias negativas y una de ellas grave).

Es una forma de Tratamiento Breve de corte Cognitivo-Conductual y Motivacional de consulta externa que se fundamenta en el Programa de Tratamiento de *Auto-Cambio Guiado para Bebedores Problema* (GSC), desarrollado originalmente por Sobell y Sobell (1993) en la *Addiction Research Foundation* Toronto, Canadá, el cual ha sido traducido y adaptado para estudiantes universitarios por Quiroga y Montes (TAGEU, 2003). Esta modalidad de atención consiste en un Tratamiento Breve Cognitivo-Conductual – Motivacional, que ayuda a los usuarios a comprometerse en la modificación de su conducta, a reconocer y a usar sus propios recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol.

Se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen el estado del arte de los tratamientos breves como son: (a) la entrevista motivacional para el incremento de la motivación para el cambio, (b)

el análisis de costo-beneficios (balance decisional) para el cambio en el consumo, (c) el énfasis en depositar la responsabilidad del cambio en el usuario en la determinación de su plan de tratamiento, (d) el empleo de los estadios de disposición para el cambio, (e) la retroalimentación sobre los factores de riesgo para el consumo, (f) la auto-selección de metas y objetivos terapéuticos por parte del usuario, (g) el empleo del análisis funcional de la conducta, (h) el monitoreo del progreso del usuario durante la terapia, (i) la evaluación como un proceso paralelo a lo largo del tratamiento, (j) el empleo de los apoyos sociales para el mejoramiento del cambio, (k) la identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo y (l) el empleo de lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol.

Esta modalidad emplea un modelo específico de *solución de problemas* a fin de que el usuario lo utilice en el enfrentamiento de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol.

De manera general, en las 5 sesiones del programa se consideran los siguientes aspectos:

1. *Evaluación Inicial*: Se trabaja en la identificación de la disposición para el cambio y se obtiene información sobre la historia, patrón de consumo, principales situaciones riesgo de consumo y la autoeficacia del usuario ante diversas situaciones de consumo.
2. *Paso 1: Decidir Cambiar y Establecimiento de Metas*: Se analizan los costos y beneficios del cambio y se ayuda a encontrar razones para reducir (moderación) o interrumpir (abstinencia) su actual consumo de alcohol.
3. *Paso 2: Identificación de situaciones de riesgo*: En este paso se identifican tres situaciones de riesgo para el uso de alcohol a través del Inventario de Situaciones de Riesgo.
4. *Paso 3: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol*: Se desarrollan estrategias alternas para enfrentarse a las situaciones de

riesgo de consumo, bajo un modelo de solución de problemas, con el fin de mantener el cambio y afrontar las posibles caídas o recaídas.

5. *Paso 4: Restablecimiento de metas: Al término del tratamiento el paciente restablece nuevas metas según sus logros.*

La duración aproximada de las sesiones de tratamiento es de 45 minutos y se requieren un mínimo de 4 sesiones con el 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 de bebidas alcohólicas. Al igual que el DIBAEU, se realizan sesiones de seguimiento al mes, tres, seis y doce meses.

4. PREVENCIÓN RESTRUCTURADA DE RECAÍDAS PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (PEREU)

El PEREU es un tipo de consejo de consulta externa para estudiantes universitarios con dependencia de sustancial a severa al alcohol u otras drogas, desarrollado originalmente por Annis, Herie y Merek (1996) en la Fundación de Investigación de la Adicción del Canadá y traducido y adaptado para estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (PEREU, 2003). Dicho programa se encuentra basado en un enfoque Cognitivo-Conductual y Motivacional derivado de la Teoría del Aprendizaje Social diseñado para capacitarlos a fin de que logren un mayor control sobre el uso de alcohol o droga.

El PEREU, está dirigido a estudiantes universitarios, trabajadores y público en general que presentan problemas de dependencia de sustancial a severa al alcohol (más de 21 puntos en el ADS y de 5 a 7 síntomas en el DSM IV), con historia moderada de consumo excesivo (entre 10 y 20 años) y de consumo problemático (más de 5 años), con un patrón de consumo excesivo muy frecuente (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer y/o hasta más de 30 copas a la semana en el hombre y hasta más de 24 copas en la mujer, hasta 5 días a la semana) con problemas asociados (e. g. de salud, familiares, financieros) menores a graves (algunas experiencias negativas, una de las cuales sea seria), siendo uno de

ellos un problema muy grave (algunas experiencias negativas, 2 de las cuales sean serias).

El Consejo se centra en involucrar a los usuarios en: evaluar sus metas y compromiso para cambiar, diseñar un plan de tratamiento individualizado, identificar sus fortalezas y recursos, aprender a anticiparse a sus disparadores para el uso de alcohol o droga y desarrollar formas alternativas de enfrentamiento, desarrollar su confianza practicando destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo de la vida real, hacer las conexiones entre su uso de alcohol o droga y otras situaciones de la vida real y finalmente, convertirse en su propio terapeuta, al anticipar las situaciones de riesgo y al planear las estrategias de enfrentamiento.

El Programa incluye los siguientes 5 componentes principales que se instrumentan a lo largo de 8 a 12 sesiones:

- 1.- Una evaluación clínica completa con una retroalimentación personalizada.
- 2.- Una o más citas de entrevista motivacional, antes del consejo de PEREU.
- 3.- Involucrar al paciente en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado que consta de:
 - Un contrato de tratamiento.
 - Una jerarquía personal de disparadores de uso de alcohol o droga para ser empleados durante el tratamiento a través de las tareas asignadas.
 - Establecimiento de metas y auto monitoreo por parte del cliente.
- 4.- Asignación de tareas para la Fase de "Iniciación del Cambio".
- 5.- Asignación de tareas para la Fase de "Mantenimiento del Cambio".

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

En este apartado se describen las actividades realizadas durante el servicio social, así como también la metodología, técnicas, instrumentos y procedimientos utilizados en la realización de dichas actividades, las cuales comprendieron: la asistencia al curso de inducción al Programa de Conductas Adictivas impartido por el Dr. Horacio Quiroga Anaya, donde se expusieron los conceptos básicos dentro del campo de las adicciones como son; dependencia psicológica, física, social, uso y abuso, clasificación de las drogas, tolerancia, definición de droga, factores de riesgo, los programas de atención escalonada de amplio espectro, la implementación de programas preventivos basados en modelos de prevención primaria, secundaria y terciaria, además de revisar su relación con cada uno de los programas que ofrece el Programa de Conductas Adictivas.

Otra de las actividades realizadas fue conocer el marco teórico - metodológico del DIBAEU y el PEREU a través de fuentes de información primarias. Conocer las innovaciones dentro del campo de las adicciones (a nivel nacional como internacional) a través de la asistencia al Congreso Mundial sobre Adicciones, organizado por los Centros de Integración Juvenil y llevado a cabo en la Ciudad de México del 20 al 25 de septiembre del 2009.

Una de las actividades principales que desarrollé durante la prestación del servicio social fue el conocimiento de los diferentes programas que conforman el tratamiento brindado por el Programa de Conductas Adictivas a la comunidad. Para desarrollar dicha actividad fui capacitado en los programas DIBAEU y PEREU por parte del Dr. Horacio Quiroga Anaya, la Lic. Teresita Cabrera Arteaga y la Mtra. Guadalupe Vital Cedillo, con el objetivo de formarme como terapeuta en estos programas de tratamiento.

Para desarrollar y tener los más óptimos resultados se implementó mi participación en la instrumentación simulada de la primera y segunda sesión del programa DIBAEU, que tiene por objetivo dar al usuario la retroalimentación personalizada que es obtenida a través de los cuestionarios aplicados y brindar

tips de moderación, en este mismo sentido también participé como coterapeuta en la instrumentación de los componentes del PEREU tales como: la Instrumentación de la Entrevista Inicial, la Integración de la evaluación para el diseño de un plan de tratamiento individualizado, el conocimiento y obtención del patrón de consumo y las destrezas de manejo del enojo, enfrentamiento de la ansiedad, relajación, el ejercicio “si yo fuera a recaer” y la tarjeta de monitoreo.

Otra actividad que ayudó a lograr este punto fue mi participación como coterapeuta con el Dr. Horacio Quiroga Anaya en la instrumentación del programa TAGEU a través de la técnica de modelamiento con el objetivo de formarme como terapeuta en este programa.

Otras actividades que realicé durante la prestación de mi servicio social y que coadyuvaron a una mejor formación y vincularon del conocimiento teórico – práctico fueron: búsqueda de artículos especializados en adicciones, en bases de datos especializadas, con el objetivo de conocer literatura reciente y especializada en el área, elaboración de base de datos de los diversos instrumentos requeridos en el programa DIBAEU con fines de investigación y la canalización de pacientes referidos al Programa de Conductas Adictivas a otros más adecuados, esto debido a que presentaban problemáticas no relacionadas a una conducta adictiva a alguna sustancia.

5. DETERMINAR OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

El objetivo del trabajo reportado en el presente Informe Profesional de Servicio Social consiste en recuperar la experiencia a partir de un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos de las actividades realizadas durante la prestación de mi servicio social, vinculando los elementos de mi formación teórico-metodológica recibida durante mi trayectoria escolar con las actividades desarrolladas en mi servicio social.

6. SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

6.1 Antecedentes Históricos del Uso de Sustancias

La comprensión de un fenómeno como el uso de sustancias adictivas, en particular del alcohol, debe de comenzarse por analizar y entender su historia para posteriormente comprender su situación actual. Es por ello, que a continuación se describe de una forma breve el contexto histórico del uso del alcohol en México.

El uso de sustancias que provocan adicción, es tan antiguo como la existencia del ser humano y está ligado a su particular característica de explorar e investigar, lo que lo llevó a probar vegetales, animales, minerales, sustancias y sus derivados, gracias a esto pronto pudo observar que algunos de éstos le provocaban efectos y sensaciones que lo motivaban a seguir repitiendo la experiencia (Tapia, 2000).

Esta práctica se generalizó en todas las culturas, civilizaciones y épocas. El uso de sustancias adictivas, como el alcohol, ha sido regulado por diferentes modelos según el momento histórico, que indican la forma de uso y la función que desempeñan estas en las diversas culturas y que adicionalmente se ve reforzado por la permisividad social. En México, se conoce la existencia de sustancias adictivas y de la conducta de adicción desde épocas prehispánicas, una de estas sustancias conocidas en el mundo prehispánico era el pulque que se caracteriza por contener alcohol en su composición.

Dicha sustancia tenía un uso ceremonial y reglamentado en el mundo prehispánico. El patrón de consumo consistía en consumir hasta la embriaguez, pero sólo se podía realizar esta práctica como un ritual y en fiestas particulares; en condiciones normales sólo podían beber los viejos (personas mayores de 52 años) y quien no seguía la norma era severamente castigado (desde ser azotado hasta ser ejecutado). Existía un código riguroso de control social, de acuerdo al cual entre más noble y destacado era el bebedor mayor debería de ser el castigo merecido (Tapia, 2000).

El uso de alcohol no representó un problema en el México prehispánico posiblemente por el equilibrio creado entre las estrictas medidas represivas y la permisividad de la embriaguez en las fiestas religiosas, pero con la conquista este esquema cambió, los cronistas de la época relatan una situación donde se describe a los indios como propensos al vicio del alcoholismo y mencionan también que era escandalosa la proporción de borrachos y la magnitud del problema, esto posiblemente como resultado de la desaparición de las normas que regían el uso del pulque y la llegada de un nuevo discurso donde cualquiera podía tomar pulque, en el momento en que quisiera y sin una discriminación de edad, además de que la sustitución religiosa contribuyó a agravar dicha situación, en especial los frailes franciscanos quienes predicaban una cultura de moderación en la que beber ocupaba un lugar, esto ayudó a que el pulque quedara fuera de control, privando el patrón de beber hasta la embriaguez (SIC) fuera de un contexto religioso como ocurría anteriormente y que además cualquier día o pretexto justificara una borrachera (Tapia, 2000).

Para el siglo XVI se agregan otros productos con alcohol a los ya conocidos hasta entonces, todos estos nuevos productos compartían la característica de ser producto destilados, por lo que eran diferentes a los productos fermentados prehispánicos, esto ocasionó que los efectos variarían en quienes consumían dichas sustancias. En este siglo también el pulque se vuelve una sustancia discriminada considerándosele de la plebe, en el transcurso de los siglos se cultivó también la caña de azúcar, lo que dió origen a la disponibilidad de aguardiente de caña al que la población rápidamente se aficionó; más tarde se produjeron destilados como el mezcal y el tequila, lo que terminó por completar los huecos dejados por el pulque. Para la segunda mitad del siglo XIX el problema del uso de alcohol se vio agravado y fomentado por las tiendas de raya (Tapia, 2000).

La comprensión del fenómeno de uso de sustancias, en particular del alcohol, tiene un importante componente socio-histórico como se ha mencionado anteriormente; sin embargo, también incluye otros agentes importantes involucrados en el desarrollo y mantenimiento del fenómeno como son: el psicológico y los efectos fisiológicos sobre el organismo de quien consume la sustancia como el alcohol.

6.2 Efectos Fisiológicos del Alcohol

Para que una droga pueda producir efectos sobre el organismo es necesario que la sustancia llegue a un sitio de acción dentro del mismo, para ello es indispensable que la sustancia se absorba y se metabolice. En el caso del alcohol éste se absorbe rápidamente, parte del alcohol ingerido aproximadamente un 20% se absorbe en el estómago, principalmente en el intestino delgado, la velocidad de absorción del alcohol depende de varios aspectos: presencia de alimentos en el estómago, cantidad de alcohol ingerido y las características de la bebida con alcohol que se haya consumido (García, Mendieta & Cervera, 2003).

Parte del alcohol absorbido se metaboliza en el estómago por medio de la enzima alcohol deshidrogenasa, y un 90% se metaboliza por oxidación en el hígado, mientras que de un 2% a un 10% del alcohol ingerido se eliminan sin metabolizar, a través de la respiración, la orina y el sudor. El alcohol ejerce importantes efectos farmacológicos en los distintos órganos y sistemas del cuerpo humano, estos efectos tienen relación proporcional con el Nivel de Alcohol en Sangre (NAS).

Con concentraciones bajas (0.1–0.5gr./l), predominan efectos de seudoexitación, con sensación de euforia, optimismo y aumento de la sociabilidad, la conducta parece espontánea y menos autocontrolada, disminuye la habilidad motora fina, aumenta el tiempo de reacción, se pierde la capacidad de concentración, se reduce el campo visual y perturba la visión periférica.

Con concentraciones medias (0.6–1gr./l), se generaliza la depresión central, y se vuelve manifiesta, tanto a nivel psicológico como motor, apareciendo torpeza expresiva y motora, con pérdida de reflejos, estupor y sueño.

Con las concentraciones altas (1gr./l), predominan los efectos depresores, gran sopor, sueño y las personas con consumo agudo y crónico muestran claros síntomas de somnolencia y sedación.

Se considera que con concentraciones peligrosas (1.5 gr./l) producen: coma, depresión bulbar, e incluso la muerte (García, Mendieta & Cervera, 2003).

De acuerdo con García, Mendieta y Cervera (2003), el consumo crónico de alcohol produce mecanismos de neuroadaptación, tolerancia y se relaciona también con trastornos neurológicos y mentales graves. El alcohol afecta órganos y sistemas del cuerpo humano entre ellos se encuentra: el Sistema Nervioso Central (SNC), los aparatos digestivo, respiratorio, cardiovascular y el urogenital.

Sistema Nervioso Central

El alcohol es un depresor del SNC, sin embargo, la sensación que las personas reportan es de estimulación, esto es debido a que el alcohol deprime los mecanismos inhibidores de control nervioso y en particular los sistemas inhibidores de la formación reticular que controlan la actividad asociativa, es por ello, que el efecto inicial es de aparente estimulación.

Aparato Digestivo

La ingestión del alcohol afecta y daña varios órganos que conforman este aparato. En el estómago provoca un aumento en la secreción de ácido, también causa varias patologías como: esofagia y gastritis, en los intestinos inhibe el peristaltismo intestinal e interfiere también con la absorción de vitamina B y otros nutrientes, pudiendo ocasionar déficits vitamínicos y nutricionales. En el caso del hígado puede ocasionar una amplia gama de efectos desde una acumulación de depósitos grasos hasta una hepatitis alcohólica y una cirrosis hepática. En el páncreas provoca pancreatitis aguda o crónica.

Aparato Respiratorio

El alcohol deprime la reacción ventilatoria del dióxido de carbono, por lo que con grandes cantidades de alcohol se puede producir una depresión respiratoria peligrosa e incluso mortal.

Aparato Cardiovascular

Con un consumo de alcohol bajo disminuye la contractilidad miocárdica y causa vaso dilatación periférica, dando lugar a un descenso leve de la presión arterial y a un aumento compensador de la frecuencia y gasto cardiaco, con un consumo de alcohol alto se origina un aumento dosis-dependiente de la presión arterial. El alcohol es responsable de un 20% a un 30% de todos los casos de hipertensión. El uso de alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión, de accidentes cerebro vasculares y miocardiopatías.

Aparato Urogenital

Uno de los efectos conocidos del alcohol es el de ser un diurético al suprimir la producción de la hormona antidiurética. A dosis bajas o moderadas el alcohol aumenta el deseo sexual en el varón pero a medida que aumenta la concentración de alcohol en sangre la potencia sexual va disminuyendo. El consumo de alcohol es responsable de varias patologías: en el varón puede causar impotencia, atrofia testicular y ginecomastia; y en la mujer amenorrea, disminución de los ovarios, esterilidad y abortos espontáneos.

Como se ha mencionado el fenómeno del uso de sustancias adictivas como el alcohol tiene un componente fisiológico importante, pero para poder tener una mejor comprensión de su manifestación se deben de tomar en cuenta criterios que engloben dichos efectos sobre el organismo y que permitan una mejor identificación y diagnóstico, es por ello que se hace necesario revisar los criterios considerados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés).

6.3 Clasificación Nosológica del Alcohol

Como se ha mencionado anteriormente, la comprensión de un fenómeno como el uso del alcohol requiere de parámetros para poder tener conocimiento sobre sus características e identificación, es por ello que los criterios de clasificación y diagnóstico propuestos por el DSM IV se consideran y se mencionan.

El DSM - IV divide los trastornos relacionados con el uso de sustancias en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias: dependencia y abuso, y trastornos inducidos por sustancias: intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencias persistentes inducidas por sustancias, trastornos del estado del ánimo inducidos por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias.

Los trastornos por uso de sustancias son: dependencia y abuso, la dependencia a una sustancia consiste en un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el sujeto continua consumiendo la sustancia, esto a pesar de la aparición de problemas significativos relacionada con el consumo. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva al efecto de tolerancia, abstinencia o a una ingestión compulsiva de la sustancia. La dependencia se define como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por tres o más de los siguientes criterios considerados en el DSM -I V, que se hayan presentando durante los últimos 12 meses.

Criterio I. La tolerancia: Se refiere a la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a la misma dosis. El grado con el que se desarrolla tolerancia varia ampliamente según la sustancia, en el caso del alcohol la tolerancia puede ser notable.

Criterio II. La abstinencia: Es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológico, que tiene lugar

cuando la concentración de una sustancia en la sangre o en los tejidos disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de dicha sustancia.

Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para aliviarlos o eliminarlos (criterio II b) normalmente desde que se despierta. Cabe señalar que los síntomas de abstinencia varían según la clase de sustancia.

Criterio III. Existe un patrón de uso compulsivo de una sustancia, característico en la dependencia de sustancias, puede ser que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un periodo de tiempo prolongado de lo que originalmente pretendía. Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias para diagnosticar dependencia a una sustancia.

Criterio IV. El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia, en algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de sustancias.

Criterio V. Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.

Criterio VI. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia.

Criterio VII. A pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico, la persona continúa consumiendo la sustancia. El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia de problemas, sino la imposibilidad de abstenerse de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa.

El abuso de la sustancia se define, de acuerdo con el DSM-IV, como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o

malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los siguientes ítems dentro de un periodo que abarca los 12 últimos meses.

I.- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa.

II.- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso, por ejemplo conducir un automóvil.

III.- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia, por ejemplo ser arrestado por comportamientos escandalosos debido a la sustancia.

IV.- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales o interpersonales continuos, causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

Una vez que se han mencionado los principales criterios y parámetros para considerar un trastorno causado por uso de alcohol se hace necesario revisar cual es la situación de México en relación a dichos problemas por el uso de alcohol, con el fin de conocer la frecuencia y distribución en los diferentes grupos de edad.

6.4 Epidemiología: Panorama Actual de las Adicciones en México

En México el instrumento que sirve para la obtención de datos acerca del consumo de sustancias como el patrón típico de consumo y el tipo de bebida preferida es la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de la cual se han realizado a la fecha cinco mediciones: 1988, 1994, 1998, 2002 y 2008, lo que ha permitido derivar información regional y federal sobre dicho fenómeno.

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), el patrón típico de consumo de los mexicanos corresponde a un patrón episódico explosivo, casi 27 millones de mexicanos entre 12 y 65 años de edad tienen

dicho patrón, que se define como: beber grandes cantidades de alcohol por ocasión, con una frecuencia de entre menos de una vez al mes y diario.

Existen también casi 4 millones de usuarios consuetudinarios que se definieron como aquellas personas que consumen de cinco copas o más en el caso de los hombres y cuatro o más en el caso de las mujeres, una vez a la semana o con mayor frecuencia. Este tipo de consumo es más frecuente entre hombres que mujeres en una proporción de 5.8 hombres por mujer, aunque dentro del grupo de mujeres este patrón de consumo consuetudinario está aumentado con mayor relevancia entre las mujeres adultas y adolescentes, (1 mujer entre 12 y 17 años por cada 1.9 mujeres mayores de 18 años). El grupo de edad que muestra niveles altos de consumo es el de 18 a 29 años de edad, siendo igual entre hombres y mujeres, descendiendo los niveles conforme incrementa la edad (ENA, 2008).

La población mexicana presenta, en menor medida, un patrón de consumo diario, siendo la población que tiene este patrón de consumo de 8 personas por cada 1000 habitantes, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Se observa que este patrón de consumo diario aumenta con la edad, siendo 3.4 % más frecuente en hombres con una edad de 50 años y menor en el grupo de edad que va de los 18 a los 39 años de edad (ENA, 2008).

Al revisar la proporción de la población mexicana que presenta abuso o dependencia al alcohol se encontró que unos 4 168 063 mexicanos cumplen con los criterios para estos trastornos, esto representa el 5.5% de la población, de éstos 3 497 946 son hombres y 670 117 son mujeres.

Dichos trastornos por el uso de alcohol generan problemas relacionados, entre los que se encuentran: personas detenidas bajo el efecto del alcohol (41.3%), dificultades con la familia (10.8%), peleas (6%), problemas con la policía (3.7%), problemas laborales (3.7%) y el 1.4 % problemas derivados en la pérdida del empleo o en la posibilidad de perderlo (ENA, 2008).

Con respecto, a las preferencias de las bebidas con alcohol de parte de la población adulta, la ENA 2008 reporta las siguientes: la cerveza ocupa el primer lugar de preferencia, el segundo lugar lo ocupan los destilados y en tercer lugar se encuentra el vino de mesa y las bebidas preparadas, en menor proporción el pulque, el agua ardiente y el alcohol de 96°. El orden de preferencia es similar entre hombres y mujeres, variando en mayor proporción el consumo de aguardiente y alcohol de 96°, cada 8.5 hombres por cada mujer (ENA, 2008).

En la población adolescente las bebidas que se prefieren son las bebidas preparadas, en comparación con la población adulta. Las diferencias entre hombres y mujeres son menores que en el grupo mayor a los 18 años, con excepción de las bebidas preparadas, el aguardiente y el alcohol de 96°, donde se aprecia una mayor diferencia entre hombres y mujeres dentro de este grupo etáreo (ENA, 2008).

Se encontró también que el mayor consumo de cerveza, destilados, vino y bebidas preparadas ocurre entre los 18 y los 29 años de edad y que la preferencia por las bebidas preparadas disminuye en forma importante después de los 29 años; además, de que el mayor consumo de pulque ocurre entre los 30 y los 39 años de edad (ENA, 2008).

A fin de poder entender los datos derivados de la ENA 2008, se hace necesario revisar los diferentes modelos teóricos que se han desarrollado y que explican el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de las conductas adictivas. Es importante mencionar que no se cuenta con un modelo único y que la cantidad de modelos explicativos es muy amplia.

6.5 Modelos Explicativos del Fenómeno del Consumo de Alcohol

Existen diferentes modelos teóricos que explican las causas y mantenimiento de los problemas ocasionados por el alcohol dentro del campo de las adicciones, entre los más representativos se encuentran: el modelo

médico – biológico, el modelo psicoanalítico, el modelo conductual, el modelo cognitivo, el modelo transteórico y el modelo cognitivo – conductual.

Modelo Médico – Biológico

Este modelo considera al uso del alcohol como una enfermedad crónica y supone que el origen de dicha enfermedad se encuentra en una disfunción cerebral o en una disposición o vulnerabilidad genética de la persona al alcohol. Este modelo propone intervenciones que utilizan fármacos que tienen el propósito de regular las disfunciones cerebrales y minimizar los efectos negativos de la enfermedad (Cunillera y Foros, 2006).

Modelo Psicoanalítico

El modelo psicoanalítico conceptualiza que el uso del alcohol no depende sólo de la sustancia por sí sola, considera que se encuentra relacionado con estructuras psíquicas de la personalidad, que son incapaces de tener vivencias de calma, tolerancia a la ansiedad y control de impulsos. El uso del alcohol desde esta perspectiva se relaciona con personas que han tenido experiencias de vínculos traumáticos o de abandono emocional. El modelo psicoanalítico propone intervenciones que tienen el propósito de la búsqueda de significados inconscientes, donde el sujeto tiene que restaurar y reparar las experiencias traumáticas, para lograr fortalecer sus estructuras de personalidad y de esta forma ser capaz de soportar experiencias difíciles sin la necesidad del uso del alcohol (Cunillera y Foros, 2006).

Modelo Conductual

Este modelo supone que la conducta adictiva se desarrolla y se mantiene por los principios del aprendizaje que provienen del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante. La conducta adictiva es el resultado de la interacción del organismo con el ambiente y es posible cambiar y aprender otras conductas empleando los mismos principios que explican su adquisición.

El condicionamiento clásico es un principio del aprendizaje que comprende dos tipos de reflejos: los incondicionados que son innatos y que están formados por un estímulo incondicionado EI y una respuesta incondicionada RI y los reflejos condicionados, que son adquiridos y que están formados por un estímulo condicionado EC y una respuesta condicionada RC, de acuerdo con los principios de asociativos del condicionamiento clásico (intensidad del EI, contigüidad, frecuencia) la RC a la droga aumenta, lo que hace que el deseo por la sustancia permanezca aún después de la abstinencia, con frecuencia el RI se asocia de forma duradera con otros estímulos presentes en el momento del consumo, como consecuencia los estímulos del contexto adquieren propiedades condicionadas EC, dando lugar a la respuesta condicionada RC, las RC son parecidas a las RI del consumo y suscitan un estado de inquietud o deseo por consumir, este principio es útil para explicar la adquisición, el mantenimiento, el tratamiento y la recaída en las conductas adictivas.

El otro principio de la Teoría Conductual es el condicionamiento operante, el cual establece que existe una adquisición de asociaciones entre conductas particulares y sus consecuencias, y que la conducta cambia en función de sus consecuencias; si una conducta es seguida por una consecuencia agradable o se realiza para evitar una consecuencia aversiva, entonces esa conducta tendrá mayor probabilidad de ocurrir nuevamente en el futuro, en cambio, si una conducta es seguida por una consecuencia desagradable esa conducta tenderá a no presentarse en el futuro, es decir, decrementará (Llorente del pozo & Iraurgi – Castillo, 2008).

Se han diseñado algunos tratamientos derivados del condicionamiento clásico, entre ellos se encuentran las técnicas de contra condicionamiento, de extinción respondiente y la sensibilización encubierta.

La técnica de contra condicionamiento consiste en hacer menos atractiva la relación estímulo–respuesta, al aparear un reflejo aversivo al consumo.

La técnica de sensibilización encubierta consiste en guiar imaginativamente una secuencia de eventos que se relacionan al consumo y aparear estas imágenes con sensaciones desagradables con el fin de inducir aversión a la sustancia.

Las técnicas de extinción consisten en exponer en repetidas ocasiones el estímulo condicionado sin aparearlo con el estímulo incondicionado, hasta que pierda su valor condicionado.

Otras técnicas, derivadas del condicionamiento operante, que resultan útiles para usuarios de drogas son: el manejo de contingencias, donde se refuerza la conducta de no consumir y mantener la abstinencia a través de canjear fichas por privilegios; el contrato conductual, donde el usuario firma un contrato entre él y su terapeuta, así, el incumplimiento del contrato supone una consecuencia negativa y el cumplimiento un refuerzo positivo; otra técnica conductual es diseñar y reforzar planes de acción alternativos al consumo, esto supone reforzar conductas recreativas incompatibles con el consumo (Llorente del pozo & Iraurgi – Castillo, 2008).

Modelo Cognitivo

Este modelo enfatiza principalmente que los pensamientos, creencias, y expectativas de las personas influyen y determinan las conductas de las mismas. El término de cognición hace referencia al conocimiento y a las interpretaciones que las personas realizan sobre su medio ambiente y como sus expectativas y creencias controlan su comportamiento. Desde el punto de vista cognitivo la conducta es flexible, interactiva y dinámica, propone que si se modifican las cogniciones es posible cambiar la conducta. Para la teoría cognitiva las conductas adictivas son producidas y mantenidas por una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y errores en el procesamiento de la información (Llorente del pozo & Iraurgi – Castillo, 2008).

El tratamiento de corte cognitivo se orienta a modificar los pensamientos, las creencias erróneas de las personas y a enseñar técnicas de auto control. Existen básicamente tres tipos de creencias entre las personas que consumen alguna sustancia según el modelo cognitivo: creencias anticipatorias,

creencias orientadas hacia el alivio y creencias facilitadoras o permisivas. La tarea del terapeuta es entrenar al paciente en evaluar y considerar las maneras en que su pensamiento erróneo le produce estrés y angustia, el terapeuta busca modificar estos pensamientos y desarrollar creencias de control que le ayuden a disminuir la probabilidad de tomar drogas; para ello propone un proceso de 6 fases: a) evaluar las creencias, b) orientar al paciente hacia la comprensión del modelo cognitivo, c) examinar y probar las creencias adictivas, d) desarrollar creencias de control sobre la abstinencia, e) practicar la activación de creencias de control de la conducta sin drogas y f) asignar actividades entre sesiones para fomentar estas creencias.

Modelo Transteórico

Este modelo fue creado por Prochaska y DiClemente (1982, 1984, 1992), propone que las personas que consumen sustancias adictivas y que deciden cambiar esta conducta pasan por distintas fases y que este cambio puede realizarse con o sin ayuda terapéutica. Considera que los esfuerzos en las intervenciones terapéuticas deben de ser dirigidos a identificar cuándo las personas se deciden a realizar un cambio que modifique su conducta adictiva, cómo realizar este cambio y lo que necesitan las personas para mantener éste. Lo que se pretende es cubrir todo el proceso de cambio desde que una persona observa su problema hasta que el problema ya no existe. Es un modelo que integra estadios, procesos, y niveles de cambio (Sánchez, Tomas & Morales, 2004).

El termino transteórico se refiere al trabajo de los proponentes de este modelo que consistió en la integración de las más distintas y relevantes escuelas de terapia psicológica: psicoanalítica, cognitivo conductual, gestáltica y sistémica, argumenta también que la mayoría de los modelos de cambio existentes han sido de actuación y han dejado de lado la existencia de muchos otros cambios que preceden y siguen a la acción en el caso de las conductas adictivas y que la decisión de cómo ayudar a una persona con alguna adicción depende en qué estadio del ciclo de cambio se encuentre (Llorente del Pozo & Iraurgi – Castillo, 2008). De esta forma, el cambio es un fenómeno dinámico y abierto, así el abandono de una conducta adictiva engloba una progresión

desde el estadio de Precontemplación hasta el de Mantenimiento, pasando por los de Contemplación y Acción.

Debido a que el mayor problema con el cambio de una conducta adictiva son las frecuentes recaídas, este modelo considera que la mayoría de los individuos no progresan linealmente a través de los estadios de cambio, pudiéndose percibir un modelo de evolución en espiral siendo complejo poder predecir cuándo un usuario puede regresar a un estadio anterior, lo que explica las frecuentes recaídas en el uso de sustancias adictivas (Llorente del pozo & Iraurgi – Castillo, 2008).

A continuación se describen las características principales que describen a cada uno de los estadios de cambio ya mencionados anteriormente:

Precontemplación.

En este estadio, los individuos con algún problema de adicción a alguna sustancia no piensan seriamente en cambiar y no perciben tener un problema con respecto al uso de la sustancia, lo más característico de los usuarios en este estadio es que se encuentran a la defensiva y presentan resistencia a las presiones externas que les exigen un cambio, si acuden a tratamiento lo hacen de forma involuntaria, por evitar presiones externas. En ocasiones pueden presentar algún cambio o permanecer en abstinencia, pero una vez que la presión externa cambia reinician de forma inmediata su patrón de consumo habitual.

Contemplación.

En este estadio los usuarios piensan en cambiar su conducta adictiva, se encuentran más abiertos a la retroalimentación, a la información sobre su conducta y sobre la manera de cambiarla, pero aún no han desarrollado un compromiso firme de solución de dicha situación, debido a que en este estadio existe también una gran ambivalencia entre dejar la conducta adictiva o permanecer sin modificarla debido a los costos y beneficios que implica dejar la droga. Durante este estadio también el individuo puede desarrollar conciencia progresiva de la existencia de una problemática creada por su conducta adictiva y empezar a plantearse la posibilidad de abandonarla.

Preparación.

En este estadio, los individuos se encuentran listos para la actuación, han efectuado ya algunos pequeños cambios dirigidos a actuar, tales como: reducir la frecuencia de la conducta adictiva o haber intentado dejarla ya en otros momentos.

Acción

En este estadio se produce abiertamente la modificación de la conducta problemática, aquí es cuando el individuo cambia con o sin ayuda profesional, se llevan acabo objetivos de abstinencia o suspensión del hábito. En este estadio el terapeuta debe ayudar al paciente a dar los pasos hacia el cambio y donde la persona se implica en acciones que llevan a un cambio.

Mantenimiento.

En este estadio, el individuo intenta conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en estadios anteriores, y evitar una posible recaída de la conducta adictiva. Este estadio no consiste en una ausencia de cambio sino en una continuación de actividad del mismo.

La importancia de este modelo, dentro del tratamiento de las adicciones, se debe a que enfatiza también la temporalidad en el proceso de cambio de una conducta, además de que incluye otra importante variable en el proceso de cambio: la motivación. Desde el punto de vista del Modelo Transteórico, la falta de motivación no debe de ser vista como una rasgo patológico de la personalidad si no como un estado característico que es susceptible de ser modificado a través de técnicas como el balance decisional (Sánchez, Tomas & Morales, 2004).

Entender el proceso de cambio bajo las características de estos estadios permite seleccionar las modalidades de intervención terapéutica adecuadas, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas, dependiendo del estadio en que se encuentre el usuario.

Modelo del Aprendizaje Social

Este Modelo se define como una aproximación teórica que sintetiza principios de la psicología del aprendizaje basados en el condicionamiento operante, en el condicionamiento respondiente y de la psicología cognitiva que estudia las expectativas, pensamientos y creencias (Kenneth, Leonard, Howard & Blane, 1999).

Dicho modelo postula que la conducta humana es el resultado de la interacción recíproca continua entre los determinantes cognitivos, conductuales y ambientales, siendo este proceso de interacción el que hace posible que las personas influyan en su propio destino y establezcan los límites de auto – dirección. Desde esta perspectiva el individuo no es un objeto impotente controlado por el ambiente exclusivamente, pero tampoco es libre de hacer lo que éste decida, si no que el medio y las personas se determinan en forma recíproca (Bandura, 1987).

Según Maisto (1999) (citado en Kenneth, Leonard, Howard & Blane, 1999), la Teoría del Aprendizaje Social contiene cuatro principios básicos, estos son: el reforzamiento diferencial, el aprendizaje vicario, los procesos cognitivos y el determinismo recíproco.

Reforzamiento diferencial

Este principio postula que las consecuencias que siguen a una conducta dependen de las condiciones de los estímulos, en la teoría del aprendizaje social este principio ayuda a explicar la variabilidad de la conducta de una misma persona en diferentes situaciones, por ejemplo si un individuo consume moderadamente alcohol en un escenario como una fiesta donde el uso del alcohol por adultos es aprobado por los invitados entonces el individuo tenderá a experimentar resultados positivos como: sentirse relajado y tener aprobación social, sin embargo el mismo uso moderado de alcohol en varios lugares de trabajo tenderá a tener como resultado consecuencias negativas para el mismo individuo, el individuo puede sentirse relajado al beber pero si esa conducta es detectada entonces el individuo tendrá la desaprobación de sus compañeros y supervisores junto con la posible pérdida de su empleo.

Como resultado de estas consecuencias diferenciales del beber moderadamente en estos dos escenarios, esta conducta ocurrirá más frecuentemente en fiestas que en los lugares de trabajo, es importante mencionar también que las consecuencias diferenciales de una conducta pueden ocurrir vicariamente, directamente del medio ambiente o pueden ser implementadas por el mismo individuo.

Aprendizaje vicario

Este principio enuncia que una porción importante de la conducta humana se adquiere a través de la observación de modelos y de medios simbólicos como el lenguaje hablado o escrito, bajo el proceso denominado aprendizaje vicario o modelamiento. Este principio supone que si un sujeto observa que otro es recompensado por realizar una conducta, es probable que este sujeto lleve a cabo la misma conducta que fue recompensada, lo mismo ocurre cuando se observa que el modelo es castigado por realizar una conducta, entonces es probable que el observador no ejecute dicha conducta (Kenneth, Leonard, Howard & Blane, 1999), pues sería peligroso si las personas se basaran sólo en los efectos de sus propias conductas para poder saber que hacer (Bandura, 1987).

Procesos cognitivos

Bandura (citado en Kenneth, Leonard, Howard & Blane, 1999) propone que las cogniciones son las mediadoras entre los eventos del medio ambiente y la conducta. Los procesos cognitivos como la codificación, la organización y la recuperación de la información regulan la conducta, en tanto que los eventos del medio ambiente proveen de información a los individuos, la cual es procesada cognitivamente y el resultado de ese procesamiento determina la conducta observable que se seguirá.

La autorregulación forma parte de los procesos cognitivos que Bandura (1987) describe, y se refiere a la capacidad que los individuos tienen para poder identificar las relaciones entre la ocurrencia de los eventos; esta capacidad les permite predecir lo que va a ocurrir probablemente cuando se

cumplen ciertas condiciones y con base en esto los individuos puedan prever las probables consecuencias de los diversos sucesos y curso de acción, esto les permite regular su propia conducta. La autorregulación es adquirida a través de la interacción con el medio ambiente (Kenneth, Leonard, Howard & Blane, 1999).

La premisa que indica que la conducta puede ser auto regulada da lugar a que se mencione otro importante concepto, el de auto-eficacia, que se refiere a la percepción o juicio de un individuo con respecto a su capacidad para llevar acabo una determinada conducta (Kenneth, Leonard, Howard & Blane, 1999).

Las expectativas son otro componente cognitivo dentro de la Teoría del Aprendizaje Social, pues de acuerdo a las experiencias que los individuos han experimentado con anterioridad como resultado de su conducta, guían su conducta actual con base a ésta. Las expectativas de eficacia personal se basan y se ven influidas por varias fuentes de información que son: los logros de ejecución, experiencia vicaria, persuasión verbal y excitación emocional (Bandura, 1987).

Se deben de distinguir entre las expectativas de resultados y las de eficacia. Las expectativas de resultados son las estimaciones por parte de la persona de que una determinada conducta producirá ciertos resultados. La expectativa de eficacia es la convicción de que uno puede efectuar con éxito la conducta necesaria para producir esos efectos (Bandura, 1987).

Bandura (1969) propone dos conceptos más: la capacidad de anticipación y la capacidad de autorreflexión. La capacidad de anticipación hace referencia a que la conducta humana es planeada y que considera tanto los beneficios como las posibles consecuencias negativas como marco para llevar a cabo una conducta, en contraste la capacidad de autorreflexión hace referencia a que las personas tienen la habilidad de pensar sobre sus propios pensamientos así como de monitorearlos para hacer predicciones.

Determinismo recíproco

Este concepto hace referencia a que la conducta humana se debe a una interrelación que implica factores conductuales, cognitivos y ambientales, de esta forma estos factores operan como determinantes entrelazados entre sí, y propone que a pesar de que los estímulos ambientales influyen en la conducta, los factores personales, como las creencias y las expectativas, también influyen en la forma en que nos comportamos, además de que los resultados de la conducta sirven para modificar el ambiente, así la conducta surge de una interacción recíproca entre la persona, el ambiente y la conducta.

Modelo Cognitivo-Conductual

El modelo cognitivo-conductual considera que el fenómeno del uso del alcohol puede ser considerado como una conducta desadaptativa y aprendida que se caracteriza por la ausencia de habilidades para enfrentar situaciones problemáticas, que se relacionen con el consumo y que, de esta forma, la conducta adictiva es desencadenada por estímulos antecedentes, mediatizada por factores fisiológicos, afectivos y cognitivos, y mantenida por reforzamiento negativo y positivo. Desde esta perspectiva, el tratamiento tiene la función de entrenar al sujeto en estrategias y habilidades útiles que le permitan enfrentarse a situaciones relacionadas con el consumo (Cunillera y Foros, 2006).

Durante los últimos 50 años se han desarrollado marcos clínicos que permiten una mejor comprensión de la conducta adictiva. Dentro de este marco se han desarrollado los tratamientos cognitivo-conductuales que son el resultado de la conjunción de principios de la psicología del aprendizaje y de la psicología cognitiva, han dado lugar a un conjunto de procedimientos variados, flexibles y eficaces en la evaluación y tratamiento de las conductas adictivas. A continuación se mencionan y se describen algunos de los tratamientos utilizados: Técnicas de Autocontrol, Entrenamiento en habilidades sociales, Intervenciones motivacionales y Prevención de Recaídas (Llorente del Pozo & Iraurgi – Castillo, 2008).

Técnicas de autocontrol

El objetivo de los tratamientos de autocontrol es disminuir o eliminar el consumo y los problemas derivados del consumo de alcohol, los pacientes que pueden beneficiarse mayormente de este tipo de programas son aquellos con dependencia leve o moderada y con auto responsabilidad y/o tendencia al control.

En este tipo de tratamientos se pretende que los pacientes aprendan a controlar el deseo de beber y a manejar situaciones que puedan provocarlo. Para lograr estos objetivos reciben entrenamiento en asertividad, en habilidades de auto observación, auto evaluación y auto refuerzo. La eficacia de estos tratamientos depende de variables tales como la gravedad de la dependencia, la valoración de la meta con relación a su consumo y otras relacionadas con datos sociodemográficos. Se ha comprobado que la utilización de fármacos mejora la efectividad de estos tratamientos (Monasor, Jiménez & Palomo, 2003).

Entrenamiento en habilidades sociales

El objetivo de este tipo de tratamientos es que el paciente desarrolle una serie de habilidades que le ayuden a manejar distintas áreas problemáticas relacionadas al consumo, debido a que en varias ocasiones la conducta de beber está asociado a determinadas personas y situaciones que lo provocan y en las cuales carece de destreza para afrontar dicha situación; ésta es la razón por la que se adiestran a los usuarios en asertividad, en técnicas de comunicación positiva y en desarrollar conductas alternativas al consumo.

Intervenciones motivacionales

Este tipo de tratamientos han surgido durante los últimos veinte años y tienen como objetivo promover un cambio en el consumo de alcohol, así como también en la percepción de los problemas derivados de este consumo. Su base teórica es la Entrevista Motivacional desarrollada por Miller y Rollinck que a su vez se basa en el Modelo Trasnteórico de Cambio propuesto por

Prochanska y DiClemente. A través de este tipo de intervenciones se exploran y detectan las resistencias y la ambivalencia con respecto al cambio, teniendo como objetivo la evaluación del consumo, información del riesgo, consejo y la importancia de la responsabilidad en la conducta (Monasor, Jiménez & Palomo, 2003).

Para lograr los objetivos mencionados, el terapeuta debe de establecer una relación de empatía con el paciente, evitando juicios de valor; para ello, hace uso de técnicas como la escucha reflexiva, la utilización de frases abiertas, la afirmación, hacer resúmenes y provocar afirmaciones auto motivadoras. Este tipo de tratamientos es recomendado para personas con consumo de riesgo, uso perjudicial o dependencia leve además suelen incrementar la eficacia de tratamientos posteriores (Monsor, Jiménez & Palomo, 2003).

Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional podría definirse como un encuentro centrado en el cliente que principalmente le ayuda a explorar y resolver la ambivalencia acerca de una conducta o un conflicto determinado. El objetivo de la entrevista motivacional es encaminar al paciente a promover cambios en su estilo de vida más saludables además de activar el deseo de cambio (Fuentes, Calatayud & Castañeda, 2005).

La Entrevista Motivacional no es directiva ni confrontativa. Los principios básicos que se deben de tener en cuenta al aplicarla, según Miller (1983), son: la expresión de empatía, escucha activa, desarrollar discrepancia entre las metas y valores del paciente y su comportamiento, evitar la confrontación directa, adaptarse a la resistencia del cliente en lugar de oponerse frontalmente y apoyar la autoeficacia y el optimismo (Fuentes, Calatayud, López & Castañeda, 2005).

Este tipo de intervenciones crea el preludio para el tratamiento debido a que crea una apertura para el cambio y prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior al crear un compromiso hacia el cambio; es en este punto

donde se pueden implementar estrategias cognitivo–conductuales como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, pues el paciente ya se encuentra en un estadio de acción y está motivado para el cambio.

Prevención de Recaídas

Los programas de tratamiento basados en un enfoque de Prevención de Recaídas se podrían definir según Marlatt (citado en Llorente del pozo & Iraurgi – Castillo, 2008), como programas de autocontrol diseñados para ayudar a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de la recaída en el cambio de una conducta adictiva. Uno de los modelos del proceso de recaída que es más representativo e influyente es el propuesto por Marlatt y Gordon (1985), el cual se encuentra basado en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y propone un proceso de recaída de dos etapas: caída y recaída (Kenneth, Leonard, Howard & Blane, 1999).

Una caída es un episodio de consumo de alcohol aislado sin volver a los niveles de consumo anteriores al tratamiento, la cual tiene lugar cuando el paciente se ha expuesto a una situación de alto riesgo sin la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adecuadas ya sea porque no ha sabido identificar una situación de riesgo, porque no ha podido aplicar las técnicas de adecuadas ante una situación imprevista o por una carencia de motivación (Echeburua, 2001).

En contraste, una recaída es volver a consumir alcohol en los mismos niveles anteriores a un periodo de abstinencia. En este caso, la persona vuelve a experimentarse incapaz de controlar el consumo de alcohol y necesita la ayuda de un profesional. Es frecuente que después de una caída se pase con rapidez a una recaída, esta transición puede tardar de días a semanas.

Según el modelo de Marlatt y Gordon (1985; citado en Echeburua, 2001), lo que facilita una transición de una caída a una recaída total es un mecanismo cognitivo denominado Efecto de Transgresión de la Meta o también llamado Efecto de Violación de la Meta (EVA), que a su vez consta de dos componentes: la incompatibilidad de objetivos y la responsabilidad de lo

ocurrido, el tránsito de una caída a una recaída depende también de la historia de recaídas pasadas y de los pensamientos acerca de recaídas futuras.

De acuerdo con este enfoque de recaídas se propone un programa de Prevención de Recaídas (PR), diseñado como un programa de autocontrol. El entrenamiento en PR está orientado a identificar las situaciones que pueden provocar la recaída, a entrenar a las personas a anticipar las situaciones de riesgo y a enseñar habilidades de afrontamiento a pensamientos, emociones y estímulos ambientales asociados al uso anterior de alcohol. El programa contiene tres elementos fundamentales: a) estrategias de entrenamiento en habilidades que incluyen tanto respuestas conductuales como cognitivas; b) procedimientos de reestructuración cognitiva, diseñados para proporcionar al paciente pensamientos alternativos a aquellos que le empujan a consumir alcohol y c) estrategias de reequilibrio del estilo de vida para incrementar las actividades alternativas al uso del alcohol.

Prevención Estructurada de Recaídas Para Estudiantes Universitarios (PEREU)

El PEREU es un tipo de consejo para usuarios de consulta externa, que fue desarrollado durante los últimos 14 años en la Fundación para la Investigación de la Adicción de Canadá (ARF, por sus siglas en inglés). Es un tratamiento cognitivo-conductual-motivacional basado en la Teoría del Aprendizaje Social y la Psicología Motivacional que tiene como propósito permitirles a las personas obtener más control sobre su uso de alcohol o droga.

El consejo del PEREU está diseñado para usuarios que tienen un problema sustancial o severo en el consumo de sustancias; y que desean trabajar un cambio en su uso de alcohol y/u otras drogas en consulta externa. Los usuarios del PEREU pueden ser hombres y mujeres con antecedentes y edades variadas, con diferentes problemas y necesidades, y que pueden iniciar el tratamiento en distintos estados de disposición. El PEREU es un programa flexible, que puede acoplarse a diferentes necesidades y metas de tratamiento de los usuarios.

Hay cinco componentes principales para el Consejo de Prevención Estructurada de Recaídas (PEREU): 1. Evaluación, 2. Entrevista Motivacional, 3. Plan de Tratamiento Individualizado, 4. Procedimientos de Consejo para la Iniciación del Cambio, 5. Procedimientos de Consejo para el Mantenimiento del Cambio. A continuación se describe brevemente en qué consiste cada componente.

1. Evaluación

El consejo empieza con una evaluación clínica completa, que incluye una evaluación de los siguientes aspectos del cliente: funcionamiento psico social, historia del uso de alcohol y droga/problemas/consecuencias, razones y compromiso para el cambio, y las fortalezas de enfrentamiento y debilidades con que cuenta el paciente.

Esta evaluación es complementada por una exploración detallada de los disparadores más problemáticos del cliente para el abuso de alcohol y/o droga un año antes de entrar al tratamiento, lo cual se realiza a través del Inventario de Situaciones para el Consumo de Droga (ISCD-50).

2. Entrevista Motivacional

La retroalimentación personalizada de los resultados de la evaluación se lleva a cabo dentro del contexto de la entrevista motivacional, pues ayuda al cliente a alcanzar y empezar a actuar en la decisión para cambiar su conducta de uso de alcohol o droga. Se centra en explorar las razones del cliente para cambiar su uso de alcohol y/o droga, además de los beneficios y adversidades percibidos para el cambio; así como en la fortaleza del compromiso para el cambio.

3. Plan de Tratamiento Individualizado

Se involucra al cliente en el desarrollo de un plan del tratamiento individualizado, a través de proporcionar una orientación hacia el consejo del PEREU y acordar con el cliente la firma de un contrato del tratamiento, una revisión por parte del cliente de los disparadores que tiene, específicos y recientes en el consumo de alcohol o de droga, en la que él decide una jerarquía personal de áreas de riesgo a ser empleadas durante el tratamiento, a

través de una serie de tareas asignadas y el establecimiento de metas y auto monitores sobre los disparadores por parte del cliente.

4. Procedimientos del Consejo para la Iniciación del Cambio

El consejo del PEREU consta de las Fases de "Iniciación" y "Mantenimiento". La primera fase se centra en las estrategias de consejo, mientras que la segunda fase se concentra en las estrategias con mayor potencial para el mantenimiento a largo plazo de este cambio (es decir, prevención de recaídas).

Los apoyos de Iniciación más importantes incluyen: la evitación de situaciones de riesgo para el uso del alcohol/droga; la coerción; el tratamiento de hospitalización/residencial; medicación protectora; el involucramiento de un compañero u otra persona responsable; y un papel relativamente directivo por parte del terapeuta. La Fase de Iniciación del Consejo PEREU implica típicamente cuatro sesiones que comprenden: identificación de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol, entrevista motivacional, estrategias de afrontamiento y evitación de situaciones de riesgo.

5. Procedimientos del Consejo para el Mantenimiento del Cambio

En la Fase de Mantenimiento se retiran, gradualmente, las ayudas usadas en la Fase de Iniciación, esto para enfocarse en las estrategias de enfrentamiento que dependan sólo del cliente. Las estrategias se diseñan para ayudar al cliente a desarrollar confianza (auto-eficacia), para empezar a ser capaz de enfrentar con éxito a los disparadores del uso de alcohol o droga. La planeación en la asignación de tareas involucra la exposición gradual a los disparadores que cada vez van incrementando su dificultad, animar a los clientes para que se anticipen a las situaciones identificadas de alto riesgo y practicar las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas en el consejo. La Fase de Mantenimiento del Consejo PEREU va de cuatro a ocho sesiones.

El consejo PEREU es una herramienta útil y eficaz en el tratamiento de personas que presentan un nivel de dependencia de sustancial a severo a sustancias adictivas, en especial el alcohol, que puede además adaptarse a diferentes tipos de pacientes considerando sus necesidades particulares.

7. RESULTADOS OBTENIDOS

En este apartado se describen los productos que se obtuvieron como resultado de la prestación del servicio social dentro del Programa de Conductas Adictivas y que comprende un reporte de caso único.

7.1 REPORTE DE CASO

1.- MOTIVO DE CONSULTA

Se trató de un paciente masculino, de 37 años de edad, que a partir de este momento nombraré como R. L., casado, con dos hijas, empleado en una recaudaría y que vivía en el D.F., fue canalizado por el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" al Programa de Conductas Adictivas ambos dependientes de la Facultad de Psicología de la UNAM.

El motivo por el cual el paciente acudió a dicho centro en el 2010, fue el consumo excesivo de alcohol, el cual inició cuando el paciente tenía 18 años y se había mantenido hasta la actualidad. El paciente refirió que se había vuelto un gran problema desde hacía 5 años, esto por las consecuencias negativas experimentadas, tales como: ser hospitalizado en una ocasión por intoxicación alcohólica, no lograr recordar lo ocurrido en los episodios de consumo o perder la noción de la duración de éstos, a menos que alguien le recordara lo sucedido, no poder leer a la velocidad como anteriormente lo hacía y los efectos de la resaca que habían ido en aumento y que no le agradaban (temblores, dolores de cabeza y mareos).

El consumo que el paciente había tenido durante el último año fue de aproximadamente 15 copas estándar en promedio por ocasión, la duración de los episodios fue la siguiente: periodos de consumo que iban de los 5 a los 8 días consecutivos y una vez concluidos se presentaba un periodo de abstinencia de 1 a 2 meses en promedio. El paciente manifestó que acostumbraba beber solo en la mayoría de las situaciones de consumo y ocasionalmente con amigos cuando él los buscaba.

En el último año el paciente se había hecho el propósito de reducir su consumo logrando que los días de consumo consecutivos disminuyeran de 15

a entre 5 y 8 días en promedio y que el lapso de tiempo entre cada periodo de consumo fuera más largo de 1 a 3 meses aproximadamente, aunque no había logrado dejar de beber debido a que el paciente comentó no tener una manera efectiva de conseguirlo.

Por otro lado, el paciente refirió que había recibido ayuda para dejar de beber sin ningún resultado efectivo en dos ocasiones, en la primera fue llevado a un anexo en contra de su voluntad por su madre, lo cual comentó que fue una experiencia mala por la forma en que lo trataron y lo hicieron sentir. La segunda ocasión recibió un tratamiento médico para dejar de beber. El paciente comentó que este último no funcionó porque no tomaba el medicamento como lo recomendaba el médico, esto debido a que el paciente no tenía adherencia al tratamiento médico, además de no observaba resultados del tratamiento, razones por las que no continuo con el tratamiento.

En cuanto a la relación con su familia, en especial con su esposa, el paciente refirió tener problemas debido a que siempre le reclamaba por su forma de beber, incluso cuando no lo hacia lo amenazaba con dejarlo si no cambiaba y había perdido la confianza en él, consideraba que la relación con su familia (esposa e hijas) era distante y no muy buena. De la misma forma, económicamente el paciente mencionó que, debido al consumo, en ocasiones no contaba con los suficientes recursos para cubrir necesidades básicas como son alimentación y vestido, lo que en ocasiones lo había llevado a pedir prestado, por lo que no había podido hacer mejoras en su casa, lo que lo hacia sentir: desesperado, triste y enojado.

El paciente identificaba que existían eventos que provocaban que bebiera tales como; cuando se enojaba, se sentía solo, triste o desesperado, también refirió que cada ocasión en la que bebía se hacia el propósito de no volver a consumir pero no lo lograba, comentó que algunas veces se probaba así mismo si podía controlar el beber, sin lograrlo y una vez que había consumido la primera copa no podía detenerse y en esos momentos pensaba: "una que mas da", "no he tomado en mucho tiempo" y "ya ni modo".

Los motivos que el paciente manifestó para realizar un cambio (abstinencia) fueron; no tener consecuencias mayores en su salud, mejorar la

relación con su esposa e hijas, tener recursos económicos para hacer mejoras en su casa y sentirse más a gusto con su vida.

2.- EVALUACIÓN POR MEDIO DE INSTRUMENTOS

Este componente se inició con una evaluación clínica completa, que incluyó la obtención de información de los siguientes aspectos del paciente: funcionamiento psicosocial, historia del uso de alcohol y problemas o consecuencias, las razones y compromiso para el cambio, las fortalezas de enfrentamiento y debilidades. La evaluación se complementó con una exploración detallada de los disparadores más problemáticos del paciente para el uso de alcohol de los últimos doce meses, adicionalmente en el caso de R. L., se incluyó una evaluación para medir el deterioro cognitivo debido a los síntomas reportados por el paciente (no lograr recordar lo ocurrido en los episodios de consumo o perder la noción de la duración de éstos y no poder leer a la velocidad como anteriormente lo hacía).

Descripción de los instrumentos

a) Escala de Dependencia al Alcohol (EDA - 25)

La Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) (Quiroga & Vital 2003^a) traducida y adaptada de la Alcohol Dependence Scale (ADS), Skinner, Horn, Wanberg & FASTER, 1984), es una escala compuesta de 25 ítems que consideran un marco de evaluación de los últimos 12 meses y que cubre síntomas de abstinencia que corresponden al síndrome de dependencia al alcohol definido por Edwards y Gross (1976), tales como el deterioro en el control del consumo de alcohol, conciencia de compulsión en el consumo de alcohol, tolerancia al alcohol y persistencia de la conducta de búsqueda de alcohol. De la misma forma, este instrumento mide desde ausencia de dependencia hasta dependencia severa. Estudios psicométricos indican que tiene confiabilidad test-retest y consistencia interna de 0.92 y validez para medir dependencia. Los trabajos de Skinner y Allen (1982) y de Ross et al. (1990) demostraron que el EDA - 25 se asocia positivamente con medidas

similares del MAST ($r = .69$) y se relaciona con otras medidas de dependencia como el DSM – III ($r = .58$) (Quiroga, 2008).

b) Línea Base Retrospectiva (LIBARE - A)

La Línea Base Retrospectiva – Alcohol (LIBARE – A), traducida y adaptada por Quiroga (2003) de la versión Alcohol Timeline Followback (TLFB; L. C. Sobell & Sobell 2000, 2003), utiliza eventos significativos dentro de un formato de calendario a fin de registrar, de manera continua, la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol durante un periodo establecido de 12 meses. Se pueden identificar periodos de recaídas y servir de base para sondear las causas de éstas. Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tienen una dependencia severa. Presenta una confiabilidad de test – retest de .91 (Quiroga, 2008).

c) Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas - Alcohol (ISCD- A - 50)

El Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol, (ISCD – A - 50) traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003b) del Inventory of Drug Taking Situation – Alcohol (IDTS- 50 – Alcohol, Annis, Herie & Watkin – Merek, 1996b), es un cuestionario de auto-reporte de 50 ítems diseñado para evaluar situaciones en las que el paciente consumió excesivamente durante los últimos 12 meses. Se encuentra basado en una clasificación desarrollada por Marlatt y asociado (Marlatt & Gordon, 1980, 1985) en donde el consumo del paciente es evaluado en relación con ocho categorías de situaciones de consumo; emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, prueba de control personal, urgencias y tentaciones para consumir, conflictos con otros, presión social para consumir y momentos agradables con los demás. Cada uno de los ítems se contesta con base a una escala de 4 puntos en donde 1 = nunca, 2 = Raramente, 3 = Frecuentemente, y 4 = Casi siempre. Cuenta con una validez de contenido adecuada (Quiroga, 2008).

d) Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD – A – 50)

El Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol, fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital, (2003c), del Drug – Taking Confidence Questionnaire – Alcohol (DTCQ – 50 – Alcohol: Annis, Henrie & Watkin-Merek, 1996). Es un cuestionario de auto-reporte de 50 ítems diseñado para evaluar el concepto de autoeficacia de Bandura, en relación con la percepción del paciente sobre su capacidad para emitir una conducta ante situaciones de riesgo para abusar del alcohol. Se contesta con base en una escala de seis puntos cuyo rango va de 0 = sin confianza: 20 = 20% confiado: 40 = 40% confiado: 60 = 60% confiado: 80 = 80% confiado: 100 = muy confiado (Quiroga, 2008).

e) Algoritmo de Compromiso para el Cambio – Alcohol (ACC – A)

El Algoritmo para el Compromiso del Cambio (ACC-A), fue desarrollado por Annis y sus colaboradores en 1996 y traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003d), es usado para clasificar al paciente dentro de uno de los cinco estadios de cambio basados en el Modelo de Prochaska y DiClemente, tales como precontemplación (uso de alcohol durante los últimos 30 días y no está considerando dejarlo en los próximos 30), contemplación (uso del alcohol durante los pasados 30 días pero está considerando dejarlo en los próximos 30), preparación (uso del alcohol durante los pasados 30 días pero llevo a cabo por lo menos un intento de 11 días de abstinencia continua, para dejarla en los últimos 30 días), acción (mantenerse continuamente abstinentes durante los 30 días previos) y mantenimiento (mantenerse continuamente abstinentes 60 días o más) (Quiroga, 2008).

f) Prueba de Pistas (PDP)

La Prueba de Pistas PDP (Trail Making Test) de la Batería de Halstead – Reitan (HRB; Halstead, 1947), es uno de los instrumentos frecuentemente empleados para evaluar deterioros cognitivos derivados del abuso crónico del alcohol, la aplicación de esta prueba tiene una duración aproximada de 5 minutos, cuenta con dos partes, en la primera parte A se muestra una serie de

números en orden ascendente del 1 al 15; en la segunda parte B, se presenta una serie de números combinada con letras del abecedario. Para cada una de las partes de la prueba es importante considerar un límite de tiempo, es decir para la parte A, se otorga un minuto para responder. Sin embargo, si el paciente se tarda mas del tiempo indicado no se le detiene al cumplirse el tiempo, simplemente se toma el tiempo en el cual realizó la tarea. La parte B tiene un tiempo de 2 minutos, en caso de que el paciente no termine la ejecución de la prueba en el tiempo estipulado, la persona que administre la prueba otorgará el tiempo necesario para que el paciente termine la tarea (Quiroga, 2008).

g) Subescala de Retención de Símbolos y Dígitos de Wechsler

La subescala de retención de símbolos y dígitos pertenece a la escala de ejecución que forma parte de la escala de Inteligencia Wechsler para adultos (WAIS). La tarea que se pide al paciente que realice es la de repetir una serie de números correctamente, se califica tomando en cuenta la serie de números más larga que repita sin errores, la máxima calificación que se puede obtener es de 9 puntos.

También se pide al paciente que repita una serie de números en orden inverso, se califica tomando en cuenta la serie de números mas larga que logre repetir sin errores, la máxima calificación que se puede obtener es de 8 puntos, ambos puntajes se suman al final y se obtiene una calificación. Finalmente, dichas calificaciones se suman para obtener una calificación total, en la que puede obtener como máximo 17 puntos.

h) Subescala de Símbolos en Dígitos

Esta conformado por 90 reactivos, consiste en que el paciente coloque el símbolo que le corresponde a cada uno de los números que se presentan en el material del subtest. La aplicación tiene como tiempo límite 90 segundos. La calificación se obtiene asignando un punto por cuadrado correctamente contestado. Se califica con medio punto signo invertido.

3.- RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POR INSTRUMENTO

a) Escala de Dependencia al Alcohol (EDA - 25)

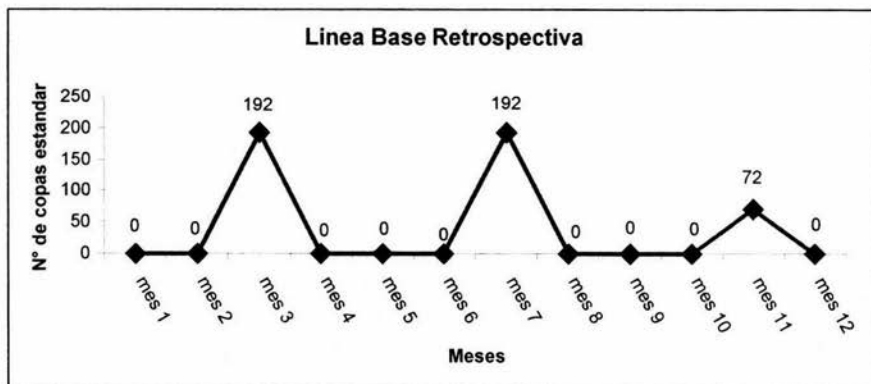
El puntaje obtenido por el paciente en la Escala de Dependencia al Alcohol fue de 29, correspondiéndole el tercer cuartil, con un nivel de dependencia media (ver tabla 1).

Cuartil	Puntaje	Nivel de dependencia
	0	No hay evidencia de dependencia
1 er. Cuartil	1 – 13	Nivel de dependencia leve o baja
2 do. Cuartil	14 – 21	Nivel de dependencia moderada
3 er. Cuartil	22 – 30	Nivel de dependencia media o sustancial
4 to. Cuartil	31 – 51	Nivel de dependencia severa

Tabla 1. Cuartiles, puntajes y nivel de dependencia.

b) Línea Base Retrospectiva (LIBARE - A)

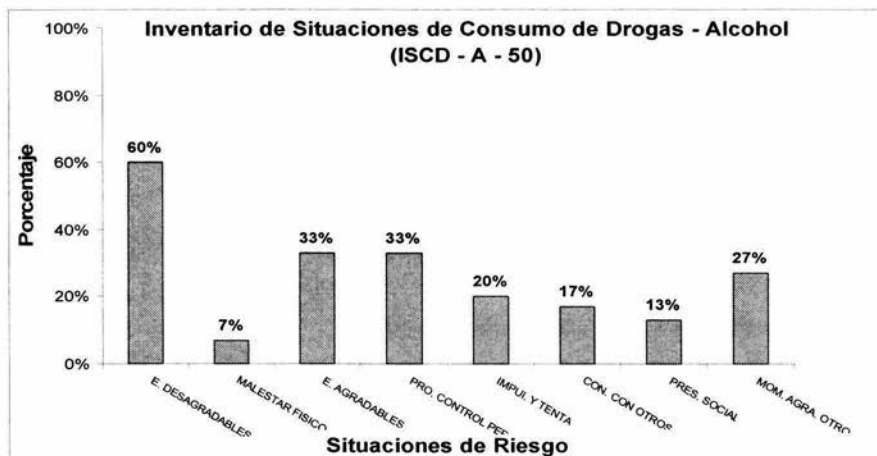
En la grafica 1 se presenta el consumo de alcohol durante los últimos 12 meses, el que fue de 120 copas estándar en promedio en cada episodio de consumo, éstos tenían una duración promedio de 5 a 8 días consecutivos y una vez concluidos había un periodo de abstinencia que iba de 1 a 3 meses en promedio y una vez concluido el paciente volvía a consumir.



Gráfica 1. Numero de copas estándar consumidas mensualmente por el paciente en los doce últimos doce meses antes del tratamiento.

c) Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas - Alcohol (ISCD- A - 50)

En la gráfica 2 se presentan las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol del paciente, detectándose un alto porcentaje en: 1) Emociones Desagradables 60%; y medios porcentajes en: 2) Emociones Agradables 33%; y 3) Probando el control personal 33%.



Gráfica 2. Porcentaje de riesgos para el consumo de alcohol a lo largo de las distintas situaciones.

d) Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD – A – 50)

En la gráfica 3 se presentan los porcentajes de confianza situacional del paciente para resistir la necesidad de beber alcohol en exceso, detectándose porcentajes medios en: 1) Probando el control personal 36%; 2) Impulsos y tentaciones 58%; y 3) Emociones desagradables 52%.



Gráfica 3. Porcentaje de confianza del paciente de resistirse al consumo de alcohol.

e) Algoritmo de Compromiso para el Cambio

El estadio de Cambio en que se encontraba el paciente era el correspondiente al de Mantenimiento, lo que indicó que el paciente estaba intentando conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en estadios anteriores.

f) Prueba de Pistas

En la tabla 2 se presentan los tiempos de ejecución obtenidos por el paciente en ambas partes de la prueba, para la parte A el paciente completo el ejercicio en un tiempo de 1.03 minutos y para la parte B en un tiempo de 3.13 minutos, por lo que podemos considerar que no existe un deterioro cognitivo significativo.

Tiempo de ejecución asignado	Tiempo de ejecución obtenido
Parte A: 1 minuto	1.03 minutos
Parte B: 2 minutos	3.13 minutos

Tabla 2. Tiempo de ejecución obtenido por el paciente en la prueba de Pistas.

g) Subescala de Retención de Dígitos de Wechsler

En la tabla 3 se presenta el puntaje obtenido por el paciente en la Subescala de Retención de Dígitos de Wechsler, él cual fue de 9, lo que indicó que el paciente se encontró dentro de la media.

Puntuación obtenida Retención de dígitos	Puntuación normalizada
-	19
17	18
-	17
16	16
15	15
14	14
13	13
12	12
-	11
11	10

10	9
9	8
-	7
8	6
-	5
7	4
6	3
4-5	2
3	1
0-2	0

Tabla 3. Puntaje crudo y normalizado obtenido por el paciente en la Subescala de Retención de Dígitos de Wechsler

h) Subescala de Símbolos y Dígitos

En la tabla 4 se presenta el puntaje obtenido por el paciente en el Subtest de Símbolos y Dígitos, el cual fue de 16, lo cual indicó que el paciente estaba por arriba de la media.

Puntuación obtenida Símbolos y dígitos	Puntuación normalizada
88-90	19
79-87	18
76-78	17
71-75	16
68-70	15
64-67	14
58-63	13
54-57	12
49-53	11
43-48	10
39-42	9
36-38	8
30-35	7
23-29	6
18-22	5
12-17	4
7-11	3
5-6	2
3-4	1
0-2	0

Tabla 4. Puntaje crudo y normalizado obtenido por el paciente en la subescala de Símbolos y Dígitos

4.- DÉFICIT Y FORTALEZAS DEL PACIENTE

Las fortalezas del paciente en el momento de acudir a tratamiento eran su gran motivación, que se manifestó a través de una escala subjetiva, donde se solicitó al paciente que eligiera un número entre el 1 y el 10, donde 1 significaba poco motivado y 10 significaba estar muy motivado, el paciente eligió el número 10, además de mostrar un interés en mantenerse sin consumir alcohol nuevamente y mejorar su calidad de vida que se observó a través de verbalizaciones, cabe mencionar que el paciente, ya había instrumentado algunas conductas de evitación de situaciones de riesgo de consumo de alcohol, que comprendían: evitar lugares que le recordaban el consumo y salir a dar una vuelta cuando se enojaba.

Por otra parte, en cuanto a los déficits que el paciente presentaba al inicio del tratamiento se identificaron los siguientes: un auto-dialogo negativo, pensamientos recurrentes de poco control sobre lo que le ocurría o podría ocurrirle y dificultad para seguir instrucciones de forma correcta.

5.- TRATAMIENTO

Con base en los resultados de la evaluación se puede aseverar que el paciente cumplió con los criterios de inclusión para ser asignado al tratamiento de Prevención Estructurada de Recaídas (PEREU), al haber obtenido más de 21 puntos en la Escala de Dependencia al Alcohol, lo que indicó que tenía una dependencia sustancial, además de tener una historia de consumo excesivo de 19 años, de los cuales los últimos cinco años habían sido muy problemáticos, presentaba un patrón de consumo excesivo por episodio de consumo de más de 30 copas estándar y tener problemas asociados familiares, de salud y financieros.

Con base en el perfil del paciente, su plan de tratamiento se conformó con cuatro de los cinco componentes que comprenden el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas; 1) Evaluación; 2) Entrevista Motivacional; 3) Plan de Tratamiento Individualizado; y 4) Fase de Mantenimiento del cambio.

COMPONENTE	OBJETIVO
1. Evaluación	<p>-Se obtuvo información de los siguientes aspectos del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Funcionamiento psicosocial -Historia del uso de alcohol, problemas y consecuencias -Razones y compromiso para el cambio -Fortalezas de enfrentamiento y debilidades -Disparadores del paciente para el uso de alcohol -Deterioro cognitivo
2. Entrevista Motivacional	<p>-Se realizó una Retroalimentación Personalizada con base en los resultados de la evaluación previa.</p> <p>-Se aplicó el Balance Decisional con el que se exploraron las razones expresadas por el paciente para cambiar su uso de droga así como los pros y contras percibidos para el cambio</p>
3. Plan de Tratamiento Individualizado	<p>Se propuso e involucró al paciente en el diseño del plan de tratamiento individualizado, que incluyó los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Una explicación sobre en que consiste el tratamiento PEREU y sus principales características. - Explicación y firma del contrato de tratamiento por el paciente y el terapeuta. -Revisión de los principales

	<p>disparadores, que se obtuvieron por medio de la evaluación para el consumo de alcohol que, posteriormente, el paciente jerarquizo para ser utilizadas durante el tratamiento.</p> <p>- Explicación y ejemplificación del monitoreo diario, como una tarea a realizar durante todo el tratamiento.</p>
<p>4. Mantenimiento del Cambio</p>	<p>Con base en la información recabada a través del componente de evaluación se dieron las siguientes destrezas de enfrentamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Manejo del enojo ❖ Enfrentamiento de los deseos intensos ❖ Asertividad ❖ Enfrentamiento de los sentimientos desagradables y traumas ❖ Incremento del apoyo social ❖ Solución de problemas

6.- DESARROLLO DEL TRATAMIENTO POR SESIONES

A) Evaluación

La sesión inició dando la bienvenida y realizando el encuadre terapéutico al paciente. Que constó de los siguientes aspectos: confirmación del motivo de consulta y aplicación de los instrumentos de evaluación. Acto seguido se confirmó el motivo de consulta y una vez confirmado se le explicó al paciente, que debido a esto, había sido canalizado al Programa de Conductas Adictivas,

se le preguntó si estaba de acuerdo con dicha canalización, a lo que el paciente respondió que estaba bien.

Posteriormente, se aplicaron los siguientes instrumentos; 1) Entrevista Inicial: con el objetivo de obtener datos relevantes de la historia de consumo del paciente; 2) Escala de Dependencia al Alcohol: con el objetivo de conocer el nivel de dependencia de alcohol del paciente; 3) Inventario de Consumo de Drogas, Alcohol ISCD - A - 50: con el propósito de identificar situaciones que hayan disparado el consumo en los doce últimos meses; 4) Algoritmo de Compromiso para el Cambio, para identificar el estadio de disposición al cambio; 5) Línea Base Retrospectiva, para obtener el patrón de consumo; y 6) Pruebas de -pistas y Prueba de Retención de dígitos, símbolos y números, con el fin de identificar posible deterioro cognitivo debido a la historia de consumo y síntomas reportados por el paciente.

B) Retroalimentación Personalizada y Balance Decisional

La sesión inició saludando al paciente y preguntándole como se encontraba, como le había ido en la semana y si había tenido alguna situación que quisiera comentar. El paciente dijo que todo estaba bien y que no había nada en particular que quisiera mencionar. Posteriormente, se realizó el encuadre terapéutico que constó de los siguientes aspectos: se proporcionó la retroalimentación personalizada y se realizó el ejercicio del Balance Decisional.

Paso seguido, se le dió la retroalimentación sobre los resultados de los instrumentos aplicados, que comprendió: el patrón de consumo, el número de copas consumidas por ocasión, anualmente y semanalmente y las situaciones que podrían ser un disparador del consumo.

El paciente mencionó que estaba de acuerdo con la información que se le proporcionó y una vez mencionado esto se comenzó con el ejercicio del Balance Decisional.

Continuar mi no consumo de alcohol

QUE HAY DE BUENO en mantener mi no consumo QUE NO HAY DE BUENO en mantener mi no Consumo.

- Habrá mas unión familiar
- Tendré mayor salud física
- Reuniré mas dinero
- Concluiré mis estudios de preparatoria
- Me llevaría mejor con mis vecinos y compañeros de trabajo
- Trabajaría mas frecuentemente
- Y podría estudiar inglés

- Sentirme irritado
- Estar más enojado
- Estar más triste
- Tendría la sensación de soledad y desesperación

Volver a mi consumo de alcohol

QUE HAY DE BUENO en volver a consumir

QUE NO HAY DE BUENO en volver a consumir.

- Perdonaría con mayor facilidad a las personas que me hicieron algo
- Soy más expresivo
- Puedo decir y expresar mis logros
- Me halagó a mi mismo

- Tendría mayores probabilidades de enfermarme
- Perdería a mi familia
- Podría llegar a suicidarme
- No tendría dinero

Como resultado del balance decisional el paciente reportó tener más beneficios de cambiar su ingesta de alcohol que continuar con ella y se resolvió la ambivalencia con respecto al cambio de su forma de consumir alcohol, lo cual hizo más fuerte y comprometida su decisión de cambio y que, por

consiguiente, tenga mayor probabilidad de éxito en conseguir su meta: la abstinencia.

C) Plan de Tratamiento Individualizado

La sesión inició saludando al paciente y preguntándole como se encontraba. En seguida, se realizó el encuadre terapéutico. Se le explicó al paciente que era el Plan de Tratamiento Individualizado que se recomendaba en su caso, el cual constó de los siguientes aspectos: en qué consistía el Programa de Prevención Estructurada de Recaidas (PEREU), la duración del mismo y el objetivo de cada uno de los componentes de dicho programa, de igual forma se le explicó que el tratamiento se enfocaría en la idea de que existen: emociones, pensamientos y conductas, los cuales interactúan entre ellos y explican el por qué de nuestra conducta.

Se continuó con la firma del contrato, se le explicó en que consistía, la importancia del mismo y la utilidad tanto para el paciente como para el terapeuta. Se prosiguió con la identificación detallada de tres situaciones de riesgo, a través de un formato escrito, y una vez descritas se continuó con la lista checable de destrezas. La información que se obtuvo a través del formato destinado para identificar situaciones de riesgo del consumo del alcohol fue:

Identificación de Situaciones de Riesgo de Consumo de Alcohol

Parte 1.

Las situaciones que dispararon mi consumo de alcohol durante el último año fueron:

- 1. Emociones desagradables (por ejemplo, cuando yo estaba enojado, frustrado, aburrido, triste o ansioso)**
- 2. Emociones agradables (por ejemplo, cuando yo estaba disfrutando o estaba sintiéndome feliz)**
- 3. Probando el control personal (por ejemplo: cuando yo empecé a**

creer que podía controlar el alcohol o droga)

En términos de la frecuencia del problema de consumo de alcohol o uso de drogas. Yo jerarquizaría las siguientes situaciones disparadoras que circule anteriormente de la siguiente manera:

1. **La situación más frecuente:** emociones desagradables, enojo, soledad, desesperación, tristeza
2. **La siguiente más frecuente:** probando control personal "solo una, yo creo que puedo controlarlo", "voy haber si puedo controlarlo", "no he tomado por largo tiempo"
3. **La siguiente más frecuente:** emociones agradables, "quería sentime más alegre y cercano a mi hija por lo que había conseguido"

Parte 2

Su terapeuta le ha ayudado a identificar tipos generales de situaciones que han disparado su problema de beber o uso de droga durante el último año. Para contestar esta parte usted debe de considerar las situaciones que califico como 1, 2, 3 y reportar (en las siguiente pagina) ejemplos de incidentes específicos del problema de beber o de uso de droga que usted ha experimentado.

Rango 1

Piense cuidadosamente sobre la experiencia particular de beber o uso de droga que usted desea describir y después responda las siguientes preguntas lo más detalladamente posible.

Antes de usar:

¿Donde estaba? Trabajando

¿Estaba alguien mas presente? Si, mi hermana

¿Estaban otros bebiendo o usando drogas? No

¿Cómo se estaba sintiendo? Desesperado, enojado

¿Qué estaba pensando? Estaba pensando, no logro controlar la necesidad de consumir alcohol y los del centro de servicios no me llaman que piensan ¿qué no necesito ayuda? o qué.

Describe lo que paso para que su uso se disparara.

Estaba pensando, tal vez sea una prueba, no puedo, no puedo, no me han dado las bases para no consumir, estos locos que piensan, que yo no siento, que fui a jugar, me voy a tomar una, pero tal vez me llamen los del centro de servicios psicológicos y no pueda ir, después de pensar en eso pase por la calle y estaban los cuates tomando y ni modo tome.

¿Cómo piensa que podría manejar este evento, sin consumir? Tratar de resolverlo, de distraerme o salir al cine o ir al museo.

Rango 2

Piense cuidadosamente sobre la experiencia particular de beber o uso de drogas que usted desea describir y después responda las siguientes preguntas lo más detalladamente posible.

¿Donde estaba? En una feria

¿Estaba alguien mas presente? Si, mis hijos y mi esposa

¿Estaban otros bebiendo o usando drogas? Si

¿Cómo se estaba sintiendo? Bien y empecé a pensar

¿Qué estaba pensando? Nada mas una, voy a ver si puedo controlarlo.

Describe lo que paso para que su uso se disparara.

Estaba en una feria viendo como consumían otros y empecé a tener ganas de consumir y finalmente consumí y luego me la seguí en mi casa.

¿Cómo piensa que podría manejar este evento, sin consumir?

La feria ya pasó otra vez pero esta vez opte por ir a ver la orquesta, ir a dar la vuelta con mis hijas.

Rango 3

Piense cuidadosamente sobre la experiencia particular de beber o uso de drogas que usted desea describir y después responda las siguientes preguntas lo más detalladamente posible.

¿Donde estaba? En mi casa

¿Estaba alguien mas presente? Si, mis hijas y mi esposa

¿Estaban otros bebiendo o usando droga? No

¿Cómo se estaba sintiendo? Emocionado y con ganas de festejar

¿Qué estaba pensando? Que era algo muy bueno lo que le había ocurrido a mi hija.

Describe lo que paso para que su uso se disparara.

Estaba en mi casa y mi hija me dio la sorpresa de que fue seleccionada para formar parte de la escolta en la escuela lo que me dio mucho gusto y orgullo.

¿Cómo piensa que podría manejar este evento, sin consumir?

Podría festejar en otro lugar que le guste a ella o que nos guste a todos para festejar.

Después se le sugirió un tratamiento al paciente, propuesto con base en la información que se había recabado y analizado. El tratamiento constaba de las siguientes destrezas: manejo del enojo, asertividad, solución de problemas y enfrentamiento de los deseos intensos. De la misma forma, se le comentó al paciente que había otras destrezas y se le mostró la lista de las mismas, una vez que se leyeron se le preguntó si había alguna otra que le interesara agregar. El paciente mencionó que sólo le gustaría agregar la destreza de escenas retrospectivas y traumas, debido a recurrentes recuerdos tristes sobre su padre y su niñez. Finalmente, se le explicó en que consistía el monitoreo diario y se realizaron ejercicios de cómo llenarlo.

El Plan de Tratamiento Individualizado que se elaboró conjuntamente con el paciente fue:

Plan de Tratamiento Individualizado
<u>Destrezas</u>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Manejo del enojo ❖ Enfrentamiento de los deseos intensos ❖ Asertividad

- ❖ Enfrentamiento de los sentimientos desagradables y traumas
- ❖ Incremento del apoyo social
- ❖ Solución de problemas

D) Sesión 1. Fase de Mantenimiento

Se inició directamente con la Fase de Mantenimiento debido a que el paciente no había consumido alcohol durante los últimos 60 días, lo que indicaba que se encontraba en una fase de mantenimiento del cambio (abstinencia).

Se le preguntó al paciente cómo se encontraba y cómo le había ido en la semana, a lo que el paciente respondió que bien. En seguida se le revisó el monitoreo diario (el cual consistió en que el paciente registrara los días en que había consumido o no, lo que había hecho, pensado y sentido con relación a las situaciones de consumo, con la finalidad de identificar disparadores actuales). Después se realizó el encuadre terapéutico que constó de los siguientes aspectos: el llenado del Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Alcohol (CCSA – A – 50), la revisión de la primera destreza que correspondió al Manejo del Enojo, la revisión del Análisis Funcional (que consiste en la identificación de los antecedentes y consecuencias que mantienen la conducta de consumo de alcohol) y el Plan Semanal.

Se comenzó con el llenado del Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Alcohol (CCSA – A – 50) y una vez concluida su aplicación se continuó con la explicación de la primera destreza que correspondió al Manejo del Enojo, el desarrollo de dicha destreza comprendió los siguientes aspectos; que es una emoción, discriminar lo que sentía emocional y fisiológicamente y el papel del pensamiento cuando se sentía enojado. Para ello se le brindó el formato "Manejo del Enojo" que se centra principalmente en discriminar cuando tal emoción era un problema y las sugerencias para afrontarlo tanto conductualmente como cognitivamente, una de ellas es la respiración profunda donde se le explicó y modeló al paciente dicha estrategia.

Posteriormente, se le proporcionó al paciente un ejercicio práctico con el propósito de practicar la destreza revisada. La información obtenida de dicho ejercicio fue:

MANEJO DEL ENOJO

Ejercicio

1. Describa una situación reciente dónde ha sentido enojo, la cual se encuentra asociada al consumo de alcohol.

Quando me enoje con mi cuñado porque le dije que el trabajo de albañilería que había hecho a un cliente no estaba bien y tenía que regresar a componerlo y se negó a hacerlo.

2. ¿Cuáles fueron las señales físicas del enojo? (por ejemplo, los músculos tensos).

Tensar músculos de la espalda y sentir que la temperatura de mi cuerpo se eleva.

3. ¿Cómo reaccionó en esta situación?

Reaccioné de una manera agresiva, lo busque y le reclame sobre lo que había hecho, pero el no hizo nada y me enoje más.

4. ¿Qué " estilo " de enojo expresó?

Fue un estilo de enojo agresivo, porque le grite y lo ofendí con lo que le dije.

5. ¿Cómo planea manejar situaciones similares en el futuro? (sea específico).

La próxima vez que ocurra algo parecido primero me tomaré un tiempo para pensar sobre la situación y tranquilizarme, me relajaría, saldría un rato a caminar luego regresaría y diría lo que siento de una forma asertiva para no herir a las demás personas y poder expresar lo que me molestó.

A continuación, se le dió énfasis a lo que el paciente pensaba cuando se encontraba enojado y llegaba a consumir con el propósito de que el paciente pudiera modificar sus pensamientos y no consumiera alcohol, para ello se introdujo el concepto de pensamiento positivo y pensamiento negativo y cómo se podía transformar un pensamiento negativo a un pensamiento positivo. Para ello se realizaron ejercicios verbales y escritos para que el paciente pudiera practicar.

Posteriormente, se le explicó en que consistía el Análisis Funcional. El paciente comentó que su consumo se debía a las consecuencias positivas que experimentaba por el consumo aún y cuando había también consecuencias negativas por ello. La información obtenida por el paciente fue:

Análisis Funcional		
A	B	C
ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
<p>Tuve una discusión con un cuñado.</p>	<p>Consumí unas cervezas.</p>	<p>Pude expresar lo que sentía y pensaba en ese momento sobre mi cuñado.</p> <p>No fui a trabajar en varios días.</p>

Finalmente, se le explicó y se llenó junto con el paciente la Forma del Plan Semanal y se concertó la cita para la próxima semana. El Plan Semanal elaborado junto con el paciente fue el siguiente y tuvo como objetivo anticipar, de manera eficaz, una situación de riesgo para el uso del alcohol, que el paciente identificó que podría ocurrir en la semana siguiente, a través de estrategias tanto cognitivas como conductuales:

Plan semanal fase de mantenimiento

Asignación de tarea para la casa

Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia

Describe la Situación Disparadora

Mi hija va a realizar un examen en la secundaria y si no lo pasa va tener que hacer examen extraordinario y es mas difícil esa situación, me haría sentir triste porque pienso que la he afectado por mi problema.

Experiencia Planeada

¿Cuándo?

El próximo miércoles

¿Dónde?

En mi casa

¿Quién estará presente?

Mis hijas, mi esposa y yo.

Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá, hará y pensará etc.)

Lo que le diría a mi hija sería que lo importante es que lo siga intentando y que la próxima vez le ira mejor en su examen, también le comentaría que podría ayudarle a estudiar.

En esta situación pensaría que estoy haciendo algo para manejar mi consumo de alcohol y será algo que ya no afectara más a mi hija, también pensaría que se puede hacer algo para ayudarle a mi hija.

Buscaría alguna manera de ayudarle a mi hija por ejemplo enseñándole algunas cosas que se sobre ese tema.

Una vez llenado el formato del Plan semanal se realizaron ensayos conductuales sobre como le diría a su hija lo que había planeado y como lo haría.

Sesión 2. Enfrentamiento de Deseos Intensos

La presente sesión comenzó haciendo el encuadre terapéutico al paciente, que comprendió: revisión del monitoreo diario, la estrategia del Enfrentamiento de los Deseos Intensos y el plan semanal, posteriormente se le preguntó al paciente cómo le estaba resultando el llenado del Monitoreo Diario, a lo que él respondió: "no anoté nada, todo está en orden".

Debido a que no se había presentado ninguna situación de riesgo para el consumo, se le preguntó acerca de lo que había hecho para mantenerse abstemio, el paciente respondió que en general había estado trabajando todo el día, que regresaba a su casa por otras rutas para no encontrarse a los amigos y estaba expresando lo que sentía, ante esto se le sugirió al paciente que lo registrara en el formato de Monitoreo Diario para que se diera cuenta de que era lo que estaba haciendo para mantenerse abstemio además de que pudiera identificar que estaba haciendo algo que propiciaba su estado de abstinencia y lo pudiera ocupar como estrategia en el futuro.

A continuación se le preguntó al paciente si había tenido la oportunidad de aplicar la estrategia del Manejo del Enojo, a lo cual respondió que sí, se le preguntó al paciente en que situaciones había podido aplicar la destreza revisada, la situación reportada por el paciente fue:

Aplicación de las Destrezas			
Fecha	Situación	Qué destreza o partes de la destreza se utilizaron	Resultados
30 de abril al 4 de mayo	Llegó al trabajo uno de mis vecinos, invitándome a tomar en un tono de broma, y me dijo "entonces qué K, L, nos vamos a echar una", lo cuál me hizo	Ante esto me acorde de la destreza del manejo del enojo y trate de ocuparla: Primero me di un tiempo para pensar sobre la que había	Mi vecino me explico que no era para molestarte o burlarse de mi, que lo hacia para que yo probara mi autocontrol, que lo hacia con el fin de ayudarme.

	<p>enojar, sentí un cosquilleo y tensión en mi cuerpo, además pensé "Solo me quiere molestar sabe lo de mi problema y me insiste, que le pasa, me quiere humillar"</p>	<p>pasado.</p> <p>Después decidí decirle a mi vecino que no me gustaba lo que me decía y que me parecía que él se estaba burlando del mí cada vez que el me hacia el mismo comentario.</p> <p>Cabe mencionar que ninguna de las anteriores conductas las había realizado anteriormente, aunque la situación mencionada pasaba con una alta frecuencia y casi siempre se enojaba.</p>	<p>Además me di cuenta de que no era lo que yo pensaba sobre por que mi vecino me hacia ese comentario, también mi enojo disminuyo, y ahora en ocasiones futuras cuando me vuelva ha decir mi vecino el mismo comentario no me enojare.</p> <p>Logre mantener mi meta.</p>
--	--	--	--

Posteriormente, se le preguntó si tenía alguna duda con el ejercicio del análisis funcional a lo que el paciente contestó que no. Paso seguido, se le explicó la destreza de Enfrentamiento de los Deseos Intensos de consumir, aclarándole principalmente que los deseos intensos son normales, son repentinos, que tienen cierta duración y que con el paso del tiempo disminuyen en número e intensidad.

Además se le brindaron sugerencias de enfrentamiento, las cuales consistían en conductas (auto monitoreo, búsqueda de apoyo, distracciones, sustituir con otra conducta, abandonar o cambiar de situación, respiración profunda y demorar la respuesta) y cogniciones (normalizar la necesidad, imaginación, auto-declaraciones positivas, detención del pensamiento).

Después, se le preguntó al paciente si había experimentado algún episodio de deseos intensos, y mencionó que sí. Dicha experiencia se utilizó para realizar un ejercicio práctico, en el cual sólo tuvo algunas dificultades para las auto-declaraciones positivas, por lo que se consideró trabajar este aspecto en la siguiente sesión, mencionándole al paciente que es natural que se le dificultara, ya que estaba cambiando a un pensamiento positivo y que lo conseguirá con la práctica. La información obtenida del ejercicio fue la siguiente:

Enfrentamiento de los Deseos Intensos

Ejercicio práctico:

Ahora nos gustaría que usted propusiera su propio plan para tratar con los impulsos y las tentaciones del uso. Sea específico.

1.- Describa una situación reciente de alto riesgo que experimentó y que le llevó a un deseo intenso.

Cuando pase por la calle y unos chicos estaban tomando y yo sentí la sensación de sed y ganas de tomar una, porque el olor me incito a pensar que estaba rica la cerveza.

2.- Usando su ejemplo anterior, planee formas para manejar los impulsos y tentaciones para consumir.

Cambiar de rumbo, no pasar por la misma calle, pensar cosas agradables, imaginarme un alto en mi camino o utilizar la respiración profunda hasta que pase el deseo.

3.- ¿En quién va a buscar apoyo?

Con lo que me han enseñado en las terapias o con alguien que supiera como enfrentar esta situación por ejemplo con mi vecino quien antes consumía alcohol y actualmente ya no lo hace o hablarle a mi terapeuta

4.- ¿Qué hará para distraerse?

Comprar un refresco o algo que consuma ya sea unas galletas, imaginar que estoy en el campo con un río y árboles frutales.

5.- ¿Qué mensajes (auto declaraciones positiva) se proporcionaría?

"Yo puedo lograrlo, ya he pasado por esto y es una sensación pasajera y es poco tiempo, yo puedo dominar mi sed, no quiero pasar por lo de siempre que son las crudas y todo tranquilo".

6.- ¿Qué más puede hacer en esta situación?

Caminar por otras calles y darles vueltas o esperar hasta que pase la

Paso seguido, se revisó que resultados obtuvo de la implementación del plan semanal desarrollado la sesión anterior. El paciente mencionó que la situación planeada aún no se presentaba. Esta consistía en que su hija presentaría un examen importante en la escuela y esto hacía que el paciente se sintiera triste por que pensaba, que por su forma de beber, su hija estaba siendo afectada, el paciente comentó que en ocasiones anteriores cuando consumía alcohol su esposa e hijas se salían de su casa, lo que impedía que en ocasiones sus hijas no realizaran sus tareas, lo cual interfería en su desempeño escolar, prueba de ello era el examen que iba a presentar, por eso es que dicha situación la percibía como peligrosa.

Acto seguido se repaso el plan realizado anteriormente y se le cuestionó al paciente si podría hacer algo más, si las cosas resultaran de otra forma a la planeada. El paciente contestó que aplicaría todo lo que había estado aprendiendo en la sesión y buscaría la forma de hacer menos intensa la situación, cualquiera que fuera el resultado que obtuviera su hija en el examen. Se le preguntó si se podría presentar alguna otra situación de riesgo y mencionó que no. Finalmente, se realizó un resumen de la sesión y se acordó la fecha de la próxima cita.

Sesión 3. Asertividad

La sesión comenzó haciendo el encuadre terapéutico al paciente que comprendió: la revisión de la aplicación de las destrezas antes proporcionadas: la destreza de asertividad y el plan semanal. Después se le preguntó al paciente si había mantenido su meta y si había ocupado alguna de las destrezas revisadas anteriormente, a lo que el paciente respondió que mantuvo su meta y que había utilizado algunas de las destrezas revisadas anteriormente. Las situaciones donde el paciente instrumentó alguna de las destrezas fueron;

Aplicación de las Destrezas

Fecha	Situación	Qué destreza o partes de la destreza se utilizaron	Resultados
<p>Del 4 de mayo al 14 de mayo de 2010</p>	<p>En este periodo de tiempo ocurrieron tres situaciones de riesgo:</p> <p>La primera ocurrió el 9 de mayo y consistió en lo siguiente:</p> <p>a) Había quedado con mi familia en festejar el día de las madres con mi mamá, pero ese día en la mañana mi esposa no podía ir porque tenía migraña y mis hijas no querían ir, entonces me enoje y empecé a pensar: "seguramente lo hacen para desquitarse con migo por lo que les he hecho", "Que estoy haciendo mal?"</p> <p>b) La siguiente situación tuvo lugar el 10 de mayo del 2010 en esta ocasión lleve un pastel a mi esposa y cuando llegué a la casa ya era noche, deje el pastel sobre la mesa y me bañe al salir me dí cuenta de que mis hijas no le ayudaron a mi esposa a poner la mesa lo cual me hizo enojar y pensar "me esforcé en traer el pastel y no colaboran, que les pasa".</p> <p>c) Otra situación tuvo lugar el 11 de mayo y se relaciona con la anterior en esta mi esposa me reclamó porque me había enojado el día anterior y me dijo "si te enojas, porque trajiste el pastel mejor no lo hubieras traído", ante este reclamo pensé; "lo traje de buena forma, no sirvo mejor me traigo una cerveza y me relajo", me sentía triste, por lo que me dijo mi esposa.</p>	<p>Ante estas situaciones decidí utilizar parte de la destreza sobre el manejo del enojo y cambio de pensamiento:</p> <p>Situación "a".</p> <p>Me dí un tiempo para pensar sobre la situación, salí a caminar un rato y luego regrese.</p> <p>Pensé de otra manera y me dije "si no se puede, no los voy a llevar a la fuerza, yo voy solo y luego regreso".</p> <p>Finalmente, les dije a mi esposa e hijas lo que había pensado.</p> <p>Situación "b"</p> <p>En esta situación me enoje con mis hijas y trate de utilizar la estrategia de manejo del enojo pero sólo pude decirles que me molestaba su actitud.</p> <p>Situación "c"</p> <p>En esta situación utilice el cambio de pensamiento y parte de la destreza del ,manejo del enojo:</p> <p>Me dí un tiempo para pensar sobre lo ocurrido, me fui a la cocina.</p> <p>Pensé de otra forma y me dije: "ya he pasado por esto, tal vez sea una prueba y tal vez debo de pasarla, yo puedo con esto"</p> <p>Cabe mencionar que implementaba sólo el</p>	<p>Situación "a"</p> <p>Al final de esta situación no me seguí enojando y mi familia decidió ir conmigo y al final de la fiesta le pregunte a mi hija porque no quería ir con migo, a lo que contesto "que no quería venir porque mis primos pequeños me molestan siempre" ante esto pensé: "no era por lo que yo creía y me senti mucho mejor".</p> <p>Situación "b"</p> <p>Me sentí un poco menos enojado pero siento que no pude aplicar del todo bien la estrategia.</p> <p>Situación "c"</p> <p>En esta situación no consumí aunque lo pensé y eso me hizo sentir bien porque me dió resultado cambiar mi pensamiento y no haber consumido.</p> <p>Observaciones: el, paciente comentó que le costaba expresar lo que sentía a las demás personas porque creía que pensaban; "te crees mucho" "eres un simple borracho" además comentó: "se me atoran las palabras al querer decir lo que pienso, cuando andaba con cerveza las podía decir fácilmente"</p>

		componente de manejo del enojo que incluían estrategias como tomarse un tiempo para pensar, expresar lo que siente de forma asertiva, aunque no se había revisado dicha destreza, y parte del ejercicio de cambio de pensamiento.	
--	--	---	--

Posteriormente, se continuó con la explicación de la destreza de asertividad, se explicó al paciente que esta destreza consiste en expresar lo que siente, de tal forma que no haga sentir mal a las otras personas. Una vez explicada la destreza se practicó con el paciente la forma en que sería asertivo con su esposa, sus hijas y sus hermanos. Acto seguido se le proporcionó al paciente un ejercicio escrito para practicar la destreza revisada, la información reportada por el paciente fue:

Asertividad
<p>1. Piense en las situaciones que ocurrieron en el último año en donde hubiera deseado haberse comportado de mejor manera, o en donde perdió el control y después se lamentó.</p> <p>Describa una de esas situaciones:</p> <p>¿Dónde estaba? <u>En mi trabajo</u></p> <p>¿Quién estaba presente? <u>Un compañero</u></p> <p>¿Qué estaba pensando? <u>¿Por qué se han tardado en atenderme, qué piensan que soy de madera o no siento nada?</u></p> <p>¿Qué estaba sintiendo? <u>Enojo, coraje, ganas de tirar algo</u></p> <p>¿Cuál fue el resultado?</p>

Consumí alcohol

2. Enliste tres cosas que podría hacer en una situación similar en el futuro que lo llevaría a un resultado positivo (asertivo):

(1) Me relajaría, respiraría lentamente y de manera tranquila

(2) Pensaría Diferente, "que tal vez tiene otras cosas que hacer" o "que hay muchas personas mas que necesitan la atención".

(3) Les diría "que tal vez me dieran la fecha de una cita".

Paso seguido, se revisó como le fue con el plan semanal, a lo que el paciente respondió que le fue bien; que había hecho lo que se planeó en la sesión anterior. Se le preguntó al paciente si en la semana habría otra situación de riesgo, con el objetivo de desarrollar el plan semanal, a lo que el paciente respondió que en la semana no tendría otra situación de riesgo. Finalmente, se acordó con el paciente la cita de la siguiente sesión.

Sesión 4. Enfrentar Sentimientos Desagradables y Traumas

La sesión comenzó haciendo el encuadre terapéutico al paciente que comprendió: la revisión de la aplicación de las destrezas revisadas anteriormente y la revisión de la destreza de Enfrentamiento de Sentimientos Desagradables y Traumas. Se le preguntó al paciente si había mantenido su meta, si había ocupado alguna de las destrezas revisadas anteriormente y qué tan seguro se sentía, a lo que el paciente respondió que mantuvo su meta, que había utilizado algunas de las destrezas revisadas anteriormente y que se sentía seguro. Las situaciones en donde el paciente instrumentó alguna de las destrezas fueron;

Aplicación de las Destrezas			
Fecha	Situación	Qué destreza o partes de la destreza se utilizaron	Resultados
Del 14 de mayo al 21 de mayo de 2010	"La situación fue el 15 de mayo consistió en que mi cuñado quedo anteriormente en venderme un terreno y le comenté a mi esposa que lo iba a vender a otra persona, no tomando en cuenta el acuerdo echo entre el y yo anteriormente y ante esto me enoje bastante".	<p>En esta situación me acorde de las destrezas sobre el manejo enojo y asertividad:</p> <p>Entonces decidí salir de mi casa y me relaje por medio de las técnicas de respiración.</p> <p>Pensé que podía decirle a mi cuñado y llegue a las siguientes opciones; podía pedirle que me regresara el dinero que le había ya pagado, conseguir dinero para liquidar el total y consultar con alguien más.</p> <p>Posteriormente, decidí preguntarles a mi mamá y a mi hermano sobre lo que había pensado y lo hice.</p> <p>Finalmente, le dije a mi esposa de forma asertiva lo que había pensado y lo que me molestaba sobre la situación así como lo que proponía hacer para resolver la situación.</p> <p>El paciente comentó que había estado aplicando la destreza de asertividad en su trabajo, con su esposa y sus hermanos también.</p>	<p>En esta situación logre no incrementar más mi coraje y encontrar una solución al problema que había ocurrido, además de mantener mi meta de abstinencia.</p> <p>Además me he dado cuenta que al practicar la destreza de asertividad me he dado cuenta de algunos aspectos de las demás personas que desconocía y que no correspondían con lo que yo había pensado, también me siento bien por expresar lo que siento sin hacer sentir mal a las otras personas, finalmente me siento más confiado y con más seguridad.</p>

Posteriormente, se comenzó con la revisión de la destreza programada para la sesión: "Enfrentar Sentimientos Desagradables y Traumas". Se le preguntó al paciente si la destreza que había escogido se relacionaba con los recuerdos que recurrentemente tenía y que anteriormente había comentado, cuyo contenido versa sobre imágenes del velorio de su padre e imágenes de maltrato en su infancia por parte de su padre. El paciente refirió que si, esa fue la razón por la que el decidió seleccionar esa destreza.

Acto seguido, se le pidió al paciente que categorizara cuales eran las imágenes que tenía con mayor recurrencia y pudo identificar que la imagen que siempre viene es la del velorio de su padre y en segundo lugar las imágenes y

sensaciones de cuando era golpeado por su padre, una vez realizado esto, se le pidió al paciente que imaginara la primera escena y la describiera incluyéndose en ella. El paciente refirió que en ese momento se sentía como ausente, como si no estuviera allí y como entumecido y sin saber que hacer exactamente.

Se le pidió al paciente que describiera qué emoción era la que en ese momento sentía y pudo identificar dos tipos de emociones: una de tristeza y otra de enojo. Una vez hecho esto se le pidió al paciente que verbalizara cuales eran los pensamientos que tenía, el paciente refirió que en ese momento no los tenía muy claros y eran confusos, entonces se le pidió que se imaginara esa situación y dijera lo que le hubiera gustado decir en ese momento, en especial a su padre, el paciente en ese momento lloro, y mencionó que le hubiera gustado decirle ¿por qué te moriste?, ¿por que nos dejaste?, "yo quiero ir contigo". Posteriormente, le diría que no le había parecido justo como lo trataba, en especial porque lo golpeaba a veces sin razón, eso sería lo que al paciente le hubiera gustado decirle a su padre en ese momento. Después, se le preguntó al paciente como se sentía en ese momento y menciono que el ejercicio le había servido para decirle a su padre lo que no le gustaba y se sentía mejor.

Una vez realizado el ejercicio se le preguntó al paciente qué era aquello que recordaba como grato de su padre y el menciona que le gustaba como pensaba y que le gustaba como le explicaba usar utensilios del campo. Una vez mencionado esto, se le preguntó al paciente si el hecho de que su padre no estuviera hubiera hecho diferente su vida ha como es ahora, a lo que el paciente respondió que probablemente si, pues cuando su padre murió, el tuvo que hacer su trabajo y le impidió seguir asistiendo a la escuela, lo cual interrumpió, en parte, su vida.

El paciente refirió, que en el fondo, tal vez no hubiera afectado tanto su vida, pues finalmente sería como con su mamá. El paciente refiere que él se había negado a aceptar durante todo este tiempo que su papá había muerto pero que lo acepta ahora. Se le pidió al paciente que realizará un ejercicio que

constó de escribir una carta a su padre donde le dijera todo aquello que el quisiera y que no pudo hacer anteriormente.

Después, se contestó el ejercicio correspondiente a la destreza que se revisó. Una vez completado, se le preguntó al paciente cómo se encontraba en ese momento, debido a lo emotivo de la sesión, a lo que el paciente respondió que se encontraba bien. A continuación se muestra la información recabada del ejercicio contestado por el paciente en la sesión:

ENFRENTAMIENTO DE LOS SENTIMIENTOS DESAGRADABLES Y TRAUMAS

Identificar los síntomas disparadores de una recaída de los sentimientos desagradables y traumas:
--

<p>Tome pocos momentos y apunte algunos signos que ha experimentado cuando se siente abrumado. Es importante que conozca sus signos de alerta como un primer paso para manejar esto síntomas y sentimientos. Dése cuenta de los signos físicos (por ejemplo, corazón acelerado, confusión) o las señales emocionales (por ejemplo, siento que me voy a volver loco o sentimientos de enojo intenso).</p>
--

<p><u>Me sentía confundido y entumecido, triste con dolor por dentro del pecho y con presión en el pecho.</u></p>

<p>Todos los síntomas anteriores son comunes y normales si ha experimentado un trauma. Las personas hablan a menudo de los sentimientos abrumadores, sentimientos de falta de control, sentir la posibilidad de volverse locos o sentimientos como la idea de "yo no sé quien soy".</p>

Por ultimo, se le pidió al paciente que para la próxima sesión trajera una tarjeta telefónica, la cual sería su tarjeta de alerta y se acordó la cita para la próxima semana.

Sesión 5. Incremento del Apoyo Social

La sesión comenzó haciendo el encuadre terapéutico al paciente que comprendió: la revisión de la aplicación de las destrezas revisadas anteriormente y la revisión de la destreza del Incremento del Apoyo Social. Después se le preguntó al paciente si había mantenido su meta, si había ocupado alguna de las destrezas revisadas anteriormente y que tan seguro se sentía, a lo que el paciente respondió que mantuvo su meta, que había utilizado algunas de las destrezas revisadas anteriormente y que se sentía seguro y confiado. Las situaciones en donde el paciente instrumentó alguna de las destrezas fueron;

Aplicación de las Destrezas			
Fecha	Situación	Qué destreza o partes de la destreza se utilizaron	Resultados
Del 21 de mayo al 28 de mayo de 2010	<p>a) La primera situación fue la siguiente: "le pedí" a una de mis hijas que realizara unas compras en la tienda y le dije como debería de hacerlo, pero cuando llegue del trabajo me di cuenta de que no lo había hecho como se lo pedí, lo que me hizo enojar con ella y pensé "no me hace caso o no me explique"</p> <p>b) En otra ocasión llegue a mi casa donde estaba trabajando un albañil y me invitó una cerveza y en ese momento no sentí nada con referencia a la sensación de deseo intenso o sed como en otras ocasiones.</p> <p>c) La última ocasión que ocurrió otra situación, fue cuando uno de mis cuñados dejó sus cosas encargadas en mi trabajo y ese día llegué con el carro del trabajo y necesitaba descargar unas cosas y el tenía sus cosas en la entrada lo que me molestó bastante y me enoje, además de que hacía mucho calor y había tráfico lo que incremento mi enojo.</p>	<p>a) En esta situación decidí implementar la destreza de manejo del enojo y la de asertividad</p> <p>Primero me di un tiempo para pensar en las cosas luego pensé que tal vez no me había entendido bien mi hija y luego, finalmente, le pregunte a mi hija que había pasado y me respondió que le había dicho muchas cosas que no entendió bien, luego fui a arreglar las cuentas con el encargado de la tienda.</p> <p>b) En esta situación me acorde de la destreza que revise en la sesión sobre los deseos intensos y sobre que son repentinos y que tienen cierta duración y pensé "no es para mí", "no puedo ahorita".</p> <p>c) En esta situación trate de implementar la asertividad y el manejo del enojo, me tomé un tiempo y pensé en lo que le podría decir a mi cuñado y finalmente fui y le dije "ve a traer tus cosas porque ya me están estorbando" y regrese al trabajo descargando la mercancía.</p>	<p>a) Como resultado de esta situación mi enojo se redujo y pude encontrar una solución más rápida al problema y logre conservar mi meta además de que pensé en como debería de decirle a mi hija hacer las cosas para que me entendiera</p> <p>b) En esta situación logre mantener mi meta de abstinencia y me sentí mejor porque no consumí además de sentirme con mayor confianza</p> <p>c) En esta situación no sentí que haya implementado adecuadamente la destreza de asertividad pues note que mi cuñado se molesto pero fue por lo estresado del camino que no podía concentrarme muy bien al final logre mantener mi meta.</p>



Posteriormente, se continuó con la explicación de la destreza de Incremento del Apoyo Social, le dije al paciente que esta destreza es caracterizada por solicitar ayuda a los demás en momentos de necesidad y que además era importante tener una red de apoyo social con el fin de que le pudiera proporcionar ayuda en momentos difíciles.

Una vez explicada la destreza se realizó un ejercicio escrito para practicar dicha destreza, el paciente expresó que anteriormente él percibía que sólo tenía reclamos y reproches de su familia, pero que ahora siente su apoyo. Entre las personas con las que cuenta como apoyo social se encuentran: su mamá, su hermana, un tío y un vecino.

La información que se obtuvo a través del ejercicio destinado para practicar la destreza del Incremento del Apoyo Social fue:

Incremento del Apoyo Social

Tomemos unos minutos para observar su sistema de apoyo.
Pregúntese las siguientes cuestiones:

1. ¿Quién es mi apoyo social?

"Mi apoyo actualmente es mi mamá, mi hermana, mi esposa, un tío y mi vecino".

2. ¿Qué necesidades son satisfechas con estos individuos?

Apoyo moral: mi esposa y mi mamá

Apoyo emocional: esposa, vecino y tío

Un mentor: mi tío y mi vecino

Recreacional: vecino, esposa y mama.

3. ¿Qué necesidades no son satisfechas?

Todas mis necesidades han sido satisfechas por estas personas.

4. Cómo puedo incrementar mi red de apoyo

¿Qué problemas tengo que necesitan apoyo?	¿A quién me le puedo acercar para pedir ayuda?	¿Cómo haría o llevaría a cabo el plan?
Manejar mi consumo de alcohol	A la facultad de psicología	Preguntarle a uno de mis hermanos que toma tratamiento allí, una vez hecho esto acudir a terapia, para recibir apoyo

Por último, se realizó el cierre de la sesión y se concertó con el paciente la fecha y hora de la siguiente sesión, al final de la sesión, el paciente mencionó que con el apoyo de esas personas se sentiría mejor y más capaz.

Sesión 6. Solución de Problemas

La sesión comenzó haciendo el encuadre terapéutico al paciente que comprendió: la revisión de la aplicación de las destrezas revisadas anteriormente y la revisión de la última destreza "Solución de Problemas". Se inicio la sesión preguntando al paciente si había mantenido su meta, si había ocupado alguna de las destrezas revisadas anteriormente y que tan seguro se sentía, a lo que el paciente respondió que mantuvo su meta, que había utilizado algunas de las destrezas revisadas anteriormente y que se sentía seguro y confiado, además de que le gustaban los cambios que veía en si

mismo, las situaciones donde el paciente instrumentó alguna de las destrezas fueron;

Aplicación de las Destrezas			
Fecha	Situación	Qué destreza o partes de la destreza se utilizaron	Resultados
Del 28 de mayo al 4de junio de 2010	<p>a) En esta situación le encargue nuevamente a mi hija un mandado que consistió en vigilar al albañil que hiciera lo que se le encargó, pero cuando llegue del trabajo me di cuenta de que no lo había hecho.</p> <p>b) En otra ocasión uno de mis primos me llamo cuate lo que me molesta y el sabe que si me dicen esa palabra me molesta mucho y me enoja y entonces sentí como mi cuerpo se tensaba y me enoje por ese comentario que hizo a propósito.</p> <p>c) En otra ocasión platicando con mi mamá sobre que en este mes falleció mi papá y que por ello le iba hacer una misa me recordó las situaciones que viví con mi padre y me sentí triste.</p>	<p>a) En esta situación decidí tratar con la destreza de manejo del enojo y lo de la asertividad, primero me di un tiempo para pensar en lo ocurrido, luego pensé en que podría decirle a mi hija y finalmente, lo hice, le comente a mi hija " me molesta que no me pongas atención en lo que te encargo", y ella me contesto "me enredas, me dices muchas cosas que se me olvidan" y yo le dije la próxima vez que no le quede claro algo me lo pregunte para que no haya malos entendidos.</p> <p>b) En esta situación con mi primo trate de implementar la destreza de manejo del enojo pero no pude hacerlo de manera óptima, primero me di un tiempo para pensar sobre lo ocurrido y después pensé en decirle lo que me molesto, pero fue muy rápido y no tuve la oportunidad de hacerlo.</p> <p>c) En esta situación implementé la destreza sobre el manejo enfrentamiento de los sentimientos desagradables y traumas y recordé que eso ya había ocurrido y que había algunas cosas buenas y no sólo desagradables con respecto a mi padre y que la misa sería una oportunidad para despedirme de él, y pensé "lo tengo que enterrar, no puedo vivir así"</p>	<p>a) Mi enojo se redujo y no pude encontrar una solución para que no ocurriera en una situación futura.</p> <p>b) En esta situación no pude decirle a mi primo lo que molestaba y me sentí con un poco de coraje por no poder decirselo, lo que me dejo mi coraje un rato pero después pensé a de tener coraje porque no nació junto a mí y después mi coraje fue desapareciendo aunque pensé que en la próxima vez podría decirselo.</p> <p>c) En esta situación me sentí menos triste y descansado por dentro.</p> <p>Cabe señalar que ninguna de las conductas antes mencionadas el paciente las había realizado anteriormente.</p>

Posteriormente, se inició con la revisión de la destreza de "Solución de Problemas", se le explicó al paciente en que consistía y su utilidad para lograr

su meta. Una vez explicada la destreza, se realizó un ejercicio escrito para practicar dicha destreza. La información reportada por el paciente fue:

Solución de Problemas

El aprender a resolver los problemas de una manera efectiva es una destreza. Usted puede usar las habilidades de solución de problemas para tratar con el uso de la sustancia, así como con otros problemas de la vida. Hay tres pasos generales que son las claves para resolver los problemas.

1. Reconozca que hay un problema – ese es el primer paso para tratar con el.
2. Decida que va hacer con respecto al problema.
3. Hágalo.

Usando un ejemplo que usted quiera tratar, en el siguiente ejercicio retomamos los tres pasos.

1. Identifique el problema. Exponga el problema usando el yo en las declaraciones por ejemplo “yo no puedo encontrar un trabajo”. Si el problema es muy grande divídalo en pequeñas partes.
2. Enliste y evalúe las soluciones (piense en tantas soluciones como sea posible, incluya una que sea poco viable, solo para divertirse). Haga una lluvia de ideas. A continuación analice los pros y contras de cada situación.

A. Arreglar la documentación del terreno que acabo de adquirir.

Pros: tendría todo en regla, me sentiría más seguro, no tendría en el futuro problemas

Contras: tener que perder tiempo con las autoridades, tendría que hacer mucho papeleo

B. Pagar el dinero que debo.

Pros: tendría más estabilidad económica, me sentiría más feliz por no tener adeudos, estaría más seguro pagando el dinero que debo.

Contras: trabajar dos turnos, cansarme.

C. Conseguir trabajo

Pros: tener dinero para vivir sin tantas preocupaciones, sentirme mejor, pagar mis deudas.

Contras: no tener dinero, no poder comprar cosas necesarias y sentirme mal.

D. Aprender a manejar.

Pros: poder cumplir con un requisito para mi trabajo, conseguir un mejor trabajo.

Contras: no conseguir trabajo, no poder desplazarme de un lugar a otro.

3. Elija una solución y trabaje con esta.
 - jerarquice cada solución a lo más positivo y menos negativo para usted.
 - Deseche cualquier decisión que usted sabe que nunca usará.
 - Decida como actuará en su primer solución (dónde, con quién, con qué y cómo)
 - ¿Existen otras destrezas o practicas requeridas?
 - ¡Hágalo!
 - Después de que ha hecho lo suficiente ¿han funcionado?
 - Si no, pruebe uno de los otros enfoques.

Pasó seguido, se prosiguió con la revisión de la "tarjeta de alerta", se le explicó al paciente la función de dicha tarjeta, así como lo que debía de llevar escrito, la información que el paciente redactó fue:

Tarjeta de Alerta

Darme un tiempo para pensar en lo ocurrido.

Salir a dar una vuelta.

Decirme cosas positivas como; "yo puedo con esto ya me ha pasado anteriormente".

Comprarme un refresco o algo que me guste.
 Decirles a las personas que es lo que me molesta sobre la situación.
 Pedir consejo a alguien que me pueda apoyar.
 Llamar por teléfono a alguien.

Por ultimo, se preguntó al paciente si tenía alguna duda sobre los puntos revisados en la sesión. El paciente refirió que su papá siempre le había dicho que viera siempre los pros y contras de las cosas que hiciera y que la revisión de la destreza se lo recordó, finalmente se acordó la cita para la siguiente semana.

Sesión 7. Cierre del Tratamiento

La sesión comenzó haciendo el encuadre terapéutico al paciente que comprendió: la revisión de la aplicación de las destrezas revisadas anteriormente y la aplicación del ejercicio “si yo fuera a recaer”, la aplicación del Cuestionario de Confianza para el Consumo de Alcohol (CCCD – A – 50) y la aplicación del Cuestionario de Satisfacción del Cliente. Paso seguido se preguntó al paciente si había mantenido su meta, si había ocupado alguna de las destrezas revisadas anteriormente y qué tan seguro se sentía, a lo que el paciente respondió que mantuvo su meta, que había utilizado algunas de las destrezas revisadas anteriormente y que si se sentía seguro, confiado y con herramientas útiles para enfrentar los problemas, las situaciones donde el paciente instrumentó alguna de las destrezas fueron;

Aplicación de las Destrezas			
Fecha	Situación	Qué destreza o partes de la destreza se utilizaron	Resultados
Del 4 de junio al 11 de junio de 2010	a) En esta situación tuve un problema con un compañero de trabajo. Los patronos lo dejaron encargado del negocio y tenía que hacer unas compras, yo le sugerí donde comprar los productos pero él dijo que los iba a comprar donde le dijeron y que además el era el encargado de las compras, ante esto me sentí enojado y molesto por sus actitud ante mis sugerencias y pensé “yo se más que él	a) Ante esta situación ocupe parte de lo del manejo del enojo, me dí un tiempo para pensar en lo ocurrido, decidí decirle mis razones para que comprara los productos en el sitio que le recomendaban finalmente. Utilicé la destreza de solución de problemas. La solución que encontré fue decirle al dueño que yo le había recomendado comprar las cosas a esta	a) En el momento en que sucedió no me seguí enojando y cuando llego el patrón le comente lo sucedido como consecuencia le dijo a este muchacho que la próxima vez me hiciera caso y lo regaño por las cosas que había comprado más caras en ocasiones anteriores no lo hubiera hecho de esta forma.

	<p>además de este lado es mas barato que donde quiere comprar"</p> <p>b) La otras situación fue con mi esposa, se enojo conmigo porque me pidió dinero para ir a ver a su mamá a Puebla, porque estaba enferma y yo le conteste "si, cuanto necesitas, no hay problema lo consigo", esto sucede seguido.</p>	<p>persona en este lugar porqué eran mejores y más baratas pero él me ignora que no era mi culpa si los productos eran de mala calidad y se gastó más dinero, en ocasiones anteriores a mi me hubieran culpado por esos aspectos.</p> <p>b) Ante esta situación ocupe el manejo del enojo y la asertividad, salí a hacer unas compras, pensé en lo que le dije a mi esposa y porqué se habría molestado si se lo dije de buena forma, luego pensé en preguntarle y finalmente, lo hice. Cuando regrese le pregunte a mi esposa porqué se había enojado si yo le iba a dar el dinero y ella me contesto "es que cuando te pido algo siempre parece que me lo dices como si te burlaras de mi, y eso me hace enojar porque pienso que te burlas de mi" ante esto yo le conteste que no me burlaba de ella ni en esa ocasión ni en anteriores, finalmente, se calmo mi esposa.</p>	<p>b) En esta situación no me seguí enojando y me dí cuenta de que pensaba mi esposa y porqué se enojaba y en ocasiones futuras ya no se lo diría de la misma forma, además pudimos seguir la tarde sin peleas cosa que en otras circunstancias sería diferente.</p>
--	--	---	--

Posteriormente, se llevo a cabo la aplicación del ejerció "Si yo Fuera a recaer", se explico al paciente la importancia del ejercicio y el porque era necesario su realización. La información obtenida de dicho ejercicio fue:

"Si yo fuera a recaer..."

Si yo fuera a recaer, lo más probable es que fuera en la siguiente situación:

Al pasar por la tienda o la calle y observara a alguien que estuviera tomando, sentiría ansiedad y sed y creo que tomaría para satisfacer la sed o mitigar el cansancio.

Las estrategias de enfrentamiento para evitar esta recaída serían:

1. Compraría un refresco
2. Decirme cosas positivas como: "Yo puedo con esto".
3. Alejarme del lugar.
4. Pensar positivamente sobre mí.
5. Cambiar de ruta.
6. Pensar que el antojo solo tarda unos pocos minutos.
7. Comprar un sustituto de mi agrado.
8. Relajarme respirando
9. Pensaría en las consecuencias negativas del consumo

¿Qué tan confiado estaría usted de emplear una o más de estas estrategias de enfrentamiento?

Me sentiría un 80% de confiado

Una vez contestado el ejercicio, se continuó con la aplicación del Cuestionario de Confianza para el Consumo de Alcohol (CCCD – A – 50). Se le comentó al paciente el porque de su aplicación y su importancia. En este punto el paciente comento que se sentía con mayor seguridad en comparación con el inicio del tratamiento, el paciente refirió, además, que se sentía con las herramientas necesarias para enfrentar los problemas que antes veía como insuperables.

Por último, se le informó al paciente que se le daba de alta y las razones de ello, además se preguntó al paciente como se sentía en ese momento, a lo que contestó que se sentía mejor y confiado. Finalmente, el paciente expresó sus agradecimientos por la atención prestada, a lo cual se correspondió y reforzó el gran esfuerzo hecho a lo largo del tratamiento. Se acordó la fecha para el primer seguimiento y se le aplicó el "Cuestionario de Satisfacción del Cliente".

Cuestionario de Satisfacción del Cliente (parte 1)

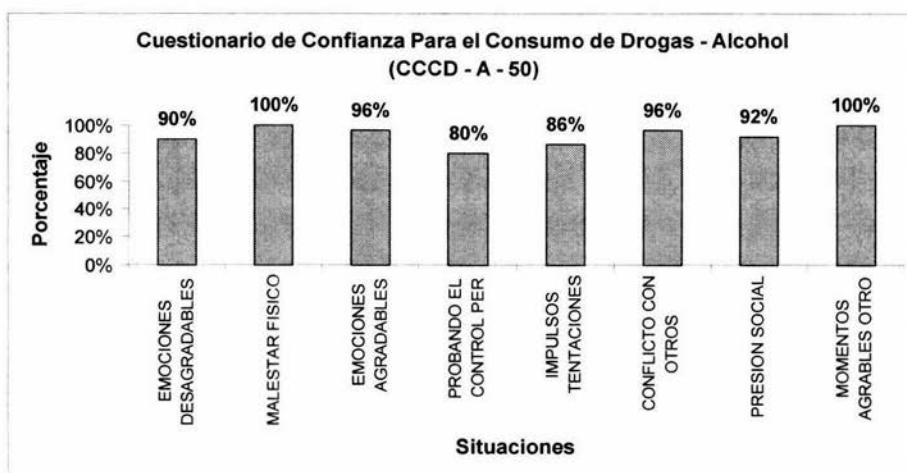
- ❖ El servicio que recibió fue excelente
- ❖ Definitivamente obtuvo el servicio que quería
- ❖ La mayoría de sus necesidades fueron cubiertas por el programa
- ❖ Si un amigo tuviera la necesidad de ayuda similar definitivamente lo recomendaría
- ❖ Los servicios que recibió lo ayudaron mucho a manejar eficazmente sus problemas
- ❖ De manera general se encontró bastante satisfecho con el servicio requerido
- ❖ Si buscara nuevamente ayuda regresaría al programa definitivamente
- ❖ La parte más útil del programa que considera el paciente fueron todas las partes del programa
- ❖ El paciente refiere que no existe alguna parte menos útil en el programa
- ❖ Las mejoras que le gustaría ver en el programa es que la atención fuera más rápida y que hubiera más horarios de atención, incluso en la noche.

Cuestionario de Satisfacción del Cliente (parte 2)

- ❖ El paciente consideró que la asignación de tareas de situaciones pasadas de uso de drogas fue muy útil
- ❖ Consideró que el establecimiento de metas y el plan semanal fueron muy útiles
- ❖ El monitoreo diario del uso de alcohol fue muy útil
- ❖ El monitoreo diario de los disparadores fue muy útil
- ❖ El ejercicio "si yo fuera a recaer" fue útil

- ❖ la asignación de habilidades de enfrentamiento fue muy útil
- ❖ La retroalimentación computarizada de los disparadores de droga fue muy útil
- ❖ El tratamiento que recibió fue individualizado encontrando útil que la terapia fuera en partes
- ❖ El paciente no mencionó alguna parte del consejo individual que no le gustara.
- ❖ No tuvo alguna opinión negativa del consejo individual y no hubiera preferido recibir consejo grupal
- ❖ Se encontró contento y satisfecho con los resultados del tratamiento.

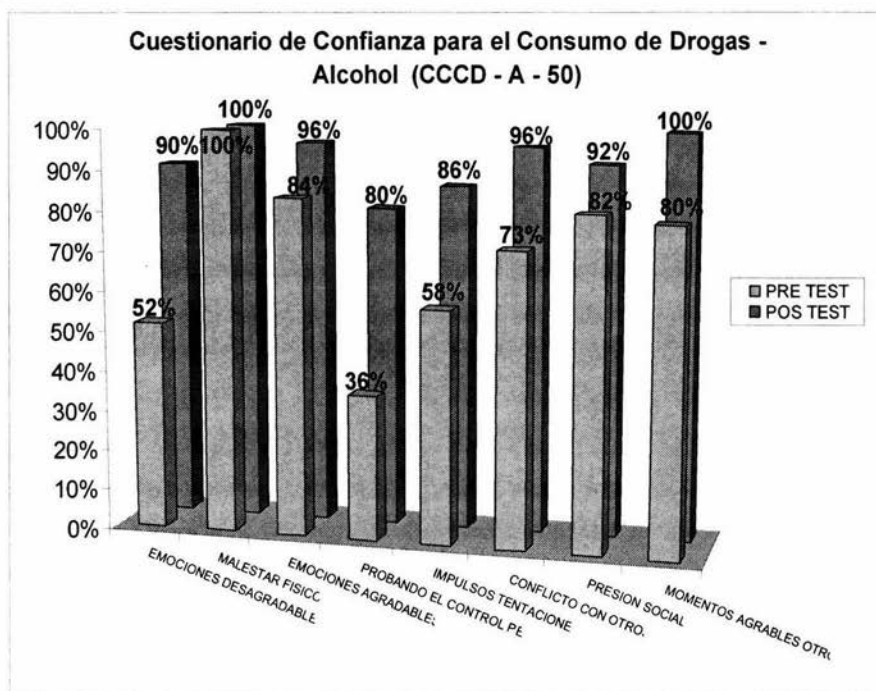
Los resultados obtenidos del cuestionario de Confianza Para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD – A – 50) del paciente fueron los siguientes:



Grafica 4. Porcentaje de confianza de resistirse al consumo de alcohol después del tratamiento

7.- RESULTADOS DURANTE EL TRATAMIENTO

En la gráfica 5 se presentan los resultados obtenidos del Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD – A – 50) antes y después de la aplicación de las destrezas de enfrentamiento. Como se puede apreciar, el paciente reportó un aumento significativo en la percepción de su confianza para resistir situaciones de riesgo para el consumo de alcohol, en especial, en aquellas situaciones en las que el paciente reportó mayor probabilidad de consumo, tanto en las situaciones pasadas como en las presentes.



Grafica 5. Porcentaje de confianza de resistirse al consumo de alcohol antes y después del tratamiento

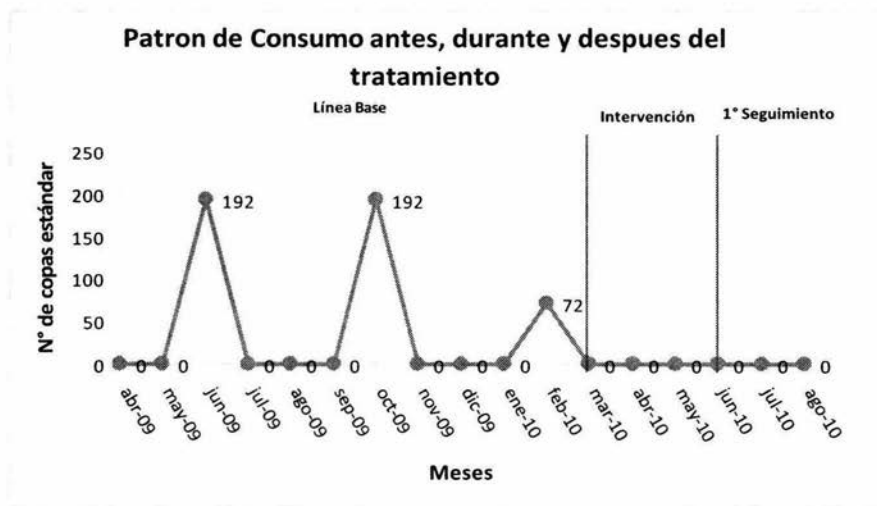
Los resultados obtenidos en cada una de las situaciones fueron: en Emociones Desagradables hubo un aumento de 38%, en el Malestar físico no hubo ningún cambio, las Emociones Agradables aumentaron un 12%, Probando el control personal aumentó 44%, Impulsos y Tentaciones aumentaron un 28%, Conflicto con otros aumentó un 23%, Presión Social aumentó un 10% y en Momentos Agradables con otros hubo un aumento del 20%.

Resultados después del tratamiento (primer seguimiento a dos meses).

Se llevo a cabo un seguimiento después de dos meses por medio de una entrevista con el paciente, la entrevista se llevo a cabo en el centro de servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila. Se inició la entrevista dando la bienvenida al paciente y preguntándole como le había ido, a lo que el paciente respondió que había estado muy bien. Posteriormente, se realizó el encuadre terapéutico que constó de los siguientes aspectos; exploración del mantenimiento de la meta del paciente, aplicación del formato de la entrevista de seguimiento del usuario, aplicación del cuestionario de confianza y planeación de la fecha de la siguiente sesión de seguimiento.

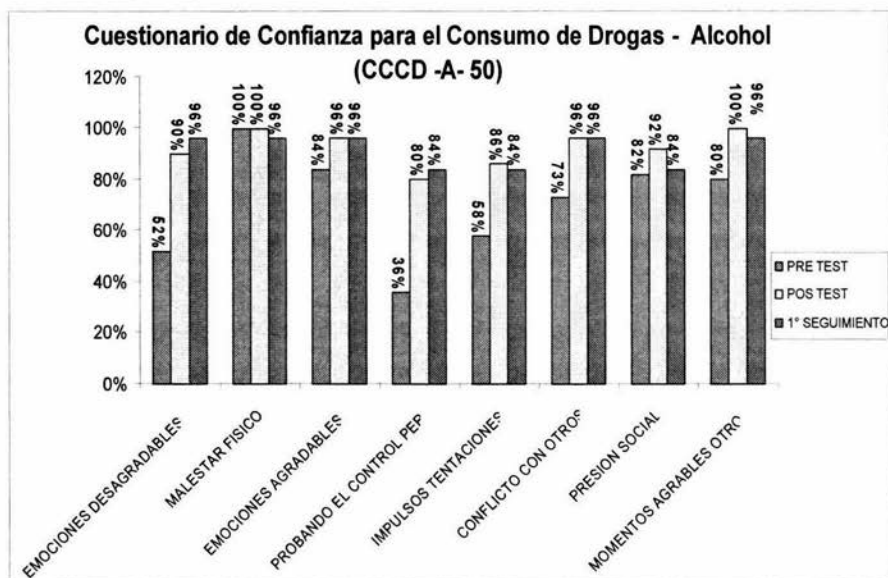
Paso seguido se le preguntó al paciente si había logrado mantener su meta desde el 11 de junio hasta el 6 de agosto de 2010, a lo que el paciente respondió que si, después se le preguntó que había hecho para mantenerla, a lo que el paciente respondió que había utilizado las estrategias proporcionadas en el tratamiento, entre las estrategias que implementó se encuentran: Solución de Problemas, Detenerse y Pensar, y Balance Decisional.

En la grafica 5 se presenta el patrón de consumo del paciente antes, durante y después del tratamiento.



Grafica 5. Patrón de consumo mantenido por el paciente antes, durante y después del tratamiento.

Posteriormente, se aplicó el formato de entrevista de seguimiento del usuario y se continuo con la aplicación del Cuestionario de Confianza situacional, los resultados se presentan en la grafica 6 y se comparan con los realizados por el paciente antes y al finalizar el tratamiento.



Grafica 6. Porcentaje de confianza obtenido por el paciente antes, al finalizar y en el primer seguimiento.

Al comparar los porcentajes obtenidos por el paciente en el primer seguimiento con los obtenidos en el Post – test en cada una de las situaciones fueron: en Emociones Desagradables hubo un aumento de 6%, en el Malestar físico hubo un decremento del 4%, las Emociones Agradables no tuvieron cambios, Probando el control personal aumentó 4%, Impulsos y Tentaciones disminuyeron un 2%, Conflicto con otros no tuvo ningún cambio, Presión Social disminuyo un 8% y en Momentos Agradables con otros hubo un decremento del 4%.

Adicionalmente el paciente reportó durante la entrevista de seguimiento sentirse con mayor seguridad para poder resolver los problemas cotidianos. En cuanto a los problemas relacionados que reportó en un principio, el paciente ha logrado tener una mejor relación con su esposa, sus hijas, sus familiares cercanos (hermanos y mamá) y con sus compañeros de trabajo, además ha realizado mejoras en su casa, ha mantenido su trabajo y consiguió otro trabajo

paralelo al que ya tenía. Adquirió un bien inmueble. En cuanto a su situación financiera no tiene más deudas y ha saldado las anteriores, y por último, con respecto al ámbito de su salud puede leer a la velocidad con la que lo hacía antes y conservar un adecuado estado de salud en general. Finalmente, se planeó la fecha del siguiente seguimiento y se reforzó el esfuerzo realizado por el paciente durante todo este tiempo.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos a través de los cuestionarios de confianza situacional aplicados tanto antes, después y en el primer seguimiento, lo reportado por el paciente respecto a su capacidad de afrontar exitosamente situaciones de riesgo para el consumo de alcohol y el mantenimiento de su meta, se puede concluir que hubo un aumento en la autoeficacia del paciente.

De igual manera considerando las características, los logros en los problemas asociados y las situaciones de consumo del paciente, así como la constante revisión, práctica y perfeccionamiento de la aplicación de las destrezas en sesión a lo largo del tratamiento se puede concluir también que el paciente cuenta con las destrezas necesarias y es capaz de aplicarlas para poder continuar con el mantenimiento de su meta de abstinencia en el futuro.

Por último se puede pronosticar una baja probabilidad de que exista una recaída, debido a que ésta ocurre en los primeros meses después de concluir el tratamiento.

8. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Mi experiencia como prestador de servicio social dentro del Programa de Conductas Adictivas fue satisfactoria en cuanto a los aspectos: profesionales y personales, desarrollo y adquirí habilidades indispensables para el adecuado y ético desarrollo de la profesión de la psicología, además de desarrollar un compromiso con la sociedad y con la institución.

La UNAM cuenta con profesionistas competentes y comprometidos con la sociedad y el desarrollo científico del país, dentro de este marco el Programa de Conductas Adictivas cumple con importantes tareas y propósitos como son: el desarrollo de recursos humanos, la investigación dentro de su campo de conocimiento y prestar un servicio profesional a quienes lo necesitan, esta visión que el programa de conductas adictivas tiene transmite a quienes colaboran dentro del programa un sentido de pertenencia y sobre todo un desarrollo integral.

Con fundamento en los puntos anteriores, no me queda más que agradecer al Programa de Conductas Adictivas, y a quienes lo conforman, la atención, la calidez e interés prestados en mi desarrollo profesional y personal. Las posibles sugerencias o recomendaciones posiblemente estén más allá de las posibilidades reales del Programa por el carácter público de la institución y los recursos con los que cuenta como podrían ser: una mayor difusión del programa tanto externa como interna. Solo cabría mencionar que aún bajo esta condición el trabajo y dedicación prestados a cada uno de los pacientes es admirable.

Por último, la UNAM y la Facultad de Psicología a través del Programa de Conductas Adictivas proporcionan una formación de calidad, científica, comprometida, de respeto y de servicio a la sociedad.

9. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* VI. Washington, D.C., EE. UU: Masson.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid, España: Espasa – Calpe.
- Cunillera, I., Foros, C. (2006). *Personas con Problemas de Alcohol, la abstinencia no es suficiente*. España: Paidós.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P. (2008), Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Editado Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública. ISBN: 970 -72 – 146 – 6 México. Cuernavaca.
- Echeburua, E. (2001). *Abuso de alcohol, guía practica para el tratamiento*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Fuentes, J. M., Calatayud, P., Castañeda B. (2005). La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotin - tabáquica. *Trastornos Adictivos*, 7 (3), 153 - 165.
- García, E., Mendieta, S., & Cervera, G. (2003). *Manual SET de alcoholismo*. España: Editorial Medico Panamericana.
- Kenneth, E., Leonard, & Howard, T., Blane. (1999). *Psychological Theories of drinking and alcoholism*. New York: The Guilford Press.
- Llorente del Pozo, J. M., & Iraurgi – Castillo, E. I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10 (4), 252 - 274.

- Monasor, R., Jiménez, M., & Palomo, T. (2003). Intervenciones Psicosociales en el alcoholismo. *Trastornos Adictivos*, 5 (1), 22 -26.
- Quiroga, H. (2008). *Evaluación de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol*. Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Quiroga, H. (Trad.) (2003). *Línea Base Retrospectiva para la evaluación del consumo de Alcohol (LIBARE-A)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México. D.F. Traducida y adaptada al español del original en lengua inglesa de Sobell, C., & Sobell, B. (2000). Alcohol Timeline Followback (TLFB). En American Psychiatric Association (ed.), *Handbook of psychiatric measures* (pp. 477-479). Washington, D.C., American Psychiatric Association., y de Sobell., C., & Sobell, B. (2003) Alcohol consumption measures. En J. P. Allen & V. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (rev. Ed.), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Quiroga, H. & Vital, M. (Trad.) (2003). *Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y otras Drogas (PEREU): Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México. D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H.M., Herie, M. A. & Watkin- Merek, L. (1996). Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach, (pp. 1-210). Center for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Center. Toronto, Canadá.
- Quiroga, H. & Vital, M. (Trad.) (2003a). *Escala de Dependencia al Alcohol (EDA - 25)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de

Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Skinner, Horn, Wanberg & Master (1984). Alcohol Dependence Scale (ADS). Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario. Canada.

Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.) (2003b). *Algoritmo de Compromiso al Cambio – Alcohol (ACC – A)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Shoeber, R., & Annis, M. (1995). The Commitment to change algorithm: Psychometric properties. Manuscript in preparation.

Quiroga, H. y Vital, M. (Trads.) (2003c). *Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA- A - 50)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, M. & G. Martin (1985). Inventory of Drug-Taking Situations– Alcohol. En H. M. Annis., M. A. Herie & L. Watkin-Merek, (1996). Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach, (pp. 28-36), Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá.

Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.). (2003d). *Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Alcohol (CCSD- A -50)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, M., Herie, A. & Watkin-Merek, L. (1996). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50). En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach. (pp. 72-80). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá, 1996.

Sánchez, H. E., Tomas, G. P., Morales, G, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6 (3), 159 - 166.

Tapia, R. (2001). *Las adicciones*. México: Editorial Manual Moderno.