



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS

**"APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE
RECAIDAS EN UN PACIENTE DEPENDIENTE DE ALCOHOL"**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
(IPSS)**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
GONZÁLEZ SOTO MIGUEL ALEJANDRO**

**DIRECTOR: DR. HORACIO QUIROGA ANAYA
SINODALES: DR. ARIEL VITE SIERRA
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ
DRA. LIDYA BARRAGÁN TORRES**



Facultad
de Psicología

CIUDAD UNIVERSITARIA, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNAM, 206
2011

M.
Tps.

"La vida no está nunca acabada hasta el momento en que desaparecemos. La vida comienza cada día, sin estar hechos ni predeterminados por la herencia, ni por la personalidad, ni por el ambiente en que vivimos. ¿Que todo esto determina nuestras vidas? Exacto. Pero no es menos exacto que nosotros construimos el ambiente en que vivimos."

Albert Bandura

"Todo lo que somos es el resultado de lo que hemos pensado; está fundado en nuestros pensamientos y está hecho de nuestros pensamientos. Todos los estados encuentran su origen en la mente. La mente es su fundamento y son creaciones de la mente. Si uno habla o actúa con un pensamiento impuro, entonces el sufrimiento le sigue de la misma manera que la rueda sigue la pezuña del buey, pero si uno habla o actúa con un pensamiento puro, entonces la felicidad le sigue como una sombra que jamás le abandona."

Buda

"Son nuestras elecciones, las que muestran lo que somos, mucho más que nuestras habilidades."

"No importa lo que uno es por nacimiento, sino lo que uno es por sí mismo"

"Las consecuencias de nuestras acciones son siempre tan complicadas, tan diversas, que predecir el futuro es realmente muy difícil."

"La comprensión es el primer paso para la aceptación, y sólo aceptándolo puede recuperarse."

Albus Percival Wulfric Brian Dumbledore

"Porque nadie puede saber por ti, nadie puede crecer por ti, nadie puede buscar por ti, nadie puede hacer por ti lo que tú mismo debes hacer. La existencia no admite representantes."

Jorge Bucay

*"No hay nada que pueda perder
Que no pueda hacer, que no pueda amar, que pueda soñar"*

Zoé

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado, no sólo a las personas que están en mi presente, sino también a todas las personas que en algún momento marcaron e influenciaron mi vida. En particular ofrezco este esfuerzo a:

A mi madre, cuyo incondicional apoyo ha hecho posible éste y muchos otros éxitos, gracias por todo tu esfuerzo, porque eres la mujer que me ha enseñado a jamás rendirse frente a la incertidumbre, a ser fuerte cuando al que amas flaquea y te necesite. Pero sobre todo gracias por estar ahí perpetuamente, porque tu amor ha sido uno de los mayores tesoros jamás dados, gracias a ti he superado obstáculos y tengo el mejor ejemplo de cómo amar. Gracias a ti soy un hombre que puede amar. Te amo mamá.

A mi padre, por ser un ejemplo al trabajar incansablemente por los que ama, por enseñarme la importancia de la constancia en la búsqueda de ser un mejor profesionalista, por estar siempre ahí, procurando dar lo mejor de sí, dando todo sin preguntar. Porque gracias a ti puedo ser un mejor hombre. Te amo papá.

A mi hermana Yessica, porque eres la mayor influencia de mi vida, gracias por compartir conmigo el inicio de nuestros pasos, por educarme y mostrarme muchas veces el camino, porque tú y yo hemos compartido momentos que sólo los hermanos pueden vivir y apoyarnos en los más duros momentos. Tú eres la representación de la sabiduría y porque siempre serás mi hermanita mayor que lo sabe todo, puedo decir que gracias a ti soy un hombre más fuerte. Te amo Yessi.

A mi abuelita, por ser mi segunda madre, por nutrirme con lo mejor, por darme todo tu amor, por siempre cuidarme. Gracias por todos tus abrazos, ellos siempre me quitaron el miedo, me consolaron y me hicieron sentir más calmado. Dedico a ti mi trabajo como tú has dedicado toda tu vida por tu familia. También agradezco tus consejos, faros de luz que alumbran mis pasos, porque gracias a ti soy un buen hombre. Te amo abue.

Y como no mencionar a las grandes mujeres y grandes hombres que me han cuidado, a mi tía Isabel, a mi tía Obdulia, a mi tío Elías. Pero muy en particular a mi tía Gloria, por compartir todo lo que ha tenido y por sus cuidados tan delicados, muchas gracias. También a su hijo Amaury, por permitirme practicar día con día la paciencia y por enseñarme como maravillarse del ahora, querido primo nunca dudes que te quiero y que siempre lo hare.

De igual manera, dedico este logro a la familia que he escogido, es decir a mis grandes amigos:

A Sergio, por ser un padre, un hermano y un amigo al mismo tiempo, lo que he experimentado contigo me ha convertido en un hombre más flexible, mas espontaneo, más seguro de sí, gracias por todos tus consejos, eres el ejemplo masculino de mi vida, agradezco que me hayas dado siempre tu mano y me hayas aceptado antes que nadie incluso que yo mismo. Porque tú eres el hermano que

nunca tuve y el amigo que siempre soñé, espero que sepas que yo siempre estaré para ti, te amo Checo, porque gracias a ti soy un hombre que empieza aceptarse a sí mismo

A Iván y Gerardo, porque ustedes me han enseñado el verdadero significado de la amistad, por ser mis hermanos, porque con ustedes puedo ser yo mismo, a ustedes que saben que la amistad es entrega total, les digo que jamás había gozado y disfrutado tanto la vida, porque ustedes son las personas más libres que conozco, puedo decir que gracias a ustedes soy un hombre que ama vivir la vida. Los amo amigos.

Y en especial, debo mencionar a una amiga que me dio su apoyo en los momentos más oscuros. Para Fanny, por acompañarme en los momentos difíciles, por escucharme y dejarme desahogar tan plácidamente, por hacernos reír cuando no teníamos de qué reír, mi eterna gratitud y solidaridad para ti amiga.

En particular, este trabajo no pudo haberse realizado sin el apoyo constante de Lupita, a la que agradezco el ser la primera persona que creyó en mí profesionalmente, la primera mujer que creyó en mí antes que yo mismo y que vio en mí cosas que nadie más veía. Te agradezco todas las oportunidades de crecimiento que me has facilitado, pero infinitamente más importante, agradezco tu cariño, eres una gran mujer, jamás había conocido tal lealtad y confianza en alguien, admiro la fuerza de tu temperamento que siempre ha corregido mi camino y la sabiduría de tus consejos que han alegrado y embellecido mi vida. Es por eso que no sólo te puedo llamar mi supervisora si no también mi querida amiga, porque gracias a ti soy un hombre que ahora cree en sí mismo. Te quiero mucho Lupita.

Pero todo este trabajo no habría culminado sin el inmenso apoyo de mi querida Mary, a ti esta dedicatoria especial, porque me levantaste muchas veces cuando estaba a punto de rendirme, porque mantuviste viva la esperanza, porque estuviste a mi lado, escuchándome, consolándome, aconsejándome, pero aún más importante amándome Sin decir más, tú eres el corazón que me faltaba y necesitaba encontrar para por fin estar completo, agradezco que seas la pareja que siempre soñé, porque ya te conocía incluso antes de estar contigo, por ser el ritmo de mi corazón y el compás de mi respiración, por ser el amor unificado, por ser mi esquema central del amor, jamás me había sentido tan amado. Aún en un punto más arriba he de agradecer que seas siempre tú misma, porque no podría estar más enamorado del hermoso y maravilloso ser humano que eres. Espero que sepas que deseo que este gran esfuerzo tenga un gran resultado para los dos y como ya te he dicho con dos palabras puedo describir lo que pienso, hago y siento por ti: Te Amo. Porque gracias a ti soy un hombre que se entrega y acepta incondicionalmente al que ama. Gracias.

Miguel Alejandro González Soto

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma Mater, por el orgullo de ser universitario y el honor de haber estudiado en sus aulas

A la Facultad de Psicología y sus profesores

Al Doctor Horacio Quiroga Anaya, por permitirme realizar el Servicio Social en el Programa de Conductas Adictivas. Por ser un excelente mentor y formador de profesionistas, por enseñarme un poco de toda la sabiduría que posee en el campo de las adicciones. También agradezco el trato profesional y afectuoso que siempre procuro para mí.

A la Maestra Guadalupe Vital-Cedillo, por su supervisión en la realización de este trabajo, por las incontables revisiones y atenciones en este, por las oportunidades ofrecidas y por creer en sus alumnos. Todo su trabajo siempre tendrá el reconocimiento, la gratitud y la certeza de que sus alumnos no la olvidarán.

A la Licenciada Teresita Cabrera, por sus nobles atenciones, por su trato profesional y caluroso.

A Isela y Raquel, por formar el mejor equipo posible, por compartir buenos y malos momentos, pero siempre unidos buscando lo mejor para todos, mis mayores agradecimientos.

A mi paciente, por haber confiado en mí, ya que sin su esfuerzo, dedicación y compromiso, este trabajo no se pudo haber realizado. Muchas gracias.

ÍNDICE

Resumen	6
Datos generales del programa de servicio social	7
Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social	8
Descripción de las actividades realizadas en el servicio social	18
Objetivo del Informe de Servicio Social	19
Capítulo 1. Características generales del consumo de alcohol	20
1.1 Epidemiología del consumo de alcohol	20
1.2 Antecedentes históricos del consumo de alcohol	24
1.3 Efectos bioquímicos del consumo de alcohol	28
Capítulo 2. Modelos de tratamiento para el consumo de alcohol	40
2.1 Modelo psicoanalítico	40
2.2 Modelo conductual	41
2.3 Modelo cognoscitivo	43
2.4 Modelo transteórico	45
2.5 Modelo del aprendizaje social	47
2.6 Modelo cognitivo-conductual	49
Capítulo 3. Reporte de caso único	56
Antecedentes	58
Desarrollo por sesiones	59
Sesión 1 Evaluación Inicial	59
Resultados de la Evaluación inicial	63
Sesión 2 Entrevista motivacional	68
Sesión 3 Plan de tratamiento individualizado	70
Iniciación al Cambio	75
Sesión 4 Análisis Funcional	75
Sesión 5 Relajación	78
Sesión 6 Asertividad	81
Sesión 7 Enfrentamiento de la ansiedad – Enfrentamiento de los deseos intensos	85
Mantenimiento al Cambio	92
Sesión 8 Solución de problemas – Manejo del enojo	92
Sesión 9 Enfrentamiento del pesar o duelo	96
Sesión 10 Enfrentamiento del aburrimiento	99
Sesión 11 Cierre del tratamiento	103
Resultados durante el tratamiento	108
Fase de seguimiento	110
Seguimiento a un mes	110
Seguimiento a dos meses	114
Resultados del seguimiento	116
Conclusión	119
Recomendaciones y sugerencias	120
Referencias	121
Anexo 1	129

RESUMEN

En el presente trabajo se informa de las actividades realizadas durante la estancia en el servicio social dentro del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se describen las características del programa, los servicios que ofrece y su marco teórico. Después se describe la aplicación del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) en un paciente dependiente al alcohol.

Se presenta el siguiente estudio de caso. Paciente de sexo masculino de 45 años de edad, casado y padre de un hijo, quien solicitó tratamiento por problemáticas relacionadas con su consumo de alcohol, mencionó que durante 26 años había sido un consumidor excesivo, pero hasta hacía poco su consumo le había traído consecuencias significativas. El paciente manifestaba que consumía para experimentar los efectos agradables del alcohol, obtener un estado de relajación y desinhibición, obtener mayor "placer" de alguna situación agradable, o bien, cuando quería sentirse mejor ante una situación de "estrés o de ansiedad". Posterior a la entrevista, se evaluó al paciente por medio de distintos cuestionarios, con base en los resultados obtenidos en esta evaluación se le asignó al Programa de Prevención Estructurada de Recaídas (PEREU) debido a que presentaba un consumo semanal excesivo (consumió 15 copas estándar en promedio por semana) y una frecuencia de consumo riesgosa debido a que consumió todos los días del último año, de igual manera tenía problemas en las áreas: emocional, social, familiar y personal de los cuales consideró uno como grave (problemas con su esposa), dichos problemas estaban relacionados con una carencia en diversas destrezas de enfrentamiento, presentaba una dependencia leve e historia familiar positiva, sus principales disparadores eran: presión social para el uso, momentos agradables con otros y emociones agradables, por lo que su tratamiento quedó integrado con las siguientes destrezas: Asertividad, Enfrentamiento de la Ansiedad, Enfrentamiento de los Deseos Intensos, Relajación, Manejo del Enojo y Enfrentamiento del Aburrimiento. Al finalizar el tratamiento se observaron los siguientes incrementos en la percepción de confianza para resistir el consumo de alcohol en las diversas situaciones de riesgo: emociones agradables (24%), emociones desagradables (34%), presión social (44%), momentos agradables con otros (36%), malestar físico (22%), impulsos y tentaciones para usar (22%) y conflictos con otros (24%). En lo que corresponde al patrón de consumo, el paciente consumió 12 copas estándar durante el primer mes de tratamiento, hasta alcanzar 0 copas estándar durante el segundo y tercer mes de tratamiento. Por otro lado, en el primer seguimiento el paciente consumió 3 copas estándar y en el segundo mes de seguimiento se mantuvo abstemio, al finalizar la fase de seguimiento el paciente mencionó sentirse motivado y con las habilidades necesarias para hacerle frente a sus dificultades y continuar con su meta de abstinencia; es por ello que se concluye que el tratamiento obtuvo resultados favorables en la problemática referida por el paciente.

Palabras clave: Autoeficacia, Alcohol, Cognitivo-Conductual, Prevención de Recaídas, Dependencia.

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE 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 del servicio social el conocimiento teórico-metodológico y aplicado de los subprogramas a nivel preventivo, de orientación, tratamiento y rehabilitación que lo constituyen.

Los principales objetivos a alcanzar por el prestador del servicio social son:

1. Conocer el marco teórico referente al programa Prevención del Uso y Abuso de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Estudiantes Universitarios (PREEDEU) y del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con problemas de Alcohol y otras drogas (PEREU).
2. Conocer y profundizar sobre los temas generales de Alcohol y otras drogas (epidemiología, efectos sobre el Sistema Nervioso Central, factores de riesgo, problemas asociados, etc.).
3. Instrumentación e interpretación de los instrumentos requeridos para la aplicación del PREEDEU y PEREU.
4. Aplicación clínica del PEREU como co-terapeuta y terapeuta.

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

1. Proporcionar los materiales referentes a los antecedentes clínicos de los programas en que el prestador se va a involucrar, PREEDEU y del PEREU.
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.

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

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ofrece a la comunidad universitaria (estudiantes, personal académico y administrativo) con problemas actuales o potenciales en su consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, un Programa de Conductas Adictivas.

Este programa se elaboró durante el año de 1989 como respuesta a una demanda creciente por el abuso de sustancias, tomando como base el trabajo de investigaciones realizadas dentro del campo de la farmacodependencia, a lo largo de quince años por miembros del personal académico de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Misión

El Programa de Conductas Adictivas brinda servicios de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas, caracterizados por un abordaje científico y humano de alta calidad; desarrolla investigaciones que permiten determinar la efectividad de los métodos, técnicas y procedimientos que conforman el Programa; forma recursos humanos de alto nivel en la investigación, enseñanza, prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas y difunde las actividades y los resultados de la instrumentación del Programa.

Visión

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

Tipo de Institución

El Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM, es una institución de carácter Público.

Población a la que atiende

El Programa de Conductas Adictivas ofrece sus servicios principalmente a la población universitaria (estudiantes, personal académico y administrativo) que presenten problemas de alcohol, tabaco y/o drogas, o que estén en riesgo de presentarlos; sin embargo, también brinda estos servicios al público general que pudiera presentar esta problemática.

Programas y acciones que realiza

Los servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación se encuentran estructurados con base en un Modelo de Atención Escalonada que contempla las siguientes modalidades:

1. Prevención del Uso y Abuso de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Estudiantes Universitarios (PREEDEU).
2. Detección e Intervención Breve de Problemas de Alcohol para Estudiantes Universitarios (DIBAEU).
3. Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol y de Otras Drogas (TAGEU).
4. Prevención Estructurada de Recaídas Para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol y de Otras Drogas (PEREU).

1. Prevención del uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios (PREEDEU)

Perfil del usuario

El PREEDEU está dirigido a estudiantes y trabajadores universitarios que presentan factores de alto de riesgo para el inicio del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas ó que presentan conductas de riesgo para el consumo de éstas sustancias.

Descripción

El PREEDEU es una intervención breve 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 de Fishbein y Azjen (1975), la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977) y la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1988, 1991), a la cual se le han ido incorporando posturas como 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 un sondeo a una muestra de estudiantes y trabajadores universitarios de la escuela o facultad en cuestión, con el fin de determinar la posible problemática de consumo de sustancias además de elaborar el contenido de la "plática-debate" a realizar. Por otro lado, durante esta sesión se aplica un cuestionario de conocimientos y actitudes hacia las drogas, así como, uno de habilidades preventivas y patrones de consumo, a fin de detectar a personas que usen y abusen de drogas, para que sean canalizados al Programa de Conductas Adictivas donde se les brinda una intervención oportuna o tratamiento, respectivamente.

Los temas a tratar durante las pláticas debate, versan sobre alguno(s) de los siguientes contenidos: a) Conceptos básicos sobre el alcohol, tabaco y/o

drogas; b) Efectos sobre el sistema nervioso central y órganos relevantes; c) Factores contextuales (ambiente); d) Etapas del alcoholismo, tabaquismo o drogadicción; e) Motivos para beber, fumar o consumir sustancias; d) Signos y síntomas de dependencia; e) Daños sobre el organismo, familia y sociedad; f) Influencia de los medios masivos de comunicación; g) Información sobre las Instituciones de atención hacia el tratamiento de problemas con el consumo de sustancias con el fin de que los interesados acudan en caso de necesitarlo y h) Legislación vigente.

2. Detección e intervención breve de problemas de alcohol para estudiantes universitarios (DIBAEU)

Perfil de usuario

El DIBAEU está dirigido a estudiantes universitarios que presenten consumo excesivo, abuso o dependencia leve al alcohol, con base en los criterios de abuso del DSM-IV, caracterizados por una historia leve de consumo excesivo (menos de 5 años) ó de consumo problemático (menos de 3 años) además de 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 7 en la mujer, en no más de 3 días a la semana) y presenten o estén en alto riesgo de presentar problemas asociados al consumo por ejemplo: de salud, sociales, legales, etc.

Descripción

El DIBAEU es una intervención breve de corte 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).

Se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen, hoy 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 paciente, (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 paciente en estrategias para el cambio, (g) el proveerle al paciente un menú de opciones de procedimientos para el cambio, (h) y el auto-monitoreo del consumo. Está basado en estrategias de reducción del daño y busca motivar al paciente a moderar o suprimir su consumo de alcohol. Consta de 1 sesión de evaluación de 90 minutos (con 50 minutos adicionales, antes o después de la primera sesión, para el llenado de medidas de auto-reporte); 1 sesión de Retroalimentación y Consejo de 90 minutos y 4 sesiones de seguimiento, al primer, tercero, sexto y doceavo mes; las cuales se describen someramente a continuación:

1. Sesión de Evaluación: el objetivo de esta sesión es hacer una evaluación que se centra en los patrones de consumo de alcohol del paciente, en los problemas asociados al consumo, en la historia familiar, en las actitudes que tiene sobre el alcohol y en la motivación que presenta para cambiar dicho patrón de consumo. Para ello, se le realiza una entrevista al paciente y se le aplica una batería de instrumentos correspondientes.

2. Sesión de Retroalimentación y Consejo: en esta sesión se busca retroalimentar al paciente de forma gráfica y personalizada sobre los factores que influyen sobre su patrón de consumo (con base en los resultados obtenidos en la sesión anterior), al tiempo que se le proporciona información psico-educacional sobre el alcohol. Como parte final de la sesión, se proporciona consejo al paciente sobre diferentes formas específicas que le pueden ayudar a moderar su consumo. Al finalizar esta sesión, se le entrega al paciente material escrito y gráfico sobre los resultados obtenidos en la Sesión de Evaluación.

3. Seguimiento: Estas sesiones se realizan al primer, tercero, sexto y doceavo mes, de haber concluido la Sesión de Retroalimentación y Consejo con el fin de revisar el progreso de las metas del paciente y reforzar lo logrado. También se le informa al paciente que el contacto con el terapeuta está disponible, en caso

de que lo requiera. La decisión de si hay una segunda sesión de intervención se evalúa conjuntamente por el paciente y el terapeuta, basándose en qué tan efectiva fue la primera en lograr los objetivos.

3. Tratamiento de Auto-Cambio Guiado para Estudiantes Universitarios con problemas de alcohol (TAGEU)

Perfil del usuario

Está dirigido a estudiantes universitarios con problemas de alcohol de dependencia moderada (de 14 a 21 puntos en la Escala de Dependencia al Alcohol EDA, ó 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 (e.g. académicos, sociales, financieros) menores, siendo alguno de ellos grave (algunas consecuencias negativas, una de ellas grave).

Descripción

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, desarrollado originalmente por Sobell y Sobell (1993) en la *Addiction Research Foundation* Toronto, Canadá, el cual ha sido adaptado para población en general en la Ciudad de México por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998) y para estudiantes universitario por Quiroga y Montes (2003). Esta modalidad ayuda a los pacientes a comprometerse en la modificación de su conducta, a reconocer y a usar sus propios recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol.

Se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen 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 paciente, (g) el empleo del análisis funcional de la conducta, (h) el monitoreo del progreso del paciente 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 (l) y 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 paciente lo utilice en el enfrentamiento de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol.

El programa se caracteriza por 5 sesiones en donde 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 paciente ante diversas situaciones de consumo.
2. Paso 1: Decidir Cambiar y Establecimiento de Metas: Se analizan los costos y beneficios del cambio y se ayuda a encontrar razones para reducir (moderación) o suprimir (abstinencia) el consumo actual de alcohol.
3. Paso 2: Analizar las situaciones que ponen en riesgo beber en exceso. Se identifican detalladamente 3 situaciones que ponen al paciente en riesgo de consumo.

4. Paso 3: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol: Se desarrollan estrategias alternas para enfrentarse a las situaciones de riesgo de consumo, bajo un modelo de solución de problemas, con el fin de mantener el cambio y afrontar las posibles caídas o recaídas.

5. Paso 4: Nuevo establecimiento de metas. Al finalizar el tratamiento el paciente restablece la meta de consumo.

La duración aproximada de las sesiones de tratamiento es de 45 minutos y se requiere un mínimo de 4 sesiones con el fin de discutir las lecturas y ejercicios, así como observar el progreso del paciente para lograr su meta en cuanto al control de su consumo de bebidas alcohólicas. Al terminar el tratamiento se programan sesiones de seguimiento, estas se realizan al mes, 3, 6 y 12 meses.

4. Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU)

Perfil del usuario

El PEREU, está dirigido a estudiantes universitarios que presentan problemas de dependencia sustancial a severa al alcohol (más de 21 puntos en el Escala de Dependencia al Alcohol y de 5 a 7 síntomas en el DSM-IV) y otras drogas (más de 10 puntos en el Prueba de Detección del Abuso de Drogas), 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) que van de menores a graves (algunas experiencias negativas, una de las cuales sea grave), siendo uno de ellos un problema muy grave (algunas experiencias negativas, 2 de las cuales sean graves).

Descripción

El PEREU fue desarrollado originalmente por Annis, Herie y Watkin-Merek (1996) en la Fundación de Investigación de la Adicción del Canadá y adaptado en la Ciudad de México para estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003a). Se encuentra basado en un enfoque cognitivo-conductual motivacional derivado de la teoría del aprendizaje social diseñado para enseñar a los pacientes a lograr un mayor control sobre el uso de alcohol u otras drogas.

El programa se centra en involucrar a los pacientes en: a) evaluar sus metas y compromiso para cambiar; b) diseñar un plan de tratamiento individualizado; c) identificar fortalezas y déficits; d) aprender a anticiparse a sus disparadores para el uso del alcohol u otras drogas y desarrollar formas alternativas de enfrentamiento; e) desarrollar su confianza practicando destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo de la vida real; f) hacer las conexiones entre el uso del alcohol u otras drogas y otras situaciones de la vida g) y convertirse en su propio terapeuta al anticipar las situaciones de riesgo y al planear las estrategias de enfrentamiento.

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

1. La evaluación clínica del paciente, contiene el establecimiento de la línea base del consumo, identificación del nivel de dependencia, valoración de la disposición al cambio e identificación de las situaciones de riesgo; posteriormente se devuelven los resultados de las evaluaciones a través de la retroalimentación personalizada.
2. Una o más citas de entrevista motivacional, con el fin de disminuir la ambivalencia de reducir o abstenerse del consumo.
3. Involucrar al paciente en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado que consta de:

- ❖ Un contrato de tratamiento.
- ❖ Una jerarquía personal de disparadores de uso de alcohol u otras drogas para ser empleados durante el tratamiento a través de las tareas asignadas.
- ❖ Establecimiento de metas y auto monitoreo por parte del paciente.

4. Asignación de tareas para la fase de iniciación del cambio. Se centra en estrategias de consejo como: evitación de las situaciones de riesgo para el uso de alcohol y/o droga; la coerción (por ejemplo, un mandato legal); el tratamiento de hospitalización/residencial; medicación protectora; la involucración de un compañero u otra persona responsable y un papel relativamente directivo por parte del terapeuta.

5. Asignación de tareas para la fase de mantenimiento del cambio. Se enfoca en las estrategias de enfrentamiento. Las estrategias se diseñan para ayudar al paciente a desarrollar confianza (autoeficacia). Se involucra al paciente en la exposición gradual a los disparadores que cada vez van incrementando en su dificultad. Se anima al paciente para que se anticipe a las situaciones identificadas de alto riesgo y a que practique las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas en el consejo.

Estas cuatro opciones de tratamiento tienen la ventaja de poder ajustarse a las características del problema, así como a los recursos, posibilidades y motivación de los pacientes.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

Las actividades desarrolladas durante mi estancia como prestador del servicio social en el Programa de Conductas Adictivas fueron las siguientes:

Al inicio de mi servicio social se me proporcionó una capacitación en el marco teórico que maneja el programa, haciendo énfasis en epidemiología, clasificación de sustancias, efectos en el organismo, metabolismo, factores de protección y riesgo, prevención y tratamiento. De igual manera se me encomendó la búsqueda de información en el campo de las adicciones, con el propósito de elaborar material de difusión y de actualizar el que se contaba en el programa. Las Actividades realizadas en el PREEDEU fueron: capacitación en la aplicación de instrumentos relacionados en el campo de las adicciones, ya que se tuvo participación en la aplicación de 1000 encuestas para realizar el documento "Encuesta de Adicciones 2010 en Estudiantes de Preparatoria de la UNAM". En dicha encuesta participe como aplicador, capturista, depurador, analista de datos y editor. De igual manera, participe en la elaboración de los materiales y contenidos de los Talleres de Prevención para el uso de sustancias, los cuales se aplicaron en un plantel del nivel medio superior de una universidad pública. También participe en el Comité Interdisciplinario de la Lucha Contra el Tabaco y asistí a diversas reuniones como representante del programa.

Por otra parte, y con el fin de conocer los tratamientos aplicados en el campo de las adicciones, se me dió un entrenamiento en el programa PEREU.

Durante mi capacitación en el programa PEREU, inicié como coterapeuta realizando actividades enfocadas al tratamiento de pacientes con problemas significativos, relacionados con alguna sustancia adictiva, dichas actividades incluyeron: la aplicación e instrumentación de los formatos de evaluación, la integración de los datos obtenidos a través de estas evaluaciones, con el fin de establecer un diagnóstico, la elaboración de la retroalimentación personalizada y el diseño y estructuración del plan de tratamiento individualizado, estas

actividades se entrenaron a través del modelamiento. De tal forma, que en diversas sesiones se abordaron destrezas como el rechazo al alcohol, asertividad, solución de problemas, relajación, enfrentamiento de los deseos intensos, enfrentamiento del pesar, manejo del enojo e incremento del apoyo social; además, realicé la elaboración de los resúmenes de sesión, considerando los puntos centrales del tratamiento. Estas actividades se realizaron tanto al participar como coterapeuta y terapeuta

De igual forma y con fines de aprendizaje se me encomendaron otras actividades propias de la clínica, como el manejo los expedientes clínicos, entrevistas de exploración sobre el motivo de consulta, canalizaciones y el modelamiento de la aplicación de los componentes de la PEREU a alumnos del servicio social.

OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

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

CAPITULO 1. CARACTERISTICAS GENERALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL

1.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

En la actualidad las adicciones son una problemática mundial, el consumo de sustancias ha sido constante en todas las culturas a lo largo del tiempo, con las variaciones en los tipos de droga, los patrones de consumo, las funciones individuales, las sociales y las respuestas que las sociedades han desarrollado (De León & Pérez, 2001). En las últimas décadas se ha observado un incremento en el número de personas que las consumen por diversas razones entre las que se encuentran, la facilidad de adquisición y la aceptación social que se le da como forma recreativa. Es por ello, que se ha estudiado el consumo de sustancias, encontrándose que el alcohol es la droga más usada en el mundo, debido a su fácil adquisición, a su producción, a su legalidad y a los usos que se le otorgan (en ritos sociales, religiosos y como remedio, etc.) (González & Alcalá, 2006).

Este incremento en el consumo del alcohol, es atribuido a la sociedad moderna caracterizada por los altos niveles de estrés, al mal manejo de los problemas emocionales y una industria alcoholera poderosa que involucra cierto nivel político (González & Alcalá, 2006).

De la misma forma, el consumo de alcohol presenta una tasa elevada de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que ocupa el segundo lugar de riesgo de muerte en el mundo con un 4 %, apenas debajo del consumo de tabaco que tiene un riesgo de muerte de 4.1% (OMS, 2004a). La OMS reportó que existen cierto grupo de países donde el consumo *per capita* de alcohol (se obtiene dividiendo el consumo de alcohol del país, entre la cantidad de todas las personas) es relativamente bajo, países africanos y musulmanes (0.1 litros *per capita*). Sin embargo, en algunos países el consumo es superior al promedio global de consumo (4.8 litros *per capita*), Rumania, Japón y Corea consumen alrededor de 7 litros *per capita*. Por otro lado, en el continente Americano se presenta un consumo doble del promedio global

(8.7 litros *per capita*), los Estados Unidos y Canadá muestran los índices más elevados (9.2 litros *per capita*). Por último, la OMS indicó que los países europeos son los que presentan un mayor consumo a nivel mundial, países como Francia (13.54 litros *per capita*), Alemania (12.89 litros *per capita*), España (12.25 litros *per capita*) y el Reino Unido (10.39 litros *per capita*) (OMS, 2004a).

De acuerdo con la OMS (2004), México tiene un consumo *per capita* de 4.6 litros al año y aunque este rango está por debajo de varios países europeos con 10 o 13 litros *per capita* anuales, dichos países tienen menos muertes atribuibles al consumo de alcohol que en nuestro país, es posible que esto se deba al patrón de consumo presentado por la población mexicana, el cual consiste en consumir grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión (OMS, 2004).

Además de que, el consumo de alcohol ha sido asociado como factor de riesgo en 60 condiciones médicas, como desordenes psiquiátricos, laceraciones y neoplasias en el hígado, laceraciones en la boca, estómago, páncreas y esófago, desarrollo de cardiopatía y arritmia cardíaca (OMS, 2002). También está relacionado con homicidios, violencia física, agresión sexual y accidentes automovilísticos (Medina-Mora, Villatoro, Cavrioto, Fleiz, Galvan & Rojas, 2003). De entre los 26 factores de riesgo evaluados por la OMS, el consumo de alcohol fue el quinto factor de riesgo más importante en lo que respecta a muertes prematuras en el mundo, después de alto nivel de glucosa en sangre, alto índice de masa corporal e hipertensión y como causa de discapacidad ocupa el primer lugar (OMS, 2002a).

De la misma forma, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2008, indicó que el consumo de alcohol en México es elevado, ya que 8 de cada 1000 personas informaron consumir todos los días, además de que el patrón de consumo típico de la población es de grandes cantidades por ocasión de consumo (ENA, 2008). En total, casi 27 millones de mexicanos entre los 12 y 65 años de edad tienen dicho patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario (ENA, 2008).

Por otro lado, aproximadamente casi 4 millones de mexicanos beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (a estos usuarios se le denomina usuarios consuetudinarios). El grupo de edad que mostró los niveles más altos en dicho consumo oscilaba entre los 18 a los 29 años de edad tanto en hombres como en mujeres. De la misma forma, la población que presentó abuso/dependencia al alcohol es de 4 millones de mexicanos que cumple con los criterios para este trastorno, de éstos, tres y medio millones son hombres y poco más de medio millón son mujeres (ENA, 2008). Este trastorno se asocia con una proporción importante de problemas, dónde las dificultades comunes son: conflictos con la familia (10.8%), peleas (6%), enfrentamiento con la policía (3.7%), inconvenientes laborales (3.7%) y pérdida del empleo (1.4%) y un 41.3% de la población fue detenida bajo los efectos del alcohol (ENA, 2008). Cada año, el tratamiento de la dependencia al alcohol tiene un costo para el sector salud de cerca de 12,000 millones de pesos, sin embargo, tan sólo 17% de las personas que cumplen los criterios de dependencia al alcohol reciben tratamiento (ENA, 2008).

Cabe mencionar que respecto a los problemas con la familia, originados por el consumo de alcohol, son más frecuentes en los hombres mayores de edad (3.8 hombres por cada mujer). Entre los adolescentes, estas diferencias son menos marcadas (1.3 hombres por cada mujer) y en el caso de las adolescentes (7.8%) en comparación con mujeres adultas (3.9%) informaron haber tenido problemas con la familia (ENA, 2008).

En el ámbito laboral se sabe que tres cuartas partes de las personas que consumen alcohol son trabajadores que se ubican en la edad de mayor productividad de la vida, los efectos derivados del consumo y que afectan al ámbito laboral son variados y van desde el ausentismo, las malas relaciones en el trabajo, baja productividad, accidentes en el trabajo, etc. A este respecto, se estima que por lo menos el 25% de éstos se asocian al consumo alcohol y se encuentra entre las diez principales causas de discapacidad entre los trabajadores (ENA, 2008).

De manera similar, Ocampo (2009), con el reporte del Servicio Médico Forense (SEMEFO) identificó que la principal sustancia detectada en los casos de suicidio fue el alcohol (72.9%), seguida de los estimulantes (9.6%) y de los sedantes (6.8%). Los hallazgos de dicho reporte indicaron que la detección de sustancias fue más frecuente en los casos de suicidio que en las otras causas de defunción registradas por el SEMEFO. La probabilidad de muerte por suicidio incrementa cuando se consume un mayor número de sustancias, tanto en hombres como en mujeres.

Con respecto a los accidentes automovilísticos bajo los efectos del alcohol, es la principal causa de muerte entre la población de entre 17 a 30 años de edad, ya que anualmente fallecen 10,000 personas y otras 25,000 resultan discapacitadas (Consulta Mitosky, 2009). Al respecto, la ENA (2008a) reportó que en el Distrito Federal el número de defunciones debido al consumo de alcohol es de 942 habitantes, cifra que corresponde al 6.5% del total de muertes registradas en el país. Asimismo, las defunciones ocasionadas por la enfermedad alcohólica del hígado fueron 566 que equivalen al 7% total de muertes.

En el caso específico de la cirrosis hepática, a diferencia de otros países en los cuales la cirrosis hepática se atribuye al consumo nocivo de alcohol en el 50 % de los casos, en México las estimaciones indican que esta asociación ocurre en el 90 % de los casos. Esta cifra indica que en cuarenta años ha avanzado de un noveno a un cuarto lugar como causa de mortalidad general (ENA, 2008).

En lo que corresponde al grupo de 12 a 17 años de edad, la exposición a alguna droga es mayor en un 30% (ENA, 2008). De igual manera, en los últimos 6 años el número de personas afectadas por las adicciones ha incrementado cerca de un 50% (ENA, 2008). Al respecto, Salamó (2010) mencionó que una de las poblaciones con más incremento en el consumo de alcohol es la población estudiantil adolescente y que el alcohol se ha convertido en la sustancia de abuso con más expansión entre los jóvenes a nivel mundial.

Se ha explorado el fenómeno del consumo de bebidas alcohólicas en dicha población, ya que de acuerdo con Contreras (2008) el consumo de sustancias y la mayoría de los hábitos nocivos para la salud, suelen adquirirse en esta etapa, algunos de estos hábitos se traducen en morbilidad o mortalidad durante el periodo de la adolescencia misma, y otros más tarde en la vida, esto se puede deber a que los adolescentes toman decisiones independientemente de sus progenitores y desarrollan patrones de comportamiento diferentes a los de la infancia, algunos de ellos considerados de riesgo porque pueden tener repercusiones negativas en su bienestar y su salud futura (Meneses, Romo, Uroz, Gil, Markes, Gimenez & Vega, 2009).

Una vez revisados los datos epidemiológicos del consumo de alcohol en México es necesario conocer los antecedentes históricos y los efectos biomédicos de la droga más usada en nuestro país.

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

La palabra alcohol procede del árabe *al-kukhūl* "el espíritu", esto se debe a que antiguamente se llamaba "espíritu" a los alcoholes, "espíritu de vino" al etanol, y "espíritu de madera" al metanol. Se estima que el alcohol surgió en el periodo Neolítico de la Prehistoria a partir de la aparición de la agricultura y la cerámica, en esa época se fermentaban de forma natural algunos alimentos de los cuales surgieron los primeros fermentados. El consumo del alcohol está registrado en algunos pasajes del Antiguo Testamento de la Biblia (Génesis 9.21): Noé, después del diluvio, plantó unas uvas y produjo vino, tomó tanta bebida que se alcoholizó, Noé gritó, se quitó la ropa y se desmayó, momentos después su hijo Cam lo encontró "mostrando sus vergüenzas" este es el primer relato conocido de un caso de embriaguez (Fundación de Investigaciones Sociales A.C. FISAC, 2007).

Los antiguos griegos fermentaban la miel, la cebada y de las uvas de excelente calidad, dadas por el clima y el suelo de esa región, obtenían el vino, el cual era la bebida de alta importancia social y religiosa, incluso tenían un divinidad para esta sustancia, Dionisio el Dios del vino y de la fiesta, pero a pesar de que el

vino estaba presente en las celebraciones sociales y religiosas, el abuso de alcohol y la embriaguez alcohólica eran severamente censuradas por el pueblo (FISAC, 2007).

Otra civilización antigua que le otorgaba valor divino al alcohol fue la egipcia, según la mitología, fue Osiris, Dios de la agricultura y de la vegetación, quien enseñó a la humanidad el arte de fabricar cerveza, la cerveza egipcia se producía enterrando cebada en recipientes de germinación. Los egipcios dejaron documentado en papiros las etapas de fabricación, producción y comercialización de cerveza y de vino, creían que las bebidas fermentadas eliminaban los gérmenes y parásitos y por lo que eran usadas como medicamentos, especialmente contra los parásitos de las aguas del río Nilo (Centro de Informaciones sobre Salud y Alcohol, CISA, 2010).

Fue en Alejandría, durante la primera época del cristianismo en donde se produjo un avance en los métodos que tienen que ver con los procesos de destilación de alcohol, pero al ser conquistados por los árabes, se expandió este proceso por toda Europa. Los árabes destilaban vinos para obtener licores, el proceso de destilación aplicado a las bebidas fermentadas se remonta alrededor del año 800 después de Cristo (FISAC, 2007).

En México, desde la época prehispánica se produjeron bebidas con alcohol (FISAC, 2007). El octli, al que después se le denominó pulque, tenía para los nahuas una importancia fundamental, era una bebida fermentada de un tipo especial de maguey que crecía en la parte central del territorio nacional; hoy en día, en los estados de Hidalgo y Tlaxcala. A esta bebida se le conocía como centson-totochtli, o "cuatrocientos conejos", debido "a la casi infinita variedad de efectos que producía en la conducta de quienes lo bebían". Las dos deidades asociadas a las bebidas alcohólicas eran: Ometochtli ("2 conejo") dios del vino, los indígenas pensaban que aquél nacido bajo el signo calendárico "2 conejo", sería consumidor de alcohol irremediablemente y la diosa Mayahuel, que se representaba como una mujer vestida de blanco que tenía 400 senos (símbolo de

fecundidad), sentada sobre un maguey, con su sabiduría obtuvo el aguamiel agujerándole el corazón al maguey y extrayendo de él esta bebida "sagrada" que al cabo de unos días, al fermentarse, se convertía en octli (Zurita, 1997).

El consumo de las bebidas estaba asociado y restringido a las ceremonias religiosas como a las fiestas en honor de los dioses. En tales ocasiones la mayoría del pueblo tomaba la bebida "sagrada", su uso estaba permitido en las mujeres que habían dado a luz recientemente y tomaban el pulque para aminorar sus dolores y aumentar su producción de leche. Los ancianos mayores de 50 años de edad también podían beber octli a placer, ya que creían que servía para calentar la sangre y para poder dormir, pero incluso en estos casos no se bebían más de cuatro tazuelas por ocasión (FISAC, 2007).

Los sacerdotes eran los que regulaban el consumo del alcohol e imponían los castigos, a los plebeyos se les tenía prohibido el uso de la sustancia fuera de las ceremonias, si se bebía más de lo permitido la pena era la muerte, había diferencias en los castigos, los más severos estaban dirigidos a la elite gobernante y los estratos populares recibían penas menores (Zurita, 1997). Si los jóvenes bebían más de lo permitido o en situaciones prohibidas, cometían una ofensa grave y se les lapidaba o apaleaba hasta la muerte en los casos extremos, cuando incurrieran en el exceso por primera vez eran trasquilados en la plaza pública y en caso de reincidir se les derribaba su casa, dándoles a entender que no eran dignos de tener casa en el pueblo, también se les prohibía ejercer todo oficio honroso en la comunidad (FISAC, 2007).

En el sur del país los mayas bebían el balché, un vino de miel, fermentado con la corteza secada al sol del árbol balché, la preparación y consumo eran considerados como sagrados, sólo los sacerdotes lo podían producir, se usaba miel pura y agua "virgen" de los cenotes que se extraía de madrugada, la miel y el agua se ponían en las ollas junto con la corteza y se dejaba reposar tapado con hojas de plátano, el balché se usaba en rituales agrícolas y de sacrificio, se les daba a los sacrificados y se repartía después al pueblo (FISAC, 2010).

En el norte de nuestro país, se elaboraba vino con las tunas de las diferentes cactáceas, la bebida era llamada návait, odam o pápago. Se dejaba reposar en las canastas para agua-tejidas, las cuales tenían la cualidad de hincharse con la humedad con lo que no se derramaban el líquido, este vino se ofrecía a los dioses, primero con la mano y luego hacia todas direcciones del mundo, en las ceremonias se bebía en estricto orden jerárquico (FISAC, 2010).

Otra bebida con alcohol que se consumía en el norte del país era el tesguino o batara, bebida sagrada para los tarahumaras, se preparaba haciendo germinar los granos de maíz en canastas planas, se humedecían hasta germinar, después se molían estos granos y se hervían durante ocho horas, se colaba esta infusión y se ponía a fermentar veinticuatro horas con un catalizador como el frijolillo, flor de manzanilla o de durazno y cortezas. La bebida estaba presente en todas las ceremonias religiosas y era de gran importancia social, pero su uso dentro de todos los pueblos prehispánicos era el menos regulado (FISAC, 2010).

Después de la conquista, Long (2003) describe que el abuso del alcohol era el problema más común entre los indígenas, la producción y la comercialización del pulque se intensificaron con la influencia de los españoles. Los sacerdotes europeos prohibieron la venta del vino de uva a los indígenas, pero su tráfico ilegal se convirtió en un negocio lucrativo, estos cambios en las reglas del consumo del alcohol, hicieron que su uso se expandiera en la comunidad y perdiera su valor sagrado. También con la influencia europea se empezaron a asentar la industria alcohólica en nuestro país, por lo que cerveceras, destilerías y pulquerías empezaron a producir a gran escala.

Por otra parte, durante el Renacimiento, en los cabarets y tabernas fueron impuestos horarios de funcionamiento, éstos eran considerados locales en donde las personas podían manifestarse libremente y el uso de alcohol estaba presente en los debates políticos que precedieron a la Revolución Francesa. Al final del siglo XVIII y durante el inicio de la Revolución Industrial, el uso excesivo del

alcohol pasó a ser visto por algunos como una enfermedad o desorden (CISA, 2010).

En el siglo XX se regularizó el uso del alcohol, en Francia establecen los 18 años de edad como requisito para el consumo de alcohol, en enero de 1920 el gobierno estadounidense decreta la Ley Seca que tuvo duración de casi 12 años. En la Ley Seca se prohibió la fabricación, venta, cambio, transporte, importación, exportación, distribución, posesión y consumo de bebida con alcohol, en 1952 la primera edición del DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) incluye el alcoholismo como enfermedad (CISA, 2010).

En el año de 1967, la Organización Mundial de la Salud incluyó el concepto de alcoholismo en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-8), a partir de la 8ª Conferencia Mundial de Salud. En el ICD-8, los problemas relacionados al uso del alcohol se incluyeron dentro de una categoría más amplia de trastornos de personalidad y de neurosis. Estos problemas fueron divididos en tres categorías: dependencia, episodios de beber excesivamente (abuso) y beber de modo excesivo habitualmente. La dependencia del alcohol se caracterizó por el uso compulsivo de bebidas alcohólicas y por la manifestación de los síntomas de abstinencia después de la interrupción del uso del alcohol (FISAC, 2007).

En todas las culturas ha estado presente el consumo y la elaboración del alcohol, en nuestro país su consumo estaba regulado por cuestiones morales, religiosas y sociales, actualmente se ha expandido el consumo de alcohol en la población en general. Por tal motivo, es necesario conocer los efectos biomédicos del consumo de alcohol que generan que sea la sustancia potencialmente adictiva más consumida en el mundo y en nuestro país.

1.3 EFECTOS BIOQUIMICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol etílico también conocido como etanol, alcohol vínico y alcohol de melazas, es un líquido incoloro y volátil de olor agradable, que puede ser obtenido

por dos métodos principales: la fermentación de los azúcares y un método sintético a partir del etileno (Téllez & Cote, 2006).

La fermentación de los azúcares, es el proceso más común para su obtención a partir de macerados de granos, jugos de frutas, miel, leche, papas o melazas, utilizando levaduras que contienen enzimas catalizadoras que transforman los azúcares complejos a sencillos y a continuación en alcohol y dióxido de carbono, estas son conocidas como bebidas fermentadas (ver tabla 1) (Téllez & Cote, 2006). Existe otro tipo de bebidas con alcohol, las cuales han sufrido fermentación alcohólica y posteriormente, son sometidas a un proceso de destilación, se las conoce como bebidas destiladas (brandy, whisky, ron, ginebra y licores en general) que tienen mayor contenido en alcohol que las bebidas fermentadas (ver tabla 2) (Ministerio de Educación y Ciencia, 2004).

Bebidas Fermentadas	
Producto	Origen
Vino	Uva
Sidra	Manzana
Vino de fruta	Frutas diversas
Sake	Arroz
Hidromiel	Miel
Cerveza	Cereales

Tabla 1. Bebidas de producción por fermentación y su producto de origen

Bebidas Destiladas	
Producto	Origen
Ron	Caña de azúcar
Mezcal	Magüey
Tequila	Magüey
Brandy	Uva

Whisky escocés	Cebada
Whisky americano (Bourbon)	Maíz
Ginebra	Enebro
Vodka	Papa

Tabla 2. Bebidas de producción por destilación y su producto de origen

La proporción de alcohol de una bebida, para un volumen dado de la misma, se denomina grado de alcohol, por ejemplo, un litro de vino de 12 grados de alcohol contiene un 12% de alcohol puro, es decir, 12 centilitros (120 cm³), de la misma manera, en un litro de cerveza de 5 grados, hay un 5% de alcohol puro, es decir, 5 centilitros (50 cm³) (Ministerio de Educación y Ciencia, 2004).

El grado de alcohol en una bebida varía ya sea fermentada o destilada también según la marca, el lugar de procedencia y los métodos específicos de procesamiento. Dado a esta variedad de bebidas con alcohol y a que estas se pueden tomar en distintos tipos de recipientes (copas, botellas, vasos), para simplificar la estimación de la cantidad de alcohol consumido, se creó el término de unidad de copa estándar, que en España equivale a unos 10 gramos de alcohol en Estados Unidos a unos 11 gramos de alcohol y en México a 13 gramos de alcohol, aunque esta cantidad varía de país en país (Medina-Mora, 2001).

Este sistema de medición de unidades de copa estándar se usa como medida de consumo, usado para establecer de manera clara el número de unidades consumidas.

Otra medición del alcohol es la concentración de alcohol en los fluidos corporales. Este cociente se denomina como niveles de alcohol en la sangre (Blood Alcohol Level, BAC). Se suele informar en miligramos de etanol por decilitro (mg/dL). Además de esta medida existen otras, como el porcentaje de etanol en sangre. Dicho porcentaje expresa los gramos de etanol contenidos en 100 ml de sangre, así, un porcentaje de etanol en sangre del 0.05% equivale a una concentración aproximada de 50 mg/dL (0.5 g/L). Esta es la unidad de medida

empleada por el código de tránsito vehicular para delimitar la concentración máxima de etanol con el que se puede conducir legalmente un vehículo de motor, ya que el etanol accede a los pulmones desde el torrente sanguíneo y se vaporiza en el aire a una velocidad constante, siendo por ello posible determinar la concentración del alcohol desde los niveles contenidos en el aire exhalado prueba vial que se conoce comúnmente en nuestro país como "Alcoholímetro", en la cual el nivel máximo de concentración permitido de etanol en la sangre es de 0.4 g/L (Aragón, Miquel, Correa, & Sanchis-Segura, 2002).

La farmacocinética del alcohol comprende cuatro etapas o fases: fase de absorción, fase de distribución, fase de metabolismo y fase de eliminación (Ministerio de Educación y Ciencia, 2004).

Fase de absorción: el etanol es una sustancia que se puede administrar de diversas formas y absorber por múltiples vías, pero la principal y casi exclusiva vía, es la oral. El proceso de absorción gastrointestinal se inicia inmediatamente después de su ingestión. La superficie de mayor absorción es la primera porción del intestino delgado, con aproximadamente 70%, en el estómago se absorbe un 20% y en el colon un 10%. Su absorción por tracto digestivo se realiza en un período de dos a seis horas y puede ser modificada por varios factores como el vaciamiento gástrico acelerado y la presencia o la ausencia de alimentos en el estómago (Téllez & Cote, 2006).

El Ministerio de Educación y Ciencia (2004), especifica los factores que influyen en la absorción del alcohol:

- Tiempo transcurrido de absorción: al comienzo la absorción es más rápida, cuando cierta cantidad de alcohol se ingiere de modo gradual y prolongado en el tiempo, el nivel máximo alcanzado en sangre es menor que si se ingiere esa misma cantidad de modo rápido.
- Grado de vaciamiento gástrico: el vaciamiento gástrico depende de la cantidad y del tipo de alimento que hay en el estómago, cuando el

estómago esta vacío, el alcohol se absorbe a mayor velocidad, además de llegar al intestino con mayor rapidez, en cambio, si el estómago está lleno, el alcohol se difunde en la sangre lentamente, a medida que va pasando al intestino delgado.

- Características de la bebida alcohólica ingerida. Por ejemplo, las bebidas gaseosas se absorben de forma más rápida en el estómago.

Fase de distribución: una vez absorbido, el alcohol se distribuye de modo uniforme por todo el organismo a través de la sangre y entre 30 y 90 minutos tras finalizar la toma o ingesta de alcohol aparecen los niveles más altos en sangre, a través de la sangre llega a todos y cada uno de los órganos del cuerpo (Ministerio de Educación y Ciencia, 2004). La cantidad de alcohol presente en la sangre se denomina alcoholemia. Existe una buena correlación entre los niveles de alcohol en sangre y los efectos que produce éste en el organismo, es decir, a partir de los niveles de alcohol en sangre se puede predecir qué efectos está produciendo el alcohol en el organismo, a nivel de grado de modificación conductual y cognitiva del sujeto, así, Aragón et al., (2002) propone una clasificación de los efectos del etanol esperables sobre la ejecución, según diferentes concentraciones de esta sustancia:

- Entre 10 y 30 mg/dL no existe alteración funcional perceptible
- Entre 30 y 60 mg/dL de etanol en sangre producen una sensación de euforia así como un incremento de la interacción social.
- Entre 60 y 100 mg /dL la euforia llega a producir desinhibición y una seria alteración del autocontrol y de la capacidad valorativa del sujeto.
- Entre 100 y 150 mg /dL, concentraciones que pueden alcanzarse aún en episodios de consumo de etanol socialmente considerado como aceptable, se produce un importante descenso de la ejecución

psicomotora y la articulación del habla se ve parcialmente comprometida.

- Entre 150 y 200 mg /dL de etanol en sangre producen una confusión mental significativa que se traduce incluso en dificultades relativas para mantener el equilibrio.

Una vez absorbido el alcohol, los tejidos en donde se concentra en mayor proporción son en este orden: cerebro, sangre, ojo y líquido cefalorraquídeo, el alcohol puede atravesar las barreras feto placentaria y hematoencefálica (Téllez & Cote, 2006).

La mayor solubilidad del etanol en el agua respecto a la que presenta en medios lipídicos propicia que se observen diferencias en la distribución del etanol entre dos individuos con diferente proporción de grasa corporal, aún cuando la cantidad ingerida de esta sustancia y su peso corporal sean idénticos. Así, debido a las diferencias genéticas entre hombres y mujeres en la cantidad de grasa, el volumen de distribución del etanol será diferente en cada caso (0.7 L/kg en hombres respecto a 0.6 L/kg en mujeres). Este hecho, junto con la tendencia media de un menor peso corporal de las mujeres provoca mayores niveles de etanol en sangre en éstas ante un mismo consumo de etanol (Aragón et al., 2002).

Fase de metabolismo: el metabolismo del alcohol es el conjunto de reacciones químicas que se producen en las células del organismo para degradar las moléculas de etanol (Ministerio de Educación y Ciencia, 2004). Se conocen tres vías metabólicas: vía de la enzima alcohol deshidrogenasa, vía del sistema microsomal de oxidación (MEOS) y vía de las catalasas (Tellez & Cote, 2006).

El etanol se metaboliza fundamentalmente por oxidación, transformándose en acetaldehído. En las situaciones de consumo oral, este proceso acontece principalmente en el hígado y se halla fundamentalmente mediado por la enzima alcohol deshidrogenasa (ADH). Esta enzima cataliza la conversión reversible de los alcoholes a sus correspondientes aldehídos (Tellez & Cote, 2006).

En un segundo paso el acetaldehído producido es metabolizado a acetato principalmente por el aldehído deshidrogenasa hepática (ALDH). Este metabolismo está mediado por uno o más de los sistemas enzimáticos localizados en el hígado, aunque la predominancia entre ellos en cada tejido está aún en fase de estudio, así como lo está también, la significación funcional de dicho metabolismo (Aragón et al, 2002).

En estos procesos se degrada entre un 90% y 98% del alcohol que se ingiere y se realiza con una velocidad constante y apenas modificable. Aproximadamente se degradan unos 8-10 gramos de alcohol por término medio en una persona de 70 kg de peso y esto no depende de la cantidad del mismo que haya en la sangre. Este metabolismo tan sólo se modifica por el peso de la persona, por diferencias genéticas y en menor grado, por el hábito de beber, son muy pocas las sustancias conocidas cuyo metabolismo transcurre a velocidad constante independientemente de la cantidad presente (Ministerio de Educación y Ciencia, 2004).

Específicamente en las mujeres a nivel de la mucosa gástrica la actividad de la enzima implicada en la oxidación del alcohol (enzima alcohol-deshidrogenasa ADH) es menor que en los hombres, por ello, de todo el alcohol que se ingiere, una pequeña cantidad es degradada en el estómago en los varones, pero no en las mujeres, es por eso que alcanzan mayores niveles de alcohol en sangre cuando se consume la misma cantidad de alcohol (Ministerio de Educación y Ciencia, 2004).

Fase de eliminación: La mayor parte de la eliminación del etanol se produce por metabolismo, pero existe un escaso porcentaje de etanol que es eliminado, sin sufrir transformación alguna, mediante su incorporación a la orina, las heces, el sudor y el aire exhalado. De hecho, para las dosis y concentraciones de etanol consumidas habitualmente, sólo el 1% de la eliminación está ligada a factores no-metabólicos. Sin embargo, existen algunos factores que pueden alterar la eliminación del etanol, éstos son (Aragón et al., 2002)

- ❖ Factores genéticos: como la existencia de diferentes alelos que codifican la síntesis de las enzimas capaces de degradar el etanol. Dependiendo del alelo presente, la contribución de cada sistema enzimático a la eliminación del etanol se verá comprometida.
- ❖ Consumo de azúcares: la fructosa puede incrementar la desaparición del etanol. Este efecto de la fructosa se ha intentado utilizar como una forma de disminuir la intoxicación etílica en pacientes cuya vida pueda correr peligro por dicha causa, pero no parece ser lo suficientemente potente.
- ❖ Capacidad metabólica de bebedores habituales: esta parece ser mayor que la de personas con un menor contacto con esta sustancia.
- ❖ Fumar tabaco: Los fumadores de tabaco (con un consumo superior a 20-25 cigarrillos por día) presentan una mayor velocidad de desaparición del etanol.

Por otro lado, el etanol utiliza varios mecanismos de acción que explican sus múltiples efectos en el organismo:

- ❖ Ejerce acción sobre el neurotransmisor GABA, aumentando la conductancia del ión cloro, responsable de la depresión primaria en la intoxicación aguda. La aparente estimulación inicial se produce por la actividad incoordinada de diversas partes del encéfalo y por la depresión de los mecanismos inhibidores del control por acción gabaérgica (Tellez & Cote, 2006).
- ❖ Actúa sobre los canales de membrana para cloro y para calcio, modifica el diámetro de canales iónicos para el cloro al aumentarlos, facilitando con ello la entrada de éste ión a la célula, también disminuye el diámetro para los canales de calcio, disminuyendo la entrada del ión calcio al interior de la célula. Estas modificaciones facilitan la repolarización celular y generan un efecto hiperpolarizante en la célula que trae una disminución de la actividad funcional del Sistema Nervioso Central. A nivel del nervio periférico

disminuye los valores máximos de las conductancias de sodio y potasio (Tellez & Cote, 2006).

- ❖ Altera la absorción intestinal de tiamina y otros nutrientes. Teniendo en cuenta que la tiamina actúa como coenzima de otras enzimas relacionadas con el metabolismo y aprovechamiento energético de la glucosa en el cerebro, la deficiencia de esta vitamina origina que el metabolismo cerebral de la glucosa se desvíe hacia la vía anaeróbica disminuyendo con esto su rendimiento energético (Tellez & Cote, 2006).

Debido a dichos efectos, el etanol afecta al individuo en múltiples órganos y sistemas orgánicos. Los efectos clínicos agudos que con mayor frecuencia se encuentran son:

1. Alteraciones en el Sistema Nervioso Central (SNC): por ser esta sustancia un depresor generalizado no selectivo del SNC, su sintomatología está marcada por una evolución paradójica, la fase inicial se caracteriza por signos de excitación mental, al inhibirse primero los centros inhibitorios del cerebro; a medida que aumentan los niveles de alcohol en sangre, la intoxicación se va agravando y la depresión del SNC se torna predominante, su primera acción depresiva la realiza en partes del encéfalo que participan en funciones integradas, deprime tanto centros inhibitorios como excitatorios, los primeros procesos mentales afectados son los que dependen del aprendizaje y la experiencia previa, luego se alteran la atención, la concentración, el juicio y la capacidad de raciocinio (Tellez & Cote, 2006).

Generalmente, los efectos sobre el SNC son proporcionales a la concentración en la sangre, los efectos son más marcados cuando la concentración está en ascenso que cuando desciende (Tellez & Cote, 2006).

2. Alteraciones gastrointestinales: aumenta la motilidad del intestino delgado y disminuye la absorción de agua y electrolitos, por efecto irritativo directo

causa gastritis, esofagitis, úlceras, hemorragia de vías digestivas y vómito (Tellez & Cote, 2006).

3. Alteraciones nutricionales: el etanol carece de valor nutritivo 1gr de etanol posee 7.1 kcal. La ingesta en ayuno de etanol en pacientes sanos produce hipoglucemia transitoria de 6 a 36 horas (Tellez & Cote, 2006).

Según Ayesta, (2002) otros efectos del consumo de alcohol son la tolerancia y abstinencia, dichos fenómenos son neuroadaptativos y ocurren con las exposiciones repetidas a la sustancia y que ambos fenómenos pueden aparecer conjuntamente, lo que sugiere que probablemente compartan algunos de sus mecanismos.

De igual manera, tanto en el alcohol como en otras drogas de abuso, se ha dado una gran importancia a la tolerancia, como fenómeno habitualmente ligado a la dependencia, lo mismo puede decirse de la presencia de sintomatología de abstinencia, fenómeno que en su momento recibió el nombre de *dependencia física*, actualmente, al haberse perfilado más el concepto de dependencia (como un trastorno conductual caracterizado por una disminución del control sobre el consumo de una sustancia) (Ayesta, 2002).

En el caso de la tolerancia, la administración repetida de etanol produce una disminución en la intensidad de sus efectos, conocida con el nombre de tolerancia, por lo tanto la tolerancia es la pérdida de potencia en la intensidad de un efecto, intensidad que puede ser obtenida habitualmente mediante un incremento de la dosis. La tolerancia a los efectos del etanol puede ser producida por diversos mecanismos, a dosis altas, el etanol da lugar a la inducción enzimática del sistema oxidativo microsomal, encargado de la metabolización del etanol a grandes concentraciones. Esto ocasiona que, a igualdad de ingesta, las alcoholemias sean menores. Es lo que se conoce como tolerancia farmacocinética (Ayesta, 2002).

Desde el punto de vista bioquímico en consumidores habituales, se produce tolerancia celular inducida y ante cualquier disminución brusca del consumo se producirá un síndrome de abstinencia por efecto depresor del SNC, clínicamente se caracteriza porque se producen varios de los siguientes signos y síntomas de acuerdo a la intensidad del síndrome: temblor, mareo, agitación, ansiedad, ataques de pánico, alucinaciones visuales y auditivas, confusión, vómito, taquicardia, hipertermia, diarrea, vómito y en casos graves convulsiones, en ocasiones se asocia al segundo o tercer día, con delirium tremens, el cual es un cuadro psicótico agudo delirante, que se caracteriza por alteraciones de conciencia, desorientación, alucinaciones terroríficas, asociadas a alteraciones somáticas (Tellez & Cote, 2006).

El síndrome de abstinencia es un fenómeno complejo que ocurre a diversos niveles cerebrales, de manera general, se caracteriza por una activación simpática. Este aumento de actividad simpática que se observa en el síndrome de abstinencia está en gran parte mediado por la hiperactividad del *locus coeruleus*, las manifestaciones de esta hiperactividad simpática son: la taquicardia, la hipertensión, la sudoración y el temblor (Ayesta, 2002).

Lo característico de toda dependencia a una droga es el control disminuido que se tiene sobre su consumo además de la existencia de una necesidad o compulsión hacia la toma periódica o continuada de esa sustancia. Los deseos de consumir suelen ser habitualmente desencadenados por la presencia de estímulos, originalmente neutros, que por condicionamiento clásico (pavloviano), han adquirido un valor añadido, los estímulos asociados al consumo pueden ser externos (una calle, una persona, unas luces, una canción, una botella, etc.) o internos (sensación de frustración, tristeza, ira, soledad o estrés), no estando necesariamente relacionados con las propiedades farmacológicas de la sustancia; el conocimiento y la extinción de estas asociaciones tienen una gran importancia en el tratamiento de la dependencia y en la prevención de recaídas (Ayesta, 2002)

Además de esto, para que la conducta se siga presentando, es necesario que la sustancia tenga propiedades reforzadoras, si éstas propiedades reforzantes no existen, no hay conducta de búsqueda y, consecuentemente, no existe dependencia ni trastorno adictivo alguno. El potencial de reforzamiento del etanol refleja el exceso de sus características reforzadoras frente al de sus características aversivas en una persona y en una situación determinada y esto a su vez depende del estado anímico del consumidor (es mayor en situaciones de estado de ánimo negativas) y de muchas otras circunstancias no siempre claras para el paciente (Ayesta, 2002).

El consumo excesivo de alcohol puede generar dependencia y problemas relacionados, por tal razón, se han elaborado modelos para explicar los procesos de adquisición y mantenimiento de las conductas adictivas, entre ellas el consumo de alcohol, con la intención de brindar un tratamiento efectivo a la dependencia y del abuso de sustancias.

CAPITULO 2. MODELOS DE TRATAMIENTO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL

La naturaleza de los trastornos adictivos es un fenómeno complejo que no cuenta con un modelo teórico que logre explicarlo en su totalidad. West (2006 citado en Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo, 2008) identificó hasta un total de 98 teorías y modelos de la adicción. Agrupar o clasificar este conjunto de teorías y modelos se ha convertido en una tarea difícil, pero todas ellas confluyen en sus componentes principales: lo biológico, lo comportamental y lo social. Hay, por tanto, un acuerdo generalizado en entender la adicción como un fenómeno bio-psico-social (Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo, 2008).

Las contribuciones desde el ámbito de la psicología al estudio, a la comprensión y al tratamiento de las conductas adictivas han sido numerosas e influyentes, siendo los modelos teóricos más destacados los expuestos en las teorías psicodinámicas, del aprendizaje, cognoscitivas, transteóricas y cognitiva-conductual (Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo, 2008).

2.1 Modelo psicodinámico

En este modelo se explica al consumo de alcohol con ayuda de la estructura psíquica de la personalidad, dicha estructura se refleja en motivaciones inconscientes que se manifiestan en la conducta de la persona. De acuerdo el modelo psicodinámico el consumo de alcohol está relacionado con estas motivaciones inconscientes, traumas, fijaciones, baja tolerancia a la frustración y un débil control de impulsos. El consumo excesivo de alcohol desde esta perspectiva se origina en personas que han tenido experiencias traumáticas (Monasor, Jiménez & Palomo, 2003).

De igual manera, las intervenciones que este modelo propone tienen el propósito de buscar significados inconscientes, con la intención de reparar las experiencias traumáticas, fortaleciendo la estructura de la personalidad, buscando promover mecanismos de defensa menos autodestructivos que el consumo de

sustancias (Cunillera & Foros, 2006). Sin embargo, estas técnicas son de escasa efectividad cuando el paciente presenta un trastorno antisocial de la personalidad o deterioro cognitivo y cuando se emplea como única modalidad de tratamiento (Monasor et al., 2003).

2.2 Modelo conductual

La teoría conductual supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene, por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y el operante. Para este enfoque, la conducta es el resultado de la adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible cambiar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos principios que explican su adquisición (Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo, 2008).

El condicionamiento pavloviano o respondiente, se basa en un principio de aprendizaje que se explica a partir de la existencia de dos tipos de reflejos: los incondicionados (los cuales son innatos), que están formados por un estímulo incondicionado (EI) y una respuesta incondicionada (RI) y los reflejos condicionados (los cuales son adquiridos), formados por un estímulo condicionado (EC) y una respuesta condicionada (RC). El condicionamiento clásico es útil para explicar la adquisición, el mantenimiento, el tratamiento y la recaída en las adicciones (Chance, 2001).

De este modo, de acuerdo con los principios del condicionamiento clásico, (como intensidad del EI, frecuencia de apareamiento, contigüidad y contingencia), la RC a la droga aumenta, lo que hace que el deseo por la sustancia permanezca aún después de la abstinencia. Con frecuencia la RI se asocia de manera muy duradera y efectiva con otros estímulos presentes en el momento del consumo. Como resultado de esta asociación, los estímulos del contexto adquieren propiedades condicionadas (EC), dando lugar a RC. Las RC son parecidas a las RI del consumo y suscitan un estado de inquietud o deseo por consumir. Por ejemplo, se ha observado que la persona con dependencia, al hablar sobre el

consumo, experimenta inquietud y deseo por la sustancia (Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo, 2008).

Otro principio de la teoría conductual es el condicionamiento operante o instrumental, que establece la adquisición de asociaciones entre conductas y sus consecuencias. Las conductas que se aprenden por este medio cambian en función de sus consecuencias, como puede ser: obtener una consecuencia agradable (refuerzo positivo), evitar una consecuencia aversiva (refuerzo negativo) o sufrir una consecuencia negativa (castigo). De esta manera, la clase de conducta que es seguida por un reforzador se fortalece, mientras que si es seguida por un castigo, se debilita (Chance, 2001).

Se han diseñado técnicas de intervención derivadas de dichos principios de aprendizaje, tales como:

- ❖ **Análisis funcional:** Esta técnica conductual se enfoca en la identificación de conductas observables y cuantificables en relación con acontecimientos del entorno, lo que se denomina un análisis funcional de la conducta. Con este análisis se pueden conocer, de manera precisa, detalles de la frecuencia e intensidad del consumo y las condiciones bajo las cuales ocurre (situaciones dónde, cuándo y con quién) (Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo, 2008).
- ❖ **Contracondicionamiento:** La cual consiste en presentar consecutivamente el consumo de alcohol con experiencias aversivas (choques eléctricos, inducción del vómito, etc.). Una variante del contracondicionamiento, que puede utilizarse para aumentar la efectividad del tratamiento, es la sensibilización encubierta (Cautela & Rosentiel 1979). Dicha técnica consiste en guiar imaginativamente una secuencia de eventos a sensaciones desagradables, con la finalidad de inducir aversión por la sustancia. Esta estrategia es utilizada para manejar el deseo por consumir (Rimmele & Howard, 1995).
- ❖ **Extinción:** esta técnica representa otra manera de eliminar una conducta que fue adquirida a través de la asociación entre estímulos. La extinción se logra

después de exponer en ocasiones repetidas el EC sin aparearlo al EI, hasta que pierda su valor condicionado (Klein, 1994).

- ❖ El contrato de contingencias: es una herramienta basada en el condicionamiento operante, que puede ser útil para aumentar la adherencia terapéutica en la reducción del consumo. El incumplimiento del contrato supone una consecuencia negativa (castigo-sanción) y el cumplimiento, un refuerzo (gozar de algunos privilegios) (Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo, 2008).
- ❖ Conductas incompatibles: Se propone reforzar actividades recreativas incompatibles con el consumo reorganizando el ambiente de la persona (Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo, 2008).

2.3 Modelo Cognoscitivo

Este paradigma centra su atención en los pensamientos, las actitudes y las creencias que influyen en la conducta y, a su vez, regulan la relación entre el estímulo evocador del consumo y sus consecuencias. El término cognición se refiere al conocimiento e interpretación que las personas poseen o realizan sobre el ambiente y cómo sus expectativas y creencias controlan su comportamiento (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

En este sentido, se entiende por expectativa aquella representación mental de las contingencias entre acontecimientos ambientales. Los antecedentes de la teoría cognitiva se remontan a Tolman (1930 citado en Beck et al., 1999), quien suponía que nuestra manera de actuar está orientada hacia una meta y que nuestras expectativas, en forma de planes, determinan qué conducta específica realizamos para obtener una recompensa o evitar un castigo (Beck et al, 1999).

Desde el punto de vista cognitivo, la conducta es flexible, interactiva y dinámica, se enfoca en los antecedentes, pensamientos y atribuciones. De esta forma, al modificar la cognición, es posible cambiar la conducta (Beck et al., 1999).

La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos adictivos se producen y mantienen debido, principalmente, a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a modificar los pensamientos y creencias erróneas de la persona y a enseñarle técnicas de autocontrol. En la terapia cognitiva, el terapeuta ayuda a examinar la secuencia de acontecimientos que llevan al consumo de alcohol y a explorar las atribuciones y creencias básicas que tiene el paciente con respecto a su consumo de alcohol (Beck, 1995).

Beck et al., (1999) mencionó que existen, al menos, tres tipos de creencias "adictivas" pertinentes en las personas con abuso de sustancias: a) creencias anticipadoras, comprenden expectativas de recompensa, b) creencias orientadas hacia el alivio, suponen que el consumo acabará con un estado de malestar, c) y creencias facilitadoras o permisivas, consideran que tomar drogas es aceptable.

Desde este modelo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. Le ayuda a modificar estos pensamientos de forma que pueda conseguir una mayor comprensión de sus problemas reales y desarrollar creencias de control, esto es, creencias que disminuyen la probabilidad de tomar drogas o abusar de las mismas. El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control del paciente acaban siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción (Beck, 1995).

Al respecto, Gálvez y Guerrero (2008) proponen un proceso en seis fases: a) evaluar las creencias; b) orientar al paciente hacia la comprensión del modelo de terapia cognitiva; c) examinar y probar las creencias adictivas; d) desarrollar creencias de control sobre la abstinencia; e) practicar la activación de creencias de control de la conducta sin drogas; f) y asignar actividades entre sesiones para fomentar estas creencias.

2.4 Modelo transteórico

Este modelo fue desarrollado por Prochaska y DiClemente (1982). Parte del análisis de las variantes que se producen en el desarrollo de un proceso de cambio de comportamiento con o sin ayuda de psicoterapia.

Dichos autores plantean un modelo global que sirva como síntesis de los diferentes modelos de tratamiento que se utilizan actualmente en las adicciones; se pretende cubrir todo el proceso de cambio, desde una persona que no se da cuenta que tiene un problema con el consumo de sustancias hasta que ha mantenido algún cambio respecto a su problemática (Llorente et al., 2008).

Los estadios de cambio según Prochaska y DiClemente (1982) son los siguientes:

Precontemplación: es un estadio dentro del cual los individuos no piensan seriamente en cambiar, puede ser porque no consideran que tengan un problema. Si acuden a tratamiento lo harán de forma involuntaria, para evitar presiones externas y su único objetivo será que disminuya la presión, en ocasiones pueden presentar algún cambio o permanecer en abstinencia de forma puntual, pero una vez que la presión externa cambia, reinician de forma inmediata su patrón de consumo.

Contemplación: es el periodo en el que los individuos están pensando en si deberían cambiar o no; están abiertos a la información sobre su problema y la manera de cambiar, pero no han desarrollado un compromiso firme de solución. Durante este estadio, el individuo toma conciencia de la existencia de su problemática y empieza a plantearse la posibilidad de hacer algo para modificarla, aunque existe ambivalencia entre el costo y beneficio de dejar el uso de sustancias.

Preparación: en este estadio se aprecian criterios intencionales como conductuales; es decir, el individuo se encuentra preparado para la actuación y ha efectuado algunos pequeños pasos dirigidos a actuar.

Acción: en este estadio se produce abiertamente la modificación de la conducta problemática. En esta etapa el individuo cambia con o sin ayuda profesional su conducta, así como las condiciones ambientales que lo afectan con el objetivo de superar su problemática.

Mantenimiento: el individuo intenta conservar y consolidar los logros alcanzados en el estadio anterior, además de poner énfasis en prevenir una recaída. Algunos individuos situados en este estadio puede llegar a tener temor no sólo a recaer sino al cambio en sí mismo, ante lo cual pueden llegar a tener un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado para evitar alguna situación que pudiera llevarlos a recaer .

El Modelo Transteórico se ha utilizado en múltiples conductas, una de las principales técnicas que se basa en este modelo es la entrevista motivacional desarrollada por Miller y Rollnick en 1982, la cual se enfoca en aumentar la motivación para el tratamiento y facilitar la transición del estadio precontemplativo o contemplativo al estadio de mantenimiento (Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo, 2008)

La entrevista motivacional es un método no directivo centrado en la persona para promover la motivación intrínseca hacia el proceso de cambio.

Es importante considerar que la motivación para el cambio es un estado que puede fluctuar de un momento a otro, este estado puede ser influido por múltiples factores, de tal forma que el objetivo central del terapeuta es ayudar a la persona para que esta balanza se incline a favor del cambio (Llorente et al., 2008)

Miller y Rollnick (1982) mencionan que las intervenciones de la entrevista motivacional están basadas en los siguientes principios básicos: expresar empatía, escucha activa, desarrollar discrepancias entre las metas y valores del

paciente y su comportamiento, evitar la confrontación directa, adaptarse a la resistencia del cliente y apoyar la autoeficacia del paciente.

2.5 Modelo del aprendizaje social

La teoría del aprendizaje social plantea que tanto los factores sociales cognitivos (expectativas y observacionales) como la conducta tienen papeles importantes en el aprendizaje. Dicha teoría explica la conducta humana en términos de interacción recíproca y continua entre los determinantes cognitivos, los comportamentales y los ambientales; es decir, las personas y el medio se determinan en forma recíproca pues existe una mutua relación entre ellos (Bandura, 1987).

Según Maisto (1999) (citado en Kenneth & Howard, 1999), la teoría del aprendizaje social contiene cuatro principios básicos, estos son: el reforzamiento diferencial, el aprendizaje vicario, los procesos cognitivos y el determinismo recíproco:

- ❖ **Reforzamiento diferencial:** dicho principio supone que las consecuencias que siguen a una conducta dependen de las condiciones de los estímulos y explica la variabilidad de la conducta de una misma persona en diferentes situaciones.
- ❖ **Aprendizaje vicario:** dicho principio postula que la conducta humana se adquiere a través de la observación de modelos y de medios simbólicos como el lenguaje hablado o escrito, este proceso es llamado aprendizaje vicario o modelamiento. Este principio supone que si un sujeto observa que otro es recompensado por realizar una conducta es probable que este sujeto lleve a cabo la misma conducta que fue recompensada, lo mismo ocurre cuando se observa que el modelo es castigado por realizar una conducta, entonces es probable que el observador no ejecute dicha conducta (Bandura, 1987).
- ❖ **Procesos cognitivos:** Bandura (1987) supuso que las cogniciones son las mediadoras entre los eventos del medio ambiente y la conducta. Los procesos

cognitivos como la codificación, la organización y la recuperación de la información regulan la conducta, los eventos del medio ambiente proveen de información a los individuos que es procesada cognitivamente y el resultado de ese procesamiento determina la conducta observable que se seguirá.

La autorregulación es parte de los procesos cognitivos que Bandura (1987) describe y se refiere a la capacidad que los individuos tienen para poder identificar las relaciones entre la ocurrencia de los eventos. Esta capacidad permite predecir lo que va a ocurrir probablemente cuando se cumplen ciertas condiciones y con base en esto los individuos puedan prever las probables consecuencias de los diversos sucesos y curso de acción, esto les permite regular su propia conducta. La autorregulación es adquirida a través de la interacción con el medio ambiente.

Desde dicha perspectiva, se menciona otro importante concepto, el de autoeficacia que se refiere a la percepción o juicio de un individuo con respecto a su capacidad para llevar a cabo una conducta determinada (Kenneth, Leonard, Howard & Blane, 1999).

De igual manera, Bandura (1987) distingue entre las expectativas de resultado y las de estimación. Las expectativas de resultado son la estimación por parte de la persona de que una determinada conducta producirá ciertos resultados. La expectativa de eficacia es la convicción de que uno puede efectuar con éxito la conducta necesaria para producir esos efectos (Bandura, 1987).

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

Bandura (1977) propuso dos conceptos más: la capacidad de anticipación y la capacidad de autorreflexión. La capacidad de anticipación hace referencia a que

la conducta humana es planeada y que considera tanto los beneficios como las posibles consecuencias negativas como marco para llevar cabo una conducta, en contraste la capacidad de autorreflexión hace referencia a que las personas tienen la habilidad de pensar sobre sus propios pensamientos así como de monitorearlos para hacer predicciones.

- ❖ **Determinismo recíproco:** Este concepto se refiere a que la conducta es controlada por el medio ambiente, pero que también la conducta puede alterar el medio ambiente.

2.6 Modelo cognitivo-conductual

El modelo cognitivo-conductual integra los principios derivados de la teoría del comportamiento y la terapia cognitiva. Las intervenciones que surgen de este modelo analizan tanto los pensamientos, como el comportamiento en la problemática, es decir, se trata de modificar las creencias y conductas desadaptativas por otras adecuadas y funcionales (Marlatt, Tucker, Donovan & Vuchinich, 1997).

De igual manera, el modelo cognitivo-conductual, asume que las conductas adictivas, incluida la dependencia al alcohol, son conductas aprendidas, hábitos que se adquieren a través del proceso interactivo del condicionamiento clásico, condicionamiento operante y procesos cognitivos (Gorman, 2001). Desde esta perspectiva las conductas adictivas son respuestas de enfrentamiento desadaptativas cuando éstas se convierten en la forma común para responder a situaciones estresantes de la vida diaria (Park, Marlatt & Anderson, 2004).

Por tal razón, el modelo cognitivo-conductual ve la terapia como un proceso de cambio de hábitos, durante el cual el paciente gradualmente reemplaza la conducta adictiva con nuevas y más adaptativas habilidades de enfrentamiento y su objetivo general es ayudar a los pacientes a enfrentar las demandas de la vida sin el uso excesivo de alcohol y sus problemas asociados (Park et al., 2004).

Para lograr el cambio en la conducta de consumo de alcohol, la terapia cognitivo-conductual combina intervenciones conductuales y cognitivas, liberándolo al mismo tiempo de etiquetas como "alcohólico". De la misma forma, la filosofía del enfoque cognitivo-conductual consiste en: incrementar la motivación del paciente, ofrecer al usuario nuevos conocimientos sobre el consumo de alcohol, sus consecuencias y entrenar al paciente en destrezas de enfrentamiento para mantener, a largo plazo, el cambio en la conducta de consumo de alcohol (Parks et al., 2004).

A continuación se mencionan y se describen algunos de las técnicas utilizadas en el modelo cognitivo-conductual: técnicas de autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales, intervenciones motivacionales y prevención de recaídas (Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo, 2008.).

- ❖ **Autocontrol:** la técnica del autocontrol pretende que el individuo emprenda de manera intencional conductas para lograr los resultados seleccionados, el paciente debe elegir las metas y poner en práctica las técnicas para alcanzarlas (Llorente del pozo et al., 2008). El objetivo de esta técnica en el tratamiento de las conductas adictivas, es que los pacientes aprendan a controlar el deseo de consumir la sustancia y manejar las situaciones que puedan provocarlo. Para ello, se enfocan en el entrenamiento en conductas asertivas, habilidades de auto-observación, autoevaluación y autoreforzo/autocastigo La eficacia de estas técnicas depende de variables tales como la gravedad de la dependencia, la valoración de la meta con relación a su consumo y otras relacionadas con datos sociodemográficos. Se ha comprobado que la utilización de estas técnicas mejora la efectividad de tratamientos farmacológicos (Monsor, Jiménez & Palomo, 2003).
- ❖ **Entrenamiento en habilidades sociales:** el objetivo de esta técnica es que el paciente desarrolle una serie de habilidades sociales que le ayuden a afrontar las situaciones de riesgo relacionadas con el consumo. Dichas habilidades pueden ser: asertividad, expresión de sentimientos, técnicas de comunicación

positiva, rechazo de bebidas alcohólicas y conductas alternativas de consumo (Monasor et al., 2003).

- ❖ **Prevención de Recaídas:** Una de las características principales de esta técnica es la acentuación de los procesos cognitivos en las conductas adictivas tales como: creencias, atribuciones y expectativas de autoeficacia, además de que pone un énfasis especial en el proceso de recaída (Marlatt et al., 1997).

Los programas de tratamiento basados en un enfoque de prevención de recaídas se podrían definir según Marlatt et al., (1997), como programas de autocontrol diseñados para ayudar a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de la recaída en el mantenimiento al cambio de una conducta adictiva. Uno de los modelos del proceso de recaída que es más representativo e influyente es el propuesto por Marlatt y Gordon (1985), el cual se encuentra basado en la teoría del aprendizaje social de Bandura y propone un proceso de recaída de dos etapas: caída y recaída (Kenneth & Howard, 1999).

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

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

Según el modelo de Marlatt y Gordon (1985), lo que facilita una transición de una caída a una recaída total es un mecanismo cognitivo denominado efecto de transgresión de la meta o también llamado efecto de violación de la abstinencia

(EVA), que a su vez consta de dos componentes: la incompatibilidad de objetivos y la responsabilidad de lo ocurrido, el tránsito de una caída a una recaída depende también de la historia de recaídas pasadas y de los pensamientos acerca de recaídas futuras.

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

Este enfoque desarrollado por Marlatt en 1985 ha servido como base para múltiples tratamientos en conductas adictivas, de tal forma que Annis, Herle y Watkin-Merek, en 1996, retomaron este enfoque para diseñar el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas, en México este programa fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital en el 2003 en población universitaria.

El PEREU, es un tipo de consejo para el usuario de consulta externa que fue originalmente desarrollado durante los últimos 14 años en la Fundación de Investigación de la Adicción del Canadá.

El consejo del programa PEREU ha sido diseñado para las personas que tienen una dependencia sustancial a severa; y que desean trabajar con un consejero, a nivel de consulta externa hacia un cambio en su uso de alcohol y/u de otras drogas.

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

Hay cinco componentes principales para este Consejo del PEREU los cuales pueden ser igualados con los cinco estadios secuenciales de cambio (Prochaska & Diclemente, 1982):

Componentes del Consejo Estructurado de Prevención de Recaídas	Estadios de Cambio
1. Evaluación	Precontemplación
2. Entrevista Motivacional	Contemplación
3. Plan de tratamiento Individualizado	Preparación
4. Procedimientos de Consejo para la Iniciación del Cambio	Acción
5. Procedimientos de consejo para el Mantenimiento del Cambio	Mantenimiento

1. Evaluación

El consejo empieza con una evaluación clínica completa, que incluye una evaluación de los siguientes aspectos del cliente: a) funcionamiento psicosocial; b) historia del uso de alcohol y droga/problemas/consecuencias; c) razones/compromiso para el cambio; y d) fortalezas de enfrentamiento y debilidades.

Esta evaluación es complementada por una exploración detallada de los disparadores problemáticos del paciente para el uso 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 clientes). La herramienta de evaluación recomendada para este propósito es el inventario de situaciones para el consumo de droga (ISCD-A-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 comenzar a actuar en la decisión para cambiar su conducta de uso de alcohol o droga. La entrevista motivacional se centra en explorar las razones expresadas por el paciente para cambiar su uso de alcohol y/o droga, esto es, 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 que tiene de enfrentamiento.

3. Plan de Tratamiento Individualizado

Posterior a la evaluación y a la entrevista motivacional, se involucra al paciente en el desarrollo de un plan del tratamiento individualizado. Los pasos incluyen: a) proporcionar una orientación hacia el consejo y acordar con el paciente la firma de un contrato del tratamiento; b) una revisión por parte del paciente de los disparadores que tiene, específicos y recientes en el consumo de alcohol o de droga, en la que él decide una jerarquía personal de áreas de riesgo a ser empleadas durante el tratamiento, a través de una serie de tareas asignadas; c) y establecimiento de meta y automonitoreo de disparadores por parte del paciente.

4. Procedimientos del Consejo para la Iniciación del Cambio

La fase de iniciación se centra en las estrategias de consejo con el fin de empezar un cambio conductual. 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); el involucramiento de un compañero u otra persona responsable y un papel relativamente directivo por parte del terapeuta. Esta fase implica típicamente cuatro sesiones.

5. Procedimientos del Consejo para el Mantenimiento del Cambio

En la fase de mantenimiento (es decir, la fase de prevención de recaídas), 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 ayudar al paciente 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 incrementan su dificultad, se anima a los pacientes para que se anticipen a las situaciones identificadas de alto riesgo y a practicar las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas en el consejo. La fase de mantenimiento del consejo consta de cuatro a ocho sesiones.

CAPITULO 3. REPORTE DE CASO ÚNICO

Motivo de consulta

Paciente de sexo masculino de 45 años de edad, con un nivel escolar de licenciatura, casado por 5 años y padre de un hijo. Trabajaba en una empresa de exportación internacional de maquinaria. El paciente, que en lo sucesivo nombraremos L.R. ingresó el 1 de Febrero del 2011 al Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología después de solicitar tratamiento.

L.R. identificó que tenía un problema con su consumo de alcohol por lo que buscó tratamiento. Las razones que manifestó tener el paciente para cambiar fueron: mejorar la relación con su esposa, ya que cada vez las peleas con ella incrementaban en frecuencia e intensidad, dar un buen ejemplo a su hijo, estaba preocupado por su salud y quería mantenerse más años saludable para estar con su hijo, mencionó que quería romper el patrón de consumo de los hombres de su familia (presentaba historia familiar positiva de consumo de sustancias) y deseaba que su hijo no experimentará la misma problemática que él. Finalmente, todo esto lo estresaba y preocupaba.

Los motivos que L.R. manifestó para consumir eran: experimentar los efectos agradables del alcohol, obtener un estado de relajación y desinhibición, obtener mayor "placer" de alguna situación agradable, o bien, cuando quería sentirse mejor ante una situación de "estrés o de ansiedad", mencionó disfrutar "mucho" el sabor del mezcal y manifestó tener un paladar entrenado para degustarlo.

Con respecto, a los problemas asociados al consumo de alcohol, L.R. manifestó tener dificultades en la esfera social, ya que tenía una mala imagen por parte de sus amigos, lo cual le desagradaba. A nivel personal experimentaba culpa y preocupación, además, de que notaba que poco después de dejar de consumir la "ansiedad" regresaba. A nivel cognitivo L.R. manifestó, tener pérdidas

de memoria y confusión, además de dificultad para terminar de decir una frase, pero no atribuía esto al consumo de alcohol.

En el ámbito laboral L.R. mencionó que se sentía frustrado e infravalorado, debido a que no le asignaban "grandes responsabilidades" y sólo trabajaba medio tiempo, por lo cual sentía que tenía poco éxito profesional, ya que antes su trabajo era de tiempo completo, además, se sentía enojado y molesto con sus jefes inmediatos por no considerarlo en la toma de decisiones. Por tal motivo, L.R. manifestó sentirse "fracasado" laboralmente. También dijo sentir insatisfacción por su situación económica, ya que lo que ganaba no le alcanzaba para vivir "holgadamente". Además, se sentía presionado por una deuda que tenía.

De igual manera, L.R. informó que su esposa, su madre, su tío, sus hermanas y sus suegros mostraban preocupación sobre su consumo de alcohol, y lo apoyarían a cambiar su manera de consumo.

Al examinar las actividades que estaban relacionadas con su consumo de alcohol, L.R. informó que éstas eran: el trabajar medio tiempo y reunirse regularmente con familiares y amigos. En contraste, las actividades que no estaban relacionadas con el consumo de alcohol eran practicar natación y la carpintería.

En cuanto a la impresión clínica, L.R. estaba ubicado en el tiempo-espacio, presentaba buena higiene y aliño personal. Sin embargo, su discurso era desordenado, tenía problemas para terminar las frases que empezaba, además físicamente presentaba un abdomen anormalmente abultado.

El paciente consideraba que durante 26 años había sido un consumidor excesivo. El patrón de consumo de L.R., cuando solicitó tratamiento, era de 2 copas estándar por ocasión de consumo, el cual era todos los días del año, gastando el 12% de su sueldo en alcohol.

ANTECEDENTES

L.R. presentó historia familiar positiva de consumo de sustancias e inició el consumo de alcohol a los 20 años de edad, empezó a consumir con sus amigos y en esos momentos tomaban grandes cantidades de alcohol (15 copas estándar o más), los efectos que sentía eran: desinhibición, euforia, alegría, mayor sociabilización e intimidad con sus amigos. Durante 20 años consumió grandes cantidades de alcohol la mayoría de las veces los fines de semana, incluso consumía de 2 a 3 días seguidos hasta terminar inconsciente y en una ocasión terminó en el hospital por intoxicación severa por alcohol.

L.R. se casó a los 40 años de edad, esa fue la primera vez que el paciente redujo su consumo de alcohol, ya que dejó de frecuentar a sus amigos con los que regularmente consumía, pero empezó a consumir sólo durante los fines de semana de manera excesiva, hasta que su esposa lo amenazó con divorciarse, por lo que decidió reducir el número de copas que consumía (de 6 copas estándar a 3 copas estándar), pero este patrón de consumo de menor número de copas (3 copas estándar) se extendió a todos los días e incluso en horas de trabajo.

El paciente se preocupó por primera vez por su consumo en el 2004, debido a una segunda amenaza de divorcio por parte de su esposa y se mantuvo abstemio por algunos días, pero volvió a consumir, por lo que él mismo llamo sus "hábitos de consumo de alcohol", en ese mismo año. L.R. consideró que su consumo de alcohol se convirtió en un problema por lo que decidió no consumir y tuvo 5 periodos de abstinencia con duración de 1 ó 2 días.

El paciente informó que en el 2010 consumía todos los días, lo hacía en su oficina, donde regularmente bebía 3 copas estándar y en reuniones familiares en donde consumía 7 copas estándar, además de necesitar consumir alcohol en la mañana después de despertar para evitar la resaca. Consideraba que su consumo de alcohol era un problema mayor, ya que había tenido algunos problemas uno de los cuales podía considerarse serio (la amenaza de divorcio por parte de su esposa). En cuanto al tipo de bebida que consumía. L.R. mencionó que el 90% de

su consumo era de destilados (mezcal y sin mezclar con refrescos o jugos) y el 10% de cerveza.

DESARROLLO POR SESIONES

SESIÓN 1 EVALUACIÓN INICIAL

La sesión de evaluación tuvo como finalidad, identificar aspectos relevantes de la historia de consumo de alcohol de L.R. , tal como: el funcionamiento psicosocial, los problemas relacionados al consumo de la sustancia, el patrón de consumo (duración, frecuencia y cantidad), disposición al cambio para modificar el consumo de alcohol, las razones y compromiso para el cambio, las fortalezas y déficits de enfrentamiento; el nivel de dependencia al alcohol, la identificación de las situaciones de alto riesgo que pudieran disparar el consumo de alcohol y el nivel de autoeficacia para evitar el consumo de alcohol. De manera complementaria, se incluyó en el caso de L.R. una evaluación para medir el deterioro cognitivo debido a los síntomas reportados por el paciente (olvidos momentáneos, dificultad para terminar frases y dificultad para concentrarse).

Descripción de los Instrumentos

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

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

el EDA - 25 se asocia positivamente con otras medidas de dependencia como el DSM – III ($r = .58$) (Quiroga, 2008).

B) Línea Base Retrospectiva – Alcohol (LIBARE - A)

La Línea Base Retrospectiva – Alcohol (LIBARE – A), traducida y adaptada por Quiroga (2003b) de la versión Alcohol Timeline Followback (TLFB) (Sobell & Sobell 2000, 2003), utiliza eventos significativos dentro de un formato de calendario a fin de registrar, de manera continua, la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol durante un periodo establecido de 12 meses. Se pueden identificar periodos de recaídas y servir de base para sondear las causas de éstas. Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tienen una dependencia severa. Presenta una confiabilidad de test – retest de 0.91 (Quiroga, 2008).

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

El Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol, (ISCD – A - 50) traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003c) del Inventory of Drug Taking Situation – Alcohol (IDTS- 50 – Alcohol, Annis, Herie & Watkin – Merek, 1996), es un cuestionario de auto-reporte de 50 ítems diseñado para evaluar situaciones en las que el paciente consume excesivamente durante los últimos 12 meses. Se encuentra basado en una clasificación desarrollada por Marlatt y colaboradores (Marlatt & Gordon, 1980, 1985) en donde el consumo del paciente es evaluado en relación con ocho categorías de situaciones de consumo; emociones desagradables (ED), malestar físico (MF), emociones agradables (EA), probando control sobre el consumo de alcohol (PC), impulsos y tentaciones para consumir (IM y T), conflicto con otros (CO), presión social (PS) y momentos agradables con otros (MAO). Cada uno de los ítems se contesta con base a una escala Likert de 4 opciones en donde 1 = nunca, 2 = Ocasionalmente, 3 = Frecuentemente, y 4 = Casi siempre. Cuenta con una validez de contenido adecuada (Quiroga, 2008).

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

El Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol, fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital, (2003d), del Drug – Taking Confidence Questionnaire – Alcohol (DTCQ – 50 – Alcohol: Annis, Henrie & Watkin-Merek, 1996). Es un cuestionario de auto-reporte de 50 ítems diseñado para evaluar el concepto de autoeficacia de Bandura (1987), en relación con la percepción del paciente sobre su capacidad para no consumir ante situaciones de riesgo las cuales son: emociones desagradables (ED), malestar Físico (MF), emociones agradables (EA), probando mi control sobre el consumo de alcohol (PC), impulsos y tentaciones para consumir (IM y T), conflicto con otros (CO), presión social (PS) y momentos agradables con otros (MAO). Los reactivos se responden de acuerdo a una serie de porcentajes, cuyo rango va de 0 = 0% seguro (sin confianza): 20 = 20% seguro: 40 = 40% seguro: 60 = 60% seguro: 80 = 80% seguro: 100 = 100% seguro (muy confiado) (Quiroga, 2008).

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

El Algoritmo de Compromiso para el Cambio (ACC-A), fue desarrollado por Annis y sus colaboradores en 1996. Traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003e), 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 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, 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) (Quiroga, 2008).

F) Prueba de Pistas (PDP)

La Prueba de Pistas PDP (Trail Making Test) de la Batería de Halstead – Reitan (HRB) (Halstead, 1947), es uno de los instrumentos frecuentemente empleados para evaluar deterioro cognitivo derivado del abuso crónico del alcohol, la aplicación de esta prueba tiene una duración aproximada de 5 minutos. Cuenta con dos partes, en la primera parte A se muestra una serie de números en orden ascendente del 1 al 15 y se otorga un minuto para responder; en la segunda parte, se presenta una serie de números combinada con letras del abecedario y se tienen de 2 minutos de tiempo para responder. En caso de que el paciente no termine la ejecución de la prueba en el tiempo esperado, la persona que administre la prueba otorgará el tiempo necesario para que el paciente termine la tarea (Quiroga, 2008). Se considera daño cognitivo cuando el paciente realiza mal la unión de los números y cuando los trazos no son continuos.

G) Subescala de Retención de Dígitos de Wechsler

La Subescala de Retención de Dígitos pertenece a la escala de ejecución de la escala de inteligencia Wechsler para adultos (WAIS) (1973) y mide la memoria inmediata y atención. La tarea que se pide al paciente que realice es la de repetir una serie de números correctamente (serie directa), la máxima calificación que se puede obtener en esta serie es de 9 puntos y una serie de números que el paciente tiene que decir en orden inverso (serie inversa), la máxima calificación que se puede obtener en esta serie es de 8 puntos. Se califica tomando en cuenta la serie de números más larga que repita el paciente sin errores, ambos puntajes se suman al final y se obtiene una calificación, en la que puede obtener como máximo 17 puntos. La calificación que obtiene el paciente se convierte en puntuación escalar y esta es ubicada en los percentiles de calificación.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL

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

El puntaje obtenido por el paciente en la Escala de Dependencia al Alcohol fue de 13, correspondiéndote al primer cuartil, con un nivel de dependencia leve o baja (ver tabla 1).

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

Tabla 1. Nivel de dependencia de L.R.

B) Línea Base Retrospectiva (LIBARE - A)

El consumo de L.R. durante los últimos 12 meses fue de 763 copas estándar al año, con un promedio de 21 copas estándar a la semana, lo que indica un consumo semanal excesivo, de igual manera el paciente consumió los 365 días del último año con un promedio de 61 copas estándar por mes, teniendo un consumo mensual mínimo de 52 copas estándar y un máximo de 89 copas estándar (ver figura 1), lo que señala una frecuencia de consumo riesgosa.

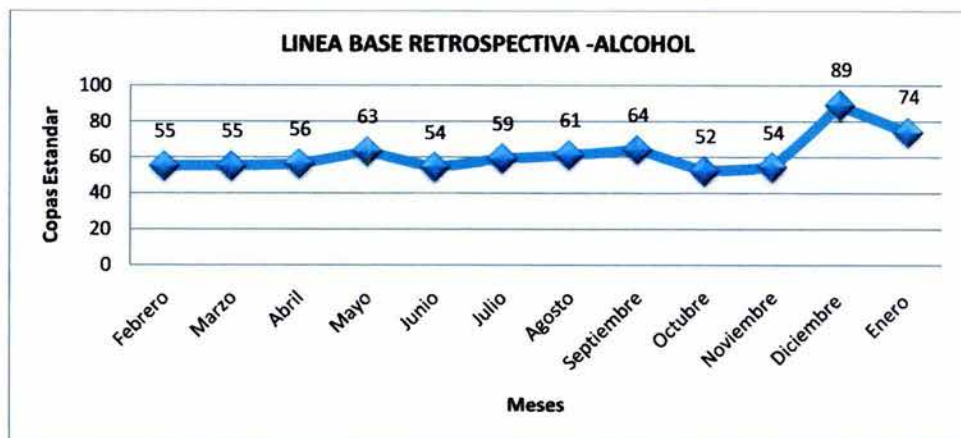


Figura 1. Número de copas estándar consumidos por L.R. durante los últimos doce meses antes del tratamiento.

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

La aplicación de este inventario se realizó en dos ocasiones, en la primera de ellas se obtuvo un perfil indiferenciado, por lo que se llevó a cabo la aplicación de este instrumento por segunda vez, identificándose que las situaciones con mayor porcentaje de consumo excesivo de alcohol para L.R. fueron: momentos agradables con otros (MAO) (80%); presión social para el consumo (PS) (80%); y emociones agradables (EA) (60%) (ver figura 2).

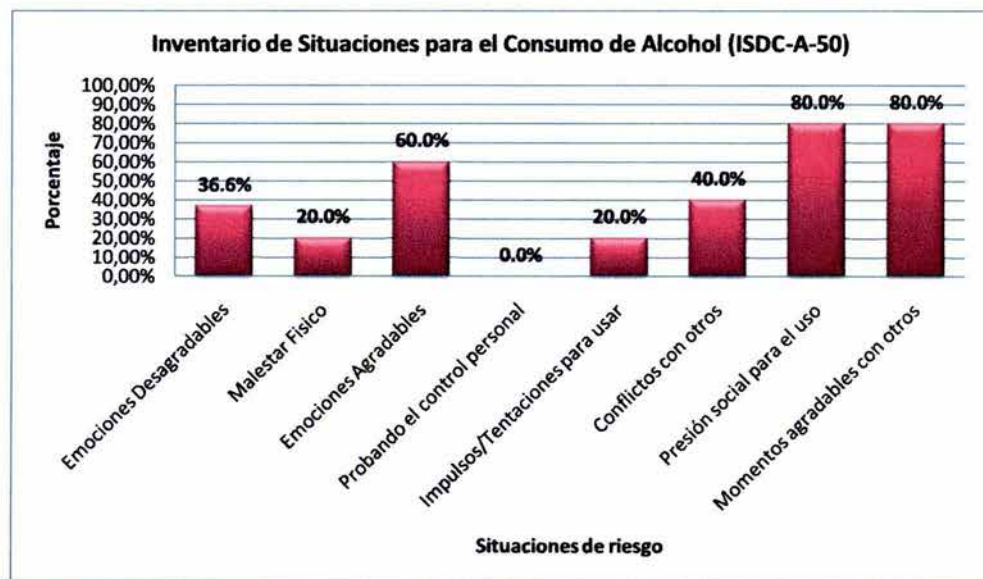


Figura 2. Situaciones con mayor porcentaje de riesgo para el consumo de alcohol de L.R.

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

En cuanto a la confianza de L.R. para resistir el consumo de alcohol, las situaciones que presentan un bajo porcentaje fueron: momentos agradables con otros (MAO) (52%); presión social para el consumo (PS) (52%); y emociones agradables (EA) (68%).



Figura 3. Porcentaje de confianza situacional de L.R en las ocho situaciones de riesgo.

E) Algoritmo para el Compromiso al Cambio

El estadio de cambio en el que se encontraba el paciente era en el de **preparación** ya que había consumido durante los últimos 30 días antes de la evaluación, sin embargo, había llevado a cabo un intento para dejar o moderar su consumo.

F) Prueba de Pistas

En la Prueba A, el paciente registro un tiempo de 15 segundos y en la Prueba B obtuvo un tiempo de 30 segundos (ver tabla 2), por lo que no se puede considerar deterioro cognitivo asociado al consumo de alcohol.

Tiempo de Ejecución	
Esperado	Obtenido
Prueba A : 1 minutos	Prueba A: 15 segundos
Prueba B: 2 minutos	Prueba B: 35 segundos

Tabla 2. Muestra el tiempo obtenido por el paciente en la prueba de pistas

G) Subescala de Retención de Dígitos de Wechsler

El paciente obtuvo un puntaje estandarizado de 16, por lo que su desempeño está ligeramente por arriba de la norma, lo que puede sugerir que no existe un problema de memoria inmediata y atención en el paciente.

DEFICITS Y FORTALEZAS DEL PACIENTE

Las fortalezas que presentaba L.R. fueron: una buena capacidad de reflexión y autoanálisis sobre las razones y disparadores sobre su consumo de alcohol, una capacidad de comprensión eficiente, además mencionó tener un "alto nivel de motivación" y una gran capacidad de organización.

Los déficits del paciente al momento de solicitar tratamiento fueron: percepción de poco control sobre su consumo de alcohol, presentaba una forma agresiva de comunicación, dificultad para expresar lo que sentía, una continua autocrítica negativa sobre sí mismo, además de una descripción de sí mismo como alcohólico.

TRATAMIENTO

Con base en los resultados de la evaluación, el paciente fue asignado al Programa de Prevención Estructurada de Recaídas (PEREU) a pesar de que reportaba dependencia leve o baja, ya que presentaba un consumo semanal excesivo (consumió 21 copas estándar en promedio por semana) y una frecuencia de consumo riesgosa debido a que consumió todos los días del último año, y a que tenía problemas en las áreas: emocional, social, familiar y personal de los cuales consideró uno como grave (problemas con su esposa), dichos problemas estaban relacionados con una carencia en diversas destrezas de enfrentamiento, L.R. y a que presentaba una historia familiar positiva de consumo de sustancias.

Con base en los resultados obtenidos en la evaluación y el perfil del paciente se presenta la siguiente estructura de tratamiento:

Componente	Objetivo
1. Evaluación	<p>Realizar una evaluación clínica con el objeto de diseñar un tratamiento personalizado con base a los siguientes aspectos evaluados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Historia del uso y abuso del alcohol ➤ Funcionamiento psicosocial ➤ Exploración detallada de los disparadores del paciente para el uso de alcohol. ➤ Patrón de consumo de alcohol (frecuencia, duración e intensidad) ➤ Razones y compromisos para el cambio ➤ Fortalezas y debilidades de enfrentamiento ➤ Posible Deterioro Cognitivo
2. Entrevista Motivacional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentar una retroalimentación personalizada sobre los resultados de la evaluación. ➤ Explorar e incrementar las razones del paciente para cambiar su consumo de alcohol, los pros y los contras para cambiar su consumo, a través del balance decisonal.
3. Plan de Tratamiento Individualizado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diseñar un plan de tratamiento basado en los resultados de la evaluación, involucrando al paciente sobre la asignación de tareas. ➤ Explicar el consejo PEREU y firmar el Contrato de tratamiento individualizado. ➤ Revisar y analizar las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol del paciente, jerarquizándolos por orden de importancia. ➤ Explicar el automonitoreo y la asignación de éste como una tarea a realizar.
4. Iniciación al cambio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anticipar y evitar los disparadores para el consumo de alcohol. ➤ Elaborar planes de anticipación ante las posibles situaciones de riesgo que el paciente anticiparía semana a semana, en las que se consideren los datos de evaluación en situaciones de riesgo y/o confianza situacional. ➤ Explicar el análisis funcional del consumo de alcohol, para identificar, los antecedentes y consecuencias del consumo de alcohol. ➤ Modelar y moldear la destrezas de asertividad para el rechazo de alcohol ➤ Enfrentamiento de los deseos intensos. ➤ Instruir al paciente en el manejo de emociones desagradables (ansiedad, enojo y tristeza) a través del cambio de pensamiento, el enfrentamiento de la ansiedad, la relajación, la asertividad y la solución de problemas.
5. Mantenimiento del cambio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exponer al paciente a situaciones de riesgo, elaborando planes de acción. ➤ Motivar al paciente en el uso de las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas como la asertividad y cambio de pensamiento en las situaciones de riesgo reales. ➤ Cierre terapéutico

SESIÓN 2 ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La sesión comenzó con el rapport siguiendo con el encuadre terapéutico, explicándole al paciente que se discutirían los resultados de la evaluación y posteriormente, se realizaría el balance decisional. En primer lugar, se le mostró al paciente los resultados de la evaluación en forma de retroalimentación personalizada. En el caso de L.R. los resultados de la LIBARE-A provocaron una reacción de interés, ya que mostró preocupación ante los resultados que se discutieron en términos de porcentajes y cifras, al final de este reporte el paciente mencionó que se le hacía increíble la cantidad de copas estándar consumidas durante el año, ante dicha situación se provocó la reflexión sobre su consumo de alcohol y se le motivó al cambio.

De la misma forma, el resultado de su perfil de situaciones de riesgo derivado del ISCD-A-50, resultó indiferenciado, debido a que el paciente no diferenciaba los disparadores para el consumo de alcohol, por lo que se retomó con L.R. un episodio de consumo de alcohol, enfatizando el análisis de los antecedentes como los estados emocionales y los estímulos ambientales, después de esta explicación se volvió a aplicar el ISCD-A-50 y estuvo de acuerdo con las situaciones de riesgo identificadas en su perfil. Presentó interés por su nivel de dependencia que resultó bajo, aunque su consumo era continuo y no presentó ningún día de abstinencia en el último año, por lo que se le explicó el fenómeno de tolerancia para que conociera los riesgos del consumo continuo del alcohol.

Enseguida, se abordó el componente psicoeducativo en donde se le explicó que el consumo de alcohol está relacionado con las expectativas que se tienen de la sustancia, de esta manera las personas usan el alcohol esperando obtener diversos resultados. Por último, se le explicaron las consecuencias biomédicas del consumo del alcohol y su efecto depresor en el sistema nervioso central. En este punto L.R. refirió haber reducido su consumo alcohol durante la semana del 8 al 15 de febrero del 2011 debido a una colitis diagnosticada por su médico, ya que

consumir alcohol le ocasionaba fuertes dolores, por ello, decidió replazar dos días el alcohol por un refresco de cola, con yakult y bebiendo alcohol mezclado con refresco. Ante esta situación se le explicó a L.R. que su colitis estaba relacionada con los niveles de estrés presentados y al consumo continuo del alcohol, debido a ésto se le recomendó al paciente realizarse un chequeo médico general, para conocer su estado físico.

Antes de proseguir con el balance decisional, se instruyó al paciente en el manejo de conceptos libres de estigmas, ya que continuaba describiéndose a sí mismo como alcohólico, por lo que se le recordó que la definición que maneja el enfoque del tratamiento es de un consumidor de alcohol. Durante el balance decisional (el cual está destinado a ayudar al paciente a tomar la decisión de continuar o cambiar su consumo, tomando en consideración las ventajas y desventajas sobre cambiar o continuar su consumo de alcohol), el paciente informó lo siguiente:

BALANCE DECISIONAL	
CAMBIAR SU INGESTA DE ALCOHOL O DROGAS	
QUE HAY DE BUENO en cambiar mi consumo	QUE NO HAY DE BUENO en cambiar mi consumo
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Puedo tener una vida más larga ❖ Me voy a sentir mejor conmigo mismo ❖ Voy a ganar respeto por parte de mi esposa, amigos y conocidos ❖ Voy a ahorrar dinero ❖ Estaré más sano para poder estar con mi hijo ❖ Pelearía menos con mi esposa 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Voy a reducir mi placer diario ❖ Seré relegado de mis amigos
CONTINUAR CON SU INGESTA DE ALCOHOL O DROGA	
QUE HAY DE BUENO en no cambiar mi consumo	QUE NO HAY DE BUENO en no cambiar mi consumo
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Continuar con mi placer diario ❖ No seré relegado de mis amigos ni por mi jefe 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Problemas con mi esposa ❖ Problemas con mi salud ❖ Aumentar mi frecuencia de pelea o conflictos con mi esposa ❖ Darle una imagen que no quiero para mi hijo ❖ Continuar en un mal concepto para los demás ❖ Seguir gastando el dinero

Se puede considerar que dicho ejercicio modificó la disposición al cambio de L.R. debido a que decidió cambiar su consumo, ya que las ventajas sobre cambiar su consumo rebasan las ventajas de no hacerlo y las desventajas de hacerlo. El paciente recalcó que los principales motivos al tomar esta decisión y que consideraba de mayor importancia eran a corto y mediano plazo: mejorar la relación con su esposa, ya que no quería separarse de ella; también desea tener menos problemas con ella; ser un buen ejemplo para su hijo, debido a que consideraba que beber enfrente de él era algo que debería evitar; no tener la etiqueta de bebedor con sus amigos y conocidos y a largo plazo: lograr vivir más tiempo y de manera saludable para poder gozar a su familia.

Para darle cierre a la sesión, se analizó el último episodio de consumo, L.R. mencionó consumir alcohol todas las tardes en la oficina de trabajo, 3 copas de mezcal (le gusta por su sabor y efecto) con una botana como cacahuates, mencionó que es su placer y que antes bebía y botaneaba con sus amigos los fines de semana, las razones que manifestó fue que lo hacía para "apapacharse", por el sabor del mezcal, ya que considera tener un paladar entrenado. Mencionó, de igual manera, que los fines de semana consumía en la casa de sus suegros y en reuniones familiares, por lo regular, 7 copas estándar por ocasión de consumo, ingeridas rápidamente, estas situaciones se analizaron con el propósito de conocer los lugares, motivos y situaciones recientes de su consumo de alcohol. Por último, se acordó la fecha de la próxima sesión.

SESIÓN 3 PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

La sesión comenzó estableciendo el rapport seguido del encuadre terapéutico. En esta sesión se llevó a cabo la firma del "contrato de tratamiento individualizado", además se le ofreció, al paciente, una explicación del tratamiento que recibiría y por último, se aplicó el "formato de identificación de situaciones de uso problemático de sustancias".

Como primer punto L.R comentó que en la semana del 15 al 22 de febrero del 2011, no había consumido los días lunes, martes, miércoles y jueves, sustituyendo el

alcohol por yakult y una botana, sin embargo, a partir del viernes de esa semana consumió 3 copas estándar ingeridas rápidamente en una reunión de trabajo, el sábado consumió de 7 a 8 copas estándar en una reunión de exalumnos y lo hizo con la intención de aumentar su placer, en lo que corresponde al domingo consumió 3 copas estándar ingeridas rápidamente.

En seguida, al paciente se le proporcionó una explicación acerca del tratamiento, indicándole que era de corte cognitivo-conductual, por lo tanto, dicho enfoque considera a los procesos básicos (emociones, pensamientos, percepción, etc.) y conductas como variables importantes en el aprendizaje y modificación de la conducta de consumo, además se le mencionó el tiempo que duraría el tratamiento y las responsabilidades que implicarían para él, ante lo cual respondió que estaba de acuerdo, a continuación se le proporcionó el "contrato de tratamiento individualizado" el cual leyó y aceptó cada una de las cláusulas, firmándolo. Después, se involucró al paciente en la elaboración del plan de tratamiento, el cual quedó integrado, inicialmente, por las siguientes destrezas:

- ❖ Asertividad
- ❖ Enfrentamiento de la Ansiedad
- ❖ Enfrentamiento de los Deseos Intensos
- ❖ Relajación
- ❖ Manejo del Enojo
- ❖ Enfrentamiento del Aburrimiento

Las diversas destrezas fueron seleccionadas después de analizar funcionalmente la conducta de consumo de alcohol de L.R. Se le explicó a L.R. que existe una triple contingencia conductual, en donde los antecedentes (A) preceden la conducta de consumo de alcohol (B) y esta tiene diversas consecuencias (C) que a su vez afectan el consumo futuro.

El paciente mencionó que una situación común para su consumo de alcohol era pelearse con su esposa, lo que le hacía sentir enojo (A) esta situación hacia que el

paciente consumiera alcohol (B) y las consecuencias de su consumo eran desinhibición, la cual aumentaba la intensidad de las peleas con su esposa, además de presentar un sentimiento de culpa por haber consumido (C) después de dicho análisis se seleccionó la destreza de manejo del enojo para que el paciente expresara dicha emoción de manera asertiva, de la misma forma se seleccionó la asertividad para mejorar la comunicación con su esposa y evitar discusiones con ella.

Otra situación frecuente del consumo de alcohol en L.R. era en fiestas o reuniones donde se divertía bastante y le ofrecían la sustancia, se le antojaba consumir al ver que los demás lo hacían. En estas situaciones L.R. pensaba que podía aumentar su placer con el consumo de alcohol (A) por lo que consumía alcohol (B) y las consecuencias que obtenía eran desinhibición lo que le hacía pensar que se divertía más y se le facilitaba la convivencia con otros (C). Ante esta situación se seleccionó la destreza de asertividad para rechazar el ofrecimiento de la sustancia, de tal forma que el paciente no perdiera sus amistades, también se seleccionó la destreza de enfrentamiento de los deseos intensos con la intención de que el paciente lograra manejar los deseos que disparaban su consumo de alcohol.

Por otra parte, L.R. consumía alcohol antes de la hora de la comida y lo hacía rápidamente, en esta situación tenía deseos intensos de consumir, además pensaba que eso lo relajaría ya que también se sentía ansioso (A), lo que ocasionaba que consumiera alcohol (B) y las consecuencias de su consumo eran relajación aunque poco tiempo después los deseos y la ansiedad regresaban (C), después de dicho análisis se seleccionó la destreza de relajación para que el paciente obtuviera el estado de relajación que buscaba con el consumo de alcohol y la destreza de enfrentamiento de los deseos intensos para que el paciente no consumiera alcohol ante los deseos de hacerlo y la destreza de enfrentamiento de la ansiedad para manejar los pensamientos automáticos que disparaban esta emoción.

De la misma manera, se seleccionó la destreza de enfrentamiento del aburrimiento, ya que el paciente manifestó, que cuando no tenía nada que hacer en

casa se sentía aburrido (A) por lo que consumía alcohol (B) después de consumir se sentía tranquilo (C).

A continuación, se le comentó que al comenzar el tratamiento sería conveniente evitar aquellas situaciones que pudieran disparar su consumo, a lo que el paciente se manifestó inconforme, dijo desear que el tratamiento no interfiriera con su vida social, por lo que se le recomendó la evitación parcial, la cual consistió en evitar lo más posible a amigos o familiares con los que regularmente consumía alcohol, dejar de cargar su licorera y deshacerse de las botellas de alcohol de su casa y oficina, evitar ir a reuniones o fiestas donde era probable que consumiera y si asistía, salirse o alejarse cuando sentía que iba a consumir.

Posteriormente, L.R. jerarquizó las situaciones de uso problemático de sustancias a través del formato "identificación de situaciones de uso problemático de sustancias", dicha jerarquización resultó de la siguiente manera: 1) emociones desagradables; 2) emociones agradables; 3) presión social para usar; y 4) momentos agradables con otros.

De igual manera, en el formato identificó las tres situaciones disparadoras de la siguiente manera:

- 1 El problema más frecuente: *Estar en un ambiente agradable, pasando un buen rato con los demás (Momentos Agradables con Otros)*
- 2 La siguiente más frecuente: *Ansiedad o estrés antes de la comida (Emociones Desagradables)*
- 3 La siguiente más frecuente: *Enojado o molesto con su esposa(Emociones Desagradable).*

A continuación, el paciente identificó a detalle las situaciones que habían disparado su consumo de alcohol.

Momentos Agradables con Otros: Estar en un ambiente agradable, pasando un buen rato con los demás

Antes de usar:

¿Dónde estaba? *En una fiesta.*

¿Estaba alguien más presente? *Gente querida como mi esposa y amigos*

¿Estaban otros bebiendo o usando drogas? *Si*

¿Cómo se estaba sintiendo? *Feliz, tranquilo, alegre.*

¿Qué estaba pensando? *Estoy contento y quiero aumentar mi placer*

Describe lo que paso para que su uso se disparara: *Quería sentirme aun más contento y aumentar mi placer*

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin usar drogas? *Abrazar a alguien*

Emociones Desagradables : Ansiedad o estrés antes de la comida

Antes de usar:

¿Dónde estaba? *En una reunión, comida o fiesta.*

¿Estaba alguien más presente? *Si gente conocida*

¿Estaban otros bebiendo o usando drogas? *Si y eso me pone ansioso ya que deseo consumir*

¿Cómo se estaba sintiendo? *Ansioso, incomodo, intranquilo por querer consumir*

¿Qué estaba pensando? *Necesito relajarme y quiero relajarme*

Describe lo que paso para que su uso se disparara: *Quería sentirme mejor*

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin usar drogas? *No lo sé*

Emociones Desagradables : Enojado o molesto con su esposa

Antes de usar:

¿Dónde estaba? *En mi casa*

¿Estaba alguien más presente? *Mi esposa y mi hijo*

¿Estaban otros bebiendo o usando drogas? *No*

¿Cómo se estaba sintiendo? *Enojado, frustrado ya que ella se enoja con facilidad o me trata injustamente*

¿Qué estaba pensando? *Maldiciendo a mi esposa*

Describe lo que paso para que su uso se disparara: *Quería evadirme*

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin usar drogas? *Tranquilizarme (respirar, pensar, etc.)*

Al final de dicho ejercicio, se le recordó al paciente que las expectativas son mediadores importantes en la conducta de consumo de alcohol y que es su caso el esperaba obtener dos cosas del alcohol en la misma situación: placer y relajación, Por tal motivo, se reeducó al paciente, explicándole el efecto bifásico del alcohol, en el cual, el primer efecto de la sustancia es estimulante por lo que se obtiene el efecto de desinhibición, pero entre más cantidad se ingiera de alcohol el

efecto que se obtiene es depresor, después de dicha explicación se le dijo que la creencia que tenía de que entre más alcohol más placer, era incorrecta.

Finalmente, al cierre de la sesión, se le explicó al paciente en qué consiste el automonitoreo y su finalidad de identificar las situaciones de riesgo actuales sobre su consumo de alcohol, por lo que al final se le proporcionó el formato de automonitoreo y se le asignó como tarea para la siguiente sesión.

INICIACIÓN AL CAMBIO

SESIÓN 4 ANÁLISIS FUNCIONAL

La sesión comenzó con el rapport seguido del encuadre terapéutico, mencionándole al paciente que se revisaría la forma de automonitoreo, además de que se aplicaría el Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD-A-50), y por último, se respondería la “forma” del plan semanal de la fase de iniciación.

Al revisar el automonitoreo, el paciente manifestó que la semana del 22 de febrero al 1 de marzo del 2011 fue muy difícil, ya que informó haber consumido con moderación, bebió despacio y con un vaso con agua o jugo entre copas, no consumió en su totalidad las copas y sintió que controló su consumo, ya que no bebió con exceso y estuvo bastante consciente de cuanto consumió, mencionó que ante esta situación se sintió bien, ya que le gusto no despertarse “crudo”, lo que le hizo sentir muy bien, además, al inicio de las situaciones en donde consumió, el paciente refirió que primero sólo bebió refresco, pero ante la alegría que sentía decidió consumir alcohol, el automonitoreo, en su totalidad, fue completado de la siguiente manera:

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	Ninguna	Ninguna	Abstinencia
Martes	Carne asada en la oficina	Comencé a tomar refresco de toronja	Consumí menos de una cerveza
Miércoles	Estaba en el Oficina	Me tome un Yakult	Abstinencia
Jueves	Antes de la comida en la Oficina	Me tome una coca de lata	Abstinencia

Viernes	Comida con mis suegros	Nada	Tome dos caballitos de tequila
Sábado	Fiesta con mis primos	Nada	Tome 3 copas estándar
Domingo	Carne asada con la familia de mi esposa	Comencé a tomar refresco de toronja	Tome 2 cervezas

A continuación, se revisó a detalle las ocasiones de consumo de esa semana con el análisis funcional, explicándole al paciente que le ayudaría a identificar los disparadores del uso de alcohol, a partir de este análisis, poder formular nuevas estrategias para anticiparse a las situaciones de riesgo. Se prosiguió a explicarle en qué consistía el análisis funcional y cómo se realizaría el ejercicio, en el caso particular de L.R. el consumo de esa semana estuvo ocasionado en una situación agradable con otros y por una pelea con su esposa.

A ANTECEDENTES	B CONDUCTA	C CONSECUENCIA
Fiesta con amigos y familia, estoy sintiendo diversión y alegría, por lo que quería aumentar mi placer	Consumí 3 cervezas	Aumente el placer de estar con los demás, me divertí mas
Pelea con mi esposa, me sentía enojado	Consumí 2 caballitos de mezcal	Me relaje y desinhibí pero me pelee aun mas con mi esposa y me sentí culpable

El paciente comentó notar claramente, en este punto que antes de consumir se sentía alegre, se estaba divirtiendo con amigos y familiares y quería aumentar su placer (A), lo que ocasionó que consumiera 3 copas estándar (B) y las consecuencias fueron el aumentar el placer de estar con los demás y divertirse más (C). En el segundo ejemplo del ejercicio, el paciente identificó que el antecedente es una pelea con su esposa lo que le hizo sentir enojado (A) por lo que consumió 2 copas estándar (B) obteniendo relajación y desinhibición, lo que provocó que la pelea con su esposa fuera más intensa, a lo que después, se sintió culpable (C).

Se prosiguió con el llenado del formato "plan semanal de la fase de iniciación" la información del ejercicio fue la siguiente:

PLAN SEMANAL-FASE DE INICIACIÓN

Meta: No consumir alcohol, Abstinencia Confianza para lograr esta meta: 70% ¿Por qué este porcentaje de confianza?: Es complicado dejar de beber cuando llevas muchos años haciéndolo, es como un hábito muy arraigado	
Describe dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana.	Describe diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.
<i>Será una fiesta de mi cuñada, será de noche y estaré con la familia de mi esposa, estaré platicando, sentiré la necesidad de tomar y estaré pensando en el alcohol, además me sentiré incomodo y ansioso de no consumir si otros lo están haciendo</i>	<i>Pensaré en que quiero cumplir con mi meta, debo de pensar en lo que puedo perder si consumo y lo que puedo ganar si cambio mi consumo de alcohol, debo de pensar de otra manera. Debo ser consciente de las cosas positivas para cambiar mi consumo y las negativas de mantener mi consumo. Realizaré algunos ejercicios de respiración si me pongo muy ansioso y en caso de ser necesario me alejare de la situación.</i>
<i>Será el viernes en la comida, en la casa de mi suegros, será la hora de la comida, estarán mi esposa y mis suegros, estaremos platicando y divirtiéndonos, pensaré en que se me antoja un tequila y que es viernes y me merezco un antojo, estaré sintiendo ansiedad</i>	<i>Rechazaré el ofrecimiento de alcohol, explicándole a mis suegros el porqué no puedo beber Mentir a los que me inviten alcohol sobre las razones de porque no puedo consumir Pensare en lo que puedo ganar si cambio mi consumo de alcohol Intentare pensar de otra manera</i>

Durante la realización de dicho ejercicio, se le preguntó al paciente si quería replantearse la meta de abstinencia a moderación, a lo que el paciente mencionó que deseaba obtener del tratamiento un cambio significativo en su vida y pensaba que la mejor manera de hacerlo era con la meta de abstinencia y que de esa manera su esfuerzo valdría la pena. De igual manera, durante el llenado del plan semanal se ensayaron las alternativas para no consumir alcohol.

Al final de este ejercicio se le pidió a L.R. que colaborará con el llenado del Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD – A – 50) y por último, se le recordó llevar a cabo el plan semanal para evitar el consumo de alcohol, de igual manera se le invitó a seguir completando el formato de automonitoreo y, además, se le asignó como tarea la “forma de análisis funcional”. Finalmente, se acordó la fecha de la próxima sesión.

SESION 5 RELAJACIÓN

Al comenzar la sesión se estableció el rapport y se le dió al paciente el encuadre terapéutico, se le comentó que se revisaría el monitoreo diario, de haber un consumo se analizaría por medio del análisis funcional, además, se abordaría una destreza: la relajación, y por último, se contestaría conjuntamente, la forma del plan semanal de la fase de iniciación.

En primera instancia se revisó el automonitoreo de la semana correspondiente del 1 al 8 de marzo del 2011, el cual fue completado de la siguiente manera:

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	Antes de la comida, me sentía muy ansioso Tarde noche me sentía deprimido y preocupado	Pensé en lo que podía ganar si no consumía, pero más aún en lo que podía perder	Abstinencia
Martes	Fiesta de mi cuñada, con la familia de mi esposa, tenía deseos de consumir	Pensé en lo que podía ganar si no consumía	Abstinencia
Miércoles	Antes de la comida me sentía muy ansioso	Pensé en lo que podía ganar si no consumía	Abstinencia
Jueves	Antes de la comida me sentía relajado y contento	Pensé en lo que podía ganar si no consumía	Abstinencia
Viernes	Concierto y quería disfrutar más	Pensé en lo que podía ganar si no consumía. No llevo alcohol	Abstinencia
Sábado	Fiesta de bautizo, estaba con amigos y quería disfrutar más	Explicue a mis amigos que no podía consumir	Abstinencia
Domingo	Día de campo, estaba relajado, contento y quería disfrutar más.	No lleve alcohol	Abstinencia

Se felicitó al paciente por el éxito alcanzado, sin embargo, el paciente mencionó que se le hizo muy complicado, detalló que los primeros días de la semana se le hizo hasta cierto punto fácil, pero el último día tenía muchos deseos de consumir, el paciente identificó los disparadores de esta situación como emociones desagradables: la preocupación, originada por problemas monetarios que había tenido.

En cuanto al plan semanal, el paciente refirió que le sirvió mucho para enfrentar los disparadores identificados, anticipó cada posible situación de riesgo y elaboró un plan a partir de todos los posibles disparadores para evitar el consumo, al profundizar más en este punto el paciente dijo que elaboró planes para todos los días de la semana y que lo consideró importante para alcanzar su meta durante esa semana.

Se continuó con la revisión del análisis funcional, el cual, ayudó al paciente a identificar claramente los antecedentes de su conducta de consumo de alcohol y las consecuencias que lo mantienen y las que hacen que quiera cambiar esta conducta. Al revisar este formato es de notarse que los antecedentes de la conducta de consumo en el paciente eran estados emocionales negativos, tales como la ansiedad y el enojo y estados emocionales positivos como la alegría y la tranquilidad. Las consecuencias positivas en los tres ejemplos eran sentirse relajado y desinhibido y, a largo plazo, son negativas con su esposa y culpa como se puede observar en la siguiente tabla:

A Antecedentes	B Conducta	C Consecuencias
<i>Tuve un problema con mi esposa, Me sentí muy enojado, pensé que la situación era injusta.</i>	<i>Tome 4 caballitos de mezcal</i>	<i>Me sentí relajado, me sentí desinhibido, quise pelear con mi esposa y el problema empeora</i>
<i>Me sentía ansioso, pensaba que mi esposa no tenía que pagar mis deudas</i>	<i>Tome 2 caballitos de mezcal</i>	<i>Tuve cierta cruda moral y física, después de un tiempo la ansiedad regreso</i>
<i>Estaba muy contento con mis amigos y familiares</i>	<i>Tome sin darme cuenta de cuantas copas consumí</i>	<i>Tuve cruda moral y física, el malestar me duro todo un día</i>

Después de haber revisado la forma de análisis funcional, el paciente siguió manifestando lo difícil que le fue la semana, se le recordó que el periodo de iniciación puede ser complicado, se le sugirió, además, que se anticipara a las situaciones que pueden disparar su consumo, en especial fiestas o reuniones, también se le recomendó deshacerse de todo el alcohol que hubiera en su casa y encontrar o volver a realizar actividades placenteras. Al cuestionarle sobre que hobbies tenía, o qué le gustaba hacer, mencionó construir cosas o darle mantenimiento a algo. Otra cosa que preocupó al paciente durante la semana y tuvo que ver con el episodio más complicado con posibilidad de que consumiera, tuvo que ver con su situación económica y laboral,

la cual le preocupaba y entristecía, ante esto, se trabajó en sus pensamiento, sobre todo en la cuestión de que su esposa le pagaba una deuda monetaria, porque pensaba que eso era ser un mantenido y eso estaba mal, y se elaboró un plan para que siguiera buscando un trabajo que lo hiciera sentir mejor y tuviera una mejor remuneración económica.

Posteriormente, se le dió la destreza de relajación, con el objetivo de darle una alternativa para manejar las situaciones de ansiedad o tensión, las cuales estaban relacionadas con pensamientos automáticos con respecto a su situación laboral y económica. Primero, se trabajó con el paciente la respiración diafragmática y después el entrenamiento autógeno de relajación. Para tal ejercicio, se le dió una versión grabada del entrenamiento autógeno para su celular, la cual se le recomendó escuchar y practicar toda la semana y se recolectó la siguiente información:

RELAJACIÓN

Ejercicio:

Sea consciente de su tensión. ¿Qué parte de su cuerpo se pone tensa cuándo se estresa o está deseoso de drogas o alcohol?

Siento que mi respiración aumenta y me late el corazón

Pruebe una de las técnicas. ¿Qué cambios nota en la tensión muscular o respiración?

Siento mucha tranquilidad me siento bien y con energía.

Practique las técnicas diariamente. ¿Cuál es la que le funciona mejor?

La técnica de respiración profunda y las imágenes en mi mente funcionaron muy bien.

¿Qué es lo que le ayudaría a recordar el empleo de estas técnicas (por ejemplo, cuándo nota que la tensión va incrementando, o usar las técnicas en un cierto momento del día)?

Me haría bien practicar con regularidad las técnicas, pero usarlas en especial cuando me sienta muy tenso o ansioso

Al término de la aplicación de esta destreza se contestó con el paciente el plan semanal de iniciación:

PLAN SEMANAL-FASE DE INICIACIÓN

Meta: No consumir alcohol, Abstinencia

Confianza para lograr esta meta: 70%

¿Por qué este porcentaje de confianza?: *Aunque logré la abstinencia la semana pasada, los últimos días fueron muy difíciles, por lo que considero la moderación como una meta más sencilla, pero debo de intentar conseguir otra semana de abstinencia.*

Describe dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana.

Describe diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.

<i>Sentirme triste, agobiado, estaré en mi casa, será de noche y estará mi esposa e hijo, estaré cocinando y pensando en mi situación actual, me sentiré ansioso también</i>	<i>Salir a caminar Realizar alguna actividad placentera como arreglar algo Platicar con su esposa de cómo me siento Analizar mis emociones Jugar con mi hijo Ver una película Hacer ejercicio</i>
<i>Reunión con amigos, será en un bar y de noche, estarán mis amigos y estaré "cotorreando", estaré pensando en que podría tomar y aumentar mi placer</i>	<i>Les diré a mis amigos que no puedo consumir Si me insisten les diré asertivamente que no No ir a la reunión</i>

Durante la realización de dicho ejercicio, se le preguntó al paciente si no quería cambiar de meta de abstinencia a moderación, a lo que el paciente refirió que la meta de abstinencia era un reto para él, por lo que debía de alcanzarla para demostrarse que podía controlar su consumo. De igual manera, se realizaron los ensayos de las opciones del plan semanal.

Para terminar la sesión se le entregó el formato de automonitoreo y se le pidió que lo contestará y se le recordó que anticipará los disparadores y las situaciones de riesgo, siguiendo el plan elaborado durante la sesión. Por último, se acordó la fecha de la próxima sesión.

SESION 6 ASERTIVIDAD

Al comenzar la sesión se estableció el rapport y se dió el encuadre terapéutico, aclarándole al paciente que en primer lugar, se revisaría el automonitoreo y en el caso de consumo se revisaría con el análisis funcional, además se abordaría con la destreza de asertividad y por último, se contestaría el plan semanal.

Como primer punto se revisó el automonitoreo, se observó que en la semana del 8 al 15 de marzo del 2011, L.R. consumió los días viernes y domingo como se puede observar en la siguiente tabla:

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	No hubo ninguna situación de riesgo	Nada	Abstinencia
Martes	Me sentía muy contento	Pensar en lo positivo de dejar de consumir y del logro obtenido la semana pasada	Abstinencia
Miércoles	Tenía ansiedad en la mañana	Use la técnica de relajación	Abstinencia
Jueves	Ninguna	Nada	Abstinencia
Viernes	Me sentía muy relajado antes de empezar la comida con mi suegros	Nada	Consumí un caballito de tequila
Sábado	Muy contento y relajado	Pensé en lo que podría perder y me salí a caminar	Abstinencia
Domingo	Me sentía muy relajado	Nada	Bebí con moderación solo 3 copas estándar

Se prosiguió a analizar los episodios de consumo con el análisis funcional, en un principio el paciente no identificó las emociones que anticiparon su consumo, por lo que a través del dialogo se provocó un análisis de las situaciones, haciendo que el paciente reflexionará sobre lo que estaba pensando en esos momentos y de esta manera pudiera reconocer bajo que emoción estaba, después de este ejercicio se elaboró el siguiente análisis funcional:

A Antecedentes	B Conducta	C Consecuencias
<i>El viernes me sentía culpable por haber dejado que mi esposa pagara una deuda y quería sentirme mejor</i>	<i>Tome un caballito pequeño de tequila</i>	<i>Me sentí relajado, no me sentí culpable por beber</i>
<i>El domingo en la noche me sentía culpable por la situación con mi esposa, pensando en que merezco estar bien</i>	<i>Bebí 3 caballos de mezcal</i>	<i>Me sentí mejor, relajado y no culpable de beber</i>

Al analizar esta situación el paciente comentó que no se sentía culpable de haber consumido, sin embargo, no se daba cuenta de las razones de su consumo en esta semana en particular las emociones desagradables, hasta que realizó dicho ejercicio, se le explicó que debería de identificar claramente las emociones que provocan su consumo, a través de la identificación de pensamientos y las emociones que generaban éstos.

Al preguntarle si había utilizado la destreza de relajación, mencionó que la utilizó durante la semana, como se muestra en la siguiente tabla:

Semana correspondiente del 8 al 15 de marzo	Situación	Destreza utilizada	Resultado
Miércoles	Estaba estresado y ansioso en la mañana, me sentí mal	Relajación	No consumí como lo habría hecho en otras ocasiones similares
Miércoles	Estaba relajado en la casa y quería aumentar mi placer	Relajación	Me sentí muy bien, y pase una buena noche

A pesar de que el paciente no cumplió con la meta de abstinencia, se le felicitó por el uso de la destreza para evitar el consumo, además, se le invitó de nuevo a evitar situaciones que pudieran disparar su consumo, como las fiestas con amigos o sus suegros y a deshacerse del alcohol de su casa para facilitar el cumplimiento de sus metas.

Posteriormente, se paso a analizar la problemática frecuente de la semana del 8 al 15 de marzo del 2011, la cual consistía en el sentimiento de culpa, el cual era provocado debido a que su esposa pagó una deuda que el tenía con el banco, y a pesar de sentirse agradecido, también pensaba que era su responsabilidad ser el proveedor y que su esposa podía haber gastado ese dinero en cosas para ella y su hijo. Ante esa situación se trabajó con cambio de pensamiento de la siguiente manera:

Pensamiento Automático	Evidencia que sostiene ese pensamiento	Evidencia que refuta ese pensamiento	Pensamiento equilibrado
Esta mal que mi esposa pague mis deudas	Los hombres en esta sociedad son los que son proveedores Siempre he pagado mis deudas	Las parejas se pueden apoyar Mi esposa lo hace por el bien de la familia Mi esposa quiere que tengamos estabilidad económica como familia	Mi esposa pago la deuda, porque quiere que tengamos una buena situación económica, además de que se interesa por mi bien y de vez en cuando debo de buscar el apoyo en mi pareja, además le pagare su préstamo

Una vez concluido lo anterior, se abordó la destreza de asertividad, se le explicó que ésta, es una forma de comunicación en la cual el sujeto no agrede. L.R. se identificó con el estilo de comportamiento agresivo y que este era considerado por él como el asertivo. Entonces se le explicó que una persona asertiva no se somete a la voluntad de otras personas; en cambio, expresa sus convicciones y defiende sus derechos, sin agredir. De igual forma, se le indicaron una serie de pasos para llevar a cabo la comunicación asertiva; para poner en práctica dicha destreza, se realizó un juego de roles, en los cuales él debía rechazar el alcohol, se manejaron algunas situaciones con amigos en donde había presión social y se trató de generalizar la asertividad hacia situaciones familiares en las cuales él podría hablar de lo que deseaba hacer y describir cómo se siente al respecto sin ofender a nadie, esta situación se ejemplificó en diferentes situaciones con su esposa. L.R. mostró una gran capacidad para llevar a cabo tal destreza.

La siguiente tabla muestra como se completo el ejercicio:

ASERTIVIDAD
<p>1. Piense sobre las situaciones que ocurrieron en el último año dónde hubiera deseado haberse comportado de mejor manera, o donde perdió el control y después se lamentó.</p> <p>Describa una de esas situaciones:</p> <p>¿Dónde estaba? Estaba en mi casa.</p> <p>¿Quién estaba presente? Estaba mi esposa, mi hijo y la señora de la limpieza.</p> <p>¿Qué estaba pensando? Es injusto que ella está enojada si yo también pase una mala noche</p> <p>¿Qué estaba sintiendo? Sentía injusticia, incomodidad y enojo.</p> <p>¿Cuál fue el resultado? Yo no actué, ella no tuvo con quien pelear aunque me trague mi coraje.</p> <p>2. Enliste tres cosas que podría hacer en una situación similar en el futuro que lo llevaría a un resultado positivo (asertivo):</p> <p>(1)Expresarle cariño, siendo muy claro en preguntarle en que le puedo ayudar o apoyar. (2)Hablar con ella de manera asertiva sobre la situación (Primero expresaría como me hace sentir lo que me está diciendo o haciendo y después propondría una solución). (3) Buscar en el dialogo con mis esposa, las posibles soluciones a nuestro problema y expresar lo que estamos sintiendo.</p>

Al finalizar este ejercicio se continuó con el llenado del plan semanal de iniciación.

PLAN SEMANAL-FASE DE INICIACIÓN	
Meta: No consumir alcohol, Abstinencia Confianza para lograr esta meta: 90% ¿Por qué este porcentaje de confianza?: Debo de poder lograr mi meta esta semana, es algo que debo de hacer, además ahora sé que debo de estar más consciente de las emociones que pueden disparar mi consumo y creo poder manejarlas mejor con la reestructuración de pensamiento	
Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana.	Describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.
<i>Será el viernes y estaré en una comida con mis suegros, me sentiré feliz y estaré pensando en aumentar mi placer con el alcohol.</i>	<i>Hablar con mis suegros de manera asertiva y rechazar el ofrecimiento del alcohol Tomar coca-cola para sentir que está tomando algo diferente al agua No ir a la reunión y rechazar la invitación de su esposa de manera asertiva Intentare pensar de otra manera</i>
<i>Estaré en casa, estarán mi esposa mi hijo y yo, estaré pensando en sentirme mejor con el alcohol, estaré de ocioso en la casa y me sentiré frustrado y ansioso</i>	<i>Hacer una botana especial y complicada de preparar, para disfrutarla mejor. Analizar porque me siento mal y tratar de cambiar mis pensamientos Platicar con mi esposa Usar la técnica de relajación</i>

Finalmente, se le proporcionó la forma de automonitoreo y se acordó la fecha de la próxima sesión.

SESION 7 ENFRENTAMIENTO DE LA ANSIEDAD-ENFRENTAMIENTO DE LOS DESEOS INTENSOS

Al comenzar la sesión se estableció el rapport y se dió el encuadre terapéutico, aclarándole que en primer lugar, se revisaría el automonitoreo y en el caso de consumo se evaluaría con el análisis funcional, además se trabajaría con dos destrezas: enfrentamiento de la ansiedad y enfrentamiento de los deseos intensos, en seguida se llenaría la tarjeta de alertamiento y por último, se contestaría el plan semanal de iniciación al cambio.

Como primer punto se revisó el automonitoreo, se observó que en la semana del 15 al 22 de marzo del 2011, L.R. se mantuvo abstinento como se puede observar la siguiente tabla:

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia consumo de alcohol
Lunes	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hora previa a la comida ❖ Comida en la casa de mis suegros ❖ Muchas, muchas ganas de consumir 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recordar lo que podía perder si consumía, además quería terminar mi semana sin consumir y también recordé lo que le había pasado a mi padre con el alcohol 	Abstinencia
Martes	<ul style="list-style-type: none"> ❖ En la noche tenía muchas ganas de consumir 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pensar en lo positivo de dejar de consumir y recordar lo que le había pasado a mi padre con el alcohol 	Abstinencia
Miércoles	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nada 	Abstinencia
Jueves	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nada 	Abstinencia
Viernes	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Antes de comer ❖ Comida en la casa de mis suegros ❖ Tenía muchas ganas de tomar 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pensar en lo positivo de dejar de consumir ❖ Me aleje fui al baño ❖ Me tome una coca 	Abstinencia
Sábado	<ul style="list-style-type: none"> • En el parque de Chapultepec estábamos en un picnic y tenía ganas de consumir 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ No lleve alcohol al picnic ❖ Me tome una coca con una botana 	Abstinencia
Domingo	<ul style="list-style-type: none"> • Estábamos en un bosque cercano a mi casa y tenía muchas muchas ganas de tomar • Mi suegro me ofreció una copa 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pensé en lo que podía perder si consumía ❖ No lleve alcohol al picnic. ❖ Recibí la admiración de mi madre sobre mi cambio en el consumo, además me platico la historia de la muerte de mi padre y esta me motivo mucho ❖ Asertividad 	Abstinencia

Durante el análisis del automonitoreo una situación que el paciente identificó como importante durante esta semana fue el que su madre le contó como su padre había muerto por su consumo excesivo de alcohol y cómo éste se arrepintió de nunca haber moderado su consumo, ante tal historia la madre de L.R. le dijo que se sentía orgullosa de él, por cambiar su consumo, además le

brindó todo su apoyo para que él lograra sus metas. Ante tal situación L.R. mencionó que cada vez que tenía deseos de consumir, recordó las palabras de su madre y la historia de la muerte de su padre, L.R. manifestó que esta situación motivaba la abstinencia durante la semana.

Al preguntarle si había utilizado la destreza de relajación y asertividad, mencionó que la utilizó durante la semana, como se muestra en la siguiente tabla:

Semana correspondiente del 15 al 22 de marzo	Situación	Destreza utilizada	Resultado
Miércoles	Mi esposa estaba hablando sobre situaciones familiares íntimas, enfrente de amigos lo que me hizo sentir mucho enojo	Asertividad (Hable con mi esposa, aclaramos la situación, no me enoje ni me sentí ansioso)	No me dieron ganas de consumir como normalmente habría pasado
Viernes	Estaba en la casa, era de noche y quería dejar de sentirme ansioso	Relajación	Me sentí tranquilo y pude dormir sin problemas
Domingo	Mi suegro me ofreció un caballito de mezcal en el campamento	Asertividad (Rechace asertivamente su ofrecimiento de alcohol)	No consumí alcohol

Posteriormente, se abordó la destreza enfrentamiento de los deseos intensos, al paciente se le explicó que al dejar de beber era probable que aparecieran deseos intensos, especialmente en las situaciones de riesgo, se recalcó el hecho de que es importante manejar los impulsos y tentaciones para lograr modificar la conducta de consumo de alcohol. A continuación se le mencionó que los deseos son generados por pensamientos, por respuestas fisiológicas y por aspectos del ambiente físico y/o sociales, sin embargo, los deseos no duran para siempre y disminuirán con el tiempo en frecuencia e intensidad, a continuación se le explicaron las estrategias de enfrentamiento que podía usar.

La siguiente tabla muestra como se completo el ejercicio:

ENFRENTAMIENTO DE LOS DESEOS INTENSOS

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

R: Estaba en el bosque, con mis suegros, mi esposa, mi hijo y mi cuñado, estábamos muy divertidos y empezaron a tomar, yo les estaba sirviendo los tragos me llevo el olor del mezcal y me dieron ganas de tomar

2. Usando su ejemplo anterior, planea formas para manejar los impulsos y tentaciones para usar.

- *Detención del pensamiento*
- *Pensar en los pros de cambiar mi consumo y contras de consumir*
- *Recordar el orgullo que sienten por mí, mi esposa y mi madre*
- *Pensar que ya he podido pasar dos semanas sin consumir y que tengo control para no beber*
- *Auto instrucciones positivas como "Yo puedo manejar mi consumo", "yo puedo controlar mi consumo"*
- *Imaginar mi deseo como una ola que va a bajar en intensidad*

3. ¿En quién va a buscar apoyo?

R: En mi esposa y mi suegra

4. ¿Qué hará para distraerse?

R: Hacer ejercicio, hacer alguna tarea ocupacional como leer o construir algo

5. ¿Qué mensajes (autodeclaraciones positivas se proporcionará?

R: "Yo puedo manejar mi consumo", "Lo he manejado antes, lo puedo hacer ahora", "Puedo tener confianza en mí mismo y puedo confiar en mi esposa y mi madre para que me apoyen"

6. ¿Qué más puede hacer en esta situación?

R: Pensar en mi hijo y que lo hago también por él

Se prosiguió con la destreza de enfrentamiento de la ansiedad, por lo que en primer lugar se le explicó que la ansiedad es una emoción normal en los seres humanos, la cual permite la sobrevivencia. De igual manera, se le explicó que esta emoción se presenta ante una situación provocadora de ansiedad, la cual le genera pensamientos, estos pensamientos son automáticos y hacen que los niveles de ansiedad se eleven y es entonces cuando algunas personas consideran ciertas alternativas, entre las cuales llegan a usar el alcohol para reducir esta emoción. Lo primero que se hizo con el paciente fue identificar los tipos de pensamientos automáticos que pueden provocar niveles elevados de ansiedad. L.R. completó la primera parte del ejercicio de la siguiente manera, en donde identificó los pensamientos automáticos que en él originaban la ansiedad:

ENFRENTAMIENTO A LA ANSIEDAD (PRIMERA PARTE)

¿Puede pensar en cualquier otro ejemplo de pensamiento automático?

- *Catastrofista: Lo peor que me pueda imaginar puede pasar*
- *Perfeccionismo: Pienso en que las cosas deberían ser de la manera en que se supone deben de ser, si no, está mal*
- *La lectura de mente: En ocasiones le pongo pensamientos a mi esposa, sobre lo que está pensando de mi o sintiendo sobre ciertas situaciones sin saber si ella está pensando en eso o no*
- *El razonamiento emocional: En ocasiones por pensar que siento algo le otorgo la cualidad de real*
- *Precipitarme a conclusiones: Lo hago con mi jefe y con mi esposa con mucha regularidad*
- *Etiquetar: En ocasiones soy muy cuadrado en mis conceptos entonces yo mismo me pongo adjetivos*
- *Centrarse en lo negativo: Me enfoco sólo en las cuestiones negativas sobre todo con mi esposa y en mi trabajo*

2 Describa una situación en la que se ha sentido estresado o ansioso y utilizó el alcohol u otras drogas para enfrentarlas:

Discutir con mi esposa, estábamos peleando y consumí alcohol para relajarme pero como me desinhibí, le fui a decir sus cosas a mi esposa y terminamos peor, ya que nos gritamos mas y no solucionamos nada.

Al terminar esta parte del ejercicio se completo la segunda parte de la siguiente manera:

ENFRENTAMIENTO 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):

Consecuencias positivas

Corto plazo: *Relajación, menos carga emocional y menos pesadez*

Largo plazo: *Ninguna*

Consecuencias negativas

Corto plazo: *Muy probable una pelea con mi esposa*

Largo plazo: *Deterioro de mi relación*

Enliste los "pensamientos" automáticos que acompañan esta situación

Maldecir a mi esposa, pensar en lo peor que sería divorciarme (catastrofismo), pensar en que mi matrimonio debería ser mejor y las relaciones deben ser lo más perfectas posibles, razonamiento emocional al aseverar que lo que siento hace real la situación, Lectura de mente, pienso que mi esposa piensa que soy egoísta o que quiero hacer mi voluntad.

¿Cómo se siente a consecuencia de ese pensamiento?

Mal, incomodo, ansioso, derrotado, pesimista

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

Detención de pensamiento, después reemplazarlos por la parte positiva de la situación, me puedo decir que no puedo adivinar lo que otros piensan, tampoco me debo de adelantar y no hacer prejuicios de las situaciones.

Al completar dicho ejercicio se le nombraron las diferentes estrategias que han usado otras personas para enfrentar los pensamientos automáticos. Se le recordó que podía usar las dos destrezas vistas en esta sesión, no sólo para evitar el consumo de alcohol sino ante diversas situaciones de su vida.

A continuación, se completo la tarjeta de alertamiento. En primer lugar, se le explicó al paciente, que esta tarjeta puede servir para manejar eventos inesperados (como la muerte de un familiar o reuniones espontaneas con amigos), ya que en ella se escriben una variedad de estrategias de enfrentamiento que puede poner en acción en cualquier parte o en cualquier momento. Se le comentó al paciente, que sería de utilidad que elaborará esta tarjeta de alertamiento en la aplicación de notas de su celular, el cual siempre llevaba consigo. Se elaboró la tarjeta de alertamiento de la siguiente manera:

Tarjeta de Alertamiento	
Situación inesperada	Mi plan para lo inesperado es:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Que mi esposa me deje o nos divorciemnos</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Buscaré el apoyo de mi familia</i> ✓ <i>Le veré el lado positivo de la situación</i> ✓ <i>Pensaré en que posiblemente sea lo mejor para mi hijo</i> ✓ <i>Pensaré en mi hijo</i> ✓ <i>Pensaré en mi esfuerzo</i> ✓ <i>Pensaré en que puedo controlar mi consumo</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Que muera un familiar cercano</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Expresaré mi emoción (llorare todo lo que necesite)</i> ✓ <i>Pensaré en que si no me cuido puedo terminar así muy pronto</i> ✓ <i>Buscaré con quien hablar</i> ✓ <i>Me apoyaré en mi esposa</i> ✓ <i>Pensaré en lo que puedo perder si consumo</i> ✓ <i>Rechazaré cualquier invitación a consumir con asertividad (sé que me van a ofrecer alcohol)</i> ✓ <i>Pensaré en lo positivo de la situación</i> ✓ <i>Pensaré en lo que he ganado sin consumir y lo que puedo perder</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ir a un viaje de trabajo inesperado</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Rechazaré el ofrecimiento de alcohol de mis compañeros o de mis jefes con asertividad</i> ✓ <i>Si salimos a comer seguramente ellos pedirán de bebidas con alcohol, yo me pediré un refresco o un jugo y una botana o un postre</i>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pensaré en lo que puedo perder si consumo ✓ Pensaré en que puedo controlar mi consumo ✓ Pensaré en mi hijo
<ul style="list-style-type: none"> • Que me despidan o pierda mi trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le veré lo positivo a la situación ✓ Me apoyaré en mi esposa ✓ Buscaré las opciones que tengo ✓ Pensaré en lo que puedo perder si consumo ✓ Pensaré en que puedo controlar mi consumo ✓ Pensaré en mi hijo

Al finalizar dicho ejercicio, el paciente dijo que no había pensando en cómo evitar consumir en esas situaciones inesperadas y que el ejercicio era muy útil, se continuó con el llenado del plan semana de la fase de iniciación

PLAN SEMANAL-FASE DE INICIACIÓN	
Meta: No consumir alcohol, Abstinencia Confianza para lograr esta meta: 90% ¿Por qué este porcentaje de confianza?: Cada vez es más fácil no consumir, además ya lo he logrado en otras ocasiones y creo que la habilidad para controlar los deseos intensos me ayudará mucho.	
Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana.	Describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.
<i>Estaré con mis suegros, estaré pasando un buen rato platicando con ellos, será previo a la comida. Estaré pensando en el alcohol y me sentiré ansioso de no poder consumir</i>	<i>Tratar de ponerle un alto al pensamiento Pensar en los contras de consumir Pensar en mi hijo Imaginarme mi deseo como una ola Usar la técnica de relajación</i>
<i>Estaré solo en casa, estaré pensando en relajarme y en tomar para conseguirlo, me sentiré ansioso de no consumir</i>	<i>Alto al pensamiento Hacer una tarea ocupacional Usar la técnica de relajación</i>

Enseguida, el paciente manifestó sentirse preocupado por su situación económica y que esto podía disparar su consumo de alcohol por lo que se acordó con el integrar la destreza de solución de problemas en la siguiente sesión.

De igual manera, debido a que el paciente mencionó sentirse con la confianza de exponerse a situaciones de riesgo, además de que dejó de consumir, se acordó iniciar la fase de mantenimiento al cambio en la próxima sesión.

Finalmente, se le proporcionó la forma de automonitoreo y se acordó la fecha de la próxima sesión.

MANTENIMIENTO AL CAMBIO

SESIÓN 8 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS- MANEJO DEL ENOJO

En primer lugar, se estableció el rapport y se dió el encuadre terapéutico, mencionándole al paciente que se revisaría el automonitoreo, se le dijo que se trabajarían dos destrezas: solución de problemas y manejo del enojo. Por último, se completaría el plan semanal de mantenimiento.

L.R. mencionó que en la semana del 22 al 29 de marzo del 2011 se mantuvo abstinentes, ya que deseaba cumplir con su meta semanal y demostrase a sí mismo que tenía el control sobre la sustancia. El automonitoreo fue completado de la siguiente manera:

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> Nada 	Abstinencia
Martes	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> Nada 	Abstinencia
Miércoles	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> Nada 	Abstinencia
Jueves	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> Nada 	Abstinencia
Viernes	<ul style="list-style-type: none"> Hora de la comida, tenía un gran deseo de tomar y mucha ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> Salí a caminar Me imagine el Stop en mi cabeza Pensé en mi hijo 	Abstinencia
Sábado	<ul style="list-style-type: none"> Estaba en Chapultepec a la hora de la comida y tenía un gran deseo y ansiedad de consumir 	<ul style="list-style-type: none"> Comí Me imagine el Stop en mi cabeza Pensé en mi hijo 	Abstinencia
Domingo	<ul style="list-style-type: none"> Estaba en un Restaurante a la hora de la comida y tenía un gran deseo y ansiedad de consumir 	<ul style="list-style-type: none"> Salí un momento del lugar Me imagine el Stop en mi cabeza Pensé en mi hijo 	Abstinencia

En cuanto a las destrezas que usó durante la semana mencionó que sobresalen la de enfrentamiento de los deseos intensos y la de relajación como se puede observar en la siguiente tabla:

Semana correspondiente del 22 al 29 de marzo	Situación	Destreza utilizada	Resultado
Lunes	En la mañana quería irme a trabajar relajado porque sería un día difícil	Relajación	El día fue más llevadero debido a que llegue con una actitud relajada al trabajo
Martes	En la noche quería sentirme tranquilo	Relajación	Me sentí tranquilo y pude dormir sin problemas
Viernes	Estaba comiendo y tenía deseos de consumir	Enfrentamiento de los deseos intenso (Imagine mi deseo por consumir, como una ola que iba a pasar)	No consumí y me sentí muy contento y orgulloso
Sábado	Estaba con mi familia en un día de campo en Chapultepec y tenía deseos de consumir	Enfrentamiento de los Deseos Intensos (Imagine mi deseo por consumir, como una ola que iba a pasar)	Me mantuve abstinente
Domingo	Estaba en un restaurante antes de comer y tenía ganas de consumir	Enfrentamiento de los Deseos Intensos (Imagine mi deseo por consumir, como una ola que iba a pasar)	No consumí y me premie con un pastel de chocolate

Una situación frecuente durante esta semana fueron los deseos por consumir antes de comer, L.R. mencionó que lo enfrentó regularmente con el Stop mental y se imaginaba el deseo como una ola que estaba bajando de intensidad, esto le ayudó a resistir el deseo de consumir, se recompensó de manera regular ante los éxitos de no consumo, con pasteles y frases de reconocimiento, situación que anteriormente no hacía. L.R. mencionó que se sintió mejor durante la semana y no se le hizo tan complicado como la semana anterior.

Posteriormente, se trabajó con el paciente la destreza de solución de problemas con el propósito de resolver situaciones complicadas que le originaban malestar. En primer lugar, se le enseñó al paciente a identificar sus problemas, después proponer variadas y múltiples soluciones, analizar los pros y contras de

cada una de ellas, elegir una de ellas y por último, llevarlas a cabo en un plan de acción. El ejercicio se completó de la siguiente manera:

Solución de Problemas

Definición del problema: *No tengo los conocimientos para poner un negocio de proveedor de telecomunicaciones.*

- a. *Pedir ayuda a un amigo que trabaja en una empresa de telecomunicaciones*
Pros: Me podría ayudar explicándome en qué consiste lo más complicado del negocio
Contras: Se podría negar y sentirse ofendido
- b. *Pedir ayuda a mis posibles clientes*
Pros: Ganar al mismo tiempo el conocimiento y dinero
Contras: Puedo perder el cliente
- c. *Pedir trabajo en una empresa de telecomunicaciones*
Pros: Obtendría los conocimientos y el dinero
Contras: Perdería mi independencia laboral y me sentiría atado
- d. *Buscar el conocimiento a través de una institución*
Pros: Adquiriría los conocimientos
Contras: Perdería mucho tiempo

Una vez analizado los pros y los contras L.R. mencionó que la mejor solución sería "Pedir ayuda a uno de sus posibles clientes", ya que considera que puede ganar dinero y obtener el conocimiento al mismo tiempo, además un cliente ya está dispuesto a ayudarlo.

A continuación se trabajó con L.R. la destreza de manejo del enojo, en primera instancia se le explicó que es normal sentir enojo, sin embargo, la formas en que se expresa esta emoción, pueden traer consecuencias negativas para él mismo y para las personas que le rodean, se le recordó que existen tres formas de expresar el enojo: pasiva, agresiva y asertiva y que la mejor manera de expresar el enojo es de manera asertiva, ya que este estilo de comportamiento permite expresar los sentimientos de manera abierta y honesta, mostrando respeto hacia los demás, se prosiguió a completar el ejercicio de la siguiente manera:

Manejo del Enojo

1 Describa una situación reciente donde ha sentido enojo

Haber peleado con mi esposa, tenía pensamientos de que era injusto que ella estuviera irritable si los dos habíamos tenido problemas

2. ¿Cuáles fueron las señales físicas del enojo?

Tensión muscular, mandíbula tensa y estar sólo alerta de lo que dice o hace ella

3. ¿Cómo reaccionó en esta situación?

Primero fui pasivo, no hice nada me trague mi coraje, después fui asertivo y le comunique mi sentir y le dije que mejor platicáramos luego

4. ¿Qué estilo de enojo expresó?

Primero fui pasivo, después asertivo

5 ¿Cómo planea manejar situaciones similares en el futuro?

Siendo, siempre que se pueda, asertivo

Por último, se completó con el paciente plan semanal de mantenimiento, el cual quedo completado de la siguiente manera:

Plan semanal- Fase de Mantenimiento

Asignación de tarea para la CASA. Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancias.

Describe la situación disparadora:

Reunión en la casa mis suegros, estaremos a punto de comer y ellos empezaran a consumir alcohol

Experiencia planeada

¿Cuándo? *Será un día del fin de semana*

¿Dónde? *Casa de mis suegros*

¿Quién estará presente? *Mis suegros, mi esposa y mi hijo*

Plan de enfrentamiento:

Utilizaré la detención de pensamiento para manejar mis deseos intensos, también imaginaré éste como una ola. Pensaré en lo positivo de dejar de consumir y en que ya he tenido el control sobre mi consumo antes, pensaré en los contras de consumir de nuevo. Utilizaré la asertividad si me ofrecen, también relajación si me siento muy ansioso y manejo del enojo si es que me siento mal por alguna discusión con mi esposa.

Al terminar dicho ejercicio, L.R. manifestó sentir que su vida era diferente y que esto le ocasionaba una sensación de desconcierto, por lo que se acordó trabajar la destreza del enfrentamiento del pesar o duelo en la siguiente sesión, también se invitó al paciente a llevar a cabo el plan semanal de mantenimiento y realizar todas las estrategias sugeridas. Se le recordó que practicará todas las destrezas para tener un mejor dominio y no sólo aplicarlas sobre el consumo de alcohol, sino también en otros aspectos de su vida. Finalmente, se le entregó el formato de automonitoreo y se acordó la fecha de la próxima sesión.

SESIÓN 9 ENFRENTAMIENTO DEL PESAR O DUELO

La sesión comenzó con el rapport seguido del encuadre terapéutico, se le dijo que se revisaría el automonitoreo y el resultado del plan semanal, además, que se abordarían la destreza de enfrentamiento del pesar o duelo, en la que se abordarían las pérdidas y los cambios que ha tenido su vida por dejar de consumir alcohol, y por último, se contestaría el plan semanal.

Al revisar el automonitoreo de L.R. mencionó que tuvo una buena semana ya que en lo que corresponde del 30 de marzo al 5 de abril del 2011, logró la abstinencia. L.R. manifestó que se sintió muy orgulloso y que no le costó tanto esfuerzo como la semana anterior, además, mencionó que los deseos de consumir fueron mucho menos intensos que en ocasiones pasadas. El automonitoreo fue completado de la siguiente manera:

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	<ul style="list-style-type: none">Ninguna	<ul style="list-style-type: none">Nada	Abstinencia
Martes	<ul style="list-style-type: none">Ninguna	<ul style="list-style-type: none">Nada	Abstinencia
Miércoles	<ul style="list-style-type: none">Ninguna	<ul style="list-style-type: none">Nada	Abstinencia
Jueves	<ul style="list-style-type: none">Ninguna	<ul style="list-style-type: none">Nada	Abstinencia
Viernes	<ul style="list-style-type: none">Hora de la comida en la casa de mis suegro tenía deseos de consumir	<ul style="list-style-type: none">Respiración diafragmática	Abstinencia
Sábado	<ul style="list-style-type: none">Fiesta con amigos de secundaria	<ul style="list-style-type: none">Pensar en lo bien que he podido controlar mi consumo	Abstinencia
Domingo	<ul style="list-style-type: none">Enojo con mi esposa	<ul style="list-style-type: none">Pensé en mi hijo	Abstinencia

Al analizar a detalle el automonitoreo el paciente mencionó que el sábado fue una situación muy complicada, ya que acudió a una fiesta con sus compañeros de secundaria donde había alcohol, en donde vería a un amigo muy querido que frecuentaba desde la primaria. L.R. mencionó que por un momento sintió ganas de aumentar su placer con el alcohol, pero detuvo esos pensamientos y se divirtió sin

alcohol, mencionó que la fiesta fue de las 3 de la tarde a las 11 de la noche y que bebió refresco para sentir que estaba bebiendo algo, también dijo que los deseos eran intensos al inicio de la fiesta, pero después ya no los sintió. A mitad de la fiesta llamó a su esposa para decirle lo orgulloso que se sentía de sí mismo y al final de la fiesta se felicitó por haber pasado todo ese tiempo en una situación de riesgo sin consumir.

A continuación se revisó el cumplimiento del plan semanal de mantenimiento acordado la sesión anterior:

Reporte de Resultados
<p>¿Intento hacer la tarea? SI</p> <p>¿Fue exitoso el intento? SI</p> <p><i>Comentarios: Me llena de orgullo el éxito de esta semana y me siento muy bien de no haber consumido, además esta semana los deseos fueron menos intensos</i></p>

Posteriormente, mencionó que también estaba llevando a cabo el plan discutido en la destreza de solución de problemas de tal forma que estaba logrando ampliar sus posibilidades de conseguir dinero. Al analizar el uso de otras destrezas, el paciente mencionó que las uso de la siguiente manera:

Semana correspondiente del 30 de marzo al 5 de abril	Situación	Destreza utilizada	Resultado
Miércoles	Estrés ante la situación laboral	Relajación y Solución de problemas (Busque ayuda con un amigo)	Me sentí mejor
Jueves	Quería sentirse relajado en el trabajo	Relajación	Me sentí tranquilo sin consumir
Sábado	Fiesta con amigos de la secundaria	Enfrentamiento de los deseos intensos (Imagine mi deseo como una ola que iba a pasar)	No consumí y me sentí muy orgulloso
Domingo	Pelea con mi esposa, estaba enojado	Asertividad	Me comuniqué con mi esposa y llegamos a un acuerdo

En seguida, se trabajó con L.R. la destreza del enfrentamiento del pesar en la que se analizaron los cambios y pérdidas derivados del cambio en el consumo de alcohol, el cual fue completado de la siguiente manera

ENFRENTAMIENTO DEL PESAR (Primera parte)		
Qué he perdido	Sentimientos	Nuevas Conductas
<i>Un poco de placer al degustar el alcohol</i>	<i>Añoranza</i>	<i>Ahora degusto pasteles y postres</i>
<i>El sentirme más relajado</i>	<i>Añoranza</i>	<i>Me relajó con la técnica de relajación</i>

ENFRENTAMIENTO DEL PESAR (Segunda parte)
<p>Escriba algunos de los cambios en su pensamiento y conducta que son ahora visibles para usted y para otros desde que usted trabaja en su problema de abuso de sustancia. Escriba pensamientos y sentimientos negativos y positivos menos visibles que usted está experimentando en su nuevo estilo de vida</p>
<p>Los pensamientos y sentimientos visibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Orgullo</i> • <i>Confianza</i> • <i>Admiración</i> • <i>Ahora pienso que no es necesario consumir, antes pensaba que era a fuerzas</i> • <i>Me siento relajado y sin ansiedad</i> • <i>Ahora veo el lado positivo de las situaciones</i>
<p>Los pensamientos y sentimientos menos visibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Arrepentimiento por no haber cambiado antes</i> • <i>Añoranza</i> • <i>No pretendo reemplazar el alcohol con algo</i>
<p>Enliste 3 cosas que usted puede hacer diferente y que eso fortalecerá su compromiso para los cambios que usted está haciendo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Pensar en lo orgulloso que me siento de haber cambiado mi consumo</i> 2. <i>No pretender remplazar el alcohol con otra cosa que pueda generarme nuevos vicios como el cigarro o los puros</i> 3. <i>Ampliar mi paladar a gustos diversos, lo encuentro muy placentero</i>

Al finalizar esa destreza se realizó el plan semanal de mantenimiento, el cual quedo completado de la siguiente manera:

Plan semanal- Fase de Mantenimiento
<p>Asignación de tarea para la CASA. Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancias.</p> <p>Describe la situación disparadora:</p> <p><i>El Miércoles iré a comer con mi jefe</i></p>

Experiencia planeada

¿Cuándo? *Miércoles*

¿Dónde? *En un Restaurante de San Juan del Rio*

¿Quién estará presente? *Mi jefe*

Plan de enfrentamiento:

Hablar con mi jefe sobre mi tratamiento, si me sigue ofreciendo usaré la asertividad, si deseo consumir, traeré a mi mente el stop mental y me pediré unas naranjadas y una buena botana, también si el deseo se hace intenso pensaré en que es como una ola que va pasando.

Al terminar este ejercicio se le recomendó seguir practicando todas las destrezas para que tuviera un mejor dominio de ellas y de esta manera obtuviera beneficios en varios aspectos de su vida, en seguida se le entregó el formato de automonitoreo y se acordó la fecha de la siguiente sesión.

SESIÓN 10: ENFRENTAMIENTO DEL ABURRIMIENTO

La sesión comenzó estableciendo el rapport seguido del encuadre terapéutico, se le mencionó que se revisaría el automonitoreo y el resultado del plan semanal. Además, se abordaría la destreza de enfrentamiento del aburrimiento en la que se buscarían actividades para combatir el aburrimiento y por último, se contestaría el plan semanal de mantenimiento.

Al revisar al automonitoreo, L.R. dijo haber tenido una buena semana, ya que en lo que corresponde del 6 al 12 de Abril del 2011, se mantuvo abstemio, L.R. refirió que cada vez los deseos de consumir eran menos intensos, sin embargo, identificó claramente que los fines de semana, antes de la hora de la comida, era cuando presentaba más deseos de consumir, por lo que el automonitoreo quedo completado de la siguiente manera:

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	• Ninguna	• Nada	Abstinencia

Martes	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> • Nada 	Abstinencia
Miércoles	<ul style="list-style-type: none"> • Comida con mi jefe 	<ul style="list-style-type: none"> • Use la asertividad para rechazar el ofrecimiento 	Abstinencia
Jueves	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> • Nada 	Abstinencia
Viernes	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> • Nada 	Abstinencia
Sábado	<ul style="list-style-type: none"> • Era el momento antes de la comida, tenía ansiedad y deseos de consumir 	<ul style="list-style-type: none"> • Me imagine mi deseo como una ola 	Abstinencia
Domingo	<ul style="list-style-type: none"> • Era el momento antes de la comida, tenía ansiedad y deseos de consumir 	<ul style="list-style-type: none"> • Me imagine mi deseo como una ola 	Abstinencia

Una situación complicada para el paciente durante la semana, fue la que se propuso en el plan semanal de mantenimiento, la cual era ir a comer con su jefe, ya que en esa situación el siempre consumía. L.R. dijo que aunque tenía miedo de consumir, se dió cuenta que pudo controlar los deseos de consumir y de rechazar el ofrecimiento con la asertividad, también percibió que su jefe se sintió un poco raro de que no consumiera pero no se molesto con él, al final de la comida, siempre acostumbraban beber hasta intoxicarse, en esta situación el paciente reemplazó las copas de alcohol con un pastel de chocolate y un café expés, por tal razón la revisión del plan semanal se completo de la siguiente manera:

Reporte de Resultados

¿Intento hacer la tarea?

SI

¿Fue exitoso el intento?

SI

Comentarios: *Me gusto mucho poder enfrentar esta situación, además mi jefe no se lo tomó a mal y de hecho creo que su imagen de mi está cambiando, me siento orgulloso de mi cambio en el consumo de alcohol*

Al analizar el uso de destrezas durante la semana, el paciente dijo que la que mas empleó fue la de enfrentamiento de los deseos intensos, ya que durante el fin de semana, esa destreza le permitió mantenerse abstemio, al profundizar

más sobre las destrezas de enfrentamiento el paciente empleó las siguientes durante la semana:

Semana correspondiente del 6 al 12 de Abril	Situación	Destreza utilizada	Resultado
Miércoles	Comida con mi jefe	Asertividad, Enfrentamiento de los deseos intensos (Me imagine mi deseo como una ola que iba a pasar)	No consumí y me sentí muy orgulloso
Viernes	Quería sentirme relajado al final del día de trabajo	Relajación	Me relaje sin consumir
Sábado	Momento previo a la comida, sentía ansiedad y deseos de consumir	Enfrentamiento de los deseos intenso (Stop mental y me imagine mi deseo como una ola que iba a pasar)	No consumí y me di cuenta que los fines de semana es cuando tengo más deseos
Domingo	Momento previo a la comida, tenía deseos de consumir	Asertividad y Enfrentamiento de los deseos intensos (Stop mental y me imagine mi deseo como una ola que iba a pasar)	Rechace el consumo y supere los deseos de consumir

A continuación, se abordó la destreza enfrentamiento del aburrimiento, ya que el paciente refirió que en algunas ocasiones consumía cuando no tenía otra cosa que hacer, así que esta destreza le permitiría llevar a cabo actividades que le proporcionaran entretenimiento y así no consumiría alcohol.

Enfrentamiento del Aburrimiento

1. Describa lo que normalmente hace para relajarse y divertirse:

Leer, hacer talacha en la casa (arreglar cosas en la casa), leer periódicos izquierdistas

2. ¿Qué le gustaría obtener de su involucramiento en las actividades de esparcimiento?

Haga una lista de sus Metas personales de Esparcimiento:

Quiero obtener información y conocimientos del cristianismo, tener mas participación social.

3. Haga una lista de por lo menos tres cosas que usted planea hacer en su tiempo libre sin usar sustancias

A) Algo que hacía y le gustaría todavía hacer

Leer, hacer mis arreglos en la casa, me gusta la carpintería

B) Algo que realmente le gusta hacer

Cocinar

C) Algo que siempre quiso hacer y nunca lo trató de hacer

Conocer mucho mas de carpintería, hacer muebles artesanales, aprender técnicas avanzadas de carpintería.

4. ¿Qué es lo que necesita para seguir sus metas de esparcimiento?

Necesito tiempo y conocimientos

5. Busque en su propia comunidad. ¿Qué está disponible para que pueda hacer de forma gratis o con bajo costo? Revise la publicidad de su localidad.

Buscaré en Google los conocimientos y buscaré un maestro carpintero que me enseñe

Al terminar esta actividad el paciente concluyó que cuando estuviera aburrido en casa irá a su taller de carpintería que tiene en casa y trabajaría en éste, además de que continuaría haciendo arreglos en su casa. Buscaría más información sobre el tema de cristianismo que le interesaba y buscaría libros, herramientas y técnicas de carpintería.

Por último, el paciente completó el plan semanal de mantenimiento para la siguiente semana:

Plan semanal- Fase de Mantenimiento

Asignación de tarea para la CASA. Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancias.

Describe la situación disparadora:

Estaré en un campamento de mi hijo y en la noche siempre tomo con el papá de un amigo de mi hijo

Experiencia planeada

¿Cuándo? *Sábado por la noche*

¿Dónde? *Campamento*

¿Quién estará presente? *El papá del amigo de mi hijo, mi esposa, la maestra y otras personas*

Plan de enfrentamiento:

Rechazaré la invitación de consumir, usando la asertividad, además para sentir que estoy tomando algo, me llevaré un refresco para acompañarlos, también prepararé una rica botana, si tengo deseos de consumir, haré la técnica de la ola y si deseo consumir me esperaré 15 minutos para hacerlo y saber si siguen los deseos de consumir.

Al final de dicho ejercicio, se le recordó seguir el plan semanal de mantenimiento, se le sugirió seguir practicando las destrezas y por último, se le

mencionó que la próxima sesión se le daría de alta, ya que había logrado mantenerse abstemio por un mes y presentaba un buen dominio de las destrezas enseñadas, el paciente refirió sentirse bien en cuanto a su consumo de alcohol y dijo estar listo para terminar el tratamiento ya que manejaba las destrezas y estas habían mejorado su calidad de vida. A continuación se le dió el formato de automonitoreo y se acordó la fecha de la próxima sesión.

SESION 11 CIERRE DEL TRATAMIENTO

La sesión comenzó estableciendo el rapport seguido del encuadre terapéutico, se le mencionó al paciente que se revisaría el automonitoreo y el resultado del plan semanal, además se realizaría el ejercicio "Si yo fuera a recaer", y la aplicación del Cuestionario de Confianza para el Consumo de Alcohol (CCCD-A-50) y la aplicación del Cuestionario de Satisfacción del Cliente.

Enseguida se revisó el automonitoreo, el paciente cumplió con su meta de abstinencia, mencionó que esa última semana se sintió muy orgulloso de haberla cumplido, ya que fueron vacaciones y durante la Semana Santa, el paciente se fue a Oaxaca con su familia. L.R. dijo que no consumió a pesar de que en Oaxaca existen muchos y diversos tipos de mezcal, por lo que resistir el consumo de su bebida favorita, le hizo que se sintiera como un "hombre muy exitoso". El automonitoreo quedó completado de la siguiente manera:

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia consumo alcohol	o de
Lunes	<ul style="list-style-type: none"> Campamento de mi hijo, en la noche en ocasiones anteriores siempre consumía con el papá de un amigo de mi hijo 	<ul style="list-style-type: none"> Asertividad 	Abstinencia	
Martes	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> Nada 	Abstinencia	
Miércoles	<ul style="list-style-type: none"> Oaxaca ,antes de la comida, en el restaurante había varios clientes tomando mezcal 	<ul style="list-style-type: none"> Me imagine mi deseo como una ola y respire profundamente 	Abstinencia	
Jueves	<ul style="list-style-type: none"> Oaxaca, sentía ansiedad antes de la comida, estaba con mi familia 	<ul style="list-style-type: none"> Me aleje un momento y aplique la relajación e imagine mi deseo como una ola 	Abstinencia	

Viernes	<ul style="list-style-type: none"> Oaxaca, era la hora de la comida y tenía un poco de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> Me imagine mi deseo de consumir como una ola 	Abstinencia
Sábado	<ul style="list-style-type: none"> Oaxaca, antes de la comida 	<ul style="list-style-type: none"> Me imagine mi deseo como una ola 	Abstinencia
Domingo	<ul style="list-style-type: none"> Oaxaca, momento antes de la comida 	<ul style="list-style-type: none"> Me imagine mi deseo como una ola 	Abstinencia

Al terminar de revisar el automonitoreo el paciente notó que esta semana los deseos de consumir se hicieron menos intensos en comparación con la semana pasada, en relación a esto, L.R. mencionó que era más fácil resistirse a consumir semana a semana, ante esta situación el paciente refirió sentirse orgulloso, feliz y tranquilo de poder controlar su consumo de alcohol. A continuación se revisaron los resultados del plan semanal, el cual consistió en no consumir en compañía del papá de un amigo de su hijo en un campamento, los resultados fueron los siguientes:

Reporte de Resultados

¿Intento hacer la tarea?

SI

¿Fue exitoso el intento?

SI

Comentarios: Fue sencillo usar la asertividad para decirle que no deseaba consumir, no me insistió mas así que yo tome unos vasos con refresco y mi botana, me sentí bien de consumir en esa situación.

Al analizar que destrezas utilizó durante la semana, L.R. mencionó que la que más utilizó durante la semana fue la de enfrentamiento de los deseos intensos, sin embargo, también utilizó la asertividad, las situaciones y resultados de la utilización de las destrezas fueron las siguientes:

Semana correspondiente del 19 al 26 de Abril	Situación	Destreza utilizada	Resultado
Lunes	Campamento de mi hijo, el papa de un amigo de mi hijo me ofreció alcohol	Asertividad, Enfrentamiento de los deseos intensos (Stop mental y me imagine	No consumí

		mi deseo como una ola que iba a pasar)	
Miércoles	En Oaxaca la hora previa a la comida me sentía ansioso y tenía deseos de consumir	Relajación y Enfrentamiento de los deseos intensos (Stop mental y me imagine mi deseo como una ola que iba a pasar)	No consumí y me sentí muy orgulloso de mi
Jueves	En Oaxaca el momento previo a la comida	Enfrentamiento de los deseos intenso (Stop mental y me imagine mi deseo como una ola que iba a pasar)	No consumí y recibí el reconocimiento de mi madre y esposa
Viernes	Tenía deseos bajos de consumir antes de la comida en Oaxaca	Enfrentamiento de los deseos intensos (Stop mental y me imagine mi deseo como una ola que iba a pasar)	No consumí y me di cuenta que cada vez mis deseos eran menos intensos en Oaxaca
Sábado	Ansiedad en el momento previo a la comida en Oaxaca	Enfrentamiento de los deseos intensos (Stop mental y me imagine mi deseo como una ola que iba a pasar)	No consumí
Domingo	Ansiedad en el momento previo a la comida	Enfrenamiento de los deseos intensos (Stop mental y me imagine mi deseo como una ola que iba a pasar)	No consumí

A continuación se elaboró el ejercicio "Si yo fuera a recaer" la información de dicho ejercicio fue la siguiente:

"Si yo fuera a recaer"

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

Será en una comida familiar o con mis amigos, lo más probable sería que fuera en mi casa, ya que ahí me sentiría muy cómodo y contento, estaré pensando en que me merezco una copa por tanto trabajo y además la ocasión lo amerita y sentiría alegría y felicidad por estar en esa fiesta pero también ansiedad por consumir

¿Qué estrategias de Enfrentamiento podría yo usar para evitar esta recaída?

- 1 Imaginarme mi deseo como una ola que va a pasar
- 2 Hacerle "Alto" a mis pensamientos
- 3 Relajación
- 4 Pensar en mi hijo y en que me motiva para cambiar
- 5 Pensar en la admiración de mi esposa y mi madre
- 6 Pensar en no tirar por la borda todo el esfuerzo que he puesto en este tratamiento
- 7 Usar la asertividad si es que hay ofrecimiento para consumir
- 8 Si he decidido consumir esperarme 15 minutos hasta hacerlo
- 9 Para tranquilizarme hablar con mi esposa
- 10 Si considero no poder con la situación, irme

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

Tendría un 95% de confianza

¿Por qué este porcentaje de confianza?: *Cada vez son menos intensos los deseos, pero si me siento muy feliz en alguna situación o muy cómodo, aun queda la posibilidad de que consuma, sin embargo ahora sé que usar y pensar para no consumir*

Una vez terminado con este ejercicio, se le pidió al paciente su cooperación para que contestara el Cuestionario de Confianza para el Consumo de Alcohol (CCCD-A-50), el paciente dijo recordarlo, de igual manera mencionó que ahora se sentía más confiado para enfrentar sus situaciones de riesgo. A continuación, se le aplicó el Cuestionario de Satisfacción del Cliente

Por último, se le dijo al paciente que se le daba de alta, debido al control que presentaba sobre su consumo de alcohol, además de llevar un mes sin consumir y por el dominio que mostraba para usar las destrezas enseñadas, L.R. mencionó que se sentía orgulloso de terminar con su tratamiento y que este había sido muy exitoso, también se sentía contento y preparado para enfrentar futuras situaciones de riesgo, por tal motivo, expresó su agradecimiento de forma oral y escrita, entregando una carta de agradecimiento al terapeuta (ver anexo 1) y otra al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM y se acordó la fecha para el primer seguimiento.

Cuestionario de Satisfacción del Cliente (Parte 1)

- ✓ El servicio que recibió ¿fue? *Excelente*
- ✓ ¿Obtuvo el servicio que quería? *Definitivamente*
- ✓ ¿Sus necesidades fueron satisfechas por el programa? *Casi todas*
- ✓ ¿Si un amigo tuviera la necesidad de ayuda lo recomendaría? *Definitivamente*
- ✓ ¿Los servicios que recibió lo ayudaron a manejar eficazmente sus problemas? *Mucho*
- ✓ De manera general ¿Cómo se encuentra con el servicio requerido? *Muy satisfecho*
- ✓ ¿Si buscara nuevamente ayuda regresaría al programa? *Definitivamente*
- ✓ ¿Cuál es la parte más útil del programa? *es que es personalizado y por eso de la evaluación inicial*
- ✓ ¿Ofrece alguna sugerencia o mejoría al programa? *No ofrece ninguna mejoría para el programa*

Cuestionario de Satisfacción del Cliente (Parte 2)

- ✓ ¿Cómo considera la asignación de tareas de situaciones pasadas de consumo de

alcohol? *Muy útil*

- ✓ ¿Considera que el establecimiento de metas y el plan semanal fueron? *Muy útiles*
- ✓ ¿Considera el monitoreo diario del consumo de alcohol? *Muy útil*
- ✓ ¿Considera el monitoreo diario de los disparadores? *Muy útil*
- ✓ ¿Considera el ejercicio "Si yo fuera a recaer"? *Muy útil*
- ✓ ¿La asignación de las habilidades de enfrentamiento fueron? *Muy útiles*
- ✓ ¿El tratamiento que recibió fue? *Individualizado*
- ✓ ¿Encontró útil que el tratamiento fuera personalizado? *Mucho*
- ✓ ¿Hay alguna parte del consejo individual que no le gusto? *No*
- ✓ ¿Hubiera preferido tratamiento grupal? *No*
- ✓ Comentario: *Califico al programa como excelente además tuve un excelente terapeuta*

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

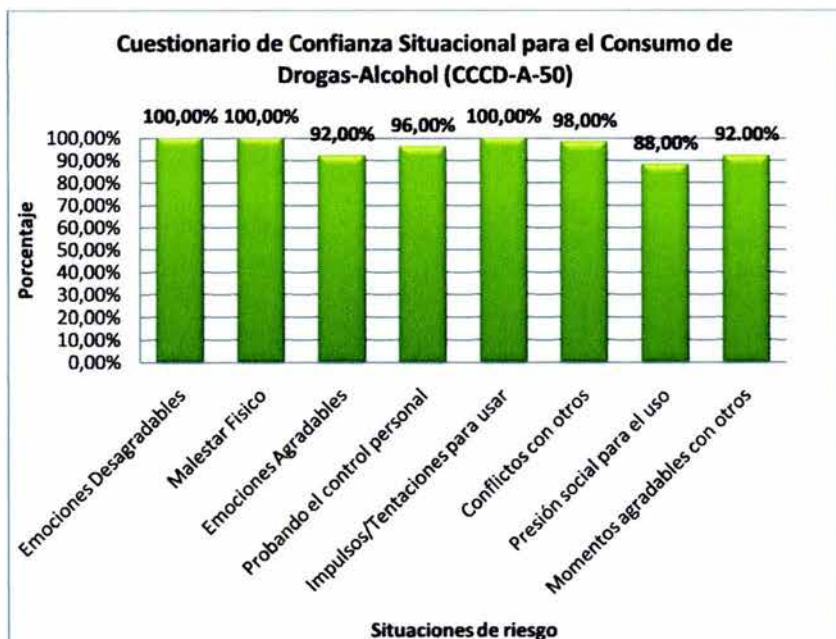


Figura 4. Porcentaje de confianza de L.R. a resistirse al consumo de alcohol en las diferentes situaciones de riesgo.

RESULTADOS DURANTE EL TRATAMIENTO

En lo que corresponde al patrón de consumo de L.R. antes y durante el tratamiento la figura 5 muestra un decremento en el número de copas estándar, ya que de 74 copas estándar del último mes de la línea base, el paciente consumió 12 copas estándar durante el primer mes de tratamiento, hasta alcanzar 0 copas estándar durante el último mes de tratamiento.

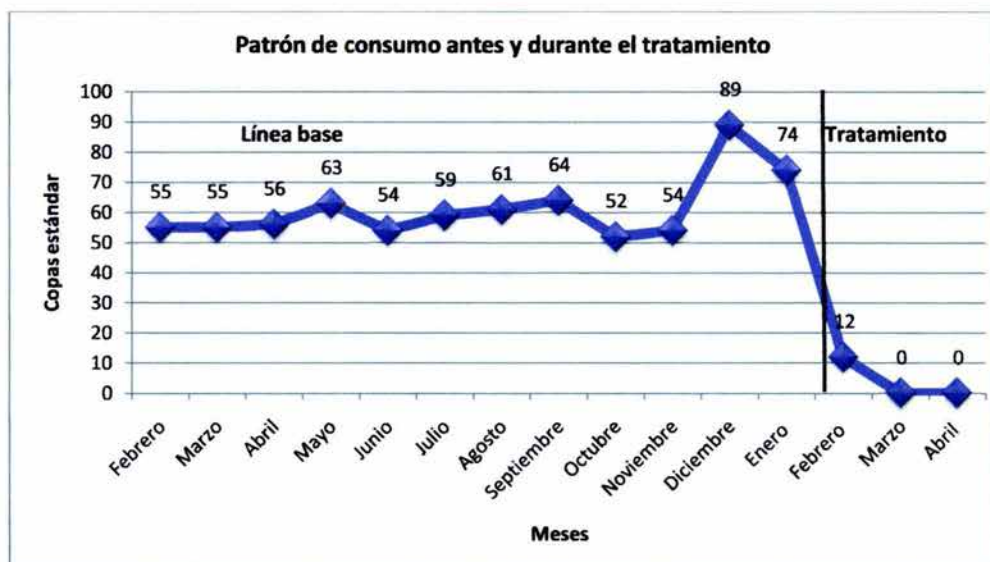


Figura 5. Número de copas estándar consumidas por mes antes del tratamiento y durante el tratamiento.

Los resultados obtenidos en la aplicación del Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-A-50) antes y después del tratamiento (ver figura 6), muestran que el paciente tuvo un incremento significativo en la percepción de confianza para resistir el consumo de alcohol en las diversas situaciones de riesgo. Es de notarse que las situaciones en las que presentaba menos confianza para resistir el consumo son las que presentan un aumento significativo, ya que en emociones agradables aumentó en un 24% la

confianza percibida, en emociones desagradables tuvo un aumento del 34%, mientras que en la presión social y momentos agradables con otros presentan un incremento más elevado de un 36% y de un 40% respectivamente.

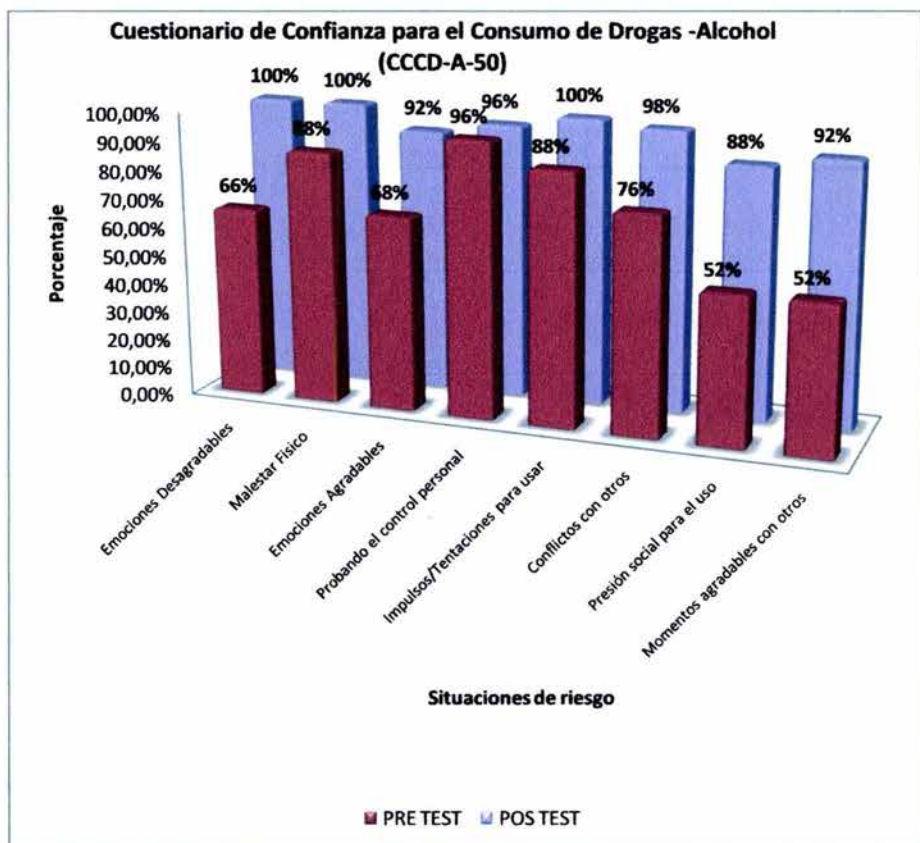


Figura 6. Porcentaje de confianza percibida por el paciente para resistir el consumo de alcohol, antes y después del tratamiento.

FASE DE SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO A UN MES

La sesión de seguimiento comenzó con el rapport seguido del encuadre terapéutico, explicándole al paciente que se revisaría el cumplimiento de la meta establecida al final del tratamiento, que se realizaría la entrevista de seguimiento del usuario y que se aplicaría el Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-A-50).

A continuación se evaluó el cumplimiento de la meta establecida al final del tratamiento, el paciente mencionó que no había logrado mantenerse abstemio, ya que consumió 3 copas estándar el último fin de semana del mes. Por tal razón, se revisó con el análisis funcional este episodio de consumo:

Antecedentes (A)	Conducta (B)	Consecuencias (C)
<i>Fui al “tequila express” el cual es un tour que se da en Guadalajara, en donde ves la fabricación del tequila de ida en el viaje no tuve problemas pero de regreso el ambiente estaba muy bueno, me ofrecieron una cerveza y yo la verdad no pensé en nada sólo me la tome.</i>	<i>Consumí 3 cervezas con un vaso con refresco entre copas, me di cuenta que era muy consciente de cuantas copas llevaba y de cuando debía de parar y eso me hizo sentir muy bien</i>	<i>Me sentí mareado, relajado, eufórico, sentí placer, sin embargo, no me sentí culpable por eso, me sentí orgulloso del control que tuve para no seguir bebiendo. Aunque en la noche me dolía la cabeza como si tuviera cruda</i>

Al profundizar en el tema, el paciente mencionó que no había anticipado de forma correcta la situación de riesgo y que se “dejo llevar”, sin embargo, consumió de manera moderada, ya que bebió un vaso con refresco entre copas. A pesar de dicha situación, se hizo énfasis al paciente por el control sobre su consumo durante 30 días y por su consumo moderado en la única ocasión de consumo. De igual manera, se le dijo que esta caída era una oportunidad para reconocer nuevos disparadores de consumo y de esta manera elaborar un plan de enfrentamiento para lograr el mantenimiento del cambio, también se le mencionó que era posible que estuviera presentando el fenómeno de tolerancia inversa,

debido a que obtuvo el efecto de euforia y desinhibición con una menor cantidad de alcohol, además de tener resaca por su consumo. Después de reflexionar dichos argumentos, el paciente concluyó que no se sentía mal por haber consumido, dijo que se sentía orgulloso de haber logrado consumir con moderación y también concluyó que consumió por un “exceso de confianza”, ya que pensó que no había riesgos en esa situación y que no logró anticipar los disparadores de consumo. Por tal motivo, se le recordó que debía anticipar cada posible disparador de consumo y elaborar un plan de enfrentamiento para evitar consumir.

De igual manera, L.R. dijo haber tenido un “excelente” mes en cuanto al consumo de alcohol, ya que había logrado tener el control sobre consumo de alcohol que él deseaba, notó que sus deseos eran menos intensos, que estos habían desaparecido entre semana y eran menos intensos el fin de semana.

Enseguida, se le preguntó al paciente sobre el transcurso del mes, en cuanto a sus relaciones, su salud y su estado emocional. L.R. refirió que había tenido un mes bastante bueno en lo que respecta a sus relaciones, ya que no había peleado con su esposa, había logrado cambiar la imagen que tenía con sus significativos e incluso había conseguido su admiración y respeto y le estaba dando un buen ejemplo a su hijo. Por otro lado, se sentía tranquilo y relajado, el estrés por la falta de dinero no le incomodaba en esos momentos y seguía buscando cambiar de trabajo, sin embargo, le convenía seguir trabajando medio tiempo, debido a que podía cuidar a su hijo por la tarde, lo cual lo satisfacía “enormemente”. En cuanto a salud, el paciente dijo ya no presentar colitis y se sentía “descansado”, ya que dormía bien. Por último, en lo que respecta a su estado emocional, dijo sentirse tranquilo, relajado, feliz y realizado por los éxitos obtenidos en lo que respecta a su consumo de alcohol y a la buena relación con su esposa.

A continuación, se le preguntó si había utilizado las destrezas de enfrentamiento a lo que el paciente mencionó que la que usaba con más

regularidad era la de enfrentamiento de los deseos intensos, asertividad y relajación, además se recolectó la siguiente información.

Destreza	Situaciones en las que se utilizó la destreza	Resultados
Relajación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Cuando quería ir a trabajar y sentirme bien</i> ✓ <i>Cuando estaba estresado y deseaba relajarme</i> ✓ <i>Cuando tenía deseos de consumir para relajarme</i> ✓ <i>Cuando no podía dormir</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Me sentía bien en el trabajo, bastante activo</i> ✓ <i>Logré relajarme y estar tranquilo</i> ✓ <i>No consumí, cuando en el pasado hubiera consumido para relajarme</i> ✓ <i>Logré conciliar el sueño</i>
Enfrentamiento de los deseos intensos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Cuando tenía deseos de consumir (imaginaba mi deseo como una ola y detenía mi pensamiento)</i> ✓ <i>Cuando veía a mis amigos y familia consumir (imaginaba mi deseo como una ola, detenía mi pensamiento, tomaba un vaso con refresco, una botana y me esperaba 15 minutos cuando había decidido consumir)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Logré no consumir en situaciones de riesgo bastante complicadas para mí: como en fiestas, reuniones y comidas</i>
Asertividad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Cuando mi esposa me reclamaba algo</i> ✓ <i>Cuando mi esposa se enojaba por algo</i> ✓ <i>Cuando mis amigos me ofrecían una copa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Logré expresar mi sentir ante los reclamos de mi esposa y evite pelearme con ella a gritos, además de que se aclaraban las situaciones</i> ✓ <i>Rechacé el ofrecimiento de consumir de una manera asertiva y no consumí</i>
Enfrentamiento de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Cuando tenía pensamientos que me hacían sentir ansioso</i> ✓ <i>Cuando estaba viviendo una situación estresante</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Logré identificar que pensamientos me causaban ansiedad y los intente modificar para sentirme mejor</i> ✓ <i>Logré sentirme más tranquilo y menos ansioso por el trabajo y la situación económica</i>
Enfrentamiento del aburrimiento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Cuando no tenía nada que hacer iba a mi taller de carpintería</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Avancé mucho en mi técnica, logre mantenerme entretenido y no consumí cuando me sentía aburrido</i>
Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Cuando no sabía cómo resolver un problema con mi hijo (no lograba que me obedeciera y fui más insistente con él)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Logré darle una solución al problema y mi hijo ya se está portando mejor</i> ✓ <i>Logré tener varios planes</i>

	✓ Cuando evalué las posibilidades de cambiar de trabajo	para cambiar de trabajo pero aun no los llevo a cabo porque me conviene trabajar medio tiempo para poder cuidar a mi hijo
--	--	--

Enseguida, se contestó la entrevista de seguimiento del usuario, la cual quedó completada de la siguiente manera:

Entrevista de seguimiento del usuario

1 ¿Qué tan satisfecho esta con su calidad de vida en este momento?

R: Satisfecho

2 Describe el tipo de tratamiento y califícelo

R: Tratamiento individualizado para alcohol y fue muy útil

3 Su manera de beber durante el último mes : No es un problema

4 ¿Qué estrategias o técnicas vista en terapia utilizó satisfactoriamente en el último mes?

- **Automonitoreo de consumo de alcohol**
- **Solución de problemas**
- **Identificación de los factores de incitación al consumo de alcohol**
- **Proceso que consiste en detenerse y pensar**
- **Balanza de decisiones (recapacitar acerca de pros y contras)**
- **Tips o ayudas para controlar el consumo de alcohol (beber más despacio, no tener la copar en las manos, beber un vaso con refresco entre copas)**
- **Cambio de amigos o de lugares donde se consumió alcohol**

5 El tiempo que duro el tratamiento fue: Abundante

6 En comparación con las condiciones en las que usted se encontraba antes de entrar en el tratamiento, actualmente su manera de beber es: Ya no es un problema

7 En general, ¿cómo considera que fue su elección de meta de consumo de alcohol o drogas?

R: Una buena meta, sin embargo, nunca llegue a concientizar que mi meta era la abstinencia, honestamente no me acorde de ella hasta que consumí

8 Enumere que tan útiles le fueron cada una de las siguientes características de tratamiento:

- **Fue muy útil la entrevista inicial en el Centro**
- **Fueron muy útiles las lecturas y tareas asignadas**
- **Fue muy útil el automonitoreo del consumo de alcohol**
- **Fue muy útil el balance decisional**
- **Fue muy útil la identificación de las situaciones de riesgo**
- **Fueron muy útiles la elaboración de los planes de acción**
- **Fue muy útil hacer el énfasis en hacer las cosas por uno mismo**
- **Fue muy útil la autoselección de metas para el consumo de alcohol**
- **Fue muy útil el contacto telefónico que con mantuvo con el terapeuta para la terapia de seguimiento**
- **Fueron muy útiles las sesiones estructuradas de la terapia**

9 Considera usted que el programa de tratamiento en el cual usted participó , debería seguir estando a la disposición de nuestra población

R: Si claro, es de gran ayuda a la comunidad que la UNAM ofrezca este tipo de servicios a la comunidad

10 ¿Tiene algún comentario o alguna sugerencia que desee agregar?

R: Es un excelente programa, está muy bien hecho y estructurado, le doy las gracias por su ayuda y también a la UNAM por brindar este tipo de servicios.

Al terminar dicho ejercicio el paciente manifestó que sus metas a lograr para el siguiente mes son: mantener la abstinencia; organizar una fiesta para su esposa y su hijo como regalo a su ayuda; cambiar de trabajo y retomar su desarrollo como profesionista; y retomar el ejercicio físico. En este punto, el paciente dijo que él y su esposa estaban intentado tener otro hijo y que se estaban realizando análisis para ver sus posibilidades, ya que hace algunos querían tener otro bebe pero no pudieron, ante esta posibilidad el paciente dijo que la fecundación *in vitro* y la adopción estaban siendo contempladas para lograr tener otro hijo.

Por último, se le pidió al paciente su cooperación para contestar el Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-A-50) y se acordó la fecha del seguimiento.

SEGUIMIENTO A DOS MESES

La sesión comenzó estableciendo el rapport seguido del encuadre terapéutico, aclarándole al paciente que se revisaría el cumplimiento de la meta de establecida en la última sesión de seguimiento y se aplicaría el Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-A-50).

Enseguida, el paciente mencionó haber cumplido con su meta de consumo ya que se mantuvo abstemio, refirió sentirse orgulloso, contento y realizado de haber cumplido con su meta. Mencionó que en dos situaciones se le hizo complicado mantenerse abstemio: la primera de ellas en la fiesta de cumpleaños de su hijo en donde sirvieron alcohol, pero logró no consumir, usando la destreza de enfrentamiento de los deseos intensos, la segunda situación fue cuando discutió fuertemente con su esposa, no consumió alcohol usando la destreza de enfrentamiento de los deseos intensos y la asertividad, destreza que usó para

hablar con su esposa y evitar que la discusión aumentara en intensidad. A continuación L.R. mencionó haber tenido un mes “muy bueno” y sentirse realizado en cuanto a su abstinencia de consumo de alcohol. Durante el transcurso del mes su esposa, su madre y sus amigos le mostraron su admiración, por lo que el paciente manifestó haberse ganado su respeto.

A continuación, se le preguntó al paciente, sobre las otras metas que se había propuesto alcanzar, a lo que mencionó seguir intentado tener otro bebé con su esposa, organizó de manera exitosa la fiesta de agradecimiento para su esposa y la fiesta de cumpleaños para su hijo, de igual manera retomó el ejercicio físico incorporándose a su antiguo club de natación. Por último, dijo haber conseguido inaugurar su negocio de telecomunicaciones, asociándose con un cliente de su esposa, logrando de esta manera cambiar de trabajo, lo que le hizo sentirse “muy contento” y realizado profesionalmente, ya que ahora es su propio jefe y sus ingresos han aumentado.

Por otro lado, al revisar las destrezas utilizadas durante el mes, se recolectó la siguiente información:

Destreza	Situaciones en las que se utilizó la destreza	Resultados
Relajación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Después de pelearme y hablar con ella de manera asertiva con mi esposa, respiré y apliqué la técnica, para que mis niveles de estrés bajaran</i> ✓ <i>Cuando no podía dormir</i> ✓ <i>Cuando quería sentirme con energía durante el día</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Logré tranquilizarme mucho</i> ✓ <i>Pude dormir y descansar</i> ✓ <i>Fui de buen humor a trabajar y me sentía bien al trabajar</i>
Enfrentamiento de los deseos intensos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Cuando tenía deseos de consumir (imaginaba mi deseo como una ola y detenía mi pensamiento)</i> ✓ <i>Cuando veía a mis amigos y familia consumir (imaginaba mi deseo como una ola, detenía mi pensamiento, tomaba un vaso con refresco, una botana y me esperaba 15 minutos cuando había decidido consumir)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Logré no consumir en situaciones de riesgo bastante complicadas para mí: como en fiestas, reuniones y comidas</i>
Asertividad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Cuando mis amigos me ofrecían una copa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Rechacé el ofrecimiento de consumir de una</i>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>En una discusión muy fuerte con mi esposa</i> ✓ <i>Al hacerle peticiones a mi esposa</i> ✓ <i>Durante las negociaciones del nuevo negocio</i> 	<p><i>manera asertiva y no consumi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Logré que la discusión no aumentara en intensidad y llegamos a una solución</i> ✓ <i>Logré comunicarme mejor con mi esposa</i> ✓ <i>Conseguí realizar tratos de negocio y ganar clientes de manera exitosa</i>
Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Cuando estaba por concretar el negocio, tome la decisión de invertir</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Se logró poner el negocio</i>

Enseguida, L.R. mencionó que las destrezas que más utilizó fueron, enfrentamiento de los deseos intensos, relajación y asertividad, en este punto el paciente dijo que la comunicación con su esposa se ha vuelto asertiva, por lo que han evitado numerosas peleas y su matrimonio ha mejorado bastante. De igual manera el paciente manifestó sentirse cómodo en su matrimonio y tranquilo de poder resolver sus problemas maritales.

Para finalizar la sesión, se a L.R. su cooperación para contestar el Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-A-50) y se acordó la fecha del siguiente seguimiento.

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

Los resultados del Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-A-50) se observan en la figura 7, en la cual se muestra que durante el primer seguimiento el porcentaje de confianza bajó en algunas situaciones de riesgo por ejemplo: presión social decremento de un 88% a un 84%, momentos agradables con otros decremento de un 92% a un 88%. Por otro lado, algunos porcentajes se mantuvieron en el mismo nivel: emociones desagradables se mantuvo en un 100%; malestar físico en un 100%; emociones agradables en un 92%; impulsos y tentación para usar en un 100%; y conflictos

con otros en un 98%. Por último, la única situación de riesgo que aumentó el porcentaje de confianza fue probando el control personal de un 96% a un 100%.

En lo que corresponde al segundo seguimiento, se observa que el porcentaje de confianza se mantuvo en: emociones desagradables (100%), malestar físico (100%), probando el control personal (100%), impulsos y tentaciones para usar (100%) y momentos agradables con otros (88%). Por otro lado, los porcentajes de confianza que aumentaron fueron: emociones agradables (de un 92% a un 96%), conflictos con otros (de un 98% a un 100%) y presión social para el uso (de un 84% a un 96%).

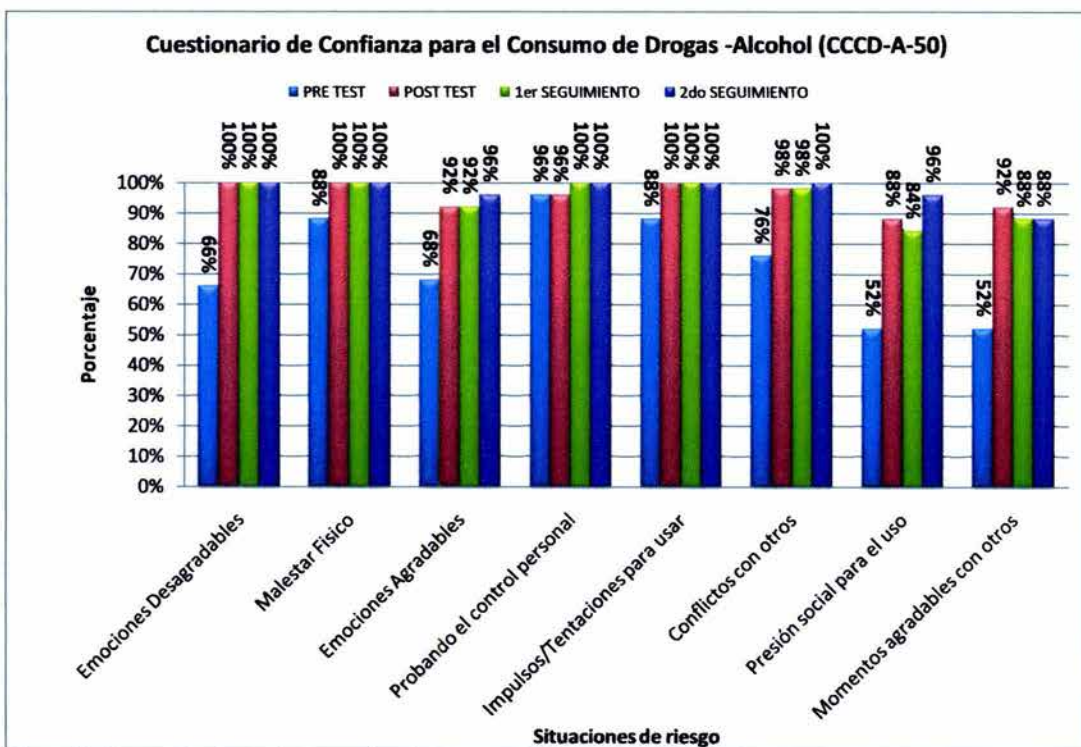


Figura 7. Porcentaje de confianza en las situaciones de riesgo, antes, después del tratamiento y a un mes de seguimiento.

Finalmente, en la figura 8 se muestra el patrón de consumo de L.R. antes del tratamiento (línea base), al término de éste y en los dos meses de seguimiento. Se puede notar un decremento en el número de copas estándar durante el primer mes de tratamiento hasta alcanzar la abstinencia durante el segundo y tercer mes. Por otro lado, durante el primer mes de seguimiento consumió 3 copas estándar y durante el segundo mes de seguimiento se mantuvo abstemio, dichos resultados muestran un decremento significativo en el número de copas estándar consumidas.

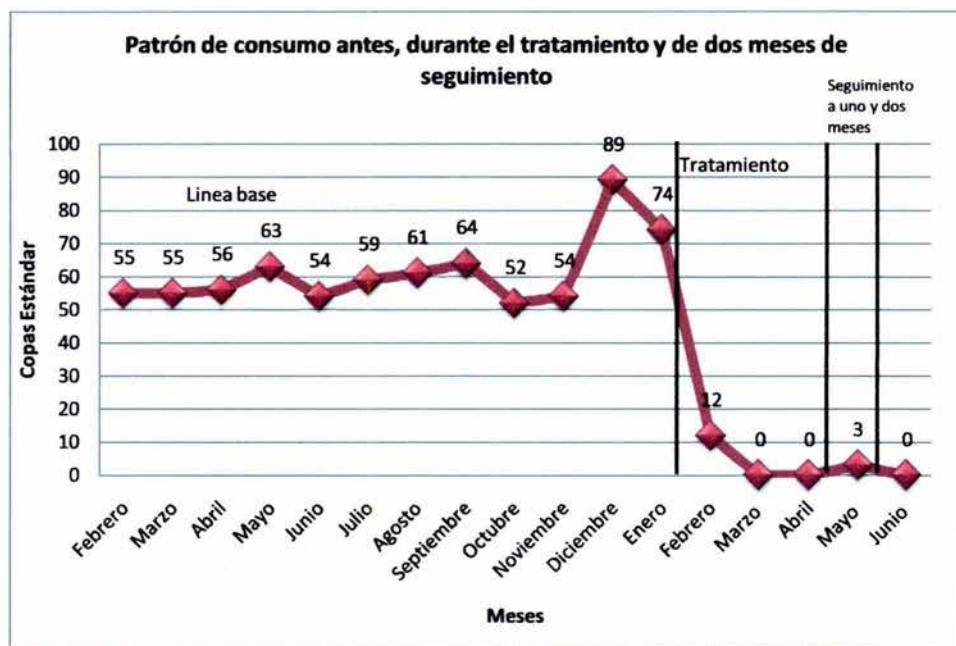


Figura 8. Patrón de consumo de L.R. antes del tratamiento, durante este y a los dos meses de seguimiento.

CONCLUSIÓN

Se puede decir que el tratamiento tuvo un efecto en la reducción de la cantidad de alcohol consumida y una modificación en la conducta de consumo de alcohol del L.R., ya que al inicio del tratamiento, el paciente consumía 3 copas estándar en promedio ingiriéndolas rápidamente, durante todos los días del último año.

De igual manera, se observó una reducción en la frecuencia de los problemas asociados que presentaba al inicio del tratamiento, de los cuales los más significativos fueron: mejorar la relación con su esposa, logró cambiar la imagen que tenía con sus significativos, consideró estar dándole un buen ejemplo a su hijo, había cambiado de empleo lo que le hacía sentirse exitoso profesionalmente se sentía tranquilo, relajado, “descansado” ya que dormía bien, reportó sentirse feliz, realizado y orgulloso por los éxitos obtenidos en lo que respecta a su consumo de alcohol, ya que consideró haber recuperado el control.

El paciente logró identificar sus disparadores de consumo y usaba las destrezas para enfrentar situaciones de riesgo, además de usarla en varios aspectos de su vida (relaciones personales y laborales), además, gracias a estas mejoró su estado emocional (el paciente reportó sentirse tranquilo, relajado, feliz y orgulloso). Las destrezas que L.R. reportó de más utilidad fueron: enfrentamiento de los deseos intensos, asertividad y relajación. .

En lo que respecta al consumo, el paciente manifestó tener el control sobre su consumo de alcohol, sentirse confiado gracias a las destrezas vistas a lo largo del tratamiento y preparado para hacerle frente a situaciones nuevas e inesperadas no solo relacionadas con el consumo de alcohol, ya que contaba con las herramientas necesarias, En cuanto al consumo se podría pronosticar que debido al monitoreo, aplicación y empleo con éxito de las destrezas por L.R. a lo largo del tratamiento y en los dos últimos meses, la probabilidad de que pueda continuar con su meta de abstinencia es alta.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Durante el desempeño en el servicio social tuve la oportunidad de conocer y desarrollarme en el campo de las adicciones. El Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM me brindó capacitación teórica y práctica en el enfoque cognitivo-conductual sobre el campo de las adicciones, recibí capacitación para iniciarme como terapeuta y como investigador en esta área, los conocimientos y las habilidades aplicadas y adquiridas durante mi servicio me permitieron practicar y continuar mi formación en el área de la psicología clínica.

Por tal motivo, considero que el Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de UNAM, necesita más difusión para que la comunidad de estudiantes tenga acceso a dichos beneficios, por tal razón considero necesario la utilización de los medios electrónicos para dicha difusión para que psicólogos y otros profesionistas tengan la oportunidad de formarse en el campo de las adicciones y de esta manera brindar un servicio eficaz y eficiente a las necesidades de la comunidad que recibe los servicios del Programa. De igual manera, agradezco la oportunidad que se me dió en el Programa para desarrollarme como terapeuta y de esta manera reafirmar los conocimientos adquiridos durante la carrera, agradezco la supervisión directa y el trato profesional que recibí durante mi estancia.

REFERENCIAS

- Aragón, C. Miquel, M. Correa, M. & Sanchis-Segura, C. (2002). Alcohol y metabolismo humano. *Adicciones*, 14 Supl.1, 23-42.
- Ayesta, J. (2002). Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol. Alcohol y metabolismo humano. *Adicciones*, 14 Supl.1, 63-78.
- Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid. Edit. Espasa-Calpe. 3ª Edición.
- Beck, A. Wright, D. Newman, C. & Liese, S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York, NY: Guilford Press.
- Bobes, J. Casas, B. & Gutiérrez, M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona. Edit. Psiquiatría.
- Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21(1), 9-14.
- Cautela, R. & Rosentiel, K. (1979). Empleo del condicionamiento encubierto en el tratamiento de la drogadicción. En Uper, J. & Cautela, R. (1979) *Condicionamiento encubierto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Centro de Informaciones sobre Salud y Alcohol (CISA) (2010). *Historia del alcohol*. Consultado el 13 de diciembre del 2010 en <http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhldTexto=1e296eec7f218620216b78282c1f7c8b&ret=&>.
- Chance, P. (2001) *Aprendizaje y conducta*. México: Manual Moderno.
- Consulta Mitofsky. (2009). *Consumo de bebidas alcohólicas en México*. Consultado el 29 de octubre del 2010 en http://www.analisispolitico.com/Encuestas/2009/dic/15/20091201_NA_Alcohol.pdf
- Contreras. I. Luna, M. & Arrieta, R. (2008). Auto-concepto del adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 51 (6), 239-242.
- Cunillera, I. & Foros, C. (2006). *Personas con Problemas de Alcohol, la abstinencia no es suficiente*. España: Paidós.
- De León, B. & Pérez, F. (2001). *Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. Tesis de Licenciatura. UNAM: Facultad de Psicología.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol: guía práctica para el tratamiento*. Madrid. Ed. Síntesis.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (2008). *ENA 2008*. Consultado el 10 de octubre del 2010 en http://www.insp.mx/Portal/Inf/ENA08_nacional.pdf
- Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (2008a). *Resultados por entidad federativa. Distrito Federal*. Consultado el 10 de octubre del 2010 en http://www.insp.mx/Portal/Inf/ENA08_estatal/df.pdf

- Fundación de Investigaciones Sociales A.C. (FISAC) (2007). *La evolución de la producción y del consumo en México. El alcohol en tiempos prehispánicos*. Consultado el 12 de octubre del 2010 en <http://www.alcoholinformate.org.mx>
- Fundación de Investigaciones Sociales A.C. (FISAC) (2010). *Bebidas anteriores a la conquista*. Consultado el 31 de octubre del 2010 en <http://www.alcoholinformate.org.mx/saberdelmundo.cfm?articulo=98>
- Gálvez, C. & Guerrero, M. (2008). Intervención psicológica. En Tirado, P. (2008). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias estimulantes*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- González, R. & Alcalá, J. (2006). Consumo de alcohol y salud pública. *Departamento de Salud Pública*. Facultad de Medicina, UNAM.
- Gorman, M. (2001). Developmental processes. En Heather, N. Peters, T. & Stockwell, T. (2001), *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems* (pp. 339–356). Chichester, U.K.: John Wiley & Sons.
- Kenneth, E. & Howard, T. (1999). *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York. Edit. Guilford Press. 2ª Edición.
- Klein, B. (1994). *Aprendizaje, principios y aplicaciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Llorente del Pozo, J. & Iraurgi- Castillo, E. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Revista Trastornos Adictivos*, 10 (4), 252-274.
- Long, J. (2003). *Conquista y comida. Consecuencias del encuentro de dos mundos*. Instituto de Investigaciones Históricas: UNAM.

- Marlatt, G. & Gordon, R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G. Tucker, A. Donovan, M. & Vuchinich, E. (1997). Help-seeking by substance abusers: the role of harm reduction and behavioral-economic approaches to facilitate treatment entry and retention. En Onken, L. Blaine, D. & Boren, J. (1997). *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-dependent Individual in Treatment*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 165, 44–84.
- Medina-Mora, M. (2001). *El consumo de alcohol: estimaciones basadas en autoreporte y comparaciones internacionales*. Instituto Nacional de Psiquiatría, Fundación de Investigaciones Sociales A.C. 10-27.
- Medina-Mora, M. Villatoro, J. Cavrioto, P. Fleiz, C. Galván, F. & Rojas, E. (2003). Uso y abuso de alcohol en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002. En Consejo Nacional contra las Adicciones (2003). México, *Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*, 15-26.
- Meneses, C. Romo, N. Uroz, J. Gil, E. Marques, I. Gimenez, S. & Vega, A. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*, 11(1), 51-63.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional, preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona, España. Edit. Paidós.
- Ministerio de Educación y Ciencia. (2004). *Cuaderno didáctico sobre Educación Vial y Salud*. Punto Verde: Madrid.
- Monasor, R. Jiménez, M. & Palomo, T. (2003). Intervenciones Psicosociales en el alcoholismo. *Trastornos Adictivos*, 5(1), 22-26.

- Monasor, R., Jiménez, M & Palomo, T. (2003). Intervenciones psicosociales en alcoholismo. *Revista Trastornos Adictivos*, 5 (1), 22-26.
- Ocampo, R. Bojorquez. I. & Cortés. M, (2009). Consumo de Sustancias y Suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud Publica de México*, 51 (4), 306-313.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Consultado el 12 de febrero del 2010 en <http://www.who.int/whr/2002/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2002a). *Problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Consultado el 6 de noviembre del 2010 en http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_650_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Country Profiles. Region of the Americas. Mexico*. Consultado el 25 de octubre del 2010 en http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/mexico.pdf
- Organización Mundial de la Salud, (2004a). *WHO Global Status Report on Alcohol 2004*. Consultado el 25 de octubre del 2010 en http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
- Parks, G. Marlatt, G. Anderson, B. (2004). *Cognitive-behavioural Alcohol Treatment. The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problem*. Addictive Behaviors Research Center, University of Washington: Seattle.
- Prochaska, O. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 19, 276-288.

- 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 Outpatient 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, Canada.
- Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.) (2003a). *Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20)*. 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 (1982). The Drug Abuse Screening Test (DAST). Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario. Canadá.
- Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.) (2003e). *Algoritmo de Compromiso para el Cambio de Drogas (ACC-d)*. 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. (1996). Client's Stage of Change (CCA): Psychometric properties. Manuscript in preparation.
- Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.). (2003d). *Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas (CCSD-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, Canada, 1996.

Quiroga, H. (2008). *Evaluación de un Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.

Quiroga, H. (Trad.) (2003b). *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. Alien & V. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (rev. Ed.), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.) (2003c). *Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-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.

Rimmele, T. Howard, O. & Hilfrink, L. (1995). Aversion therapies. En: Hester, K. Miller, R. (1995). *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*. Boston: Allyn and Bacon.

- Salamó, A. Gras, M. & Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22 (2), 189-195.
- Téllez, J. & Cote, M. (2006). Alcohol etílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*, 54(1), 32-47.
- Wechsler, D. (1973). *WAIS-español. Escala de Inteligencia para Adultos*. México: Manual Moderno.
- Zurita, J. (1997). Alcohol, Hongos y Tabaco en el mundo azteca. Consultado el 23 de octubre del 2010 en <http://www.infoadicciones.net/Pdf/0180-15.pdf>

ANEXO 1

México, D.F. a 26 de abril del 2011.

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología
Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"

A quien corresponda:

Por medio de la presente quiero hacer un gran reconocimiento a esta institución y en especial a mi terapeuta el Psicólogo Alejandro González ya que pude resolver con la ayuda de el una adicción al consumo del alcohol. Alejandro pudo identificar mis detonadores de consumo y me dio herramientas para el manejo de los mismos. He podido aplicar exitosamente estas últimas en otras facetas de mi vida.

Ingresé al centro el 29 de septiembre del 2010 y concluyo hoy. Mi número de expediente es 101968.

Reconozco el gran apoyo de este centro a la comunidad y me enorgullece que la U.N.A.M. tenga este servicio de apoyo a la población.

Atentamente:



L R
Cd. de México
Tel.
Cel.

ccp Alejandro González