



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS

APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN  
ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS (PEREU) A UNA  
PACIENTE CON DEPENDENCIA AL ALCOHOL

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A:  
CERVANTES CHAVERO GLORIA NAYELI

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. HORACIO QUIROGA ANAYA

COMITÉ TUTORIAL: DRA. GEORGINA CÁRDENAS LÓPEZ

MTRO. CELSO SERRA PADILLA

DR. ARIEL VITE SIERRA

DR. MARILYN GUTIERREZ LARA



Facultad  
de Psicología

CIUDAD UNIVERSITARIA



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



UNAM-086  
2010

M.

TPs.

A DIOS

A MIS PADRES,

A quienes admiro por su ejemplo de lucha día a día, por brindarme su amor , comprensión y apoyo incondicional y ser mi mayor motivación para no desistir en el camino.

A MIS HERMANOS,

Por compartir este camino, a mi hermano Alejandro por su apoyo, compañía, cariño, confianza y paciencia. A mi hermano Juan Manuel, porque su ausencia me ha dotado de fortaleza para salir adelante.

A LA MÚSICA,

Por ser mi fiel compañera durante toda mi vida y ser el motor que impulsa cada uno de mis movimientos, por brindarme calor y emotividad y rodearme de personas maravillosas que forman parte de este logro alcanzado.

A ALAN,

Por su amistad incondicional, por ser cómplice de ésta batalla desde el principio hasta el final, y ayudarme a desempolvar mis alas para volar, por no dejarme caer ante ninguna circunstancia y ser un motivo de alegría para mis días.

A OMAR,

Por su amistad leal, sus consejos, por compartir tantas batallas, por tanta complicidad que nos une a lo largo del tiempo.

A ADRIANA, ERENDIRA, ANA, JACQUELINE, DIANA, VIRIDIANA, GABRIELA Y KARLA.

Por ocupar un lugar muy importante en mi corazón, por la amistad y cariño que nos une, por todo el apoyo y ser parte de esta historia que escribo día a día, brindándole alegría a mi vida y compartir a lo largo del tiempo tantas vivencias que nos han hecho crecer como personas.

A LUPITA

Por ser un ejemplo a seguir de fortaleza y superación, por la calidez humana que posee y ayudarme a salir a flote y no desistir ante la adversidad. Por brindarme su tiempo, paciencia, compromiso y dedicación en el proceso de supervisión.

## AGRADECIMIENTOS

AL DR. HORACIO QUIROGA ANAYA

Por compartir sus conocimientos y experiencia , por su excelente calidad humana y profesional y brindarme su apoyo durante mi estancia en el programa de servicio social.

A MIS SINODALES

DRA. GEORGINA CARDENAS LOPEZ  
MTRO. CELSO SERRA PADILLA  
DR. ARIEL VITE SIERRA  
DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

Por su colaboración, orientación y enriquecimiento de mi trabajo realizado.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL.....</b>	<b>8</b>
<b>CONTEXTO DEL PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS.....</b>	<b>8</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.....</b>	<b>18</b>
<b>OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL .....</b>	<b>20</b>
<b>SOPORTE TEORICO METODOLOGICO</b>	
<b>CAPITULO 1. HISTORIA DEL CONSUMO DEL ALCOHOL.....</b>	<b>21</b>
ANTECEDENTES HISTORICOS DEL ALCOHOL.....	21
CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADULTA MEXICANA.....	22
DEFINICIÓN DE CONCEPTOS: USO, ABUSO Y DEPENDENCIA.....	24
<b>CAPITULO 2. EFECTOS A NIVEL FISIOLÓGICO Y PSICOLÓGICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....</b>	<b>27</b>
<b>CAPITULO 3. TRATAMIENTOS PARA EL ABUSO DE ALCOHOL.....</b>	<b>30</b>
TERAPIA DE ORIENTACIÓN PSICODINÁMICA.....	31
TERAPIA DE GRUPO.....	31
MODALIDAD FARMACOLÓGICA.....	32
TERAPIA INDIVIDUAL.....	33
ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....	36

PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAIDAS PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (PEREU).....	37
<b>CAPITULO 4. REPORTE DE ESTUDIO DE CASO UNICO.....</b>	<b>40</b>
MOTIVO DE CONSULTA Y EVALUACIÓN.....	40
DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	43
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN.....	48
TRATAMIENTO. DESARROLLO POR SESIONES.....	52
SEGUIMIENTO.....	69
CONCLUSIONES.....	73
<b>RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....</b>	<b>74</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>80</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) tiene como objetivo brindar un panorama acerca de las actividades realizadas durante mi estancia como prestadora de servicio social dentro del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM. Asimismo, proporcionar una breve descripción de dicho programa, tales como sus antecedentes, el contexto en el que se desarrolló, sus objetivos, actividades, procedimientos, funciones y habilidades profesionales adquiridas dentro del mismo.

De la misma forma, se muestran los resultados obtenidos a través de las actividades realizadas durante el servicio social vinculando los elementos de la formación teórica- metodológica adquirida durante mi formación en el área clínica.

El estudio de caso único presentado se enfoca a la dependencia al alcohol, y dada la complejidad del tema, se consideran sus aspectos históricos, epidemiológicos, definición de conceptos básicos tales como uso, abuso, dependencia, sus efectos a nivel fisiológico y problemas asociados al consumo de alcohol, así como de los tratamientos existentes en el que se destaca dentro del campo de la Psicología, el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) (Quiroga & Vital, 2003) basado en un enfoque Cognitivo-Conductual Motivacional, el cual, es empleado dentro del Programa de Conductas Adictivas, constituyendo el sustento teórico-metodológico y aplicado, fundamental para la intervención en este Informe Profesional de Servicio Social.

Asimismo, se exponen los resultados obtenidos en la intervención en un estudio de caso y seguimiento, a partir de la aplicación de los componentes ajustados a la paciente a tratar, incluidos dentro del PEREU, partiendo de una descripción concreta del caso tratado, considerando el patrón de consumo de la paciente, el motivo de consulta, la evaluación, la presentación de los instrumentos clínicos de evaluación empleados, el diagnóstico, la planeación

del tratamiento mediante sesiones establecidas, los resultados obtenidos y sus respectivas conclusiones, recomendaciones, sugerencias.

Finalmente, el Informe de Servicio Social, pretende contribuir en el enriquecimiento del conocimiento dentro del campo de las Conductas Adictivas, a nivel de prevención, orientación y tratamiento, así como a aportar en el mejoramiento en la calidad de estilo de vida de las personas, en este caso, aquellas con problemas de dependencia al alcohol, sin restarle importancia al problema del abuso de otras drogas, ya que forma parte de la problemática actual. Con base en lo anterior, el presente IPSS constituye además un análisis reflexivo ante una problemática actual a nivel mundial y de la que es preciso no bajar la guardia para una intervención eficaz a cualquier nivel, desde la prevención hasta el tratamiento y la rehabilitación.

## RESUMEN

El presente trabajo es un reporte de estudio de caso único referente a una paciente de 45 años de edad, dedicada al hogar, divorciada, con un nivel de dependencia media al alcohol, la cual tres meses antes de comenzar el tratamiento, presentaba un patrón de consumo de 9 tragos estándar por ocasión, aproximadamente.

Los principales disparadores de su consumo eran los estados de ánimo negativo, tales como depresión, enojo, ansiedad, sentimientos de inseguridad y rechazo.

Dicho patrón de consumo le trajo consecuencias negativas a nivel físico, psicológico, laboral, social y eventualmente a una internalización en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino durante 12 días a causa de una ingesta excesiva de alcohol y un episodio moderado de depresión.

La paciente logró permanecer aproximadamente 3 meses sin consumir alcohol y posteriormente, acudió al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM en el que fue referida al Programa de Conductas Adictivas, en donde fue canalizada al Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios, ya que en este programa se encuentra el componente para el mantenimiento del cambio (alcohol y otras drogas).

Las razones más importantes que tuvo la paciente para mantenerse en abstinencia fueron principalmente sentirse bien consigo misma y recuperar la confianza de sus hijos y pareja. Durante el tratamiento, se le proporcionaron 7 sesiones de mantenimiento, estrategias y destrezas de enfrentamiento tales como: relajación, asertividad, enfrentamiento de la ansiedad, estrategias iniciales de enfrentamiento, manejo del enojo, enfrentamiento de sentimientos desagradables y traumas, enfrentamiento de los deseos intensos e incremento del apoyo social, todas éstas incluidas dentro de un modelo Cognitivo-

Conductual y Motivacional, con el fin de mantener el cambio en el consumo, es decir, permanecer en estado de abstinencia.

Al término del tratamiento, la paciente logró continuar sin consumir alcohol así como manejar sus emociones. El estudio de caso único presentado es una muestra de una de las actividades más sobresalientes realizadas durante mi estancia como prestadora de servicio social dentro del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM.

## **DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL**

El programa de servicio social a través del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM, tiene como principales objetivos brindarle al prestador el conocimiento teórico- metodológico y aplicado de los subprogramas a nivel preventivo, orientación, tratamiento y rehabilitación que lo constituyen.

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

1. Proporcionar los artículos antecedentes clínicos en que el prestador se va a involucrar, en este caso el Programa de Prevención Estructurada de Recaidas para Estudiantes Universitarios.
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.

Como parte de las actividades que el prestador de servicio social debe desempeñar dentro del PEREU son las siguientes:

1. Búsqueda y revisión del material bibliográfico del campo de las adicciones así como del sustento teórico- metodológico del PEREU.
2. Entrega de reportes mensuales referentes a las actividades realizadas.
3. Participación en talleres, elaboración de material didáctico e informativo acerca del PEREU.
4. Estructuración del marco de referencia para el reporte de las actividades correspondientes.

## CONTEXTO DEL PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS

**MISIÓN:** El programa de conductas adictivas se caracteriza por un abordaje científico y humano de alta calidad, desarrolla investigaciones que permiten determinar la efectividad, eficacia y eficiencia de los métodos, técnicas y procedimientos que conforman el programa; forma recursos humanos de alto nivel en investigación, enseñanza, prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas y difunde las actividades y los resultados de la instrumentación del programa.

**VISIÓN:** 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 divulgación eficazmente articulados en beneficio de la salud individual y familiar que repercute en bien de la sociedad.

**OBJETIVOS:** Autoridades e investigadores de la Facultad de Psicología de la UNAM, tomando como base el trabajo de investigaciones realizadas dentro del campo de las adicciones, a lo largo de 20 años, consideraron conveniente desarrollar en 1989 un Programa de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para la comunidad universitaria con problemas actuales o potenciales de alcohol, tabaco y drogas.

El programa tiene las siguientes objetivos principales:

- 1) Enseñanza: Forma recursos humanos competentes en la investigación y enseñanza del tratamiento de conductas adictivas
- 2) Investigación: Por otra parte, lleva a cabo investigaciones que posibiliten una evaluación y continuo refinamiento de los métodos y procedimientos que conforman el Programa de Conductas Adictivas
- 3) Servicio: Asimismo, brinda servicios a nivel de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas a estudiantes y trabajadores de la

UNAM, preferentemente, que tengan o estén en riesgo de presentar algún problema de alcohol, tabaco u otras drogas.

4) Difusión: Finalmente, difunde las actividades y los resultados de la instrumentación del programa, además de contribuir a la propagación de programas similares en todas las dependencias universitarias que así lo requieran, y de esta manera asesorarlas en el desarrollo de los mismos, con el fin de compartir con psicólogos, profesionales de disciplinas afines y personas interesadas en el tema, sobre las experiencias y resultados en los respectivos niveles en el campo de las adicciones.

UBICACIÓN FÍSICA: Av. Universidad #3004, Colonia Copilco, Delegación Coyoacán. Ciudad Universitaria, Facultad de Psicología, Edificio "C", primer piso, Cubículos 1 y 2.

TIPO DE INSTITUCIÓN: Pública

POBLACIÓN A LA QUE ATIENDE: La Facultad de Psicología de la UNAM ofrece el servicio a la población universitaria como estudiantes, personal académico y administrativo así como al público en general que así lo requiera que tengan problemas de alcohol, tabaco y/o drogas o que estén en riesgo de presentarlos.

TIPOS DE PROGRAMAS QUE REALIZA: El programa de conductas adictivas cuenta con 4 programas que son de tipo ambulatorio, con intervención breve cognitivo- conductual y motivacional, que son los siguientes:

- 1) Programa de Prevención y Educación sobre Drogas para Estudiantes Universitarios (PREEDEU).

El PREEDEU se dirige a estudiantes y trabajadores universitarios en general que ya presenten o estén en riesgo de presentar factores de riesgo para el inicio o el abuso del alcohol, tabaco u otras drogas.

El PREEDEU es una Intervención Breve originalmente desarrollada por Quiroga, Vázquez y Mata (1994) en la Facultad de Psicología de la UNAM, que cuenta con un referente cognitivo conductual apoyado en la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1975), la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1988, 1991), y en la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977), al cual se le ha ido incorporando posturas de la dinámica de grupos, del trabajo comunitario y de la perspectiva de género (Quiroga, Mata, Vital & Cabrera, 2008).

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, previamente, a informantes (jefes de departamento de servicios), y a una muestra de estudiantes y trabajadores universitarios de la escuela o facultad en cuestión, un sondeo 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. Por otro lado, durante la plática-debate se aplica un cuestionario de conocimientos y uno de actitudes hacia las drogas, así como, uno de habilidades preventivas y patrones de consumo, a fin de detectar a usuarios y abusadores de drogas, con el propósito 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, tales como Alcohol, Tabaco y Drogas de acuerdo al siguiente Programa; 1) Conceptos básicos sobre el alcohol/tabaco/drogas; 2) Efectos sobre el Sistema Nervioso y Organos relevantes; 3) Factores contextuales (ambiente); 4) Etapas del alcoholismo/tabaquismo/drogadicción; 5) Motivos para beber/fumar/drogarse; 6) Signos y síntomas de dependencia; 7) Daños sobre el organismo, familia y sociedad; 8) Influencia de los medios masivos; 9) Instituciones de atención; 10) Legislación vigente.

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 (2003).

Este programa se dirige preferentemente a estudiantes y trabajadores universitarios que consumen excesivamente alcohol o abusan de él, con base en los criterios señalados por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA), y los criterios de abuso establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta edición (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 12 copas estándar a la semana en el hombre y más de 9 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, etc).

El DIBAEU se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen hoy en día el estado del arte de las intervenciones breves como 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 al estudiante 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 de 30 a 50 minutos, las cuales se describen brevemente a continuación:

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:** Estas sesiones se realizan 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).

Este programa 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 (2003). Esta modalidad de atención consiste en un "Tratamiento Breve Motivacional y Cognitivo-Conductual 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 problemático de alcohol.

El TAGEU se dirige preferentemente a estudiantes y trabajadores universitarios con problemas de alcohol de dependencia moderada (hasta 21 puntos en el ADS o de 4 a 5 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), siendo alguno de ellos grave (en lo académico, suspensión o expulsión de la escuela, en lo social, aislamiento de amigos y familiares y/o rechazo por parte de éstos, en lo financiero, tener deudas superiores al ingreso mensual). También se aplica a estudiantes universitarios que abusan del alcohol cuando el Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios (DIBAEU) no ha sido efectivo.

El TAGEU se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen hoy en día 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 6 sesiones del programa se consideran los siguientes aspectos:

1. Evaluación y Admisión. Se trabaja en la identificación de la disposición para el cambio y se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones riesgo de consumo y la autoeficacia del usuario ante diversas situaciones de consumo.
3. 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.
4. Paso 2. Identificar situaciones que ponen en riesgo de beber en exceso.
5. 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.
6. Paso 4. Nuevo establecimiento de metas. 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 meses, seis meses y al año.

#### 4) PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (PEREU).

El PEREU fue 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 (2003). Está dirigido a estudiantes universitarios que presentan problemas de dependencia 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) de 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 PEREU 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 programa se centra en involucrar a los pacientes en; 1) Evaluar sus metas y compromiso para cambiar; 2) Diseñar un plan de tratamiento individualizado; 3) Identificar sus fortalezas y recursos; 4) Aprender a anticiparse a sus disparadores para el uso de alcohol o droga y desarrollar formas alternativas de enfrentamiento; 5) Desarrollar su confianza practicando destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo de la vida real; 6) Hacer las conexiones entre su uso de alcohol o droga y otras situaciones de la vida; 7) 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 instrumenta 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 programa de PEREU.
3. Involucrar al paciente en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado que consta de:
  - a) Un contrato de tratamiento.
  - b) Jerarquía personal de disparadores de uso de alcohol o droga para ser empleados durante el tratamiento a través de las tareas asignadas.
  - c) Establecimiento de metas y auto monitoreo por parte del paciente.
4. Asignación de tareas para la Fase de "Iniciación del Cambio".
5. Asignación de tareas para la Fase de "Mantenimiento del Cambio".

Estas cuatro opciones de intervención desarrollados y/o adaptados en el Programa de Conductas Adictivas tienen la ventaja de poder ajustarse a las características del problema, así como a los recursos, necesidades, posibilidades y motivación de cada paciente que ingresa.

Por tal motivo, el Programa de Servicio Social de Conductas Adictivas, enriquece la formación académica, profesional y personal del Psicólogo.

## DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

El Programa de Conductas Adictivas, ofrece a la comunidad universitaria, preferentemente, (estudiantes que están por realizar su servicio social) un plan de actividades académico- profesionales establecidas por el supervisor, para la formación como co-terapeutas en problemas de abuso y dependencia de sustancias en la población universitaria como estudiantes, personal académico y administrativo así como al público en general que así lo requiera que tenga problemas de alcohol, tabaco y/o drogas que van de dependencia leve a severa.

Cabe mencionar, que se contó en todo momento con el apoyo por parte del jefe del programa, el Dr. Horacio Quiroga Anaya y mi supervisora, la Mtra. María Guadalupe Vital Cedillo, quienes al inicio y para una integración a las actividades propias del programa, me proporcionaron una capacitación, que consistió en el modelamiento de la aplicación de los procedimientos del Programa PEREU, cuya duración fue de 180 horas aproximadamente, incluyendo en éstas, las horas de clase referentes a la asignatura de Rehabilitación Conductual.

Posteriormente, fue necesaria, la revisión de los fundamentos teóricos-metodológicos del Programa PEREU, principalmente, la revisión constante del manual del programa y la actualización de bibliografía para la estructura del marco teórico de prevención de recaídas, además realicé reportes mensuales de las actividades llevadas a cabo, con su respectivo marco de referencia.

Los procedimientos utilizados como co-terapeuta para la realización de las actividades sugeridas fueron aquellos que forman parte del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios, como son la evaluación diagnóstica, el empleo de componentes de la entrevista motivacional y/o el balance decisional, el establecimiento de un plan de tratamiento individualizado y la revisión de destrezas de enfrentamiento; todos estos procedimientos y técnicas se adaptaron para cada paciente en particular.

Los resultados obtenidos a través de estos procedimientos fueron principalmente la modificación del consumo de las personas atendidas.

Las funciones profesionales desarrolladas principalmente durante mi estancia en el servicio social, fueron, el conocimiento respecto al campo de las adicciones, en un nivel básico de prevención, tratamiento y orientación.

Las habilidades desarrolladas en el Programa de Conductas Adictivas fueron las siguientes:

1. El manejo de la entrevista diagnóstico prescriptiva con pacientes con problemas en el consumo de alcohol y otras drogas.
2. Seleccionar los procedimientos necesarios para el tratamiento de conductas adictivas.
3. Diseño del plan de tratamiento individualizado con base a la información obtenida de la evaluación.
4. Instrumentar los componentes de la entrevista para generar o mantener un cambio conductual.
5. Determinar la disposición del cambio del paciente.
6. Definir la problemática desde el punto de vista del paciente.
7. Aplicar los procedimientos o componentes del programa según las características y necesidades del paciente.
8. Elaboración y organización de expedientes clínicos.
9. Seguimiento de los casos abordados.
10. Elaboración de material didáctico para la difusión del programa, como logotipos y trípticos.

Es importante mencionar, que para poder atender los casos presentados fue necesaria una revisión continua de materiales del campo de las adicciones, además de asistir a sesiones de supervisión clínica.

## **OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL**

La opción de titulación por Informe Profesional de Servicio Social (IPSS), consiste en recabar mi experiencia, a partir de un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos en las actividades realizadas durante mi estancia como prestadora del servicio social, vinculando los elementos de la formación teórica y procedimental recibida durante mi trayectoria estudiantil con las actividades desarrolladas dentro del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios, para que posteriormente, me permitan hacer recomendaciones y/o sugerencias, que contribuyan a un enriquecimiento tanto para mi desarrollo personal y profesional como para el propio del Programa de PEREU.

## **SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO.**

### **CAPITULO 1. HISTORIA DEL CONSUMO DEL ALCOHOL**

#### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

El alcohol ha sido conocido y consumido por el hombre desde tiempos inmemoriales. La fermentación de varias frutas produce alcohol por lo que es común encontrarlo en la naturaleza, de la cebada puede hacerse cerveza, de la piña, el tepache, del maguey, el pulque y de la uva, el vino. En diferentes tiempos y culturas, el consumo del alcohol ha tenido importancia cultural y/o religiosa. De hecho, los descubrimientos arqueológicos revelan que las vasijas ya existían en 8.000 a.c. y que, por lo menos, en 5.000 a.c. eran empleadas para almacenar miel. De ahí se deduce que la miel fermentada y diluida en agua (aguamiel o hidromiel) haya sido el primer vino para consumo humano (Escohotado, 1996).

Desde entonces el alcohol ha formado parte de la vida humana. Las bebidas fermentadas eran frecuentes en todas las comunidades y se convirtieron en artículos importantes de comercio colonial, después de las grandes navegaciones. Hace miles de años, del otro lado del Atlántico, los griegos adoraban a Baco, el dios del vino (Román, 1982).

Existen tabletas de barro de Mesopotamia de cerca de 6000 años de antigüedad que registran la cantidad de bebedores de la población. El código de Hammurabi de Babilonia, que data de 1700 años antes de nuestra era, incluye restricciones sobre la venta y el consumo de alcohol (Escohotado, 1996).

En la China del emperador Cheng K'iang, las personas que abusaban del alcohol eran ejecutadas. La cultura islámica adoptó un total rechazo al consumo de alcohol como reacción a los excesos observados en la sociedad. Las sectas budistas, en la India, a partir del siglo V a.c. prohibieron el uso de alcohol. La Biblia tiene numerosas referencias a esta sustancia, algunas de ellas alertando contra su consumo excesivo (Escohotado, 1996).

El hecho de que muchas culturas estuvieran asociadas tempranamente al consumo de alcohol, no es de extrañar ya que por siglos, fue menos riesgoso para la salud consumir vino con moderación que beber agua corriente portadora de toda clase de enfermedades. Sin embargo, como eran comunes los casos de abuso, las civilizaciones tuvieron que hacer leyes para regular su consumo (Cruz, 2007).

Después de la segunda guerra mundial hasta el siglo XX se ha producido el fenómeno de la globalización de los patrones de consumo, cuando la bebida alcohólica deja de estar asociada a las comidas y la nueva pauta de consumo pasa a ser la ingesta de grandes cantidades en breve espacio de tiempo, asociada a actividades de ocio (Román, 1982).

Actualmente, se da por hecho que la mayoría de los adultos puede consumir esporádicamente alcohol dentro de los límites de seguridad para la salud (máximo 3 copas por ocasión para la mujer y 4 copas en el caso de los hombres), que un número importante de personas abusan de él ocasional o regularmente y que una proporción menor pero muy significativa es incapaz de controlar su consumo (Escohotado, 1996).

## **EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACIÓN ADULTA MEXICANA**

El consumo de alcohol en México constituye un creciente y preocupante problema. Los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, muestran que en el país la proporción de la población que presenta dependencia al alcohol es muy elevada. Poco más de cuatro millones de mexicanos (4 168 063) cumple con los criterios para ésta; de éstos, tres y medio millones (3 497 946) son hombres y poco más de medio millón (670 117) son mujeres 5.5% de la población presenta dependencia al alcohol.

Hay más mujeres adolescentes que cumplen con el criterio de dependencia en relación a las mujeres adultas, lo que sugiere que es un fenómeno más reciente en éstas (ENA, 2008).

El consumo es más frecuente en las poblaciones urbanas que en las rurales y entre los varones más que en las mujeres. El consumo diario en la población mexicana es poco frecuente, 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer . El consumo es más frecuente entre los 18 y 39 años y desciende después de los 50 años (ENA, 2008).

Las diferencias más substanciales en los patrones de consumo se observan entre las mujeres, siendo el consumo significativamente más elevado en aquellas que viven en zonas urbanas (ENA, 2008).

Basándose en la población adulta, la ENA 2008 describe que la población con abuso/ dependencia al alcohol, se distribuye más hacia el centro y sur del país. La cantidad modal de consumo para las mujeres es de una o dos copas por ocasión de consumo, en tanto que para los varones urbanos es de 3 a 4 copas.

Con lo que respecta, a los patrones de consumo más característicos de la población mexicana son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas estándar o más por ocasión) en total, casi 27 millones de mexicanos (26 828 893 entre 12 y 65 años) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana, casi 4 millones (3 986 461). El consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Entre ellas, sin embargo, esta manera de beber está aumentando, especialmente entre las adolescentes (ENA, 2008).

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas en México está asociado a fiestas y a fines de semana. El patrón típico es el episódico explosivo (mensual o semanal), es decir, de baja frecuencia, pero en grandes cantidades y es más común entre varones que mujeres. En diferentes estudios se ha visto que en México hay menos personas que en Estados Unidos que cumplen con los criterios para ser diagnosticadas como adictas al alcohol, a pesar de lo cual hay

tasas más altas de ingresos a las salas de urgencias de gente con niveles altos de alcohol en la sangre. Estos datos sugieren que en México, una parte importante de las conductas de riesgo asociadas al consumo del alcohol provienen de la falta de conocimiento acerca del consumo de alcohol y las consecuencias de éste, en personas que no tienen dependencia al mismo. Los estudios que permiten hacer comparaciones internacionales también ubican a México en los primeros lugares de mortalidad por accidentes automovilísticos seguidos de la cirrosis hepática (para fines de este trabajo, nos referimos a la que está asociada al consumo excesivo de alcohol) por lo que es un hecho que la mortalidad tanto por accidentes automovilísticos y por cirrosis asociada al consumo de alcohol se encuentra en ascenso (Cruz, 2007).

Con base a los datos anteriormente mencionados referentes al consumo de alcohol en la población adulta mexicana, podemos destacar que al problema del abuso de bebidas alcohólicas entre hombres de edad media, se ha sumado el de las mujeres y la población adolescente que copia los modelos de adultos, y como consecuencia se observa un ascenso de los problemas asociados (Cruz, 2007).

## **DEFINICION DE CONCEPTOS DE USO, ABUSO Y DEPENDENCIA**

Los conceptos de uso, abuso y dependencia se aplican igual que a cualquier sustancia psicoactiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al síndrome de dependencia al alcohol como, el estado psíquico y usualmente también físico, resultado del consumo de alcohol, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen la compulsión para consumir alcohol en forma continua o periódica con objeto de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones para evitar las molestias de su ausencia, la tolerancia puede o no estar presente. La tolerancia, se refiere al aumento en la cantidad consumida, buscando alcanzar los efectos iniciales. Esto significa, que el consumo repetido de alcohol produce tolerancia a sus efectos porque aumentan las enzimas responsables de su metabolismo (tolerancia farmacocinética). Hay otras adaptaciones a nivel celular que

acentúan la pérdida de los efectos (tolerancia farmacodinámica), lo cual lleva a incrementar el consumo (Cruz, 2007).

Cuando la persona consume el alcohol de manera severa con consecuencias negativas física, psicológica y socialmente, cumple con los criterios de dependencia señalados en el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta edición), es decir, el que tiene un deterioro clínicamente significativo o malestar manifestado dentro de un período de 12 meses por tres o más de las siguientes situaciones: tolerancia (aumento de la cantidad para conseguir el mismo efecto o menor efecto con la misma cantidad); síntomas de abstinencia (o consumo para aliviarlos o evitarlos), consumo de mayores cantidades y por períodos más prolongados que lo deseado, deseo persistente o intentos fallidos de erradicar o reducir el consumo, gran parte del tiempo empleado en conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse del uso, abandono de gran número de actividades sociales, ocupacionales o recreativas, y consumo a pesar de conocer las consecuencias físicas o psicológicas relacionadas con el consumo de alcohol (Velasco , 1988).

Este diagnóstico del DSM-IV se adquiere mediante la evaluación de parámetros físicos y conductuales más que por el número de copas ingeridas por día. Un bebedor excesivo es aquella persona que consume por ocasión más de cuatro copas en cualquier día, o bebe más de 12 durante la semana, en el caso de los hombres y más de tres copas estándar de alcohol, ó bebe más de 9 durante la semana, en el caso de las mujeres. Puede o no ser dependiente, pero su patrón de consumo está por encima de los límites de seguridad para la salud. Estos límites suelen usarse como criterios de intervención, por encima de los cuales, es más frecuente que se presenten problemas de salud, como sufrir una sobredosis, cognitivos, etc. En el caso del consumo explosivo de alcohol, se presenta amnesia asociada al evento, por lo que las personas no recuerdan lo que dijeron o hicieron bajo los efectos de grandes dosis de alcohol, los problemas de riesgo asociados al consumo se pueden traducir en accidentes automovilísticos, relaciones sexuales sin protección, ausentismo laboral y el deterioro en la relación con familiares y amigos (Velasco , 1988).

No se puede establecer un límite único para todas las personas en cuanto a la cantidad de alcohol que puede consumirse sin riesgos para la salud. Eso depende de los patrones de consumo y de las características individuales tales como edad, sexo, peso, cuestiones físicas (contraindicaciones médicas), factores genéticos (Cruz, 2007). Para evitar tales riesgos, se recomienda, llevar la cuenta de las copas estándar (0.13g de alcohol puro), para ayudar a demorar el consumo cuando se necesite, como por ejemplo, dar pequeños sorbos, alternar con otra bebida como el agua natural, incluir alimentos grasos, no beber con el estómago vacío, para que el alcohol sea absorbido lentamente por el organismo, no tomar más de una copa por hora, debido a que el metabolismo de 10-15ml de alcohol en el hígado, se lleva a cabo aproximadamente en una hora. Por estas razones, el tiempo en que se efectúa el consumo es fundamental y depende de cada persona.

## **CAPITULO 2. EFECTOS A NIVEL FISIOLÓGICO Y PSICOLÓGICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL**

Uno de los aspectos más interesantes sobre el alcohol es que sus efectos son bifásicos, primeramente actúa como estimulante y luego como depresor del sistema nervioso central. Es decir, por un lado, aumenta el tono inhibitorio nervioso y por el otro disminuye la liberación de sustancias estimulantes. Sin embargo, a pesar de los efectos estimulantes iniciales, el alcohol es un depresor del sistema nervioso central, tan efectivo o más que las sustancias utilizadas clínicamente con ese fin que son las benzodiazepinas o los barbitúricos. Sus efectos comprenden a prácticamente todo el organismo pero se presentan a diferentes dosis (Brailowsky, 1998).

Existe una estrecha relación entre el nivel de alcohol en la sangre, el grado de depresión del sistema nervioso central y la conducta. Con una copa estándar (0.02-0.03% de alcohol en la sangre), los efectos no son visibles, se presenta una desinhibición; de dos a tres copas (0.05 – 0.06% alcohol en sangre) se experimenta una sensación de relajación, calor, disminución del tiempo de reacción y de coordinación fina, hay una alteración ligera del equilibrio, del habla, de la visión, del oído, así como una sensación de euforia, se manifiesta pérdida de la coordinación motora fina; de cuatro a cinco copas (0.11- 0.15 % alcohol en sangre), la coordinación y el equilibrio se dificultan y hay alteración cada vez mayor de las facultades mentales y del juicio; con diez copas (0.30 % alcohol en sangre), se habla de una intoxicación severa y de un mínimo control consciente; si se llega a consumir entre catorce a diecisiete copas (0.40 a 0.50 % de alcohol en sangre), la persona entra en un estado de coma; finalmente si el consumo es el equivalente a veinte copas (0.60% de alcohol en sangre), hay muerte por depresión respiratoria (Brailowsky,1998). Es importante considerar que estos efectos mencionados dependen de cada persona, es decir, se pueden presentar tempranamente o bien experimentarlos tardíamente.

Estos efectos dependen en gran medida de la exposición previa del individuo al alcohol, de la frecuencia de la ingestión de bebidas alcohólicas, de

la ingesta de alimentos y de otros factores más subjetivos como la situación en la que se bebe (en un bar, con los amigos, en una fiesta, en el trabajo), del estado de ánimo y de las expectativas cognitivas del individuo. Cada persona tiene su patrón de funcionamiento físico y psicológico (Velasco, 2000).

El alcohol es una molécula que penetra fácilmente todas las barreras y llega a todos los tejidos. Los daños que se observan en los bebedores crónicos son múltiples (Cruz, 2007). El daño cerebral producido por el consumo crónico de alcohol se ha asociado a problemas nutricionales. La encefalopatía de Wernicke y la psicosis de Korsakoff se producen por deficiencia crónica de tiamina (una de las vitaminas del complejo B) en la dieta. Los usuarios severos de alcohol se alimentan mal porque el metabolismo de alcohol produce calorías que dan energía y quitan la sensación de hambre pero no tienen valor alimenticio. La encefalopatía de Wernicke se manifiesta por confusión, marcha inestable y pérdida de control de movimientos oculares. Puede revertirse restableciendo los niveles adecuados de ingesta de tiamina (Cruz, 2007).

La encefalopatía de Wernicke puede provocar la muerte o la psicosis de Korsakoff (Cruz & Nicolini, 2001). A diferencia de lo que sucede con la encefalopatía, la psicosis de Korsakoff no se reverte con tiamina. La neuropatía, es la pérdida de funciones nerviosas sensoriales o motoras. Generalmente se presenta primero en los nervios sensoriales y se caracteriza por un dolor vago, quemante o adormecimiento de las extremidades. La neuropatía motora se manifiesta por debilidad muscular que puede ir acompañada de atrofia muscular (Cruz, 2007).

Por otro lado, los pacientes con daño hepático presentan niveles bajos de proteínas séricas, niveles altos de amoniaco y de bilirrubina, así como problemas de coagulación sanguínea. La cirrosis hepática es la quinta causa de muerte en los Estados Unidos y se presenta en el 20% de los usuarios severos de alcohol. En el hígado cirrótico el tejido fibroso obstruye el flujo sanguíneo produciendo un aumento de la presión en la vena porta hepática (la vena principal del hígado), acumulación de líquido en la cavidad intraperitoneal

(ascitis) y várices esofágicas que pueden producir sangrados importantes (Velasco, 1988).

El alcohol es un irritante de las mucosas del estómago y el intestino porque estimula la producción de ácido. Esto puede provocar la presentación o empeoramiento de úlceras gástricas y duodenales. En los consumidores crónicos, además de la mala alimentación, se presentan deficiencias de absorción en el tracto gastrointestinal, el cual acentúa más el déficit nutricional. Además, en un 5% de los usuarios severos se presenta pancreatitis aguda o crónica que puede desembocar en diabetes (Franklin & Frances, 2001).

Otros trastornos asociados al consumo crónico y severo de etanol son la cardiopatía alcohólica (crecimiento exagerado del corazón), impotencia sexual, y una mayor incidencia de diferentes tipos de cáncer (Franklin & Frances, 2001).

Los doctores Keneth Jones y David Smith identificaron un patrón característico de malformaciones en hijos de madres alcohólicas al que denominaron síndrome alcohólico fetal (SAF) (Cruz & Nicolini, 2001). Se define por retraso en el crecimiento prenatal o postnatal en peso altura o circunferencia cefálica, alteraciones morfológicas en los rasgos faciales y alteraciones a nivel del sistema nervioso, frecuentemente con retraso mental.

Dado que el alcohol atraviesa con facilidad las barreras biológicas, puede afectar al bebé durante su desarrollo intrauterino de forma irreversible. Mientras más temprana sea la exposición al alcohol, mayores serán los daños. Los niños con SAF tienen microcefalia (cabeza pequeña), cara aplanada, separación de los ojos mayor que lo normal, nariz chica, labio superior muy delgado, ausencia de filtrum, que es el pliegue de la piel que existe sobre el labio superior y falta de pliegue de los párpados. A nivel del sistema nervioso, hay menor desarrollo del cerebro y, en consecuencia, diferentes grados de deficiencia mental. Cuando el síndrome es leve, el niño puede pasar como alguien distraído y con dificultades de aprendizaje, por lo cual este padecimiento está subdiagnosticado (Franklin & Frances, 2001).

### **CAPITULO 3. TRATAMIENTOS PARA EL ABUSO DE ALCOHOL**

Los datos epidemiológicos hacen evidente que el abuso de sustancias psicoactivas en México, requiere atención inmediata del área médica y psicológica. La pobre percepción del riesgo que trae su abuso, la disponibilidad, permisibilidad, presión por parte de los pares, aceptación en el círculo social, facilidad del consumo de alcohol, imagen social, valores, cultura, tradiciones, entre otros factores, ha facilitado su introducción en todos los estratos sociales.

No existe un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas. Es muy importante lograr una igualación de tratamiento adecuada a las características, necesidades y tipo de ambiente, particulares de cada individuo, para que dicha persona logre el éxito final regresando a funcionar productivamente en familia, lo laboral y en sociedad (Mack, Franklin & Frances, 2003).

En nuestro país, existen diversos tipos de tratamiento que intentan mejorar el funcionamiento psicosocial de usuarios de sustancias psicoactivas. Pueden darse en modalidad de consulta externa o interna, en un formato individual o grupal, los cuales, algunos de ellos son más eficientes y eficaces que otros, entre los que destaca la Psicoterapia Interpersonal (PTI), la Psicoterapia de Orientación Psicodinámica, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Entrevista Motivacional, considerando que sus beneficios se obtienen a corto, medio o largo plazo (Mack et. al., 2003).

Dichas modalidades terapéuticas se imparten de manera privada o a través de centros de salud mental pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA), así como en diversas instituciones como es el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, a través del Programa de Conductas Adictivas, bajo el enfoque Cognitivo- Conductual y Motivacional.

## **TERAPIA DE ORIENTACIÓN PSICODINÁMICA**

El tratamiento individual de orientación psicodinámica está indicado en pacientes con problemas de identidad, separación e individualización, regulación afectiva, o del estado de ánimo, autocontrol y autocuidado. El enfoque psicodinámico considera al consumo de alcohol como un síntoma de una neurosis más profunda, un síntoma de dificultades emocionales, generalmente ligadas a problemas del ámbito familiar o social, que ven como alternativa el consumo de alcohol (Hales & Yudofsky, 2008).

En individuos con trastornos adictivos y otros problemas de carácter neurótico, la terapia de orientación psicodinámica requiere de las siguientes características individuales: capacidad para la introspección, identificación con el terapeuta, un nivel de inteligencia superior a la media, estabilidad económica, elevada motivación y deseo de expresar los conflictos. La psicoterapia expresiva permite aumentar la capacidad de manejar la depresión y la ansiedad sin tener que consumir las sustancias. Cuando los pacientes no están abstinentes, el tratamiento exploratorio es más perjudicial que beneficioso, ya que reactiva los conflictos dolorosos y puede intensificar el hábito de la bebida y la regresión (Hales & Yudofsky, 2008).

## **TERAPIA DE GRUPO**

Los grupos ofrecen la posibilidad de resocialización y la oportunidad de poner en práctica las habilidades sociales, refuerza la identidad de uno mismo como persona en vías de recuperación y ofrece un apoyo para aceptar la abstinencia, mejora la autoestima de los pacientes (Cunillera, 2006).

Diversas modalidades de grupo resultan de utilidad, como, por ejemplo, los grupos de entrenamiento en asertividad, los grupos de parejas y grupos orientados a los problemas de autocontrol. Los grupos pueden ayudar en la resolución de problemas, en prestar atención a problemas específicos de conducta y en que el paciente sea consciente de que otras personas también tienen problemas parecidos (Cunillera, 2006).

Los programas terapéuticos con frecuencia utilizan grupos psicoeducativos, que favorecen la permanencia en el tratamiento, promueven la cohesión y apoyan la aceptación de la rehabilitación a largo plazo. No obstante, los grupos que trabajan bajo el enfoque Cognitivo-Conductual, son pequeños grupos programados por periodos breves y con objetivos precisos para los consumidores de alcohol, resultan especialmente eficaces en la prevención de recaídas después del tratamiento psicoeducativo y psicológico (Cunillera, 2006).

## **AUTOAYUDA MUTUA**

Son los programas de autoayuda de los 12 pasos: Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA), Farmacópatas Anónimos, Cocainómanos Anónimos, Jugadores Patológicos Anónimos y Comedores excesivos Anónimos.

Se trata de un grupo que ofrece apoyo de forma voluntaria y que rechaza cualquier vinculación política o económica. El programa de 12 pasos comporta una serie de etapas y tradiciones que se basan fundamentalmente en la honestidad con uno mismo, la sobriedad, el proceso grupal, la humildad, la provisión de modelos satisfactorios y el cuidado personal. Algunos aspectos importantes de AA son que los miembros más veteranos guían a los novatos y la creación de una red de apoyo con el intercambio de números de teléfono (Alcohólicos Anónimos, A.C., 2007).

## **MODALIDAD FARMACOLÓGICA**

Es preciso aclarar que esta modalidad, no se le proporciona a todos los pacientes con problemas en el consumo de sustancias, se les proporciona a pacientes con un nivel de dependencia severa, se suele prescribir medicación para la desintoxicación, el tratamiento de trastornos psiquiátricos, trastornos neuropsicológicos y médicos, las terapias aversivas (por ejemplo, disulfiram en consumidores de alcohol), para enfrentar el deseo intenso por el consumo de la sustancia (Cruz, 2007). Es conveniente que los médicos se basen en el

diagnostico diferencial y conozcan los antecedentes de trastornos relacionados con sustancias, las limitaciones de la medicación, las interacciones farmacológicas y sus efectos secundarios (Mack, 2003).

Por lo general, estos fármacos se utilizan adicionalmente al tratamiento psicológico y psicoeducativo (Cruz, 2007).

## **TERAPIA INDIVIDUAL**

La terapia individual puede llevarse a cabo a solas o conjuntamente con otros tratamientos, dependiendo del enfoque de tratamiento psicológico que se esté aplicando. Algunos suelen incluir la farmacoterapia, los programas de 12 pasos, la terapia familiar y de grupo. Ciertos programas basados en el enfoque cognitivo-conductual, consideran que la abstinencia es un indicador importante de la eficacia en el tratamiento. Sin embargo, la abstinencia no es el único criterio para juzgar un éxito terapéutico. Lo importante es considerar al paciente, sus objetivos y metas que representen un progreso hacia el cambio (Miller & Rollnick, 1999).

Por tal motivo, no hay que sobrevalorar la importancia de la abstinencia total de cualquier sustancia en el tratamiento para el consumo de la misma. La abstinencia parcial, aunque no es el ideal, desde el punto de vista del enfoque de reducción del daño, se puede considerar como una mejora con respecto al abuso de la sustancia. No obstante, aunque muchos pacientes en el proceso de cambio, desean seguir consumiendo alcohol, por ejemplo, es difícil de identificar a aquellos individuos (pocos) en los que el consumo controlado es posible y seguro.

Básicamente, cuando las personas tratan de cambiar una conducta problemática, un retroceso (o una manifestación de comportamiento previamente modificado) resulta muy probable, y como resultado posible, un retorno al anterior patrón de conducta de consumo (la recaída) (Marlatt & Gordon, 1985).

Así pues, en los últimos años, debido a que los tratamientos tradicionales han mostrado una eficacia baja, las intervenciones cognitivo-conductuales, centradas en la modificación de la conducta, partiendo de la idea de que la mayor parte de las conductas, son aprendidas, han considerado como un reto principal en el tratamiento de conductas adictivas (consumo de alcohol y otras sustancias) el mantenimiento del cambio (Marlatt & Gordon, 1985).

Una de estas intervenciones, basada en un enfoque cognitivo-conductual, empleada para el tratamiento de conductas adictivas y que ha mostrado eficacia en el mantenimiento del cambio, es la prevención de recaídas, que fue desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y adaptada después para adictos a la cocaína. Las estrategias de comportamiento cognitivo se basan en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad (NIDA, 2005).

Algunas de las intervenciones dentro de la prevención de recaídas se fundamentan principalmente en la Teoría del Aprendizaje Social y el concepto de autoeficacia de Bandura, la Entrevista Motivacional y el Modelo de Prochaska y Diclemente de los estadios del cambio. Este tipo de intervenciones breves, al ser estructuradas, están siendo utilizadas tanto por equipos de investigación como por profesionales (Cunillera, 2006).

El principal objetivo de la prevención de recaídas, es abordar el problema de la recaída y la generación de técnicas para la prevención o el manejo de su ocurrencia (Marlatt & Gordon, 1985).

La prevención de recaídas busca identificar situaciones de alto riesgo en las que un individuo es vulnerable para una recaída, usando estrategias tanto cognitivas como conductuales para prevenir futuras recaídas en situaciones similares (Marlatt & Gordon, 1985).

Por tanto, es importante que los individuos que están comprometidos con el cambio en su consumo entiendan y anticipen las recaídas. Deben desarrollar estrategias de afrontamiento y planes de contingencia para prevenir la recaída, minimizar el alcance de los daños y promover la reinstauración de la abstinencia (Marlatt & Gordon, 1985).

Dentro de las principales estrategias utilizadas dentro de este modelo, se encuentran la identificación y el control de los pensamientos y sentimientos que suelen aparecer en las situaciones de alto riesgo, la asignación de tareas para casa y enseñar a los pacientes los pros y contras del proceso de la recaída, de tal manera que les ayude a los pacientes a desarrollar habilidades de afrontamiento, a reforzar la sensación de autocontrol en dichas situaciones. Por lo tanto, la Prevención de Recaídas es especialmente importante en el contexto ambulatorio, ya que los pacientes tienen la oportunidad de poner en práctica las habilidades en un entorno natural (NIDA, 2005).

Asimismo, como una forma de ayudar a los pacientes a ir desarrollando tales habilidades de afrontamiento, Marlatt y Gordon (1985) identificaron ocho categorías de situaciones de alto riesgo para consumir alcohol que se podrían aplicar al abuso de otras sustancias: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, control personal, impulsos y tentaciones, conflicto con otros, presión social para el uso y los momentos agradables con otras personas. Las situaciones de mayor riesgo varían según los individuos o el tipo de sustancia. Las investigaciones indican que los pacientes logran mantener las habilidades que aprenden a través de la terapia de prevención de recaídas aún después de haber completado el tratamiento. En un estudio realizado por Marlatt y Gordon (1985) acerca de las estrategias de mantenimiento en el tratamiento para las conductas adictivas, mencionaron que los pacientes que recibieron la prevención de recaídas, lograron mantener las habilidades que aprendieron durante este tipo de intervención aún después de haber terminado el tratamiento. Por lo que estos pacientes mantuvieron los éxitos que habían conseguido en el tratamiento durante el año siguiente al mismo (Marlatt y Gordon, 1985).

De este modo y con base a las intervenciones que forman parte de la Prevención de Recaídas anteriormente mencionadas, es preciso destacar y describir a continuación la Entrevista Motivacional, por ser considerada una opción eficaz en el tratamiento de las adicciones:

## **ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

La Entrevista Motivacional es un estilo de asesoramiento empático y directivo centrado en el paciente que aborda la ambivalencia y la negación. En el mejor de los casos, motivará al paciente y conseguirá una mayor eficacia de las intervenciones breves, haciendo que el paciente pase de la fase de negación a la cooperación. De esta manera, se crea una apertura para el cambio que prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior, por lo que en el proceso de cambio, la contribución de la Entrevista Motivacional desde la atención primaria, es importante. El objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de dentro más que se imponga desde fuera. Cuando este enfoque se aplica adecuadamente, el paciente presenta las razones para cambiar, y no el terapeuta, debido a que actúa con una idea clara del objetivo que se debe alcanzar, cuenta con estrategias y habilidades concretas para alcanzar dicho objetivo, y un sentido claro de la temporalización a la hora de intervenir de una forma concreta en momento determinados (Miller & Rollnick, 1999).

Para ello, una opción de tratamiento, que incluye componentes de Entrevista Motivacional, y que ha demostrado eficacia y eficiencia en la solución a los problemas de las conductas adictivas es el tratamiento de "Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios". A continuación se describirá dicho tratamiento.

# **PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (PEREU)**

La Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios es un tratamiento cognitivo-conductual y motivacional derivado de la teoría del aprendizaje social diseñado para capacitar a los pacientes a fin de que logren un mayor control sobre el consumo de alcohol y/o drogas. Fue desarrollado en la Fundación de Investigación de la Adicción de Canadá, por Annis, Herie y Merek (1996) el cual ha sido adaptado para su uso en México con población universitaria mexicana por Quiroga y Vital (2003).

Los componentes principales que conforman la Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) son:

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.

## **1. Evaluación.**

El consejo empieza con una evaluación clínica completa, que incluye una evaluación de los siguientes aspectos del paciente:

- I) Funcionamiento psicosocial;
- II) Historia del uso de alcohol y droga/ problemas / consecuencias;
- III) Razones/ compromiso para el cambio; y
- IV) Fortalezas de enfrentamiento y debilidades.

Esta evaluación es complementada por una exploración detallada de los disparadores más problemáticos del paciente para el abuso de alcohol y/o droga un año antes de entrar al tratamiento (los disparadores pueden involucrar estados de ánimo interno, situaciones ambientales y sociales que afectan a los

pacientes). La herramienta de evaluación recomendada para este propósito es el "Inventario de Situaciones para el Consumo de Droga" (IDTS-50).

## **2. Entrevista Motivacional.**

La retroalimentación personalizada de los resultados de la evaluación se lleva a cabo dentro del contexto de la entrevista motivacional, que ayuda al paciente a alcanzar y empezar a actuar en la decisión para cambiar su conducta de abuso de alcohol o droga. La Entrevista Motivacional se centra en explorar las razones expresadas por el paciente para cambiar su uso de alcohol/ droga, esto es, en los pros y contras percibidos para el cambio; así como en la fortaleza del compromiso para el cambio, complementado por una discusión de los disparadores del paciente para el uso y las fortalezas de enfrentamiento que tiene.

## **3. Plan de Tratamiento individualizado.**

Posterior a la evaluación y a la Entrevista Motivacional, se involucra a cada paciente en el desarrollo de un plan del tratamiento individualizado. Los pasos incluyen:

- I) Proporcionar una orientación hacia el consejo de PEREU y acordar con el paciente la firma del contrato del tratamiento.
- II) Una revisión de los disparadores que tiene el paciente, 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
- III) Establecimiento de la meta de tratamiento y auto monitoreo de los disparadores por parte del paciente.

## **4. Procedimientos del Consejo para la Iniciación del Cambio.**

El consejo de PEREU consta de las fases de "Iniciación" y "Mantenimiento". La fase de iniciación se centra en las estrategias de consejo

que se sabe son poderosas en la iniciación de un cambio conductual, mientras que la fase de mantenimiento se concentra en las estrategias con mayor potencial para el mantenimiento a largo plazo de este cambio (es decir, prevención de la recaída).

Los apoyos de iniciación más importantes incluyen: la evitación de situaciones de riesgo para el uso del alcohol/ droga, la coerción (por ejemplo, por mandato legal), el tratamiento de hospitalización/ residencial, medicación protectora (por ejemplo, Antabus), la involucración 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.

Se encuentran disponibles sesiones individuales y de grupo, se debe motivar al paciente a tomar su tratamiento de elección.

## **5. Procedimientos del Consejo para el Mantenimiento del Cambio.**

En la fase de mantenimiento (es decir, la fase de prevención de recaída), se retiran gradualmente las ayudas usadas en la fase de iniciación, esto para enfocarse en las estrategias de enfrentamiento que dependan sólo del paciente. Las estrategias se diseñan para ayudarlo 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 pacientes 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 de PEREU va de cuatro a ocho sesiones. Los cinco componentes de dicha fase pueden ser igualados con los cinco estadios secuenciales de cambio (Prochaska y Diclemente, 1984): precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

## **CAPITULO 4. REPORTE DE ESTUDIO DE CASO UNICO**

### **REPORTE DE ESTUDIO DE CASO ÚNICO:**

*APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS (PEREU) A UNA PACIENTE CON DEPENDENCIA AL ALCOHOL.*

**NOMBRE DE LA PACIENTE: “Juanita”**

### **MOTIVO DE CONSULTA**

La paciente de 45 años de edad, divorciada, ama de casa, desempleada, residía en el D.F y fue referida del Centro de Servicios Psicológicos dependiente de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M), donde se le canalizó al Programa de Conductas Adictivas de la misma Facultad.

En Agosto de 2007, “Juanita” ingresó al Hospital de Psiquiatría “Fray Bernardino Álvarez”, permaneciendo durante 12 días a causa de una ingesta excesiva de alcohol y un episodio moderado de depresión, por lo que se le proporcionó tratamiento antidepresivo para esta sintomatología y posteriormente, egresó por mejoría. Después de haber sido internada, logró mantenerse sin consumir durante los siguientes tres meses aproximadamente y por último, decidió buscar ayuda profesional en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología en Noviembre de 2007.

El motivo por el que acudió al Centro de Servicios Psicológicos fue el consumo de alcohol, que lo inició a los 16 años de edad, había sido consumidora desde hacía 29 años y a partir de los últimos 2 años lo identificó como un problema significativo, porque experimentó problemas en las diferentes áreas de su vida. A nivel físico presentó problemas, tales como daño hepático y renal, lagunas mentales y alteraciones cardiovasculares. A nivel emocional, reportó sentirse mal consigo misma, culpable de todo, ansiosa, deprimida, insegura, indecisa, rechazada, insatisfecha con su estilo de vida,

autoestima baja, dificultad para el control de sus emociones lo cual le causó violencia física y verbal hacia sus hijos, madre y pareja principalmente.

El consumo que presentó durante los últimos dos años se fue incrementando considerablemente, inicialmente fue de dos tragos estándar por ocasión cada ocho días, hasta llegar a consumir durante los últimos doce meses 9 tragos estándar de tequila por ocasión de lunes a sábado y los domingos 16 tragos. La paciente manifestó que consumía sola y los domingos en ocasiones consumía con su pareja, con la cual, ya alcoholizados discutían y ella lo violentaba verbalmente. Por otra parte, desde que el consumo se convirtió en un problema, hizo un intento por dejar de beber, en el año 2005, logrando mantenerse durante un mes sin consumir alcohol. Sin embargo, mencionó que se sentía muy mal por la situación que llevaba, con sentimientos tales como el miedo e insatisfacción por el estilo de vida, por consiguiente empezó a consumir y poco a poco fue incrementando la cantidad, hasta llegar al patrón de consumo mencionado anteriormente referente al mes de Agosto del 2007.

Dentro del área social presentó problemas con sus familiares y amigos, se aislaba de todos y en ocasiones propiciaba las discusiones para quedarse sola y de esta manera poder consumir alcohol, era violenta verbalmente con sus hijos, amigos y pareja. Sus hijos empezaron a perder la confianza en ella, principalmente su hijo, quien prefería no verla, asimismo recibió violencia verbal de parte de su madre y tuvo constantemente fuertes discusiones con sus parejas, incluyendo la última, al punto de llegar a la violencia física en una ocasión. En el área laboral fue despedida de sus dos anteriores empleos, los dos referentes al trabajo doméstico donde duró en el primero casi 13 años y en el segundo tres, por llegar en estado de ebriedad y en ocasiones por faltar más de una semana como resultado de beber. Cuando llegó al Programa de Conductas Adictivas, llevaba 6 meses sin laborar.

De la misma forma, "Juanita" identificó los pensamientos anteriores al consumo, tales como: "la gente sólo me usa", "mi madre me rechaza", "no me entienden", "a quién le importo", "si tomo, es para olvidarme un poco", así como los sentimientos que experimentó, que eran de tipo negativo tales como miedo, inseguridad, soledad, ansiedad, desesperación e impotencia de no poder expresar lo que sentía.

Finalmente, los motivos que tuvo la paciente para mantenerse sin consumir alcohol fueron tanto sentirse bien en todas la áreas de su vida y recuperar la confianza de sus hijos como estar bien con su pareja, de tal modo que su meta prioritaria fue mantener el cambio de su consumo, es decir, mantenerse en estado de abstinencia.

## **EVALUACIÓN REALIZADA POR MEDIO DE CUESTIONARIOS**

### **EVALUACIÓN**

Con la evaluación se tuvo por objetivo, involucrar un conjunto de procedimientos diseñados para establecer la información de la línea base sobre la dependencia al alcohol, evaluar la disposición de la paciente, asimismo, utilizar como herramientas de planeación del tratamiento individualizado de Prevención Estructurada de Recaídas (PEREU), la identificación de las situaciones de alto riesgo de la paciente para el uso de alcohol, sus fortalezas y debilidades de enfrentamiento. Además, de recabar información de la paciente acerca de su funcionamiento psicosocial.

## **DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

### **ENTREVISTA INICIAL**

Este instrumento es una entrevista inicial que consiste en recabar información de salud física, situación laboral, historia del consumo de la sustancia y consecuencias adversas asociadas al uso de la sustancia, tales como problemas a nivel cognitivo (pérdidas de memoria, olvido, confusión, dificultad para pensar), problemas emocionales (incluyendo cambios de estado de ánimo, cambios en la personalidad), problemas interpersonales (aquellos que involucran a la familia o amigos), violencia física o verbal, problemas laborales, legales (cargos, arrestos, etc.), problemas de salud (incluyendo sobredosis), y problemas financieros / monetarios.

### **ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (EDA- 25)**

Esta escala fue desarrollada originalmente por Skinner y Allen (1982), diseñada para medir dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Se adaptó y tradujo con estudiantes universitarios mexicanos por Quiroga y Vital (2003c).

El estudio realizado por Skinner y Allen (1982) con una muestra de 225 personas que solicitaban tratamiento (edad promedio de 38 años, 20% mujeres), en el cual utilizaron la versión original de la EDA con 29 reactivos, desarrollado por Horn y Wanberg en 1969. La versión revisada de la EDA correlacionó muy alto con la versión original ( $r= 0.96$ ) de ahí que se pueda considerar que los datos reportados por Skinner y Allen con la versión original se pueda generalizar a la versión de 25 reactivos.

Este instrumento con 25 reactivos tipo likert, referentes al consumo de alcohol para los últimos doce meses, permite evaluar el nivel de dependencia que presenta el usuario a la sustancia, los resultados posibles que arroja este cuestionario van de un nivel leve de dependencia, hasta una dependencia

severa. Es ampliamente utilizada como una herramienta clínica y de investigación.

Los datos de confiabilidad test- retest los obtuvieron Skinner y Horn (1984), basándose en el estudio de Wanberg realizado en 1977. Ellos utilizaron el Inventario de Consumo de Alcohol y estimaron la confiabilidad test- retest en 0.92, utilizando 76 personas a las que se les aplicó nuevamente el instrumento después de una semana de terapia. La consistencia interna es alta tanto en el trabajo de Skinner en 1982 ( $\alpha = 0.92$ ) como en el de Kivlahan en el año de 1989 ( $\alpha = 0.85$ ).

Esta escala, como ya se mencionó, es un instrumento derivado de una escala mayor y no fue desarrollada con el objetivo de medir dependencia al alcohol. Sin embargo, la EDA, cubre la mayoría de eventos asociados con la dependencia.

Los trabajos de Skinner y Allen (1982) demostraron que esta escala se asocia positivamente con medidas similares del MAST ( $r = 0.69$ ) y se relaciona con otras medidas de dependencia como el DSM-III ( $r = 0.58$ ).

## **LÍNEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)**

La línea base retrospectiva (LIBARE) elaborada por Sobell y Sobell (1992), es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario durante un año antes de iniciado el tratamiento, durante y después del tratamiento. Fue traducida y adaptada de la versión Alcohol Timeline Followback (Sobell & Sobell, 2000, 2003) para la población mexicana por Quiroga y Vital (2003). Presenta una confiabilidad test- retest de .91. La correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de .82.

Por objetivo tiene la medición de la conducta de consumo de sustancias adictivas antes, durante y después del tratamiento. Evalúa cambios específicos en el patrón antes del tratamiento, permite identificar datos como: frecuencia,

cantidad y duración del consumo. Tiene validez concurrente, con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST) muestra correlaciones de .53.

Este método ha sido probado en periodos de hasta 12 meses. Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tienen una dependencia severa.

### **INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCD-ALCOHOL-50)**

Este instrumento fue elaborado por Annis, Graham y Davis (1982) y consta de 50 reactivos que permiten identificar las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol.

Fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003e) en estudiantes universitarios. Consta de 50 reactivos de tipo likert, los reactivos se agrupan en ocho categorías. Para utilizar el ISCD-A-50 en México, se siguió un procedimiento similar al empleado para adaptar el IDS por Echeverría, Oviedo y Ayala en 1998. Esto es, un equipo de psicólogos revisó cada ítem en el idioma original y se discutieron los aspectos culturales de cada pregunta, así como los aspectos técnicos (médicos, psicológicos y/o sociales), se mantuvo un lenguaje simple y claro. Posteriormente, un traductor realizó una revisión final del trabajo conjuntamente con el grupo de especialistas. Se hizo un análisis de los resultados y consecutivamente, se piloteó el instrumento utilizando una muestra de 36 personas formada por el 66% del sexo masculino y 37% del sexo femenino, mayores de 18 años, con patrones de consumo excesivo y con un nivel educativo mínimo de licenciatura.

Dicha investigación, muestra que el ISCD-A-50 tiene confiabilidad y validez.

Los puntajes de las ocho subescalas conformaron una distribución normal, mostraron confiabilidad y validez de contenido aceptable

representando el universo de situaciones de recaída en usuarios bebedores problema. Su objetivo es evaluar las situaciones de riesgo al consumo en el paciente.

Las categorías de situaciones de consumo de alcohol, divididas en dos grupos: las situaciones personales, en las que el beber involucra una respuesta a un evento físico o psicológico y se subdivide en cinco categorías, que incluyen los siguientes reactivos: 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando el Autocontrol y 5) Impulsos/Tentaciones.

El segundo grupo de situaciones involucra a terceras personas y se subdivide en tres categorías: 6) Conflicto con Otros; 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros.

Se interpreta obteniendo un índice del Problema, dado que los puntajes porcentuales de cada subescala, por ejemplo un puntaje de 0% indica que nunca bebió en exceso estando en esa situación y no representa para el usuario un riesgo de consumo; en tanto que uno de entre 67 y 100% indica consumo excesivo frecuente ante esa situación y es de alto riesgo. Se jerarquiza los puntajes a partir de los más altos y los tres más elevados indican las áreas de mayor riesgo para el consumo en exceso.

## **ALGORITMO PARA EL COMPROMISO DEL CAMBIO (ACC-A)**

El Algoritmo para el Compromiso para el Cambio (ACC-A), fue desarrollado por Annis y sus colaboradores en 1996 y traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003a), 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 la sustancia durante los últimos 30 días y no se está considerando dejarla en los próximos 30 días), contemplación (uso de la sustancia durante los pasados 30 días pero está considerando dejarla en los próximos 30 días), preparación (uso de la

sustancia durante los pasados 30 días pero llevó a cabo por lo menos un intento mínimo de 11 días de abstinencia continua, para dejarla en los últimos 30 días) , acción (mantenerse continuamente abstinentes durante los pasados 30 días) y mantenimiento (mantenerse continuamente abstinentes por más de 60 días).

## **CUESTIONARIO DE CONFIANZA PARA EL CONSUMO DE DROGAS - ALCOHOL- (CCCD-A-50)**

Este cuestionario fue elaborado por Annis y Graham en 1987, evalúa el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol ante ocho categorías; Emociones Desagradables (ED), Malestar Físico (MF), Emociones Agradables (EA), Probando mi Control sobre el Consumo de Alcohol o las Drogas (PC), Impulsos/ Tentaciones (IT), Conflictos con Otros (CO), Presión Social (PS) y Momentos Agradables con otros (MA).

Su objetivo es valorar a partir del tratamiento, la autoeficacia del usuario ante situaciones específicas de consumo de alcohol descritas en 50 reactivos tipo likert, en los cuales algunas personas han experimentado un consumo problemático.

Fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003b). Para utilizar el CCCD-A-50 en México, se siguió un procedimiento similar al empleado por Echeverría, Oviedo y Ayala en el año de 1998. Esto es, un equipo de psicólogos, realizaron una discusión de los aspectos culturales, técnicos (médicos, psicológicos y/o sociales). Posteriormente, se realizó conjuntamente con un traductor y especialistas en dichas áreas, un análisis de los resultados. Por último, se piloteó el instrumento utilizando una muestra que quedó formada por 36 sujetos, 66% del sexo masculino y 34% del sexo femenino, mayores de 18 años, con patrones de consumo excesivo y con un nivel educativo mínimo de licenciatura. Las ocho categorías conformaron una distribución normal, la validez de constructo fue adecuada al correlacionar cada categoría con medida de consumo pudiendo predecir situaciones de recaídas. Dichas categorías fueron confiables para administrarse a individuos bebedores excesivos.

## RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

### ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (EDA- 25)

En la siguiente tabla se muestra que "Juanita" obtuvo un puntaje de 22, que corresponde a un nivel de dependencia media, por situarse en el cuartil que va de 22 a 30 puntos, como se muestra en la siguiente tabla.

CUARTIL	NIVEL DE DEPENDENCIA
1-13	LEVE
14-21	MODERADA
22-30	MEDIA
31-47	SEVERA

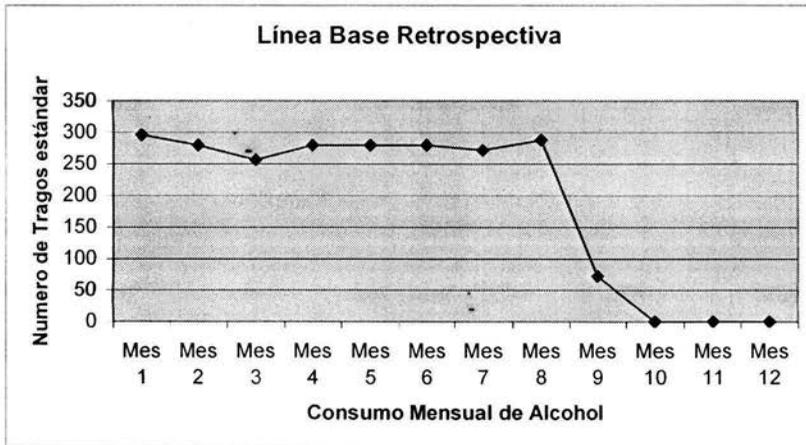
TABLA 1. Muestra el Nivel de Dependencia que la paciente presentaba tres meses antes de iniciar el tratamiento.

### LÍNEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)

Los resultados obtenidos (frecuencia, duración y cantidad) que se muestran a continuación, corresponden al patrón de consumo que la paciente presentaba tres meses antes de comenzar el tratamiento y fueron los siguientes:

LIBARE. PATRON DE CONSUMO	
✓ Días de consumo: 252	
✓ Días de Abstinencia: 113	
✓ Cantidad de tragos estándar en un año: 2304	
✓ Promedio de consumo al mes: 192	
✓ Promedio de consumo al día: 9.14	
✓ Porcentaje de días de abstinencia: 30.95%	
✓ Consumo moderado: 0%	
✓ Porcentaje de días de consumo excesivo : 59.17%	
✓ Porcentaje de días de consumo muy excesivo : 9.86%	-

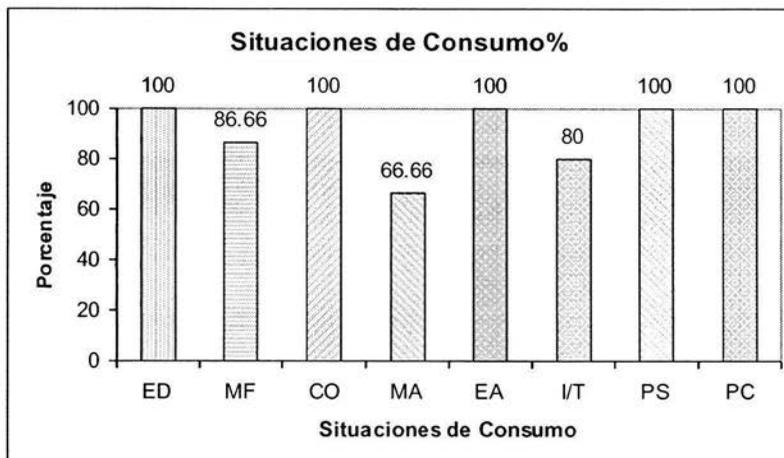
TABLA 2. Muestra el Patrón de Consumo que presentó la paciente en los últimos 12 meses correspondientes.



Gráfica 1. Línea Base Retrospectiva. Muestra el consumo de alcohol en copas estándar de "Juanita", en los últimos 12 meses anteriores al tratamiento.

## INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCD-ALCOHOL-50)

En la gráfica 2, se observan las siguientes situaciones en las cuales se observa un perfil indiferenciado, donde la paciente tuvo un puntaje alto en las siguientes: 1) Emociones desagradables 2) Conflicto con Otros 3) Emociones Agradables 4) Presión Social para el Uso y 5) Probando el Control Personal sobre el Consumo de Alcohol.



Gráfica 2. Muestra las situaciones de riesgo con el mayor puntaje, considerando el periodo en que la paciente consumía.

Cabe mencionar que debido a que se obtuvo un perfil indiferenciado, posterior a esta evaluación se le proporcionó ayuda a “Juanita” para poder jerarquizar las tres situaciones de consumo consideradas más importantes para ella, a través de un análisis funcional de un episodio de consumo.

#### **ALGORITMO PARA EL COMPROMISO DEL CAMBIO –ALCOHOL (ACC-A)**

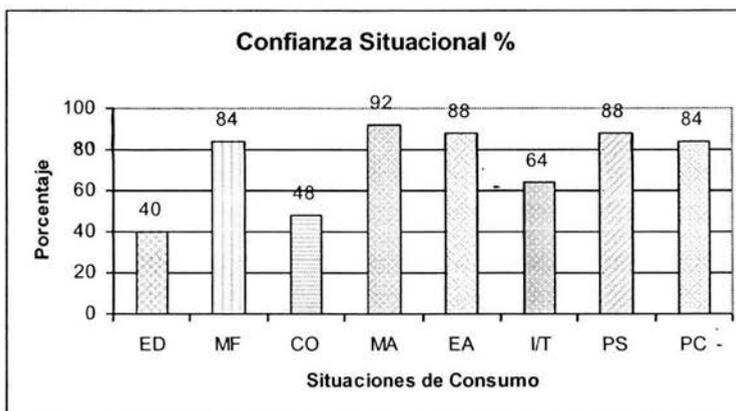
ESTADIO DE CAMBIO	CARACTERÍSTICAS
Mantenimiento	Mantenerse continuamente por más de 60 días o adherirse con éxito a los límites superiores del consumo moderado por más de 60 días.

El estadio de la paciente es: Mantenimiento, lo que significa que el tratamiento partirá de las Sesiones de Mantenimiento correspondientes al Componente 5 del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios.

#### **CUESTIONARIO DE CONFIANZA PARA EL CONSUMO DE DROGAS-ALCOHOL- (CCCD-A-50)**

Es importante aclarar que para esta evaluación “Juanita” ya se encontraba en periodo de abstinencia de aproximado de 3 meses, se puede observar que la paciente obtuvo un porcentaje de seguridad bajo para resistir el consumo en : 1) Emociones Desagradables 2) Conflicto con Otros 3) Impulsos y Tentaciones.

Los resultados obtenidos, durante la primera sesión referentes al nivel de confianza situacional, fueron los siguientes:



Gráfica 3. Muestra el nivel de confianza de la paciente para resistir la necesidad de beber en exceso ante las situaciones en las que se ha experimentado un consumo problemático.

## DIAGNÓSTICO

Con base a los datos de la evaluación se demuestra que la paciente cubre con los criterios establecidos para ingresar al Programa de Prevención Estructurada de Recaídas, esto es: un patrón de consumo promedio de 9 copas estándar al día, un promedio de 192 copas estándar al mes, un nivel de dependencia media y una historia de consumo problemático con consecuencias negativas a nivel físico, psicológico, laboral y social, todos éstos, presentados en los últimos doce meses anteriores al tratamiento.

## FORTALEZAS Y DEFICITS

Las fortalezas que presenta la paciente, fueron la motivación, que le había ayudado a mantenerse en un periodo de abstinencia por más de 60 días, lo que le permitió tener buena disposición para seguir trabajando en su mantenimiento, el interés por mejorar su calidad de vida y sus relaciones con familiares, pareja e hijos, las habilidades para rechazar el consumo.

Las debilidades que la paciente manifestó fueron: falta de asertividad, poco control para manejar sus emociones y dificultad para solucionar problemas.

## TRATAMIENTO

El Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios tiene como objetivo en este caso, permitir a la paciente el mantenimiento del cambio en su consumo, los principales componentes utilizados se muestran resumidos dentro del siguiente plan de intervención:

FASE INICIAL	FASE INTERMEDIA	FASE FINAL				
<p><u>EVALUACIÓN</u></p> <p><b>OBJETIVOS:</b> Obtener Información a través de una evaluación clínica completa de la paciente acerca del funcionamiento psicosocial, historia y patrón del consumo de alcohol, consecuencias, evaluar la disposición de la paciente para el PEREU e identificar sus fortalezas de enfrentamiento y debilidades.</p> <p><b>Tareas a realizar:</b> Aplicación de los siguientes instrumentos de evaluación:</p> <p><u>COMPONENTE 1</u></p> <table border="1" data-bbox="117 917 378 1159"> <tr> <td data-bbox="117 917 240 1015">Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25)</td> <td data-bbox="240 917 378 1015">Línea Base Retrospectiva-Alcohol (LIBARE)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="117 1015 240 1159">Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCD-A-50)</td> <td data-bbox="240 1015 378 1159">Algoritmo para el Compromiso del Cambio-Alcohol (ACC-A)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>1 SESIÓN</b></p>	Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25)	Línea Base Retrospectiva-Alcohol (LIBARE)	Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCD-A-50)	Algoritmo para el Compromiso del Cambio-Alcohol (ACC-A)	<p><u>INTERVENCIÓN A NIVEL PREVENTIVO (TRATAMIENTO)</u></p> <p><b>OBJETIVOS:</b> Proporcionar a la paciente una retroalimentación de los resultados obtenidos en la evaluación, determinar la problemática, establecer un plan de intervención preventiva individualizado e involucrar de manera total a la paciente en él, enseñar las destrezas de enfrentamiento para entrar en situaciones de riesgo pre-planeadas y Mantener el no consumo.</p> <p><b>Tareas de Intervención Preventiva :</b></p> <p><u>COMPONENTE 3</u></p> <p>Establecer un plan de Intervención Preventiva individualizado (Tratamiento)</p> <p><u>COMPONENTE 5</u></p> <p><b>MANTENIMIENTO DEL CAMBIO</b> Enseñar las siguientes destrezas de enfrentamiento: Relajación Enfrentar los Deseos Intensos Estrategias iniciales de enfrentamiento Manejo del enojo Asertividad Enfrentar la ansiedad Enfrentar sentimientos Desagradables y traumas Solución de problemas Incremento del apoyo social</p> <p style="text-align: center;"><b>6 SESIONES</b></p>	<p><u>Seguimiento</u></p> <p><b>OBJETIVOS:</b> Monitorear el mantenimiento del cambio en la paciente, después de la intervención preventiva.</p> <p>* No fue posible realizar el seguimiento debido al cambio de domicilio de la paciente, no se logró localizarla consecutivamente.</p>
Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25)	Línea Base Retrospectiva-Alcohol (LIBARE)					
Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCD-A-50)	Algoritmo para el Compromiso del Cambio-Alcohol (ACC-A)					

## DESARROLLO POR SESIONES

El tratamiento se desarrolló en 7 sesiones de mantenimiento a continuación descritas:

## SESIÓN 1. EVALUACIÓN

La sesión inició con la presentación de la paciente–terapeuta, seguida del establecimiento del rapport, invité a “Juanita” a que hablara acerca de sus principales motivos por los que deseaba el tratamiento, a lo cual comentó que fue principalmente por sus hijos, para que volvieran a confiar en ella, y porque su amor era más grande y no quisiera perderlos, además de que quiso cambiar para sentirse mejor en todos los aspectos de su vida. La paciente se mostró muy motivada, con mucha disposición para continuar con la entrevista inicial, de la cual se obtuvieron sus datos personales, funcionamiento psicosocial, así como los antecedentes e historia del consumo de alcohol y sus respectivas consecuencias, siendo éstas más de tipo negativo a nivel físico, laboral, familiar, social.

Se obtuvo la siguiente información conjuntamente con la paciente:

- ✓ La clasificación dentro de uno de los cinco estadios de cambio basados en el modelo de Prochaska y Diclemente por medio del ACC-A.
- ✓ Frecuencia, cantidad y duración en relación al patrón de consumo que presentó con anterioridad, a través de la LIBARE.
- ✓ Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol por medio del ISCD-50.
- ✓ El nivel de dependencia que presentaba “Juanita” mediante la EDA-25.

## SESIÓN 2. BALANCE DECISIONAL

En esta sesión “Juanita” comentó que se sintió motivada para continuar sin consumir alcohol, y contenta por haber asistido al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología para tratar su caso, posteriormente, se le proporcionó a la paciente retroalimentación acerca de la información obtenida a través de la evaluación.

Se exploraron junto con ella sus disparadores, permaneció muy interesada en sus resultados y se le invitó a que hablara acerca de sus razones

principales para el cambio y se le ayudó a fortalecer la decisión para mantenerse sin uso de alcohol, mediante el balance decisional, este ejercicio tuvo como finalidad el manejo de ambivalencia referente al cambio, del cual resaltan los siguientes datos:

### BALANCE DECISIONAL

<b>MANTENER SU NO CONSUMO DE ALCOHOL</b>	
<b>VENTAJAS DE MANTENER SU ABSTINENCIA</b>	<b>DESVENTAJAS DE MANTENER SU ABSTINENCIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuperar la confianza de mis hijos</li> <li>- Convivir más con mis hijos</li> <li>- La abstinencia representa una forma de demostrarles que los amo</li> <li>- Encontrar un mejor empleo</li> <li>- Sentirme mejor en mi salud, con mi familia,</li> <li>- Evitar agresiones físicas y verbales con las personas que quiero.</li> <li>- Ser mejor madre</li> <li>- Que mis hijos se sientan orgullosos de mi</li> <li>- Que me sienta más tranquila con ellos y mi familia</li> <li>- Que pueda solucionar mejor mis problemas</li> <li>- Poder ayudar a mi pareja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambiar la relación con mi actual pareja</li> <li>- Miedo de caer en la tentación</li> </ul>
<b>NO MANTENER SU ABSTINENCIA DE ALCOHOL</b>	
<b>VENTAJAS DE NO MANTENER SU ABSTINENCIA</b>	<b>DESVENTAJAS DE NO MANTENER SU ABSTINENCIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar el alcohol como una forma de darme fuerzas para defenderme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir en lo mismo, sentirme mal siempre</li> <li>- Estar mal con mis hijos y mi nieta</li> <li>- Darle mal ejemplo a mi nieta</li> <li>- Seguir agrediendo a mi pareja</li> <li>- No recuperar la confianza de mis hijos</li> <li>- Miedo a quedarme sola, porque ellos me rechacen por beber.</li> <li>- No encontrar un trabajo mejor</li> </ul>

Se pudo concluir al final de la sesión que se observaron más ventajas en el mantenimiento de su abstinencia, la paciente pudo notar hacia dónde estaba dirigida su balanza decisional, lo que la motivó aún más a participar en este tratamiento.

### **SESIÓN 3. PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO**

En esta sesión se involucró de manera total a “Juanita” al programa, se le describió la forma en que sería llevado el tratamiento, se le comentó a la paciente que el tratamiento se hacía entre ambas partes (paciente-terapeuta), es decir, que las dos trabajaríamos encaminadas al mantenimiento de su abstinencia, se realizó la firma del contrato individual paciente-terapeuta (**Anexo 1**), y se discutieron los puntos esenciales de éste, la paciente estuvo de acuerdo con la forma en que sería llevado el tratamiento, comentó que le gustó mucho la idea de poder tener un tratamiento individualizado y que ella participara de manera activa.

Una vez firmado el contrato de tratamiento se le proporcionó a la paciente una copia impresa de su ISCD-A-50 (**Anexo1**), ella observó los resultados y confirmó los datos obtenidos, en los cuales se obtuvo un perfil indiferenciado por lo cuál se le ayudó a diferenciarlo con un análisis funcional de un episodio de consumo para ayudarle a identificar la presencia de los disparadores y consecuencias , asimismo, se le invitó a jerarquizar las tres situaciones más significativas para ella, las cuales se muestran de la siguiente manera:

**Emociones Desagradables:** enojo, depresión, ansiedad, rechazo, soledad.

**Conflicto con Otros:** discusiones con sus hijos, madre y pareja, despidos laborales, etc.

**Impulsos y Tentaciones:** deseos intensos por consumir.

Posteriormente, se le invitó a que se completara (paciente-terapeuta) el formato para identificar las situaciones de consumo de sustancias y que

reportara ejemplos de incidentes específicos del problema de beber que experimentó, entre ellos destaca el siguiente:

Problema más frecuente: <b><u>Emociones desagradables: enojo, ansiedad</u></b>
Antes de usar:  <b><u>¿Dónde estaba?</u></b> "Estaba en mi casa, en la sala ,era de noche"  <b><u>¿Estaba alguien más presente?</u></b> "Sí, Jesús, mi actual pareja, estábamos los dos solos "  <b><u>¿Estaban otros bebiendo o estaba usando drogas?</u></b> "No sólo estábamos nosotros, pero estábamos bebiendo porque nos sentíamos mal y quisimos un trago "  <b><u>¿Cómo se estaba sintiendo?</u></b> "Mal, porque estaba en mi casa y mi hija no sabía que estaba tomando con Jesús, me empecé a sentir culpable, pero también me empecé a enojar por que así como he engañado a mis hijos, a mi también me han engañado, me empecé a sentir peor, me sentí usada por todos."  <b><u>¿Qué estaba pensando?</u></b> " Que tal vez Jesús me engañaba también."  <b><u>Describe lo que pasó para que su uso se disparara:</u></b>  "Me empiné la botella, y le dije que así como todos me han usado, él también me ha de andar engañando con alguna mujer y agarré unas tijeras, pues me sentí harta de todo y Jesús me golpeó, lo corrí de la casa , le dije groserías y él empezó a romper vidrios, tomé más y lo seguí insultando , al día siguiente le tuve que mentir a mi hija diciéndole que había sido yo la que había hecho todo ese desastre, y me sentí muy mal que ni quise levantarme en todo el día."  <b><u>¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir?</u></b>  "Decirle a mi pareja, de cómo me he sentido usada por mi madre, mi ex esposo, y hablarle de mi inseguridad en la relación que llevamos, porque a veces tengo miedo de que me engañe, pero de una manera calmada que no hubiéramos tomado tanto."

Cabe mencionar que la paciente en abstinencia, se encontró motivada para seguir sin consumo, por lo que consideró que las destrezas que se acordaron a continuación fueron pertinentes para ella, además de explicarle la forma en que cada una de éstas se relacionan con su problema. Las destrezas más sobresalientes establecidas entre paciente- terapeuta con base a la

jerarquización previa de sus situaciones de riesgo para consumir (Emociones Desagradables, Conflicto con Otros e Impulsos y Tentaciones) son las siguientes:

1. Relajación
2. Enfrentar los deseos intensos
3. Estrategias iniciales de enfrentamiento
4. Manejo del enojo
5. Asertividad
6. Enfrentar la ansiedad
7. Enfrentar sentimientos desagradables y traumas
8. Solución de problemas
9. Incremento del apoyo social

Al término de la sesión, se le explicó la importancia y beneficios de realizar la tarea de monitoreo diario (**Anexo 1**), que se utiliza para llevar un registro de cualquier situación de riesgo, consumo de alcohol o uso de droga, impulsos y/o tentaciones que sucedan, ayudándole a la paciente a obtener un cuadro global de los logros, permitiéndole identificar con qué recursos cuenta para alcanzar sus metas y que le ayudan a regularse.

Se le invitó a establecer su meta semanal que correspondió a mantenerse sin consumo, la paciente se mostró dispuesta a llevarla a cabo, se observó motivada y comentó que la tarea del monitoreo diario, la iba a utilizar como una alternativa más, para estar ocupada y que pudiera expresar cosas que traía dentro y que no le era fácil externar.

#### **SESIÓN 4. FASE DE MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA**

Esta sesión fue reducida en tiempo, debido a que la paciente tuvo cita con su médico (por motivos de enfermedad física, los cuales no están relacionados con el consumo de alcohol), se le aplicó el cuestionario de confianza situacional por encontrarse ya en un periodo de abstinencia, la paciente se mostró colaboradora en la aplicación, y se le explicó que los datos

que se obtuvieran, nos brindarían un panorama mejor acerca de su autoeficacia, que es la percepción de confianza que tiene una persona para ejecutar una conducta en una situación específica, en este caso para resistirse a consumir ante las situaciones de riesgo a las que se puede exponer. Primeramente, se revisó la tarea del monitoreo diario, del cual se observó que la paciente logró su meta de seguir en abstinencia, por lo tanto, el monitoreo diario le permitió a la paciente identificar sus estrategias iniciales con las que contaba, principalmente con un estilo de evitación.

La paciente comentó que después de la revisión que hicimos juntas de las situaciones de riesgo, empezó a ser más observadora y a pensar constantemente en su meta, por su principal motivo, que eran sus hijos, los que le daban fuerza para seguir, comentó que tuvo dos situaciones riesgosas en la semana, una de ellas, fue una discusión con su madre, de la cual se sintió muy triste, pero decidió salirse a caminar y ya cuando llegó a su casa, optó por irse a acostar y ver la tele, al día siguiente se fue con su pareja a pasear y hablaron de beber cervezas, pero ella recordó que traicionaría a sus hijos si cedía y pensó en que también su pareja necesita ayuda y los dos decidieron no beber y ayudarse mutuamente, prefiriendo irse a comer. En ese momento, se le reconoció el haber pensado en las consecuencias negativas de un posible consumo con el fin de evitar la situación, posteriormente, se le explicó la utilidad de trabajar con los pensamientos y cómo influyen en nuestra conducta, en este caso, ella se dio cuenta cómo influían los pensamientos negativos en su consumo y se le invitó a seguir utilizando esta estrategia.

Mencionó que este estilo de enfrentamiento (evitación) o de pensar en las consecuencias negativas del consumo, le funcionaron para mantenerse, pues reconoció que al estar sobria pudo manejar mejor las situaciones que le causaron conflicto. Se le reconoció a la paciente estas estrategias que ha utilizado durante ese periodo de abstinencia.

En la parte final de la sesión se le enseñó la estrategia de relajación en la cual se le explicaron los beneficios de ésta para practicar en casa y ante esas situaciones de ansiedad y/o tentaciones que experimentó, por lo que se le

pidió a “Juanita” que se colocara en una posición cómoda en el sillón, sin cruzar brazos y piernas y con los ojos cerrados para posteriormente iniciar con ejercicios de respiraciones profundas, una vez que la paciente logró tales respiraciones , proseguimos con la etapa de tensión y distensión muscular , donde se le indicó a la paciente tensar con fuerza toda la musculatura de su cuerpo manteniéndola durante unos segundos posteriormente, se le pidió que relajara todos los músculos y finalmente tomara una respiración profunda, posteriormente, se le indicó a “Juanita” que repitiera este ejercicio varias veces con el fin de que lograra un estado de relajación y sentimiento de bienestar, poco a poco se le pidió que se fuera incorporando tranquilamente sin ningún movimiento brusco y que fuera tomando conciencia de los sonidos del lugar, y de su cuerpo para finalizar el ejercicio abriendo los ojos lentamente. Durante la relajación, “Juanita” se mostró cooperativa ante esta destreza y se pudo notar al final un logro positivo en su estado de relajación, ella comentó el efecto agradable que le produjo el haber realizado esta actividad asimismo, se le enseñaron estrategias iniciales de enfrentamiento para el rechazo de alcohol por la importancia que tuvieron estas estrategias para el mantenimiento de su abstinencia, la paciente tomó nota en una libreta que llevaba consigo cada sesión y comentó que algunas de las acciones que forman parte de estas estrategias ella las realizó durante el tiempo en que aún no formaba parte del programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios como por ejemplo, haber buscado apoyo con sus hijos y pareja, tirar botellas de alcohol que tenía en casa, salirse a caminar, cuidar a su nieta o buscar alguna actividad en casa, como el lavar los trastes para mantenerse activa. Por tal motivo, se le atribuyeron estas habilidades iniciales y se le reconoció el haberlas empleado.

En el cierre de la sesión se determinaron sus respectivas tareas como el monitoreo diario, el plan semanal (**Anexo 1**) y se le invitó a poner en práctica las estrategias enseñadas.

## SESIÓN 5

Se observó que la paciente llegó con un estado de ánimo negativo, ella comentó que se sentía triste, debido a que tuvo nuevamente una discusión con su madre, dice que se sintió rechazada por ella desde que era niña, y empezó a hablar de cómo vivió su niñez, relata que se sentía siempre mal por su físico, que su madre descalificaba su persona, después de seguir hablando de la etapa que vivió a lado de su madre, lloró y mencionó que hacía mucho tiempo que no lograba descargar todos estos sentimientos que gracias a este tratamiento, decidió empezar a externar sus emociones, durante el llanto, permanecí al pendiente de ella, en silencio dejé que externara sus sentimientos, después de notarla más tranquila, le pregunté cómo podía sentirse mejor, a lo que ella respondió que el externar sus emociones desagradables, le costaba mucho trabajo y que le hacía falta llorar para sentirse más tranquila y que en esta ocasión lo logró, la invité a que mencionara si existían más situaciones que le produjeran emociones desagradables, ella respondió que siempre fue muy enojona con sus hijos, pero que deseó cambiar esta manera de reaccionar porque sabía que le afectaba y que anteriormente enojarse fue un motivo más para beber.

Se revisó la asignación de tareas para esta sesión, se le felicitó por no consumir y se le reconocieron las estrategias iniciales de enfrentamiento utilizadas, como el haber tirado bebidas alcohólicas y pedirle ayuda a su hija para que no hubiera ninguna señal de alcohol en la casa, haber hablado con su pareja y apoyarse entre los dos. Cabe mencionar, que la paciente preguntó en la sesión acerca de la posibilidad de asistir a un grupo de autoayuda como una estrategia más, por lo que se le comentó que si ella lo deseaba o si tenía interés, se le apoyaría y que el grupo de autoayuda funcionaría sólo para tener un mayor apoyo de red social después del tratamiento.

De este modo, por considerar las situaciones y emociones que experimentó durante la semana, anteriormente mencionadas, se le enseñaron las destrezas de manejo del enojo y enfrentamiento de los deseos intensos, ya

jerarquizadas y pertinentes para ese momento, en las cuales "Juanita", participó interesada y colaboró positivamente en ellas, exponiendo las situaciones en las que no logró manejar su enojo así como en las que sintió la necesidad de consumir alcohol, se le invitó a realizar las estrategias enseñadas, explicándole la importancia de seguirlas practicando y ponerlas en acción cuando era necesario. Se notó una mejoría significativa en su estado de ánimo.

Al final de la sesión, se establecieron sus respectivas tareas para la semana y se elaboró el siguiente plan semanal de la fase de mantenimiento, el cual es un formato que le permitió a la paciente, una forma de planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia, ayudándole a describir la situación disparadora y su posterior plan de enfrentamiento específico, en el que registró sus resultados obtenidos y propuso nuevas estrategias de acción para futuras situaciones similares.

#### ESTRATEGIA DE MANEJO DEL ENOJO (EJERCICIO PRÁCTICO)

Describe una situación dónde ha sentido enojo	"Un día que mi hija abrió un garrafón del agua, que estaba nuevo, siendo que había ya uno abierto, me enojé mucho y la empecé a insultar".
¿Cuáles fueron las señales físicas del enojo?	"Sentí los músculos de la cara tensos, me puse roja, y levanté la voz, me sentía muy agitada".
¿Cómo reacciona en esta situación?	"Empecé a insultar a mi hija, diciéndole cosas que no tenían caso a decirle que siempre hacía lo mismo, que era tonta, me alteré bastante".
¿Qué estilo de enojo expresó?	"Exagerado para la situación".
¿Cómo planea manejar situaciones similares en el futuro? (específico)	"Primero calmarme, respirar y tratar de no alzar mi voz, no ver las situaciones tan exageradamente, no ver solo lo malo, no insultar a mi hija, evitar malas palabras y tratar de no decir cosas que la puedan ofender, o de plano salirme a caminar o con mi amiga, subirme al cuarto o distraerme en lo que se me pasa".

## PLAN SEMANAL-FASE DE MANTENIMIENTO

Asignación de tarea para la CASA Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia.	Reporte de Resultados
<p><b><u>Describe la situación Disparadora:</u></b></p> <p>"Tiene que ver con los impulsos y tentaciones, esta semana hay una reunión con los amigos del trabajo de mi pareja"</p> <p><b>Experiencia Planeada:</b></p> <p><b><u>¿Cuándo?</u></b> El miércoles</p> <p><b><u>¿Dónde?</u></b> "En casa de un compadre de Jesús"</p> <p><b><u>¿Quién estará presente?</u></b> "Jesús (mi pareja), compadre de Jesús, amigos del trabajo de Jesús y yo."</p> <p><b>PLAN DE ENFRENTAMIENTO (sea específico, describa exactamente qué dirá y hará, qué pensará, etc.)</b></p> <p>"Estando en la reunión, me van a invitar, al igual que mi pareja, un trago o cerveza, yo le voy a decir que he decidido dejar de beber y que estoy en tratamiento, en el que me siento a gusto y que me está ayudando, que no puedo aceptar, no es grosería sólo <b>no quiero fallarle a mis hijos ni a mí.</b>", seguramente al decir esto mi pareja tampoco quiera , le diré a Jesús que no nos quedemos mucho tiempo, solo para no ser mal educados, quedarnos un pequeño rato e irnos mejor a dar la vuelta al terreno que estamos fincando y distraernos."</p>	<p><b>¿Intentó hacer la tarea?</b></p> <p style="text-align: center;"><u>SI</u>                      NO</p> <p><b>¿Fue exitoso el intento? <u>SI</u>      NO</b></p> <p><b>¿Usted usó? <u>SI</u>      <u>NO</u></b></p> <p>Si consumió, ¿Cuánto?</p> <p><b><u>¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?</u></b></p> <p>"Les diría lo mismo, y nos iríamos a cualquier otro lugar a pasar un rato agradable con mi pareja, en lugar de estar en esa reunión, seguir aplicando mis estrategias de enfrentamiento"</p>

### SESIÓN 6

La paciente comentó que logró el objetivo de la exposición a la situación de riesgo establecida en el plan semanal, que pudo librar exitosamente la

situación (al final de la sesión se encuentra el formato del plan semanal donde se llenó la parte derecha de los resultados obtenidos); se observó muy motivada, sobre todo porque se le reconoció su éxito logrado y se le atribuyó a sus propios esfuerzos, a su autoeficacia antes esas situaciones, comentó que le gustó mucho la estrategia del manejo del enojo y que se la enseñaría a su hija, porque dijo que es muy enojona.

La paciente mencionó que las estrategias le sirvieron mucho, porque sintió que con ellas aprendió a controlar situaciones que antes no podía, como la del enojo, la de las tentaciones, que salió a caminar por las mañanas con una amiga para distraerse y que hizo el ejercicio de relajación, que al principio le costó trabajo poder relajarse pero que lo fue logrando.

Se trabajó la estrategia de asertividad, donde se hizo una escenificación con varios ejemplos de situaciones que le generaron conflicto y la hicieron sentir mal por no saber expresar sus emociones y necesidades de una manera directa y honesta, uno de estos ejemplos fue una situación que retomó la paciente, de una discusión que tuvo con su pareja, donde perdió el control de la situación y consumió alcohol para poder expresarle lo que sentía, hasta llegar a la violencia física y verbal, de esta manera, la paciente practicó la forma de expresar sus emociones y se le guió para que lograra sentirse bien consigo misma, además, se le invitó a que diera alternativas asertivas de cómo hubiera enfrentado esta situación.

Posteriormente, se trabajó con la estrategia de enfrentamiento de la ansiedad en la que se le ayudó a identificar las maneras en que se involucró en pensamientos automáticos, se retomaron dos situaciones dónde logró identificar tales pensamientos y se le invitó a cambiarlos de forma positiva y se le explicaron las ventajas de hacerlo, entre las que destacó la reducción de los niveles de ansiedad y por lo tanto, el uso del alcohol para solucionarlo.

Por último, se trató con ella la estrategia de incremento del apoyo social mostrándole la importancia de hacerlo, donde la paciente comentó que lo ha estado haciendo desde que dejó de consumir alcohol, ya que empezó a buscar

apoyo con sus hijos y pareja principalmente, pero que también buscó el apoyo de una vecina que es su amiga y le dio confianza, por lo que se le reconoció esta búsqueda de apoyo, se le felicitó y se le recomendó no alejarse de esos apoyos, ya que contribuyeron a su bienestar.

De esta manera, finalizó la sesión con una relajación sugerida por la paciente para seguirla practicando, además porque comentó que es una de las estrategias que más efectos agradables le produjeron.

A continuación se muestran las estrategias proporcionadas en esta sesión, seguidas del plan semanal- fase de mantenimiento.

Lo más sobresaliente de las estrategias enseñadas en esta sesión se describe a continuación:

#### ASERTIVIDAD (EJERCICIO PRÁCTICO)

¿Dónde estaba?	"En casa"
¿Quién estaba presente?	"Jesús y yo"
¿Qué estaba pensando?	"Que posiblemente me engaña con otra mujer"
¿Qué estaba sintiendo?	"Me sentí usada, harta de todo, insegura, enojada"
¿Cuál fue el resultado?	"Tomé para sentir "valor" y decirle a Jesús que a lo mejor y me andaba engañando con otra, y lo empecé a insultar, le dije que estaba harta de todos, que me sentía usada y que sentía que a veces no me quería, empecé a llorar y lo corrí de la casa".
<b>Enliste tres cosas que podría hacer en una situación similar en el futuro que lo llevaría a un resultado positivo.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. "No tomar y simplemente expresarle como me sentía en ese momento, viéndolo a los ojos, sin levantar mi voz, decirle que en ocasiones lo siento distante y que eso me hace pensar que - tal vez está interesado en otra persona".</li> <li>2. "Aparte de No tomar, me hubiera calmado, porque yo ya traía enojo pero no con él sino , me sentía mal por cómo</li> </ol>

	<p>me ha tratado mi mamá y mi ex-esposo, ya calmada, sin ese enojo, le hubiera dicho pero en un tono que no lo ofendiera, mirándolo serenamente y clara , de lo que me hace sentir a veces con sus actitudes".</p> <p>3. "En cuanto me empezara a sentir así, tenía que calmarme y si era necesario, salir a caminar, distraerme, para que me relajara y buscar otro momento para expresarle cómo me sentía, ya tranquila para no haber llegado a los insultos".</p>
--	--

### ENFRENTAMIENTO DE LA ANSIEDAD (EJERCICIO PRÁCTICO)

<p>¿Puede pensar en cualquier otro ejemplo de pensamientos automáticos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Siempre les fallo a mis hijos"</li> <li>- "Soy una cobarde para defenderme"</li> </ul>
<p>Describe una situación en la que se ha sentido estresado o ansioso y utilizó el alcohol para enfrentarla:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Después de una discusión con mi madre, tenía ganas de reclamarle el por qué me ha tratado como su sirvienta, me fui a mi casa, me encerré en el cuarto y me puse a beber".</li> </ul>

### ENFRENTANDO A LA ANSIEDAD (PARTE 2)

Enliste las consecuencias de beber o de usar droga (tanto positivas como negativas, y tanto a corto como a largo plazo):

(-)

1. "Sentirme culpable de todo"
2. "Sentir enojo"
3. "Sentirme mal siempre".
4. "Estar mal con mis hijos y mi nieta".
5. "Darle mal ejemplo a mi nieta".
6. "Agredir a mi pareja".
7. "Desconfianza de mis hijos".
8. "No encontrar un trabajo mejor".

9. "Quedarme sola, que me rechacen mis hijos y familiares por beber".

10. "No tener estabilidad tanto emocional como económica en un futuro".

(+)

1. "Darme el "valor" para decir lo que siento o defenderme".

2. "Tratar de "olvidarme" de mis problemas".

Enliste los "pensamientos" automáticos que acompañan esta situación:

1. "Soy una tonta, yo tengo la culpa por dejada".

2. "Sólo me están usando como su chacha".

3. " Seguramente me está engañando con otra mujer igual de tonta que yo".

4. "No tiene caso decirles cómo me siento, si no les importo".

5. "Estoy sola, nadie me entiende".

6. "Soy un estorbo para todos".

¿Cómo se siente a consecuencia de estos pensamientos?

Me siento "peor", muy desesperada, triste y sin "fuerzas" para seguir adelante

¿Cuáles son algunas de las cosas que podría decirse a sí mismo en el futuro para reemplazar los pensamientos negativos descritos anteriormente?

**PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (-)**

**PENSAMIENTOS REEMPLAZADOS (+)**

1. "Soy una tonta, yo tengo la culpa por dejada"	1. "Soy una persona capaz y debo solucionar esto", "Basta de echarme la culpa de todo, quiero sentirme bien"
2. "Sólo me están usando como su chacha"	2. " Si les ayudo a mis hijos, es porque yo lo quiero hacer"
3. " Seguramente me está engañando con otra mujer igual de tonta que yo"	3." El me quiere mucho y si está a mi lado es porque se siente a gusto conmigo"
4. "No tiene caso decirles cómo me siento, si no les importo"	4. " Debo expresarles cómo me siento, eso me va ayudar a estar mejor con ellos"
5. "Estoy sola, nadie me entiende"	5. "Tengo a mis hijos y a mi nieta, que adoro" , "Tengo el apoyo de mis hijos y de Jesús"
6. "Soy un estorbo para todos"	6. " Les preocupa mi salud, eso quiere decir que si me quieren y me apoyan, debo echar ganas por mí"

## PLAN SEMANAL-FASE DE MANTENIMIENTO

<p style="text-align: center;"><b>Asignación de tarea para la CASA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Reporte de Resultados</b></p>
<p><b>Describe la situación Disparadora:</b></p> <p>"Tiene que ver con los impulsos y tentaciones, esta semana hay una reunión con los amigos del trabajo de mi pareja"</p> <p><b>Experiencia Planeada:</b></p> <p><u>¿Cuándo?</u> "El miércoles"</p> <p><u>¿Dónde?</u></p> <p>"En casa de un compadre de Jesús"</p> <p><u>¿Quién estará presente?</u></p> <p>"Jesús (mi pareja), compadre de Jesús, amigos del trabajo de Jesús y yo."</p> <p><b>PLAN DE ENFRENTAMIENTO (sea específico, describa exactamente qué dirá y hará, qué pensará, etc.)</b></p> <p>"Estando en la reunión, me van a invitar, al igual que mi pareja, una cerveza, yo le voy a decir que he decidido dejar de beber y que estoy en tratamiento, en el que me siento a gusto y que me está ayudando, que no puedo aceptar, no es grosería sólo no quiero fallarle a mis hijos ni a mí.", que mejor me sirvan refresco o agua, seguramente al decir esto mi pareja tampoco quiera , le diré a Jesús que no nos quedemos mucho tiempo, solo para no ser mal educados, quedarnos un pequeño rato e irnos mejor a dar la vuelta al terreno que estamos fincando y distraernos."</p>	<p><b>¿Intentó hacer la tarea?</b></p> <p style="text-align: center;"><u>SI</u>                      NO</p> <p><b>¿Fue exitoso el intento?</b> <u>SI</u>      NO</p> <p>Comentarios:</p> <p><b>¿Usted usó?</b>    SI    <u>NO</u></p> <p>Si consumió, ¿Cuánto?</p> <p><b><u>¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?</u></b></p> <p>Les diría lo mismo, y nos iríamos a cualquier otro lugar a pasar un rato agradable con mi pareja, en lugar de estar en esa reunión, seguir aplicando mis estrategias de enfrentamiento.</p>

## SESIÓN 7

La paciente comentó que los ejercicios de relajación, le ayudaron favorablemente, para controlar su ansiedad y enojo, se mostró tranquila y motivada al manteniendo de su meta, además de observar que empezó a atribuirse tales cambios logrados a su esfuerzo, al igual, se vio que trabajó con sus pensamientos positivamente, por lo que en la sesión, comentó que se sintió "desahogada", y con más confianza para haber expresado sus emociones, por tal motivo, se le reconocieron estos logros a la paciente y se le felicitó que continuó con su meta establecida y siguió utilizando a favor del cambio las estrategias aprendidas hasta ese momento.

Se trabajó con el plan semanal, para revisar si existió algún problema, y se pudo ver que la paciente tuvo mayor control sobre aquellas situaciones que anteriormente, le dispararon el consumo, se le aplicó el cuestionario de confianza situacional y se enseñó la estrategia de sentimientos desagradables y traumas, para ayudarla a que pudiera salir de aquellos pensamientos y sentimientos negativos y situarse en su presente, como una manera de complementar las estrategias previamente proporcionadas y puestas en práctica; consecutivamente, se continuó la sesión con un ejercicio de relajación, sugerida por la paciente.

Para finalizar la sesión se estableció como tarea en casa, el ejercicio de "Si yo fuera a recaer", que permitiría a "Juanita" que describiera una situación donde podría volver al patrón de consumo problemático, identificando sus probables pensamientos, conductas y emociones antes, durante y después de la situación, y posteriormente enlistar entre 8 y 10 estrategias de enfrentamiento que le ayudarían a evitar esa recaída.

Asimismo, se le proporcionó como ejercicio en casa el monitoreo diario y el plan semanal de mantenimiento.

## SEGUIMIENTO

“Juanita” no se presentó a la última sesión correspondiente al término del tratamiento, donde se le proporcionarían los resultados de la segunda aplicación del cuestionario de confianza situacional. Por tal motivo, el ejercicio de “Si yo fuera a recaer”, así como el llenado del Cuestionario de Satisfacción del cliente, ya no fueron posibles de revisar.

Posteriormente, se trató de localizar por teléfono a “Juanita” para saber los motivos por los cuáles no asistió al cierre del tratamiento, la paciente se disculpó y comentó que tuvo algunos contratiempos, principalmente que estaba por cambiar de domicilio, y comentó que se comunicaría para reprogramar la cita, agradeció el apoyo brindado por el acompañamiento en su mantenimiento y comentó que se sintió capaz de enfrentar las situaciones de riesgo referentes al consumo que se le presentaron.

Los siguientes resultados muestran el Pre- Post, referentes a la Confianza Situacional de “Juanita”.

## RESULTADOS DEL PRE-POST DEL CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL

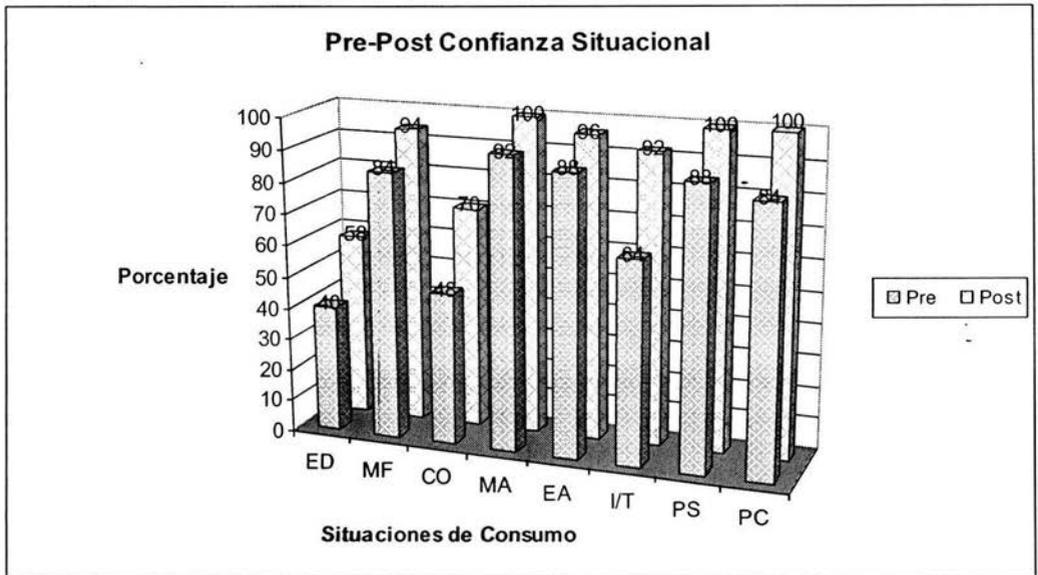
En la gráfica 3, se presentan los resultados que la paciente obtuvo en el Pre y Post del Cuestionario de Confianza Situacional (autoeficacia).

Las situaciones en las que se observaron mayores incrementos en los porcentajes del nivel de autoeficacia fueron: Emociones Desagradables (ED), Conflicto con Otros (CO) e Impulsos y Tentaciones (I/T), las que durante el Pre-test obtuvieron un 40, 48 y 64 % respectivamente, en tanto que en el Post-test alcanzaron un 58,70 y 92 %, respectivamente, detectándose un incremento de 18, 22 y 28% respectivamente.

Por otro lado, en las situaciones en que se observaron menores incrementos fueron las correspondientes a Momentos Agradables (MA), Malestar Físico (MF) y Emociones Agradables, las que durante el Pre-test, presentaron un 84,92 y 88 % respectivamente, en tanto que en el Post-test alcanzaron un 100, 94 y 96% respectivamente, detectándose un incremento de 16, 2 y 8% respectivamente.

Finalmente, cabe señalar que se alcanzó un 100% del nivel de autoeficacia en las situaciones correspondientes a Momentos Agradables (MA), Presión Social (PS) y Probando el Control (PC).

De esta manera, se observó un incremento general del 15.25% en el nivel de autoeficacia de la paciente para resistir la necesidad de beber en exceso ante las 8 situaciones de riesgo para el consumo.



Gráfica 3. Pre y Post del nivel de Confianza Situacional que la paciente obtuvo para resistir la necesidad de beber en exceso ante las situaciones de riesgo.

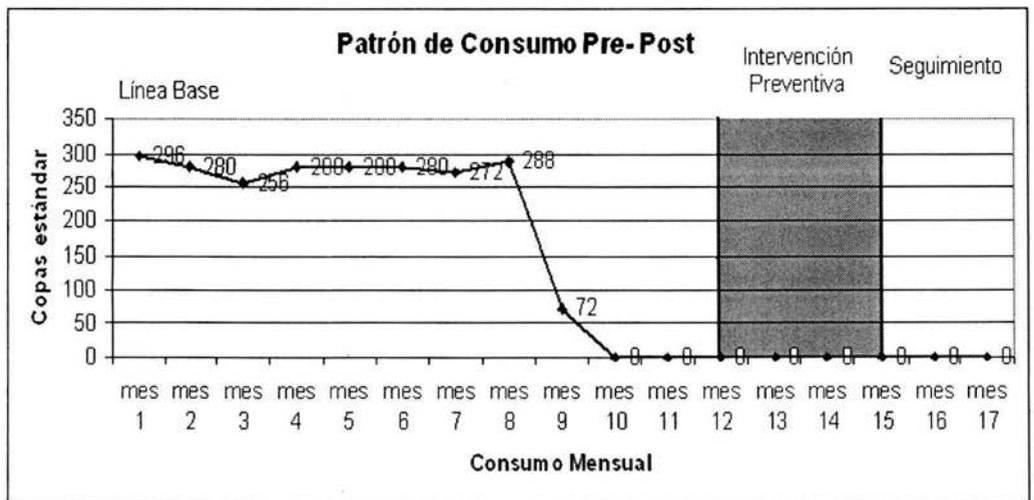
## RESULTADOS DEL PRE-POST REFERENTES AL CONSUMO DE ALCOHOL

En la gráfica 4, se presentan los resultados obtenidos en el Pre y Post referentes al consumo mensual de alcohol en copas estándar reportadas por la paciente durante la línea base, la intervención preventiva (tratamiento) y durante el seguimiento, detectándose que la paciente reportó durante los primeros 8 meses de la línea base (de Diciembre del 2007 al mes de Julio del 2008), un consumo promedio de 279 copas estándar al mes. Asimismo, se identificó que en el mes 9 (Agosto del 2008), la paciente reportó un consumo de 72 copas estándar mensuales, en tanto que para los meses 10, 11 y 12 (Septiembre, Octubre y Noviembre del 2008, respectivamente), no se reportó consumo alguno.

Cabe señalar que con respecto al consumo reportado en el mes 9 de la línea base, que correspondió a 72 copas estándar y que significó una disminución en el patrón de consumo mensual reportado durante los ocho

meses anteriores, pudo deberse a que la paciente fue internada en el Hospital de Psiquiatría "Fray Bernardino Alvarez" durante 12 días, a causa de una ingesta excesiva de alcohol y a un episodio moderado de depresión que presentó, proporcionándole tratamiento antidepresivo para dicha sintomatología durante su estancia en dicho hospital.

Finalmente, se pudo observar el mantenimiento de la abstinencia en los meses 13, 14 y 15 (Diciembre del 2007, Enero y Febrero del 2008), periodo correlacionado con la intervención preventiva. Cabe señalar, que no se pudo realizar un seguimiento debido a que la paciente se cambió de domicilio y no se le pudo localizar.



Gráfica 4. Pre y Post del Patrón de Consumo mensual de Alcohol de la paciente.

## CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos, se puede concluir que se logró un incremento satisfactorio en la autoeficacia de "Juanita", impactándose con esto la percepción de riesgo ante las situaciones en las que experimentaba un consumo problemático, a través de 7 sesiones de mantenimiento del PEREU.

Por otro lado, en relación al mantenimiento de la abstinencia del consumo, se puede ver que el programa logró prolongar dicho mantenimiento, durante los tres meses que duró la intervención preventiva. Además, se puede afirmar que se alcanzaron exitosamente los objetivos del PEREU principalmente, el de brindar servicio, en este caso a nivel de tratamiento, a través de una intervención preventiva que involucró a la paciente en la misma, diseñándose conjuntamente con ella el plan de tratamiento individualizado, además, se identificaron sus fortalezas y recursos contribuyendo en el desarrollo de su autoeficacia por medio de las destrezas de enfrentamiento consideradas.

Considerando los resultados obtenidos, se puede concluir que la paciente posee los recursos y destrezas necesarias para poder continuar con el mantenimiento de su abstinencia en el futuro.

Finalmente, tomando en cuenta que la intervención fue breve, requiriendo únicamente de 7 sesiones del componente de mantenimiento, resulta costo-efectiva para el manejo de posibles recaídas en este tipo de pacientes.

## RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Desde un panorama general y tomando en cuenta las características y el abordaje científico del Programa de Servicio Social, considero que los resultados obtenidos respecto a los objetivos iniciales y los alcanzados hasta el momento, fueron logrados de una manera satisfactoria tanto para el Programa de Conductas Adictivas como para mi formación personal y profesional.

Considero que el programa alcanzó dichos objetivos en la medida en que se tomaron en cuenta las necesidades, opiniones, objetivos ,metas, el haber realizado conjuntamente con la paciente el monitoreo de la implementación de las destrezas ante la exposición real de situaciones de riesgo para el consumo durante el tratamiento.

Asimismo, los beneficios obtenidos del tratamiento en la paciente a nivel personal (incremento de la autoeficacia, estados de ánimo positivos), salud (ausencia de lagunas mentales, mejoramiento en funciones cardiovasculares) , familiar y social (cercanía con sus hijos y pareja, búsqueda del apoyo social), enriquecen las bondades que el PEREU posee y el impacto que logra directa e indirectamente con la sociedad.

Además, considero importante mi contribución como prestadora de servicio social a la sociedad, debido a que tuve la posibilidad como psicóloga de poder contribuir para un mejor estilo de vida y mejoramiento de la salud mental de otras personas y el Programa de Conductas Adictivas me proporcionó los elementos necesarios para alcanzar estos fines.

Por otra parte, las actividades realizadas durante mi estancia como prestadora de servicio social, estuvieron muy ligadas a mi formación como psicóloga y con mi trayectoria académica, por lo que existió gran relación principalmente con las materias de rehabilitación conductual y modificación de la conducta para mi desempeño en este programa.

Los aspectos teóricos y metodológicos aprendidos fueron elementales para el manejo y desenvolvimiento en el Programa de Conductas Adictivas, por lo que es fundamental el enriquecimiento de cada uno de sus componentes y la puesta en práctica de los aspectos técnicos y metodológicos para seguir ofreciendo un buen servicio como hasta ahora y por lo tanto, seguir fortaleciendo estas habilidades para una formación personal y profesional de calidad de los futuros prestadores de servicio social.

Con base a los beneficios tanto personales y profesionales adquiridos en el campo clínico como parte de mi formación dentro de mi estancia en el servicio social, es preciso destacar la importancia y el orgullo de permanecer a la Universidad Nacional Autónoma de México por formar recursos humanos de alto nivel en investigación, enseñanza, prevención, orientación en beneficio de la sociedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcohólicos Anónimos. (2007). Central Mexicana de S.G. de A.A., A.C.

Brailowsky, S. (1998). Las Sustancias de los sueños. Ciudad de México, México. Fondo de Cultura Económica.

Cruz, S. (2007). Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas. México: Trillas.

Cunillera, C. (2006). "Personas con problemas de alcohol. La abstinencia no es suficiente", Paidós.

Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), 2008.

Escohotado, A. (1996). Historia elemental de las drogas. Anagrama, Barcelona, España.

Franklin, J. & Frances, R. (2001). Trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. En: R.E. Hales, S.C. Yudofsky y J.A. Talbott, DSM-IV Tratado de Psiquiatría. The American Psychiatric Press, 3ª. Ed.

Hales, S. & Yudofsky, C. (2008). Fundamentos de Psiquiatría Clínica. 2ª edición, Ed. Masson.

Mack, H., Frances, J. & Franklin, E. (2003). Guía. Tratamiento del alcoholismo y las adicciones.

Marlatt, A. & Gordon, R. (1985). Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors New York, Guilford Press.

Miller, R. & Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional, preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona, España. Ed. Paidós.

Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.) (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 Outpatint Counselling Approach, (pp. 1-210). Center for Adicction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Center. Toronto, Canadá.

Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.) (2003a). Algoritmo de Compromiso para el Cambio (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 for Alcohol (CCA-A): Psychometric properties. Manuscript in preparation.

Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.). (2003b). Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas –Alcohol (CCCD-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.

Quiroga, H. y Vital, M. (Trads.) (2003c). Cuestionario de Consumo de Alcohol (Escala de Dependencia al Alcohol-EDA). 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, A., Horn, L.,

Wanberg, K., & Fester, M. (1984) Alcohol Use Questionnaire (Alcohol Dependence Scale ADS). Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario. Canadá.

Quiroga, H. y Vital, M. (Trads.) (2003e). Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas -Alcohol (ISCD-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. 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. (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., Mata, A., Vital, M. & Cabrera, T.(2008). Programa de Prevención y Educación sobre Drogas Para Estudiantes Universitarios: Descripción y Resultados. Revista Mexicana de Psicología Número Especial, Octubre 2008.

Román, C.(1982). El vino: Alegría de los dioses y pérdida de los hombres. En: El Alcoholismo en México.V. Molina Piñeiro y Sánchez Medal, L. (Editores), Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.

Velasco, R. (1988). Alcoholismo. Visión Integral. Trillas, México.

Artículos clínicos:

Annis, M. & Christine, D. (1991). "Relapse Prevention". Alcohol, Health and Research World 15, n° 3: 204-212.

Annis, M., Schober, R. & Kelly, E. (1996). "Matching Addiction Outpatient Counseling to Client Readiness for Change: The Role of Structured Relapse Prevention Counseling". Experimental and clinical Psychopharmacology 4: 37-45 (Copyright by the American Psychological Association Reprinted with permission).

Annis, M. (1990). "Relapse to Substance abuse: Empirical Findings within a Cognitive-Social Learning Approach". Journal of Psychactive Drugs 22, n° 2: 117-124 (Reprinted with permission of the journal of Psychactive Drugs. All rights reserved).

Sitio Web consultado:

[www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov) National Institute on Drug Abuse Dic 2008.



**FALTA**

**PAGINA**

**80**

# CONTRATO DEL TRATAMIENTO INDIVIDUAL PARA EL SRP

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Mi terapeuta discutió conmigo mis metas relacionadas a mi uso de la sustancia y mis razones para querer cambiar mi patrón de uso de la sustancia. También se me explicó el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas.

Yo he tomado la decisión de que deseo trabajar arduamente para cambiar mi uso de alcohol (o droga) al entrar al programa SRP. Yo entiendo que para permanecer en el programa de SRP, yo debo cumplir totalmente con los siguientes términos:

Yo acepto lo siguiente:

## **1. ASISTENCIA.**

Yo estaré a tiempo en todas las sesiones de tratamiento. Si Yo estoy enfermo o si se me presenta una emergencia, Yo llamaré a mi terapeuta para cancelar y reprogramar una cita.

## **2. USO DE LA SUSTANCIA.**

Se espera que yo permanezca totalmente comprometido en cambiar mi uso de alcohol (u otras drogas). Si yo violo mi meta de uso de sustancia, Yo discutiré todos los detalles abiertamente con mi terapeuta.

## **3. PARTICIPACIÓN.**

Yo estoy de acuerdo en participar totalmente en el proceso del tratamiento. Esto incluye:

\*Completar las tareas asignadas. Yo completaré mi monitoreo y los ejercicios de tarea asignados semanalmente.

\*Abstenerme de Conductas **disruptivas**. Yo me abstendré de cualquier amenaza verbal o no verbal hacia el personal, otros clientes o propiedad del centro.

\*Traducido y Adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo.

SRP COMPONENTE 3

#### **4. CONFIDENCIALIDAD.**

Yo entiendo que mi progreso del tratamiento será documentado. Yo entiendo que el personal mantendrá la confidencialidad completa, excepto cuando la ley lo requiera. Las excepciones a la confidencialidad del cliente incluyen:

**\*La necesidad clínica de consultar con otros miembros del equipo terapéutico.**

\*Citación o llamada de la corte.

\*Información respecto a enfermedades infecciosas particulares.

\*La información médica en el caso de una emergencia (entregarla para la asistencia médica).

\*Sospecha de abuso infantil.

\*Haber cometido o amenaza de cometer crímenes violentos.

\*La información con respecto a los riesgos que involucra la operación de un vehículo de motor.

Yo entiendo que puede haber ocasiones cuando las sesiones del tratamiento serán observadas por el personal autorizado, estudiantes o una comunidad de profesionales del sistema de salud (personalmente o a través de un espejo de sentido único) con propósitos de entrenar, planeación de tratamientos y desarrollo de programas. Todas las pautas de confidencialidad del personal aplicarán en estos casos.

Yo he discutido estas condiciones con mi terapeuta y estoy de acuerdo en seguirlos.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del terapeuta

Fecha: \_\_\_\_\_

\*Traducido y Adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo.

## FORMA DE MONITOREO DIARIO\*

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **EXP.:** \_\_\_\_\_

El monitoreo diario de las situaciones de riesgo que usted encuentre y cualquier impulso y tentaciones para beber o usar drogas pueden ayudarlo a desarrollar mejores estrategias y alternativas de enfrentamiento. El llevar un registro de cualquier consumo de alcohol o uso de droga que suceda, le ayudará a obtener un cuadro global de sus logros. El ejercicio de monitoreo diario puede en si mismo, ayudarlo a alcanzar sus metas.

Fecha Mes y Día	Describa la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó cada día. Indique lo siguiente: ¿dónde estaba?, ¿a qué hora del día?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	Describa que hizo para enfrentar esta situación (por ejemplo, salir a caminar, salirse oportunamente de la situación, recordó las consecuencias negativas de su forma de beber o uso de droga)	Estuvo abstinerente  Y sino fue así registre el uso de alcohol o droga abajo.
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

\*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo

## PLAN SEMANAL- FASE DE MANTENIMIENTO

Asignación de tarea para la CASA Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia	Reporte de resultados
<p>Describa la situación Disparadora</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Experiencia Planeada</p> <p>¿Cuándo? _____</p> <p>¿Dónde? _____</p> <p>¿Quién estará presente? _____</p> <p>_____</p> <p>Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>¿Intentó hacer la tarea?</p> <p style="text-align: center;">SI      NO</p> <p>¿Fue exitoso el intento?    SI      NO</p> <p>Comentarios _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Usted Usó?      SI      NO</p> <p><b>Si consumió, ¿cuánto?</b></p> <p>_____</p> <p>¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

\*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo

## INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS (ALCOHOL)-ISCD-50

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **EXP.:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en los cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso. Lea cuidadosamente cada reactivo y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado:

Marque:

- 1 Si usted "NUNCA" consumió en exceso en esa situación.
- 2 Si usted "OCASIONALMENTE" consumió en exceso en esa situación.
- 3 Si usted "FRECUENTEMENTE" consumió en exceso en esa situación.
- 4 Si usted "CASI SIEMPRE" consumió en exceso en esa situación.

PREGUNTAS	CONSUMÍ EXCESIVAMENTE			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando me sentía deprimido(a) por cualquier cosa.	1	2	3	4
2. Cuando me sentía tembloroso(a), enfermo(a) o con náuseas.	1	2	3	4
3. Cuando me sentía muy contento(a) o feliz.	1	2	3	4
4. Cuando sentía que no había a donde ir.	1	2	3	4
5. Cuando deseaba ver si podía consumir de manera moderada.	1	2	3	4
6. Cuando me encontraba en un lugar en donde había consumido o comprado alcohol previamente.	1	2	3	4
7. Cuando me sentía tenso(a) o incomodo(a) ante la presencia de alguien.	1	2	3	4

\*Traducido y Adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo

PREGUNTAS	CONSUMÍ EXCESIVAMENTE			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
8. Cuando me invitaban a la casa de alguien y me sentía apenado(a) de rechazar consumir cuando me ofrecían una copa.	1	2	3	4
9. Cuando me reunía con amigos(as) y deseábamos pasar un buen rato.	1	2	3	4
10. Cuando me sentía incapaz de expresar mis sentimientos hacia alguien.	1	2	3	4
11. Cuando me sentía abandonado(a).	1	2	3	4
12. Cuando no podía dormir.	1	2	3	4
13. Cuando me sentía seguro(a) y relajado(a).	1	2	3	4
14. Cuando estaba aburrido(a).	1	2	3	4
15. Cuando quería probarme a mí mismo(a) que el alcohol no constituía un problema para mí.	1	2	3	4
16. Cuando veía algo que me recordaba la bebida.	1	2	3	4
17. Cuando otras personas me rechazaban o parecía que yo no les gustaba.	1	2	3	4
18. Cuando salía con mis amigo(a)s y me sugerían que fuéramos a un lugar a beber.	1	2	3	4
19. Cuando estaba con un amigo(a) muy íntimo(a) y queríamos sentirnos más cerca el uno del otro.	1	2	3	4
20. Cuando otras personas me trataban injustamente o interferían con mis planes.	1	2	3	4
21. Cuando estaba solo(a).	1	2	3	4
22. Cuando quería estar despierto(a), más alerta o con más energía.	1	2	3	4
23. Cuando me sentía excitado(a) por algo.	1	2	3	4

\*Traducido y Adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo

PREGUNTAS	CONSUMÍ EXCESIVAMENTE			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
24. Cuando me sentía ansioso (a) o tenso (a) por algo.	1	2	3	4
25. Cuando quería averiguar si podría beber una copa de manera ocasional sin picarme.	1	2	3	4
26. Cuando había estado consumiendo drogas y pensé en beber.	1	2	3	4
27. Cuando sentía que mi familia estaba presionándome mucho o que no podía satisfacer sus expectativas.	1	2	3	4
28. Cuando otros en el mismo cuarto estaban bebiendo y sentía que esperaban que me les uniera.	1	2	3	4
29. Cuando estaba con amigos(as) y quería aumentar el placer.	1	2	3	4
30. Cuando no me estaba llevando bien con los demás en la escuela o en el trabajo.	1	2	3	4
31. Cuando me empezaba a sentir culpable por algo.	1	2	3	4
32. Cuando quería perder peso.	1	2	3	4
33. Cuando me sentía contento con mi vida.	1	2	3	4
34. Cuando me sentía abrumado y quería escapar.	1	2	3	4
35. Cuando quería probar que podía estar con amigos que bebían sin que yo tomara.	1	2	3	4
36. Cuando escuchaba a alguien hablar sobre sus experiencias acerca de la bebida.	1	2	3	4
37. Cuando había peleas en casa.	1	2	3	4
38. Cuando estaba presionado para beber y sentía que no podía negarme.	1	2	3	4

\*Traducido y Adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo

PREGUNTAS	CONSUMÍ EXCESIVAMENTE			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
39. Cuando quería celebrar con un (a) amigo (a)	1	2	3	4
40. Cuando alguien estaba insatisfecho(a) con mi trabajo o me sentía presionado(a) en la escuela o en mi trabajo.	1	2	3	4
41. Cuando me sentía enojado(a) del giro que habían tomado los acontecimientos.	1	2	3	4
42. Cuando tenía un dolor de cabeza o tenía un dolor físico.	1	2	3	4
43. Cuando recordaba algo bueno que había pasado.	1	2	3	4
44. Cuando me sentía confundido (a) de lo que debería de hacer.	1	2	3	4
45. Cuando quería probar si podía estar en lugares en los que personas estuvieran bebiendo sin que yo lo hiciera.	1	2	3	4
46. Cuando empezaba a pensar que bien se sentiría el beber unas copas o el sentirse intoxicado.	1	2	3	4
47. Cuando sentía que necesitaba valor para encarar a alguien.	1	2	3	4
48. Cuando estaba con un grupo de personas y todos estaban bebiendo.	1	2	3	4
49. Cuando estaba pasando un buen rato y quería aumentar mi placer sexual.	1	2	3	4
50. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente.	1	2	3	4

\*Traducido y Adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo